



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



BRUNA TEIXEIRA ÁVILA

**A ATENÇÃO DIFERENCIADA E O PLANEJAMENTO REPRODUTIVO EM
ÁREA INDÍGENA: dilemas relacionais e conjunturais**

Recife
2018

BRUNA TEIXEIRA ÁVILA

**A ATENÇÃO DIFERENCIADA E O PLANEJAMENTO
REPRODUTIVO EM ÁREA INDÍGENA: dilemas relacionais e
conjunturais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito e obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Valongueiro Alves

Recife
2018

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

A958a Ávila, Bruna Teixeira.
A atenção diferenciada e o planejamento reprodutivo em área indígena: dilemas relacionais e conjunturais / Bruna Teixeira Ávila. – 2018.
131 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Sandra Valongueiro Alves.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2018.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Interculturalidade. 2. Saúde reprodutiva. 3. Saúde indígena. 4. Atenção diferenciada. I. Alves, Sandra Valongueiro (Orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2019-021)

BRUNA TEIXEIRA ÁVILA

**A ATENÇÃO DIFERENCIADA E O PLANEJAMENTO REPRODUTIVO EM ÁREA
INDÍGENA: dilemas relacionais e conjunturais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 13/08/2018

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Sandra Valongueiro Alves (Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Ronice Maria Pereira Franco de Sá (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Ana Cláudia Rodrigues da Silva (Examinador Externo)

Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Agradeço a benção cuidadora da família, a parceria motivadora do companheiro, a força alegre das amigas e amigos daqui e de lá, os encontros inovadores ao longo do caminho, a leveza assertiva da orientadora e a oportunidade de aprender com esses profissionais e com esse povo indígena, que é parte de mim.

Entre elas

Entre elas conhecendo
Os quereres de *naka*
Ser ou não ser *xipana*?
E quem manda?

Desejo de ter cria
Criação coletiva
Na barriga de maria

Medo da vida perder
Canção dolorida
Nas mãos do poder

Entre elas *au-au*
Tentando empatia
Enrolado no liso
Só vejo sorriso
E que fique tudo *katerre*

(ÁVILA, BT, 2018, p.01)

RESUMO

A atenção diferenciada é princípio norteador da saúde indígena, entendido como caminho importante para o cuidado adequado e não colonizador dessas populações. Na prática, este princípio pode assumir diferentes formas e evidenciar tensões diversas, como no caso da saúde reprodutiva, com foco no planejamento reprodutivo. Essa foi uma questão identificada durante a supervisão do Projeto Mais Médicos para o Brasil nas comunidades do Território Yanomami, a partir dos desafios experimentados pelos profissionais de saúde vinculados ao Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami e Ye'kuana. Para compreender os elementos envolvidos nessa abordagem, foi realizado estudo qualitativo de caráter exploratório, do tipo Estudo de Caso Etnográfico, utilizando dados objetivos, registros do acompanhamento do trabalho das equipes e entrevistas semi-estruturadas com seis profissionais selecionados pela diversificação de seus perfis. A partir da análise etnográfica através da descrição densa de Geertz, foram identificados seis eixos: Características do contexto, A abordagem, Diferenças de atuação em área indígena e não indígena, Compreensões sobre cultura, Conhecimento e opinião sobre as práticas tradicionais e Noções sobre os efeitos da atuação. Cada um foi agregado a categorias, núcleos de sentido, ideias e inferências, achados e exemplos do texto. Foram identificados e discutidos dilemas que envolvem processos históricos, organizacionais e relacionais, apontando novos elementos que influenciam a abordagem desses profissionais, como a negação histórica da existência desses povos interferindo na empatia, a diversidade de compreensões sobre cultura, a motivação para o trabalho nessa realidade e a necessidade de reflexão contínua no trabalho cotidiano. E reafirmados outros, como a necessidade de qualificação dos sistemas de informação, de inclusão ou melhoria da formação geral e específica desses profissionais, de avaliação e reorganização do modelo de atenção à saúde indígena e de garantia dos direitos dessas populações.

Palavras-chave: Interculturalidade. Saúde reprodutiva. Saúde indígena. Atenção diferenciada.

ABSTRACT

Differentiated attention is the guiding principle of indigenous health, understood as an important path for the adequate and non-colonizing care of these populations. In practice, this principle can take different forms and evidence diverse tensions, as in the case of reproductive health, with a focus on reproductive planning. This was an issue identified during the supervision of the More Doctors Project for Brazil in the communities of the Yanomami Territory, based on the challenges experienced by health professionals linked to the Yanomami and Ye'kuana Indigenous Special Sanitary District. In order to understand the elements involved in this approach, a qualitative exploratory study of the Ethnographic Case Study type was carried out, using objective data, team work records and semi-structured interviews with six professionals selected for the diversification of their profiles. From the ethnographic analysis through Geertz's dense discourse, six axes were identified: Context characteristics, The approach, Differences in performance in indigenous and non-indigenous areas, Understanding of culture, Knowledge and opinion on traditional practices and Notions on effects performance. Each was added to categories, nuclei of meaning, ideas and inferences, findings and examples of the text. Dilemmas involving historical, organizational and relational processes have been identified and discussed, pointing out new elements that influence the approach of these professionals, such as the historical denial of the existence of these peoples interfering in empathy, diversity of understandings about culture, motivation for work in this reality and the need for continuous reflection in everyday work. Other reaffirmed, such as the need to qualify information systems, to include or improve the general and specific training of these professionals, to evaluate and reorganize the indigenous health care model and to guarantee the rights of these populations.

Key words: Interculturality. Reproductive health. Indigenous health. Differentiated attention.

RESUMEN

La atención diferenciada es principio orientador de la salud indígena, entendido como camino importante para el cuidado adecuado y no colonizador de esas poblaciones. En la práctica, este principio puede asumir diferentes formas y evidenciar tensiones diversas, como en el caso de la salud reproductiva, con foco en la planificación reproductiva. Esta fue una cuestión identificada durante la supervisión del Proyecto Más Médicos para Brasil en las comunidades del Territorio Yanomami, a partir de los desafíos experimentados por los profesionales de salud vinculados al Distrito Sanitario Especial Indígena Yanomami y Ye'kuana. Para comprender los elementos involucrados en este enfoque, se realizó un estudio cualitativo de carácter exploratorio, del tipo Estudio de Caso Etnográfico, utilizando datos objetivos, registros del seguimiento del trabajo de los equipos y entrevistas semiestructuradas con seis profesionales seleccionados por la diversificación de sus perfiles. A partir del análisis etnográfico a través de la descendente densa de Geertz, se identificaron seis ejes: Características del contexto, El enfoque, Diferencias de actuación en área indígena y no indígena, Comprensiones sobre cultura, Conocimiento y opinión sobre las prácticas tradicionales y Nociones sobre los efectos de la actuación. Cada uno fue agregado a categorías, núcleos de sentido, ideas e inferencias, hallazgos y ejemplos del texto. Se identificaron y discutieron dilemas que involucra procesos históricos, organizacionales y relacionales, apuntando nuevos elementos que influyen el abordaje de esos profesionales, como la negación histórica de la existencia de esos pueblos interfiriendo en la empatía, la diversidad de entendimientos sobre cultura, la motivación para el trabajo en esa realidad y la necesidad de una reflexión continua en el trabajo cotidiano. Y reafirmados otros, como la necesidad de calificación de los sistemas de información, de inclusión o mejora de la formación general y específica de esos profesionales, de evaluación y reorganización del modelo de atención a la salud indígena y de garantía de los derechos de esas poblaciones.

Palabras clave: Interculturalidad. Salud reproductiva. Salud indígena. Atención diferenciada.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Agentes Indígenas de Saúde
AM	Amazonas
CASAI	Casa de Apoio à Saúde do Índio
CEP/UFPE	Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco
CIPD	Conferência Internacional da Organização das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento
CONDISI/Y	Conselho Distrital de Saúde Indígena Yanomami e Ye'kuana
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DSY	Distrito Sanitário Yanomami
EMSI	Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GES	Grupo Especial de Supervisão
ONU	Organização das Nações Unidas
PMMB	Projeto Mais Médicos para o Brasil
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PSF	Programa Saúde da Família
RENAME/Indígena	Relação Nacional de Medicamentos para a Saúde Indígena
RR	Roraima
RT	Responsável Técnica
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRR	Universidade Federal de Roraima
UnB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	ATENÇÃO DIFERENCIADA E “INTERCULTURALIDADE” NA SAÚDE INDÍGENA	15
2.2	O CONCEITO DE CULTURA E SUAS IMPLICAÇÕES	17
2.3	A PESSOA INDÍGENA	20
2.4	A MULHER INDÍGENA E A SAÚDE REPRODUTIVA	24
2.5	AS DINÂMICAS DEMOGRÁFICAS DO POVO YANOMAMI AO LONGO DA HISTÓRIA E O COMPORTAMENTO REPRODUTIVO	28
2.6	A RELAÇÃO ENTRE INDÍGENAS E SERVIÇOS DE SAÚDE E OS DESAFIOS DO TRABALHO COTIDIANO	35
3	METODOLOGIA	43
3.1	SOBRE O CAMPO DE PESQUISA	45
3.2	SUJEITOS DA PESQUISA	47
3.3	COLETA DE EVIDÊNCIAS	48
3.4	ANÁLISE	49
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	51
4	PANORAMA DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NO TERRITÓRIO YANOMAMI DO BRASIL	52
5	CARACTERÍSTICAS DO CONTEXTO	56
6	A ABORDAGEM	65
7	DIFERENÇAS DE ATUAÇÃO EM ÁREA INDÍGENA E NÃO INDÍGENAS	80
8	COMPREENSÕES SOBRE CULTURA	89
9	CONHECIMENTO E OPINIÃO SOBRE AS PRÁTICAS TRADICIONAIS	96
10	NOÇÕES SOBRE OS EFEITOS DA ATUAÇÃO	102
11	CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
	REFERÊNCIAS	113
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA	122

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	123
APÊNDICE C - QUADRO DE SISTEMATIZAÇÃO ADAPTADO.....	125
ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DO DSEI YANOMAMI E YE'KUANA.....	127
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – UFPE.....	128

1 INTRODUÇÃO

O modelo de atenção à saúde indígena no Brasil tem como fundamento a atenção integral à saúde, associada à noção de atenção diferenciada e prevê o respeito à diversidade cultural. No entanto, esse processo de “interculturalidade” apresenta conflitos e ambiguidades que geram reflexos nas ações em saúde, mas também na cultura e na organização sociopolítica das aldeias. É complexo e muito variável a depender dos atores, da comunidade e da etnia envolvidos e por compreender a cultura como heterogênea e dinâmica.

Várias situações evidenciam essa zona de contato entre o serviço de saúde e a pessoa indígena. No que se refere à saúde reprodutiva / planejamento reprodutivo e a atuação diante da mulher indígena esta se apresenta como um dos pontos de tensão. Encontra compreensões de saúde e direito reprodutivos de perspectivas diferentes e suscita questões delicadas de controle populacional, envolvendo várias instituições e movimentos sociais, como os movimentos indígena e feminista. Ainda, traz para o debate as vontades coletivas e individuais e a hierarquia entre as consciências étnicas e de gênero, numa dinâmica de tensões entre tutela e autonomia no trabalho em saúde.

Há poucos dados sobre essa temática e dificuldade de fazer generalizações a partir desses, atrapalhando a formulação de políticas, apesar de existirem elaborações importantes e norteadoras em torno da bioética clínica interétnica. Enquanto isso, os profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena experimentam e atuam orientados por princípios distintos, que podem passar pelas capacitações específicas, pela formação anterior, por valores e visões sobre a cultura, pela experiência de trabalho em área indígena, pelas características da comunidade, pelas características da gestão e organização do sistema de saúde e pelo momento histórico e econômico.

Tais elementos determinam compreensões e abordagens que podem ser centradas na doença, na pessoa, no coletivo ou na cultura. Esta última se revela diante do encontro das visões e práticas indígenas, como o “infanticídio” ou “neonaticídio”, e o que os profissionais oferecem ou acham que precisam lhes oferecer. Essas equipes hoje são praticamente completas, com todos os profissionais previstos, mesmo nas áreas

mais remotas, como é o caso das equipes com o Projeto Mais Médicos em comunidades do Território Yanomami do Brasil.

O Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) é um dos eixos do Programa Mais Médicos para o Brasil, responsável pelo provimento emergencial de médicos para regiões prioritárias, com aperfeiçoamento de profissionais durante o trabalho em equipe na Atenção Básica, por meio de várias estratégias, como a supervisão acadêmica. Esse processo possibilita a qualificação do profissional para o trabalho na realidade em foco, no caso, a área indígena, e possibilitou o surgimento das questões levantadas nesse estudo, que se volta para comunidades em que estão Pólos Base do Distrito Sanitário Indígena Yanomami e Ye'kuana.

Os Pólos Base são serviços nas comunidades geridos pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), seguindo o modelo da Lei Arouca, a partir da orientação pelo espaço etnocultural, geográfico, populacional e administrativo e sendo a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Este é responsável por garantir o cuidado em saúde dessa população no âmbito da Atenção Primária, devendo os demais níveis de complexidade serem oferecidos pela rede municipal do Sistema Único de Saúde.

Essa população estudada envolve as etnias Yanomami com seus subgrupos e Ye'kuana, tendo como foco a etnia Yanomami, pelo seu processo histórico e complexo de contato com não indígenas e de inserção do serviço de saúde. Por exemplo, a grave situação sanitária desse povo após a invasão dos garimpeiros motivou a criação do Distrito Sanitário Yanomami (DSY) antes mesmo da criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Esse processo da abordagem diferenciada do planejamento reprodutivo nessas comunidades parece envolver questões econômicas, territoriais, de condições de vida, do papel do Estado, de identidade, de construção da atenção à saúde indígena, sendo permeado por contradições observadas tanto no contexto mais geral e histórico como nas relações entre as pessoas.

Assim, considerando a inserção do serviço de saúde nessa realidade e o trabalho cotidiano dos profissionais das equipes, é importante compreender a interpretação dos profissionais sobre o planejamento reprodutivo em comunidades do Território Yanomami

do Brasil, conhecendo como esses compreendem e abordam essa questão, identificando e explorando quais os elementos norteadores e os efeitos gerados por essa abordagem nas comunidades.

Sendo assim, nesse caso, por opção da pesquisadora e necessidade do problema trabalhar os sujeitos de pesquisa a partir de seu contexto, levando-se em conta todas as implicações de ordem histórica, sociocultural, política, econômica e educacional, chega-se ao conhecimento por meio de uma prática dialética interpretativa sobre a prática social, atentando-se para os elementos amplos envolvidos, mas também para a práxis.

Isso contribui com a discussão sobre o exercício da verdadeira atenção diferenciada e qual seria o papel mais adequado dos serviços de saúde em área indígena, principalmente com a sua inserção mais consistente e por mais tempo nas comunidades, atentando-se para não perpetuar de outras formas a história de exploração e dominação e para a necessidade de intervenções amplas para a garantia do direito à saúde para as populações indígenas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO DIFERENCIADA E “INTERCULTURALIDADE” NA SAÚDE INDÍGENA

A criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena atendeu a uma crescente mobilização dos povos indígenas, principalmente na Segunda Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 1993, levando à aprovação da Lei Arouca no ano de 1999 e, posteriormente, à elaboração da Política Nacional de Saúde Indígena, em 2002. Com tudo, isso ocorreu após um longo processo anterior de políticas e intervenções governamentais e não-governamentais que passaram pelo sentido da desproteção, pela proteção colonizadora ou por ações pontuais de controle de epidemias.

Com o processo de redemocratização e a participação do movimento indígena na Constituição de 1988, é reconhecido aos indígenas sua organização social, costumes e determinada a demarcação das terras indígenas de todo o país nos cinco anos seguintes. Entretanto, além dessa orientação não se cumprir e de estar com possibilidades fortes de sofrer retrocessos na conjuntura atual, as leis orgânicas da saúde não fizeram menção aos povos indígenas. Apenas após as mobilizações posteriores com participação dos indígenas, dez anos após a criação do Sistema Único de Saúde, é criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, sob gestão da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), vinculada ao Ministério da Saúde. Esse é responsável por garantir o cuidado em saúde dessa população no âmbito da Atenção Primária, devendo os demais níveis de complexidade ser oferecidos pela rede municipal do Sistema Único de Saúde e tendo como elemento norteador o modelo de atenção diferenciada.

Contudo, apesar da participação dos indígenas e de ser um processo recente, já revela ambiguidades e paradoxos tanto em relação ao cuidado em saúde, como em relação à defesa dos direitos dos indígenas e de seus territórios. Autores como Luciana Ouriques, Marina Cardoso e Esther Langdon (2015) apontam que uma das causas seria o fato de a política de saúde indígena esbarrar com o projeto neoliberal do país.

Assim, por exemplo, tratando-se do cuidado em saúde, a atenção diferenciada é expressa pelo termo “interculturalidade” na política, mas as autoras colocam que é esperado pelos profissionais de saúde que a comunidade se adapte aos pedidos do

sistema oficial de saúde, mesmo com o discurso do diálogo intercultural, já que na prática o indígena é eleito como sendo o “outro”.

Além disso, entendendo “interculturalidade” como a articulação de diferentes sistemas sociomédicos, não existe clareza por parte das políticas de qual os sentidos disso e de como fazer. Tem-se, por exemplo, uma necessidade de validação científica dos saberes tradicionais indígenas e de qualificação dos praticantes e também uma tendência dos povos indígenas a se adaptarem estrategicamente a esse processo em troca de benefícios econômicos e sociais.

Dessa forma, a “interculturalidade”, que aparece de forma prescritiva e funcional, poderia funcionar como uma nova forma de poder, mantendo o processo de colonização e normatização dos grupos indígenas através da própria política de saúde indígena (FERREIRA, 2015). Portanto, o biopoder e a biopolítica atuariam, através do discurso da verdade (no âmbito da política e do processo de trabalho das equipes), de estratégias de intervenção e de modos de subjetivação, consolidando o processo (RABINOW e ROSE, 2006).

Nesse sentido, alguns elementos importantes seriam a visão estereotipada e homogeneizadora da “medicina indígena” e focada nas diferenças culturais e não nas diferenças políticas, econômicas e sociais. Assim, o discurso homogeneizador do multiculturalismo neoliberal revelaria na verdade o seu conceito de cultura fundado na diferença e não nas desigualdades políticas, econômicas, sociais e também culturais, desqualificando-as.

Tais desigualdades revelam um processo histórico violento de contato com não indígenas gerando o genocídio desse povo ao longo dos anos de várias formas. E, apesar de um período de demarcações territoriais, a situação vem novamente se acirrando nos últimos anos, com menor proteção dos territórios e da integridade desses através da política e da biopolítica. Essa é uma história também do povo Yanomami, que está registrada em documentários e livros por passarem por um processo em que esse genocídio foi mais recente (final do século XIX) e se mostrou bastante evidente.

Processo esse que demonstrou uma situação de saúde tão grave a ponto de motivar mudanças na organização da atenção à saúde indígena, como a publicação de decreto presidencial em 1991, transferindo a responsabilidade dessa atenção para o

Ministério da Saúde através da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e criando o DSY na Coordenação Regional da FUNASA em Boa Vista, Roraima.

“A barriga morreu!”, bradam desesperados os índios Yanomami quando cruzam com “homens brancos” pelos caminhos da Floresta Amazônica do Norte do Brasil. É o sofrimento de um povo que tem fome, de um povo que está em extinção, dizimado por doenças e violências provocadas pela invasão selvagem de milhares de garimpeiros, vindos para introduzir o “progresso” nas terras da última nação indígena que conservou quase inalteradas suas tradições. (EUSEBI, 1991, p.9)

2.2 O CONCEITO DE CULTURA E SUAS IMPLICAÇÕES

A alta mortalidade dos índios Yanomami nos anos 60 por sarampo não foi devida somente ao fato de ser o primeiro contato com aquela doença, mas pela mudança na organização social das comunidades. Portanto, o contato e o serviço de saúde não podem trazer só novas doenças, mas também mudanças socioculturais num sentido de dominação, de desigualdade e não apenas de diferença.

(...) O problema é que sempre que nos aproximamos de alguma forma de comportamento e de pensamento diferente, tendemos a classificar a diferença hierarquicamente, que é uma forma de excluí-la. Um outro modo de perceber e enfrentar a diferença cultural é tomar a diferença como um desvio, deixando de buscar seu papel numa totalidade. (DA MATTA, 1986, p.127)

Diante disso, discutir o conceito de cultura e suas compreensões por parte das políticas e dos profissionais das equipes é importante, já que essas visões tem implicações para a noção de saúde e para a prática de cuidado em populações indígenas. Isso se evidencia por exemplo quando considera-se o sistema de saúde como um sistema cultural, ao ser um “sistema de significados ancorado em arranjos particulares de instituições e padrões de interações interpessoais” (LANGDON, 1996, p.117).

Assim, a construção conceitual sobre cultura perpassa várias concepções e autores de vários momentos da história, com várias conceituações propostas:

(1) "o modo de vida global de um povo"; (2) "o legado social que o indivíduo adquire do seu grupo"; (3) "uma forma de pensar, sentir e acreditar"; (4) "uma abstração do comportamento"; (5) "uma teoria, elaborada pelo antropólogo, sobre a forma pela qual um grupo de pessoas se comporta realmente"; (6) "um

celeiro de aprendizagem em comum"; (7) "um conjunto de orientações padronizadas para os problemas recorrentes"; (8) "comportamento aprendido"; (9) "um mecanismo para a regulamentação normativa do comportamento"; (10) "um conjunto de técnicas para se ajustar tanto ao ambiente externo como em relação aos outros homens"; (11) "um precipitado da história", e voltando-se, talvez em desespero, para as comparações, como um mapa, como uma peneira e como uma matriz. (KLUCKHOHN apud GEERTZ, 1978, p.4)

Sendo assim, a cultura é compreendida por alguns autores como algo que existe antes da ação, ou seja, um conjunto de normas e práticas fixos que orientam os pensamentos e as ações das pessoas. Essa concepção visualiza a cultura como um sistema fixo e homogêneo, onde todos compartilham das mesmas ideias e agem igualmente.

Nesse caminho, os povos indígenas são vistos como sociedades primitivas que, portanto, tem interpretações sobre o processo saúde-doença fundamentadas em mecanismos mágico-religiosos com classificações muito bem delimitadas e formas de cura também bem determinadas e fixas (CLEMENTS, 1932). Essa concepção, apesar de antiga e de ter sido formulada em um outro momento, parece ainda estar presente na compreensão de gestores e profissionais.

Por outro lado, outros autores preferem definir cultura como um sistema de símbolos que, apesar de poder existir antes da ação, sendo um modelo de realidade, também é um modelo para a realidade (GEERTZ apud LANGDON, 1996). Portanto, apesar de concordarem com a ideia de que a cultura é compartilhada pelos membros, quando é considerada a agência do indivíduo e a *práxis*, compreende-se que a cultura emerge da interação entre os atores na busca de entendimento e solução dos eventos, não sendo apenas um conjunto fixo de normas e crenças.

Portanto, "cultura" estaria ligada a ideia de originalidade, a partir de distintas visões de mundo dos povos e que isso separaria ou agregaria as nações. Porém, as situações interétnicas tem estrutura e são organizadas cognitivamente e funcionalmente, sendo que a imagem que o Estado Brasileiro atribui aos índios advém desse sistema interétnico, mas que pode confrontar com as lógicas dos indígenas. Assim, a "cultura" operaria no sentido da etnicidade, sendo usada enquanto recurso para afirmar identidade, e a cultura, sem aspas, seria passível de empréstimos e transações, sendo uma "rede invisível a qual estamos suspensos". Assim, o conhecimento tradicional não seria necessariamente

antigo e estabilizado desde a origem e, sim, conjuntos duradouros de formas particulares de gerar conhecimentos (CUNHA, 2009, p.373).

Nesse sentido, Eric Hobsbawm (1997) discute a cultura a partir dos conceitos de tradição e tradição inventada, comparando com outros conceitos, como costume, convenção e rotina. A tradição inventada seria um conjunto de práticas construídas institucionalmente ou não, reguladas por regras de comportamento através da repetição e com uma continuidade com o passado. Diferentemente da tradição, que depois de inventada, seria imutável, como o costume presente nas sociedades ditas tradicionais. Mas, não pode ser invariável porque a vida não é assim, não impedindo inovações até que não perca a sua relação com o que era anteriormente.

Esse processo se relaciona diretamente com o uso de métodos contraceptivos por mulheres indígenas, uma prática antes não permitida. Novas convenções e rotinas podem virar hábito e necessitam ser imutáveis, porém as justificativas para isso são técnicas e não ideológicas, como no caso da tradição. Porém, se há uma transformação rápida da sociedade, pode tornar os padrões sociais incompatíveis com as velhas tradições, quando essas não conseguem ser flexíveis ou são eliminadas de outras formas (HOBBSAWM, 1997). Isso se relaciona com a história de colonização territorial e religiosa dos povos indígenas brasileiros e que pode se perpetuar através do próprio serviço de saúde.

Por outro lado, não é simplesmente que as tradições sejam antigas e obsoletas, mas que as sociedades podem sentir a necessidade de fazer tal adaptação, inclusive com a utilização de elementos antigos na elaboração de novas tradições. Como no caso de achar que as mulheres, apesar de seu papel reprodutivo, podem ser estimuladas a utilizar contraceptivos naturais ou contraceptivos sintéticos se forem mais velhas ou a gravidez poder gerar risco.

Outra elaboração é a de Félix Guattari (1996), que reuniu os significados diferentes que ele denominou de: Cultura Valor (ideia de cultivar o espírito, definindo se a pessoa é culta ou inculta); Cultura Alma Coletiva (refere-se à identidade cultural de um povo); Cultura Mercadoria (cultura de massa, bens ou equipamentos e conteúdos teóricos e ideológicos que estão à disposição para serem comprados). Porém, cultura

não parece ser o único elemento a determinar as ações dos indivíduos, sendo um conceito considerado inclusive reacionário por Guattari e Suely Rolnik:

O conceito de cultura é profundamente reacionário. É uma maneira de separar atividades semióticas (atividades de orientação no mundo social e cósmico) em esferas às quais os homens são remetidos. Tais atividades, assim isoladas, são padronizadas, instituídas potencial ou realmente capitalizadas para o modo de semiotização dominante – ou seja, simplesmente cortadas de suas realidades políticas. (GUATTARI e ROLNIK, 1996, p.15)

Assim, isso traz à tona o real papel da cultura na determinação das ações dos indivíduos, além de sua dinamicidade e também heterogeneidade tanto entre grupos como membros de uma mesma cultura. Isso, quando a subjetividade, a consciência e a diversidade de experiências são levadas em conta. Essa questão se relaciona com o pensamento de Eduardo Viveiros de Castro, no caso da realidade indígena e suas diversas variações, ao apontar que “índio é um estado de ser e não de aparecer” (CASTRO, 2006, p.2).

2.3 A PESSOA INDÍGENA

Entender quem é a pessoa indígena passa por compreender que essa é uma questão que, segundo Eduardo Viveiros de Castro (2006), inicialmente teve caráter jurídico e a preocupação em definir quem é e quem não é índio no período da ditadura com o objetivo político de reduzir o papel do Estado na defesa dos direitos dessas populações. Porém, a reação a esse processo pelo movimento indigenista e de antropólogos foi positiva e importante (CASTRO, 2006).

Tal reação caminhou no sentido de expor as intenções dessa pergunta e da contraposição da ideia de que índio seria uma etapa na evolução inevitável ao estado de “branco” ou “civilizado”, ou seja, os índios ainda eram índios porque um dia deveriam deixar de ser. O autor corrobora tal pensamento e reforça que essa questão não deve ser respondida pelos antropólogos e sim pelos próprios índios. Afirma que no Brasil todo mundo é índio exceto quem não é, mas só é índio quem se garante, e os antropólogos não podem garantir essa identidade indígena. Esta, antes de individual, é coletiva, já que

há indivíduos indígenas porque são membros de comunidades indígenas, e não o contrário (CASTRO, 2006).

Tratando-se, então, dos indivíduos de uma cultura, e especialmente para os povos indígenas brasileiros, é preciso discutir como esse processo acontece nessas sociedades e quais os melhores conceitos para compreendê-lo. Assim, autores como Anthony Seeger, Roberto da Matta, Eduardo de Castro (1979) e Sônia Maluf (2001) dialogam entre si defendendo a necessidade de se discutir os conceitos de pessoa e de corporalidade para essa compreensão.

Nesse sentido, é feita uma crítica aos modelos que se fundamentavam nas noções classificatórias de totem, linhagem e transmissão de bens para o entendimento da organização social desses povos, apontando por exemplo algumas anomalias e limites se esses modelos forem usados, como no caso dos Sanuma, subgrupo Yanomami, em que 50% da população não pertence a linhagem nenhuma.

Assim, seria preciso encontrar conceitos que, tanto permitissem uma maior flexibilidade do que os modelos anteriores, como também não focassem na ideia de indivíduo, por ser carregada de preconceito e menos adequada para a América do Sul, aonde, entre outros aspectos, a organização dessas sociedades tem centralidade no corpo, sendo mais adequada a discussão sobre pessoa (SEEGER et al, 1979).

A pessoa pode ser vista como um agregado de papéis sociais, numa dicotomia entre indivíduo e sociedade (MALINOWISK apud SEEGER et al, 1979). Mas pode também ser compreendida através das categorias de pensamento nativas de Marcel Mauss (2003) usando a etnopsicologia ou etnofilosofia, que define pessoa como instrumento de organização da experiência social. O que pode ser visto como idealismo.

Entretanto, considerando a ideia de que o corpo nas sociedades indígenas é central e está ligado à noção de pessoa, as elaborações de Marcel Mauss (2003) e de Mary Douglas (1976) auxiliam nessa questão. Assim, o corpo se apresenta como matriz de significados sociais, já que a experiência social lança mão das experiências corporais para se tornar pensável (DOUGLAS, 1976).

Mas não é só um suporte de papéis sociais-instrumento, atividades, matriz de símbolos e objeto de pensamento, na maioria das sociedades indígenas, essa matriz ocupa posição organizadora central, por exemplo quando há utilização de fluidos e a

decoração corporal ou quando percebe-se a presença da cosmologia e de narrativas com elaborações sobre o corpo. Essas são experiências coletivas e individuais (SEEGER et al, 1979).

Entretanto o corpo físico não é a totalidade do corpo e nem o corpo a totalidade da pessoa, sendo a pessoa um ser em processo permanente de transformação, não algo dado ou acabado, e nem fixo pela natureza e, sim, performado através de um conjunto de atitudes, de *habitus*. Esse conceito é elaborado por Bourdieu (2006) e Mauss (2003) e retomado por Sônia Maluf (2001) para reforçar a construção da pessoa nas sociedades indígenas da América do Sul e será discutido também posteriormente.

Assim, essa seria uma característica comum, a ideia de transformabilidade generalizada dos seres que habitam o mundo indígena (de seres humanos em animais, de animais em seres humanos, de espíritos em animais). Portanto, a fabricação de pessoas aciona oposições polares (natureza e cultura), mas a natureza desses polos não é estática e a continuidade física e a continuidade social é também complexa, mas tem-se a centralidade no corpo, reforçando a ideia do conceito de corporalidade para entender essas transformações.

Dessa forma, esse conceito é discutido por alguns autores como Merleau Ponty (2004), que, a partir da noção de pré-objetivo, afirma que a percepção começa no corpo e termina nos objetos, oferecendo intencionalidade ao conceito de corporalidade a partir da relação entre sujeito e objeto. Pierre Bourdieu (2006), ao focar-se na prática, aproxima esse conceito às elaborações de Marcel Mauss (2003), ao reforçar a ideia do corpo socialmente formado, sendo a corporalidade esse movimento de incorporação do social no corpo.

Thomas Csordas (2008) já defende o conceito de "embodiment", como um novo paradigma nos estudos da cultura, no qual o corpo é pensado como "sujeito da cultura". De uma forma ou de outra, a corporalidade ou corporeidade se caracteriza pelo colapso das dualidades entre corpo e mente, sujeito e objeto, sendo um conceito fluido que amplia a discussão sobre pessoa.

Nesse sentido de transformação e retomando a discussão da cultura como dinâmica e heterogênea, as pessoas das sociedades, inclusive a indígena, podem se recusar a submeter seu corpo a requerimentos sociais ou demandas coletivas, como no

caso do desejo de uso de métodos anticoncepcionais por uma mulher indígena, mesmo com a demanda de reprodução daquela etnia e a não disponibilização desse recurso pelo serviço de saúde, ou o não desejo de realização do “aborto pós-natal” ou “infanticídio”, mesmo com a demanda coletiva por seus diversos motivos.

Anthony Seeger, Roberto da Matta e Eduardo de Castro (1979) trazem que essa questão seria compreendida como a pessoa fora do corpo, que seria o indivíduo, que nesse caso é cuidado pelo xamã. Mas, considerando essa dinamicidade e heterogeneidade, pode-se perceber, através da agência da pessoa, a criação e invenção de novos modos de ação que a coletividade decide incorporar. Essa incorporação com mudança das condições objetivas e do contexto pode levar ainda a uma incongruência entre o *habitus* antigo e os novos modos de agir que podem ser considerados inadequados e desencadear conflitos (BOURDIEU apud PONTES et al, 2014).

Uma dessas mudanças pode ocorrer no exercício do poder nas sociedades indígenas. Pierre Clastres (1978) utiliza o termo poder coercitivo para aquele exercido pelo Estado e que cobra obediência dos indivíduos e poder não coercitivo, persuasivo, para as sociedades sem Estado, como as indígenas, em que predominaria as relações de parentesco, a generosidade e a oratória (CLASTRES, 1978). Isso pode se modificar com a interação com sociedades com Estado, refletindo-se em vários aspectos, como na questão da autonomia dos indivíduos, entre eles a mulher.

Dessa forma, a construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras passa pela discussão da relação entre individual e coletivo, entre natureza e cultura, entre físico e social, entre corpo e pessoa, num movimento contínuo, que a corporalidade ajuda a entender, de transformação ao longo da vida de uma pessoa e do tempo de existência dessas sociedades. Além disso, aponta para uma discussão sobre autonomia nesse contexto, que está relacionada às tensões presentes na atuação das equipes de saúde com a mulher indígena.

A noção fundamental de liberdade individual de escolhas, que separa o indivíduo do meio sociocultural, entra em conflito com a noção de construção coletiva da pessoa desses grupos. A noção de indivíduo é algo particular e histórico e, atualmente, é base das teorias científicas, políticas, éticas e do trabalho em saúde na sociedade ocidental, mas projetá-la para outras sociedades gera equívocos e conflitos. (PONTES et al, 2014, p.343)

2.4 A MULHER INDÍGENA E A SAÚDE REPRODUTIVA

A corporalidade, nessa relação entre corpo e pessoa, é um conceito importante para entender o processo de legitimação e afirmação de papéis e funções femininas através do corpo e do uso deste. A ideia de ser mulher é voltada para o funcionamento do organismo feminino, interpretado como objeto de desejo sexual e reprodução, sendo colocada como o outro na perspectiva de Simone de Beauvoir (1949) em *O Segundo Sexo*.

Essa questão é presente tanto nas sociedades ditas “primitivas” como nas sociedades contemporâneas, com conformidades diversas e até com a mulher se apresentando com papel de maior relevância por suas características corporais ou divinas em algum momento da história. Engels (2010), aponta que as primeiras sociedades humanas eram, além de coletivistas, tribais e nômades, matrilineares, e com papéis sexuais e sociais masculinos e femininos não tão rígidos.

Com o reconhecimento da participação do homem na reprodução, a divisão sexual mais primitiva do trabalho e, posteriormente, o estabelecimento da propriedade privada, corpo e sexualidade das mulheres passam a ser controlados cada vez mais de forma mais evidente. A depender do grau dessa divisão, com a instituição da família monogâmica e a divisão sexual e social do trabalho, em um movimento denominado patriarcado, há maior efetivação do controle das mulheres pelos homens e da descendência patrilinear.

Diante desse processo, a construção da pessoa mulher nas sociedades indígenas é complexa por envolver formas de organizações sociais diversas a depender da etnia e das comunidades, mas também por tratar-se de comunidades com maior ou menor contato com não indígenas. Isso devido ao processo de dinamicidade da cultura, mas também pelo estabelecimento da propriedade privada, o que é muito variável mesmo entre uma mesma etnia.

No caso das sociedades ocidentais, essas questões determinam relações de gênero desiguais e hierárquicas, gerando a dominação e exploração das mulheres pelos homens, que se expressam na opressão feminina (SAFFIOTI, 2013). Esses elementos culminam com a violência, a restrição da mulher ao ambiente doméstico ou a delegação

para esta de ocupações com menor destaque e voltadas para o cuidado, a restrição da autonomia sobre o uso do corpo, entre tantas outras questões.

Tais elaborações feministas são ocidentais e não voltadas para as mulheres indígenas, apresentando, portanto, limites para compreender algumas realidades. Porém, podem ser identificadas diferenças entre os gêneros na maioria das comunidades indígenas, como o fato de a maioria das lideranças serem masculinas, de a educação ser muitas vezes mais liberal para os meninos, de os contatos com não indígenas serem feitos mais pelos homens, de as atividades femininas serem mais voltadas para a agricultura e as masculinas mais para a caça. Além disso, podem ser identificados casos de violência contra a mulher e de aborto terminal ou “infanticídio” mais em conceitos do sexo feminino, o que será discutido posteriormente.

Portanto, o gênero está articulado com várias dimensões da sociabilidade e do ciclo de vida, determinando diferenças. Porém, tais diferenças não são necessariamente tão bem delimitadas, variam enormemente a depender da etnia e não é possível interpretá-las a luz de conceitos das sociedades ocidentais não indígenas.

Essa contradição se mostra por exemplo no fato de as mulheres indígenas poderem não se incomodar com algumas dessas diferenças que são ruins ao olhar do feminismo, reforçando inclusive o seu papel diferenciado enquanto mulher a partir por exemplo das associações de mulheres indígenas. Mas estas também podem representar o desejo de mudanças de outros aspectos, como a maior participação na política ou a opção pelo autocontrole da reprodução.

Nesse sentido está o Projeto Voz da Mulheres Indígenas, implementado pela Organização das Nações Unidas (ONU) Mulheres e objetivando o empoderamento, mobilização social e participação política das mulheres indígenas, com cinco eixos: violação dos direitos das mulheres indígenas (incluindo a violência contra mulheres e meninas); 2. empoderamento político; 3. direito à terra e processos de retomada; 4. direito à saúde, educação e segurança; e 5. tradições e diálogos intergeracionais. A validação da pauta, com dez tópicos, de mulheres de 104, das 305 etnias do Brasil, foi feita no Acampamento Terra Livre em 2015, grande encontro que as mulheres estavam na coordenação.

Em relação às etnias específicas, movimentos nesse sentido são a Grande Assembleia das Mulheres Guarani-Kaiowá, do Mato Grosso do Sul, *Kunague Aty Guasu*, e o Movimento de Mulheres Yanomami da região de Catrimani em Roraima, que se iniciou em 2002, com o primeiro encontro sendo realizado em 2007 e o último em 2016.

Neste foram discutidas as seguintes pautas: a reafirmação da importância da floresta e da mulher para garantir os alimentos; a preferência pelo atendimento em saúde nas aldeias e não na cidade; o combate à violência contra a mulher na Casa de Apoio à Saúde do Índio (CASAI), aonde passam longos períodos para tratamentos médicos; fortalecimento da rede de apoio entre as mulheres; geração de renda pelas mulheres através da confecção de redes e tipoias; a importância do registro dos conhecimentos tradicionais dos mais velhos (como remédios); a proteção e gestão da Terra Indígena Yanomami (HUTUKARA, 2016).

Entretanto, se há uma complexidade e uma dificuldade de interpretação dessas diferenças de gênero a luz das teorias feministas, a história de contato das populações indígenas, inclusive a população Yanomami, com não indígenas, revela claramente o uso das mulheres enquanto moeda de troca e o estupro dessas por fazendeiros e garimpeiros.

Elisa Muniz e Adriana Corona (1996) apontam, a partir da realidade de violência contra a mulher nas comunidades indígenas do México, que, na convivência entre moderno e tradicional na América Latina em um processo dinâmico da cultura de assimilação e negação, as mulheres indígenas são capazes de escolher o que querem trocar e o que querem conservar de sua cultura. Assim, tanto o movimento feminista precisaria considerar e refletir sobre a cultura indígena, como o movimento indigenista deveria incluir a discussão de gênero nesse processo de proteção da integridade das pessoas indígenas.

É o mesmo que colocam Rosalva Castillo e Héctor Elizondo (1996), reforçando a necessidade de modificações do pensamento feminista e do movimento indigenista ao afirmar que, ao mesmo tempo que as reivindicações das mulheres indígenas passam pela afirmação da identidade cultural, não tem postura acrítica sobre sua cultura. Querem, falando agora da realidade descrita pelos autores no México, modificar aquilo que incomoda, como a violência, a sua troca por dinheiro, a não permissão de serem

representantes e o não direito a terra e foi nesse caminho que o movimento de mulheres de Chiapas seguiu na construção de processos questionadores e na conquista de direitos.

A mulher, portanto, de uma forma ou de outra se apresenta enquanto elemento de destaque ou de disputa, seja na tentativa de protegê-la como através da perspectiva do movimento indigenista e do movimento feminista, seja na ação de exploração histórica pelo não indígena, seja na identificação de seu papel para a manutenção e crescimento do povo.

A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada no ano de 1948, há repercussões posteriores por exemplo na Constituição Federal, no Título VII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, art. 226, § 7º, definindo a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar, nos seguintes termos: “Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.”

A Conferência Internacional da Organização das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994 e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, em 1995, reafirmam os direitos sexuais e reprodutivos e o papel do estado nesse processo, abrangendo todas as populacionais do mundo, inclusive os indígenas (BRASILa, 2005).

Porém, lembrando a história de esterilização em massa em mulheres Pataxó Hãhãhãe do sul da Bahia na década de 90 induzida por campanha política, sem o devido esclarecimento das mulheres, sem exames prévios e realizada em mulheres abaixo de dezoito anos e até grávidas, percebe-se o não cumprimento de tais acordos num processo considerado genocida diante da não oferta de informação e condições materiais para exercerem seu direito reprodutivo, suscitando a discussão desse tema.

E, na situação indígena, é necessário pensar em direito individual e coletivo já que, além do fato de as mulheres indígenas terem taxas de fecundidade mais elevadas que as mulheres não indígenas, as mulheres que vivem em reservas ainda não demarcadas tem taxas ainda mais elevadas diante da necessidade de crescimento demográfico para a manutenção do estado de luta daquele povo (SOUZA et al, 2017).

Germán Vázquez (2003), através de pesquisa realizada em Puebla, no México sobre ser indígena e a tomada de decisão sobre relação sexual, ter filhos e divisão do dinheiro, aponta para subordinação principalmente de mulheres indígenas marginalizadas, com o homem decidindo sobre quantos filhos ter e sobre o uso de métodos contraceptivos. Além disso, o maior contato com o serviço de saúde aumenta o uso de métodos principalmente em mulheres mais jovens.

Analizando o comportamento reprodutivo em jovens, em seis comunidades indígenas no México, Fabiola Garcia Vargas (2003) identificou alguns elementos: conhecimento fragmentado e errôneo sobre anticoncepção e doenças sexualmente transmissíveis; escassa orientação pelos mais velhos; casamentos cada vez mais precoces, discrepância educacional entre filhos e pais; manutenção da importância da medicina tradicional; pouca influência da religião católica; forte influência da educação formal e a migração; manutenção de uma alta valorização da maternidade enquanto forma de adquirir estabilidade emocional e reconhecimento social; persistência de desigualdade na participação da mulher na reprodução, no acesso à educação, aos serviços e aos espaços públicos.

A mulheres Chamibida, de Antioquia, na Colômbia apresentam um padrão reprodutivo diferente dos demais grupos daquela região, o que pode ser devido ao conhecimento e adesão ao planejamento familiar ocidental, ao maior acesso a escolaridade, à consciência dos líderes sobre o esforço econômico envolvido na criação de filhos e à participação masculina na adesão ao planejamento familiar ocidental, conservando a hierarquia de gênero, geracional e de poder (VALENCIA, 2001).

2.5 AS DINÂMICAS DEMOGRÁFICAS DO POVO YANOMAMI AO LONGO DA HISTÓRIA E O COMPORTAMENTO REPRODUTIVO

Compreender as dinâmicas demográficas de um povo contribui com outras tantas análises que envolvem condições sociais, econômicas, territoriais, culturais e de saúde, especialmente quando o foco é a reprodução e o papel da mulher. De acordo com dados do Censo Demográfico de 2010, 817 mil pessoas se autodeclaram indígenas e o

crescimento no período entre 2000 e 2010 (11,4%) não foi tão expressivo quanto o do período anterior entre 1991 e 2000 (150%).

Houve crescimento nas Regiões Norte, com o maior crescimento (46,2%), Nordeste e Centro-Oeste e perda nas Regiões Sudeste (39,2%) e Sul (11,6%), revelando perda populacional em áreas urbanas, exceto na Região Norte. Isso pode ser resultado de uma crescente afirmação de identidade cultural e territorial associada à manutenção de altas taxas de fecundidade nas regiões de maior crescimento.

A Região Norte se mantém com mais população indígena (37,4%), com o Estado do Amazonas com maior população (168,7 mil) e o Estado de Roraima com a maior participação relativa de indígenas na população do estado. Por outro lado, somente seis Unidades da Federação tem população indígena maior que 1% e a metade das Unidades da Federação tem percentual abaixo da média nacional (0,4%). Quanto ao ritmo de crescimento, apresentaram maiores incrementos os Estado do Acre (7,1% ao ano), Paraíba (6,6% ao ano) e Roraima (5,8% ao ano). Isso reafirma a importância do território adequado para sobrevivência populacional e cultural.

Tratando apenas das regiões da Terra Indígena Yanomami, de acordo com o Relatório Epidemiológico Operacional – DSEI Yanomami e Ye'kuana (2010), no período de Novembro de 2009 a Março de 2010 ocorreu um aumento absoluto de 209 indígenas na população total sobre referência do DSEI Yanomami e Ye'kuana, representando um crescimento populacional de 1.1% em quatro meses, o que aponta uma tendência de crescimento de 0,28% ao mês e 3,3% ao ano. A população Yanomami residente no estado de Roraima representa 62,5% do total do DSEI Yanomami, e apresentou um crescimento de 1,3% nestes quatro meses, superior a população Yanomami do Amazonas que representa 37,5% da população total do DSY e onde o crescimento populacional foi de 0,7 % no período.

Observou-se que o contingente de indígenas menores de 20 anos ultrapassa a metade da população, sendo 20% correspondente a crianças menores de 5 anos, não refletindo redução dos níveis de fecundidade, principalmente no que se refere a população Yanomami de Roraima (RR). Na região Yanomami do Amazonas (AM) observou-se uma proporção de menores de cinco anos inferior, concomitante a uma

maior proporção de idosos e onde a redução de taxa de fecundidade foi duas vezes maior do que Roraima, indicando avanço maior no processo de transição demográfica regional.

Os adultos de 20 a 49 anos concentram 32,2 % da população e os acima de 50 anos 8,6 %. Esta distribuição etária revela a forma clássica de pirâmide com a base larga e ápice estreito, população predominantemente jovem, sem aceleração relevante do processo de envelhecimento, ainda com elevadas taxas de morbidade e mortalidade, enquadrando-se nos primeiros de estágios da transição demográfica. Já se observa diferenças regionais no padrão de pirâmide para a população Yanomami do Amazonas, em menor número, com base mais estreita do que em Roraima, onde a base apresenta-se mais larga com predomínio maior de população menor de cinco anos. A maioria da população Yanomami no Brasil é composta por homens, o que se confirma no indicador Razão de Sexo, onde se observa a proporção de 108,5 homens para cada 100 mulheres sem diferença significativas entre Amazonas e Roraima.

Ocorreram 336 nascimentos no período de novembro de 2009 a março de 2010, com predominância do sexo masculino (50,8%). Houve registro de somente 3 nascidos mortos (2 do sexo feminino), sendo que entre os nascidos vivos (333), houve predominância do sexo masculino (51%). O coeficiente de natalidade no período de Novembro de 2009 a Março de 2010 foi de 18,1 para 1000 habitantes, com tendência decrescente no decorrer destes quatro meses.

Os dados padronizados indicam as diferenças regionais, sendo que, em março de 2010, a região de Roraima apresenta os mais elevados níveis médios de natalidade 3,14, e a região do Amazonas o nível médio mais reduzido 2,74. Verifica-se curiosamente, flutuações mensais antagônicas entre os coeficientes de natalidade do Amazonas e de Roraima e a existência de taxas de fecundidade maiores nas regiões de maior conflitos territorial diante da necessidade de crescimento do povo para a manutenção da luta pelos direitos (BRASILb, 2010).

Tem-se uma mesma etnia ou subgrupos de uma mesma etnia com padrões de natalidade diferentes. Isso poderia ser explicado pelas diferenças dos grupos e das comunidades, pelas diferenças territoriais, por história mais antiga de contato com não indígenas nas regiões do Amazonas e tem-se a atenção à saúde das regiões do Amazonas realizada pela gestão de SubDSEIs localizados em cidades no Estado do

Amazonas e com certa autonomia, apesar de submetidos ao DSEI Yanomami e Ye'kuana em Boa Vista, Roraima.

John Peters e John Early apresentam nos livros “The Population Dynamics of the Mucajai Yanomama” (1990) e “The Xilixana Yanomami of the Amazon” (2000) importantes contribuições para compreender as dinâmicas populacionais do povo Yanomami, mesmo considerando as limitações de dados e a especificidade de cada subetnia e comunidade.

Analisando a população Yanomami que vivia ou vive próximo ao rio Mucajaí em Roraima, determinam uma divisão em três períodos que envolvem sessenta e seis anos a partir de variações socioeconômicas e de saúde e analisam as variações demográficas a partir das características de cada período. A teoria da transição demográfica se norteia também por tais aspectos, mas apesar da sua importância e de delinear a maioria dos estudos demográficos contemporâneos, apresenta limites para interpretar as variações demográficas e reprodutivas de algumas populações indígenas, reforçando a complexidade e especificidade desse processo. Isso é o que Carmen Junqueira et al afirmam para a população Kamaiurá, mas que também pode ser avaliado no caso da população Yanomami de Mucajaí.

Os períodos sugeridos para essa análise foram: 1- pré contato, de 1930 a 1956; 2- primeiros contatos, de 1957 a 1960; 3- de ligação, de 1961 a 1981; e 4- brasileiro, de 1982 a 1995. No período pré contato, houve pequeno crescimento populacional, com manutenção do padrão de natalidade, sugerindo ser devido ao número reduzido de mulheres em idade reprodutiva (talvez pelo “infanticídio” feminino preferencial) e com um sistema de casamentos cruzados (o cônjuge preferencial é um primo cruzado e não paralelo), que reduz as possibilidades matrimoniais, atrasando os casamentos.

No período dos primeiros contatos, a população decresceu em função da alta mortalidade por doenças infecciosas, mesmo havendo imigrações, principalmente de mulheres de outras comunidades Yanomami para se casar, e com aumento discreto da taxa de natalidade.

No período de ligação, em que acontecem contatos intermitentes com não indígenas e contatos mais frequentes com outras comunidades Yanomami, observou-se um rápido crescimento populacional, com queda da mortalidade, aumento importante da

natalidade e aumento maior da taxa de imigração do que de emigração. A queda da mortalidade poder ser devida à aquisição de imunidade às doenças que causaram mortes no período anterior; às ações em saúde pontuais, como dos missionários; e ao fato de essas comunidades serem relativamente isoladas da população brasileira não indígena. O aumento da natalidade parece ser devido ao aumento no número de mulheres em idade reprodutiva, que já se iniciava no período anterior.

O período brasileiro foi marcado por um contato mais profundo com não indígenas, que envolveu a explosão do garimpo, a inclusão dessa região enquanto rota de transporte hidroviário, as migrações para a cidade, a participação das lideranças no movimento indígena em defesa de direitos e terras. Houve um baixo crescimento populacional, por uma diversidade de fatores: o aumento da mortalidade pelo maior contato, o aumento da taxa de emigração inclusive de mulheres, e uma queda pequena da taxa de fecundidade. Isso pode ser devido ao aumento da idade da primeira coabitação por fatores a serem ainda conhecidos, mas podendo estar relacionado aos aumentos dos períodos fora da comunidade.

Apesar dos inúmeros fatores discutidos que influenciaram e influenciam as dinâmicas populacionais do povo Yanomami, os autores afirmam que o comportamento reprodutivo se manteve ao longo desses anos na maioria das comunidades, com a primeira menstruação entre doze e treze anos, a primeira coabitação aos quatorze, o primeiro parto com 16,8 anos (sem abortos ou morte fetal anterior), o intervalo médio entre os nascimentos de 3,2 anos se não houver esses eventos, menopausa aos quarenta anos.

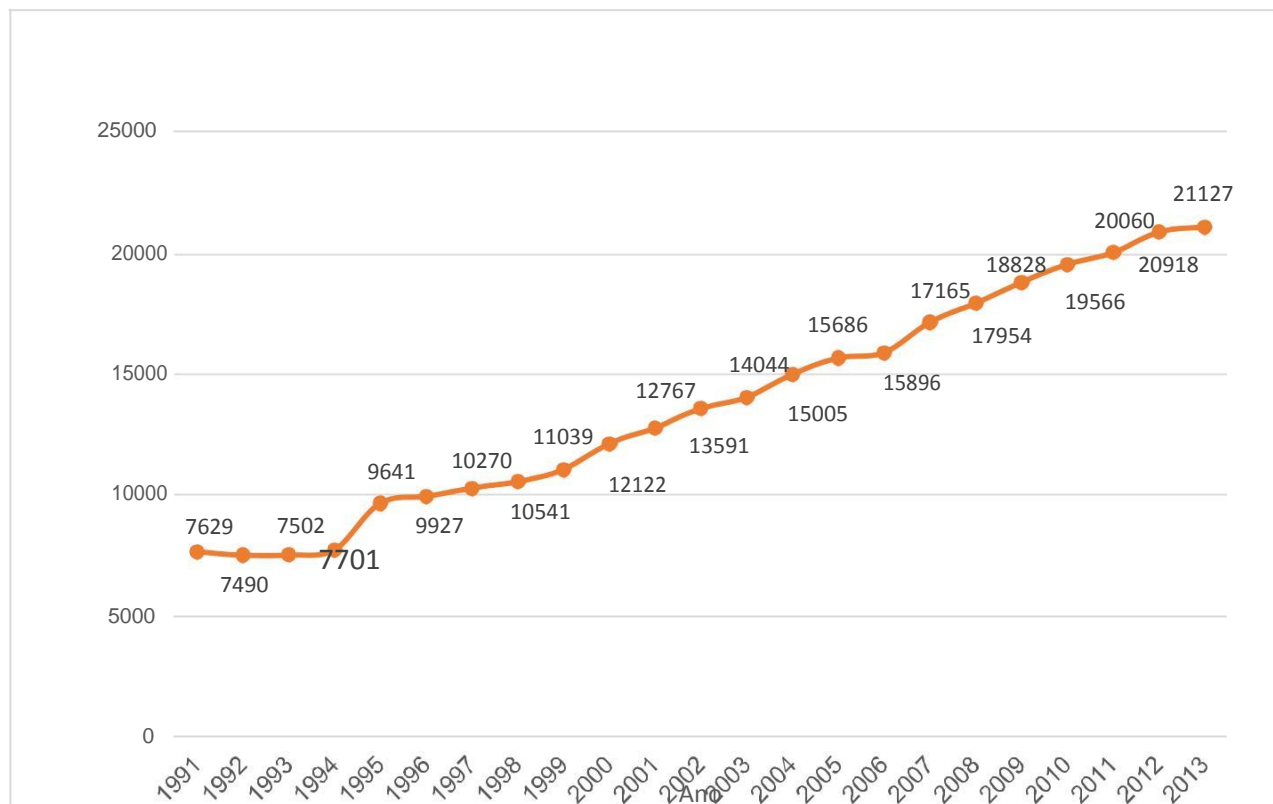
Os aspectos que influenciam o intervalo entre as gestações e a fecundidade estão relacionados principalmente ao período longo de amamentação, base da alimentação das crianças nos primeiros anos de vida, e que tem ação anticoncepcional. Entretanto, são identificadas outras formas de controle voluntário da reprodução, como o aborto de preferência até os 2 meses e, não sendo possível, o “infanticídio” ou aborto terminal, como talvez seja preferível denominar. Esse pode acontecer por questões variadas, como a impossibilidade de amamentar ou oferecer alimento para mais de uma criança, como gêmeos ou com intervalo de gestação muito próximo; instabilidade do casamento, traição pela mulher ou viuvez; deformidades físicas.

O aborto durante a gestação ainda é algo com poucos elementos conhecidos e com dificuldade de acessar seus mecanismos e o aborto terminal ainda é prática em algumas comunidades, mas já se modificou bastante. Como o estudo em questão trata do período até 20 anos atrás, podem ter ocorrido modificações importantes nesse processo, pela mudança nas condições sócio econômicas e culturais, inclusive com a demarcação territorial em 1991, pela criminalização da prática do aborto terminal por algumas instituições religiosas e jurídicas, pela inserção mais contínua do serviço de saúde e o acesso a métodos contraceptivos sintéticos. Esse acesso foi facilitado com a Portaria 1059 de 23 de julho de 2015, quando houve a inclusão dos métodos contraceptivos hormonais na Relação Nacional de Medicamentos para a Saúde Indígena (RENAME/Indígena), passando a serem fornecidos pela SESAI.

Assim, alguns dados mais recentes, até 2013, e específicos do DSEI Yanomami e Ye'kuana demonstram uma manutenção de crescimento dessas populações, com taxas ascendentes (Gráfico 1), e das características da pirâmide etária e de razão de sexo (Gráfico 2). E, enquanto o coeficiente de natalidade apresentava queda discreta, o número de nascimentos se mantém ascendente, mas pode não estar acompanhando o crescimento populacional decorrente da queda da mortalidade (Gráfico 3).

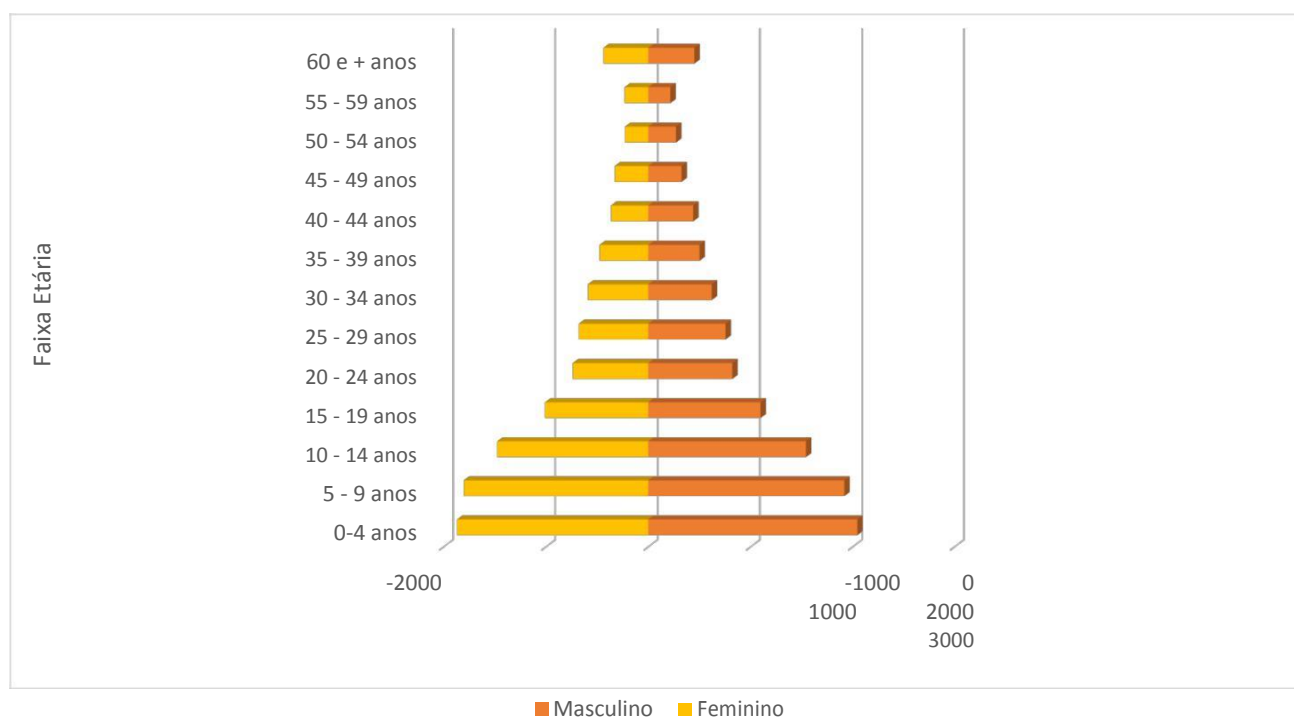
É o que revela estudo realizado com as mulheres Surui de Rondônia, com manutenção de altos níveis de fecundidade e fazendo importantes paralelos com o que já está na literatura sobre outros povos, como os Yanomami. Mas aponta também aspectos particulares, como os crescentes níveis de escolaridade, a medicalização do parto e o uso de contraceptivos nessa população e que ainda não são suficientemente avaliados. Há, portanto, um despreparo do serviço de saúde para cuidar da saúde reprodutiva das mulheres indígenas, entre outros motivos, pelo desconhecimento acerca da saúde da mulher indígena (VALENCIA et al, 2008).

Gráfico 1 – Crescimento populacional no Território Yanomami de 1991 a 2013



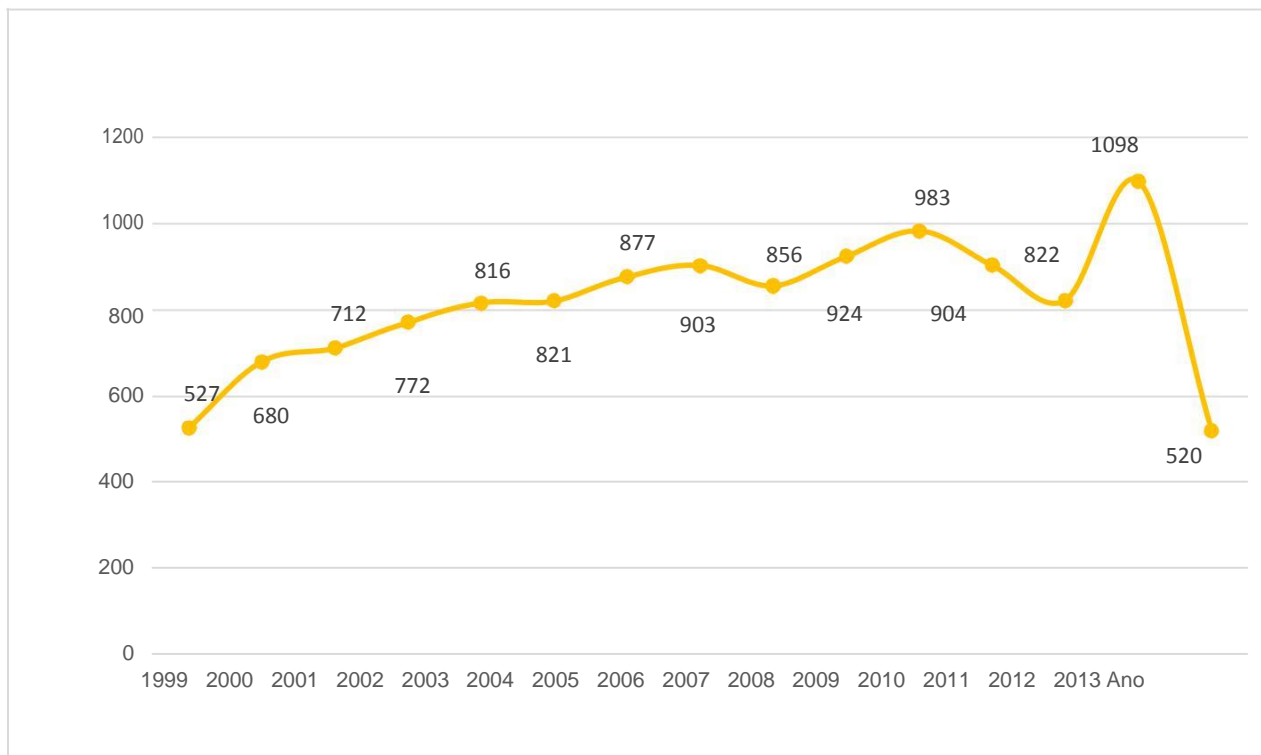
Fonte: Relatório CONDISI/Y (2013)

Gráfico 2 – Pirâmide demográfica Território Yanomami 2013



Fonte: Relatório CONDISI/Y (2013)

Gráfico 3 – Número der nascimentos no Território Yanomami de 1999 a 2013



Fonte: Relatório CONDISI/Y (2013)

Nesse contexto, o planejamento reprodutivo pode ser visto com uma concepção ampla e de decisão autônoma das mulheres associado a liberdade sexual (o que pode ser utópico na realidade indígena) e com uma concepção restrita enquanto meio para reduzir a pobreza através da redução da população. O acesso ao trabalho remunerado e a educação aumentam o uso de contraceptivos, mas o planejamento deve ser visto enquanto direito e não enquanto imposição do serviço de saúde (ESPINOSA, 2003).

2.6 A RELAÇÃO ENTRE INDÍGENAS E SERVIÇOS DE SAÚDE E OS DESAFIOS DO TRABALHO COTIDIANO

A inserção do serviço de saúde, como discutida anteriormente, parece ter sido um fator para a redução da mortalidade em alguns momentos da história da população Yanomami. Isso principalmente levando-se em conta a atuação diante de situações emergenciais ou epidemias, que produz claramente o salvamento de vidas. Tem-se o

exemplo de certas áreas, atendidas com eficiência e regularidade, onde a taxa de crescimento populacional voltou a padrões pré-contato.

Contudo, com a maior estruturação do Subsistema de Saúde Indígena e a inserção mais contínua das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena nas comunidades, há também uma ampliação para ações de acompanhamento e cuidados a médio e longo prazo. O resultado dessa atuação parece ser mais difícil de ser avaliado, necessitando do acompanhamento de indicadores ao longo do tempo, mas com limites no caso de abordagens sutis ou não e que podem gerar benefício ou danos profundos após muitos anos.

A população indígena utiliza de forma concomitante diferentes recursos de saúde, articulando várias formas de atenção à saúde intencionalmente através de itinerários terapêuticos diversos (MENÉNDEZ, 2005). Porém, retomando o conceito anteriormente discutido, o *habitus* de indígenas e não indígenas é diferente, sendo caracterizado como estranhos morais, o que implica a necessidade de acordos para a resolução de conflitos (ENGELHARDT JR apud PONTES et al, 2014).

Um dos aspectos que evidenciam essas estranhezas é o fato de os indígenas serem solicitados a tomar decisões em situações clínicas a partir da perspectiva biomédica. E, diferente dessa perspectiva, os elementos que orientam essa tomada de decisão para os indígenas não são diferentes dos utilizados para outras situações da vida. Além disso, tais decisões são dependentes de valores relacionais de confiança com os profissionais e do contexto familiar e comunitário (PONTES et al, 2014).

Por isso o cuidado com a melhor abordagem diante de uma situação complexa e que mostrou apenas resultados parciais. Ao mesmo tempo, não é possível esperá-los para corrigi-los. A atenção diferenciada se apresenta, portanto, como norte para a atuação dos serviços de saúde indígena e orienta a atuação dos profissionais a partir das seguintes recomendações fundamentais:

1. Estar ciente de que menosprezar, desrespeitar ou impedir o trabalho dos xamãs através de uma intervenção médica autoritária e proselitista, constitui não somente um erro terapêutico, mas também uma agressão intolerável a um dos alicerces fundamentais da cultura e da sociedade Yanomami. (...)
2. Nunca esquecer que a assistência médica ocidental deve sempre ser proposta e não imposta aos Yanomami, e que a medicina branca é considerada por eles como complementar, mas jamais substituta do diagnóstico e do tratamento xamânico. Portanto, antes de qualquer ação terapêutica sobre um

paciente também submetido (ou suscetível de ser submetido) a uma cura xamânica, deve sempre ter-se a preocupação de dialogar com a família e os xamas para integrar a intervenção da maneira mais apropriada possível, cultural e socialmente. Em caso de emergência, pode-se propor uma ação conjunta xamã - médico (enfermeiro). (...)

3. Estar ciente de que a doença de um indivíduo é sempre considerada na sociedade Yanomami com um acontecimento social envolvendo a sua comunidade como um todo. (...) Em função disso, a coletividade dos parentes/co-residentes de um doente mobiliza-se tanto na determinação da etiologia das agressões patogênicas que afetam seus membros quanto nas decisões e operações relativas a seu tratamento. (...)

4. Estar ciente de que a adoção de remédios ocidentais pelos Yanomami não quer dizer que eles aceitem o sistema de interpretação da doença que fundamenta seu uso e que, por isso, não respeitam facilmente as regras precisas associadas ao consumo desses remédios. (...) Nestas explicações deve-se, de preferência, tomar por base de comparação os remédios tradicionais da floresta para evitar uma valorização exagerada dos tratamentos ocidentais, o que abre caminho para a hipermedicação

5. Estar ciente, por fim, de que o uso indiscriminado, ou mesmo generalizado, de remédios ocidentais leva a um rápido abandono dos tradicionais, o que representa para os Yanomami não somente uma perda irreparável no plano intelectual e sanitário, mas ainda um agravamento de sua dependência social e econômica da sociedade branca. Recomenda-se, portanto, no decorrer do atendimento de saúde na área Yanomami, um particular cuidado na observação e valorização do conhecimento indígena relativo aos remédios da floresta. (ALBERT, 1997, p.51)

Essas são orientações que são realizadas aos profissionais pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, em momentos de preparação e capacitação. No caso do Distrito Sanitário Indígena Yanomami e Ye'kuana a equipe de apoio e qualificação do trabalho dos profissionais conta com uma antropóloga com atuação direta com os profissionais e com experiência prévia com o trabalho em área indígena, o que se apresenta enquanto um diferencial.

Entretanto, essas orientações podem culminar em abordagens diversas nas realidades variadas pelo Brasil. Isso principalmente quando se trata do cotidiano vivido pelas equipes que permanecem por até trinta dias nas comunidades, em um contato próximo e desafiador na maioria das realidades e que ainda tem como obstáculos em grande parte das comunidades a dificuldade de comunicação pelo não entendimento da língua Yanomami.

Outro aspecto que influencia essa abordagem é a formação dos profissionais, já que, na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), está orientada a necessidade de preparação de recursos humanos para a atuação em contextos interculturais. Isso foi reforçado no relatório final da 4ª Conferência Nacional

de Saúde Indígena, realizada em 2006 e que também apontou aspectos relacionados às condições de trabalho:

Além de deliberar pela realização de concurso público e estabelecimento de um plano de carreira específico para os trabalhadores em saúde indígena, as resoluções detalham: a inclusão da disciplina Saúde Indígena nas grades curriculares de formação técnica e superior (enfermagem, odontologia e medicina); a criação de cursos de pós-graduação em saúde indígena para os trabalhadores da saúde indígena e de um programa de residência em serviço e a distância para favorecer a fixação de trabalhadores nas Terras Indígenas; a educação permanente para a população indígena, tanto no ensino formal quanto na qualificação dos profissionais de saúde, com acesso às instituições de ensino para formação técnica por meio de propostas metodológicas e conteúdos programáticos especiais e com acompanhamento sobre os aspectos antropológicos, pedagógicos e linguísticos da saúde. As resoluções também apontam para a necessidade de provisão às Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e aos profissionais de saúde dos hospitais públicos de “conhecimentos antropológicos e culturais”, por meio de cursos, palestras, oficinas, seminários e encontros, com eficácia e respeito às “práticas tradicionais”; promoção de cursos e outros tipos de capacitação das EMSI, visando à melhor interação entre as equipes e os diversos especialistas indígenas, bem como a mútua compreensão das diferenças culturais e o respeito às práticas tradicionais. (DIEHL E PELLEGRINI, 2014, p.869)

Mas essa discussão ainda é bastante escassa nos cursos da saúde e não existe clareza de quais rumos essa deve tomar. Além disso, mesmo no caso dos profissionais indígenas (a maioria Agentes Indígenas de Saúde), a formação é norteadada pelo sistema sociomédico ocidental não-indígena, que permite dois tipos de abordagem: a centrada na doença e a centrada na pessoa.

A abordagem centrada na doença é hegemônica apesar do seu questionamento em vários momentos da história, mas se consolidando com a supremacia do modelo proposto por Abraham Flexner (1910) apud Pagliosa e Ros (2008). Nessa abordagem, há predominância do modelo biomédico e não há espaço para a discussão de aspectos subjetivos da doença, a vivência do paciente com os sintomas e os sentimentos, como medos e preocupações, além de apresentar-se mais autoritário com pouca individualização e valorização da autonomia.

Já a abordagem centrada na pessoa se associa ao modelo biopsicossocial, além de levar em consideração os aspectos acima, objetiva uma construção conjunta do processo e do plano a partir da relação de vínculo e confiança. A sistematização dessa abordagem, que vai ser denominada Método Clínico Centrado na Pessoa foi

desenvolvido por Stewart et al (2017) a partir de elaborações prévias de outros autores, gerando resultados positivos como a maior satisfação das pessoas e profissionais, maior aderência ao tratamento, redução de preocupações e ansiedades e diminuição da utilização dos serviços de saúde.

Essas abordagens ainda podem seguir o modelo de Emanuel e Emanuel (1992) apud Silva (2010), que sistematiza possibilidades de atuação dos profissionais na tomada de decisões. Essa pode ser: Paternalista: o médico toma as decisões, visando ao bem do seu paciente; Informativa: o trabalho do médico é oferecer as informações para que o paciente tome as decisões a respeito do seu tratamento; Interpretativa: o médico tenta elucidar os valores e expectativas do paciente, para tomar a decisão de acordo com eles; e Deliberativa: paciente e médico entram em uma discussão aberta acerca do que ambos consideram melhor, com a busca do equilíbrio como meta.

O paternalismo é hegemônico na prática médica brasileira e também cubana (importante considerar, já que os médicos que atuam nas equipes de interesse do estudo são todos cubanos). Essa prática reforça a ideia do trabalho em saúde no sentido de restaurar a saúde e prolongar a vida mesmo contrariando a vontade do indivíduo, e subordinando o corpo e o paciente aos saberes técnicos, o que novamente contraria a perspectiva indígena de que o compromisso com a qualidade de vida é maior do que a busca de cura (MENÉNDEZ, 2005).

Tal postura de tutela encontra-se com o desrespeito à autonomia do paciente, o que seria compreensível apenas se houver elementos suficientes para justificar a beneficência (SILVA, 2010). Orienta-se, na sociedade ocidental, a priorização do respeito à autonomia, com a tomada de decisão individual. Mas, essa relação tênue se apresenta com características diferentes na realidade indígena, em que, a partir dos elementos discutidos anteriormente, pode a decisão autônoma não ser do indivíduo, mas da família ou comunidade (PONTES, 2014).

Além disso, o serviço de saúde indígena toma inevitavelmente como referência a Atenção Primária em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). A atenção realizada pelos serviços de saúde em área indígena se caracteriza como Atenção Primária e, portanto, deveria se iluminar por seus preceitos de acessibilidade,

longitudinalidade, integralidade, humanização, coordenação do cuidado, vigilância à saúde (reforçando a necessidade de ações intersetoriais e não apenas do setor saúde).

Essa estratégia tem papel fundamental na produção de cuidado na melhoria da qualidade de saúde e de vida da população, mas pode não ser adequada para algumas realidades indígenas. Por exemplo, quando há a transposição de ações programáticas, como o planejamento familiar, para a realidade indígena.

Manuel Aguillar Soto, através de projeto no México, propôs estratégias de comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva através de grupos voluntários, informação e educação interpessoal e o aproveitamento da formação das lideranças e das experiências da comunidade. Porém há complexidade nessa questão e necessidade de cuidado, pois pode ser perturbadora diante do choque entre a ideia de planejamento desde a união com o aumento do intervalo entre as gestações e as expectativas indígenas de crescer e ter filhos com a pressão de fertilidade sobre a mulher.

Assim, em relação ao controle da reprodução, a depender da abordagem, pode haver a criminalização do aborto inicial ou terminal e um convencimento do uso de métodos contraceptivos pelo foco na doença e no risco; pode haver uma ausência quase completa de diálogo e vontade de conhecimento sobre isso por “respeito à cultura” com foco endurecido nesta; pode haver uma abordagem excessivamente individualizada, quando centrado na pessoa a qualquer custo.

Então, qual seria a abordagem mais adequada para o exercício de uma atenção diferenciada? Uma abordagem centrada na doença, que tem resultados positivos em ações emergenciais, mas é restrita e autoritária? Uma abordagem centrada na pessoa, que tem respeito e interesse pela pessoa, mas pode priorizar o individual em detrimento do coletivo? Ou uma abordagem centrada na cultura, que valoriza as especificidades do coletivo, mas pode endurecer o individual e a autonomia?

Além da necessidade de noções de antropologia da saúde envolvendo o conhecimento sobre os povos assistidos e suas construções e compreensões sobre o corpo, a vida o processo saúde-doença e suas práticas de cuidado em saúde locais, Pontes et al (2014) e Lorenzo (2011), dialogam entre si sugerindo o caminho da ética discursiva para nortear essa abordagem. Essa proposta presume o livre posicionamento com decisão e consequências avaliadas por todos, evitando tanto um universalismo

abstrato e etnocêntrico quanto um relativismo inoperante (HABERMAS apud LORENZO, 2011).

Para tanto, é necessária a existência de um espaço de diálogo livre e democrático de negociação. Mas, tem-se um contexto interétnico numa sociedade dirigida por um Estado uniétnico, o que pressupõe hierarquia e assimetria, comprometendo o caráter democrático do diálogo. Na tentativa de atingi-lo, são propostos três espaços sociais: a microesfera, referente ao âmbito da família e da comunidade; a mesoesfera, referente às relações com os Estados nacionais e a macroesfera, referente às deliberações e ações de organismos internacionais. (OLIVEIRA e OLIVEIRA apud PONTES et al, 2014).

Portanto, tem-se na mesoesfera a relação entre serviços de saúde e indígenas, a formulação e implementação de políticas e mecanismos de participação, o que se relaciona com o problema em estudo de forma contextual. E, na microesfera tem-se a relação entre profissionais de saúde e indígenas no trabalho cotidiano.

Nesse sentido, estudo realizado com as mulheres Aymaras, em Putre, no Chile, aponta que essas tem reivindicado o direito de decidir sobre sua saúde sexual e reprodutiva, necessitando que o serviço de saúde esclareça sobre os caminhos possíveis e, assim, possam decidir sobre qual combinação de métodos contraceptivos tradicionais e da medicina oficial utilizar (MANOS, 2008).

Portanto, é necessário verificar se as mulheres querem ou não fazer planejamento familiar e a maneira que querem que o Estado participe disso, reconhecendo o caráter intercultural das intervenções. Para isso, é fundamental uma reflexão profunda pelos profissionais de saúde, em caráter não apenas de informação, antes de iniciar o trabalho (CAMPOS, 2003).

É dada grande importância pelos indígenas à qualidade das relações humanas na tomada de decisão (como o controle da reprodução) e no processo terapêutico, reforçando a necessidade de construção de espaços de diálogo democrático, o que é dificultado pelo pouco tempo para diálogo nos atendimentos, o curto período de permanência das equipes nas comunidades, a falta de acompanhamento longitudinal e a alta rotatividade das equipes (PONTES et al, 2014).

Esses são elementos que podem ser explicados pelas dificuldades estruturais e de perfil para o trabalho em área indígena, mas também pelo modelo terceirizado de

contratação da força de trabalho, gerando, além dos aspectos já colocados, vínculo trabalhistas precários ou a inserção nesse trabalho por motivações diversas que não são exatamente pela vontade de construir a saúde indígena. Ainda outros fatores que aumentam os desafios são as dificuldades logísticas de acesso e deslocamentos para as comunidades e a dispersão territorial das populações.

Contudo, ao longo dos anos e mais recentemente com o Projeto Mais Médicos, essa realidade vem se modificando, apontando para mais oportunidades de acompanhamento longitudinal e de maior permanência das equipes nas comunidades. Com isso também aumentam as possibilidades de maiores impactos na microesfera, que precisam ser compreendidos e discutidos, no caso, com o foco no controle da reprodução e na relação entre profissionais e indígenas, mas considerando elementos contextuais locais e nacionais.

3 METODOLOGIA

No processo de construção do conhecimento, critérios são estabelecidos para determinar sua cientificidade, entres eles, o caminho percorrido para atingi-lo. Assim, o conhecimento se torna científico quando existem técnicas que orientaram a sua construção. Logo, enquanto o método seria um caminho, o método científico seria um conjunto de procedimentos intelectuais e de técnicas (GIL, 2008).

Entretanto, há diversas interpretações que diferenciam método, entendido como caminho, e metodologia, entendida como conhecimento, ao admitir como metodologia as regras estabelecidas para o método. Portando, a metodologia de forma abrangente e concomitante poderia ser definida:

(...) a) como a discussão epistemológica sobre o “caminho do pensamento” que o tema ou o objeto de investigação requer; b) como a apresentação adequada e justificada dos métodos, técnicas e dos instrumentos operativos que devem ser utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação; c) e como a “criatividade do pesquisador”, ou seja, a sua marca pessoal e específica na forma de articular teoria, métodos, achados experimentais, observacionais ou de qualquer outro tipo específico de resposta às indagações específicas. (MINAYO, 2001, p.44)

Sendo assim, a metodologia se preocupa com o caminho percorrido para se chegar ao fim proposto, mas não se reduz apenas aos procedimentos técnicos envolvidos, ou aos métodos, mas orienta todo esse processo. Portanto, a metodologia pode ser vista como o conhecimento geral e a habilidade necessários para se orientar no processo de investigação, de tomada de decisões, de seleção adequada de conceitos, hipóteses, técnicas e dados (THIOLLENT, 2005).

Nesse sentido, a seleção dos instrumentos metodológicos deve ser direcionada pelo problema delimitado, já que diferentes problemas exigem olhares e abordagens diversas. Assim, além da adequada escolha da base epistemológica para olhar o problema e o objeto, também os métodos e técnicas devem ser apropriados para a sua abordagem.

Nesse estudo tem-se um problema que exige respostas no sentido de interpretar o evento a partir do significado que as pessoas dão ao que fazem e falam. Logo, tem caráter intersubjetivo ao tratar-se do esforço da compreensão de processos relacionais e

de interpretações dos sujeitos sobre o mundo e ao considerar o envolvimento e ligação inevitáveis entre pesquisador e objeto (CHIZZOTTI, 2005).

Nesse sentido, tem-se uma pesquisa de caráter exploratório com enfoque qualitativo. A pesquisa qualitativa envolve uma diversidade de tradições e paradigmas de análise, como o positivismo, a fenomenologia, a hermenêutica-dialética, o marxismo, a teoria crítica e o construtivismo, e, mais recentemente, teorias como a etnometodológica, interpretacionista, feminista, pós-modernista. Além disso, tem envolvido objetos e técnicas diversas (MINAYO, 2002).

Esse estudo buscou a compreensão de processos complexos dotados de liberdade, necessidade, força e consciência histórica a partir de símbolos, significados e da empatia entre pesquisador e sujeito de pesquisa, por meio da articulação de ideias críticas no olhar como contradição, como processo, como movimento e transformação da realidade social (MINAYO, 2002). Isso porque o problema envolve interações de cuidado em saúde em um cenário de mudanças graduais e complexas de cultura, assistência e organização social.

Assim, analisando as características do problema, percebe-se que a realidade dos profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena em comunidades do Território Yanomami se apresenta como não única, mas específica, pelas particularidades de cada etnia e as especificidades de cada comunidade da mesma etnia em seus processos de organização sociocultural.

Portanto, a compreensão e abordagem do planejamento reprodutivo, com foco no controle da reprodução, por esses profissionais nessas comunidades se apresenta como um evento, que não é raro ou exclusivo, mas tem caráter típico e propósito revelador e os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. Sendo assim, a abordagem desse problema é de cunho compreensivo e não explicativo, e tem como objetivo a generalização teórica.

Além disso, não é exigido o controle sobre esse evento e tem foco nos processos contemporâneos, buscando explorar vínculos causais em intervenções da vida real que são complexas, descrever uma intervenção e o contexto na vida real em que ela ocorre e explorar situações nas quais a intervenção que está sendo avaliada não apresenta um conjunto simples e claro de resultados.

Diante disso, a pesquisa tipo Estudo de Caso Etnográfico e apresentou como a mais adequada para essas propostas. O Estudo de Caso se adequa a situações em que se pretende abordar condições contextuais por serem importantes para o fenômeno estudado ao se apresentar como uma estratégia de pesquisa abrangente. Não é, portanto, nem uma tática para coleta de dados e nem apenas uma característica de planejamento em si permite a incorporação de formas diversas de coleta e análise de dados (YIN, 2001).

A aplicação da abordagem etnográfica no estudo de caso, uma abordagem interpretativa, foi identificada como a mais adequada para o estudo considerando, além da inserção da pesquisadora no campo enquanto espaço de trabalho, que essa escolha deve ser feita:

(1) quando se está interessado numa instância particular ...; (2) quando se deseja conhecer profundamente essa instância particular em sua complexidade e em sua totalidade; (3) quando se estiver mais interessado naquilo que está ocorrendo e no como está ocorrendo do que nos seus resultados; (4) quando se busca descobrir novas hipóteses teóricas, novas relações, novos conceitos sobre um determinado fenômeno e (5) quando se quer retratar o dinamismo de uma situação numa forma muito próxima do seu acontecer natural. (ANDRÉ, 1995, apud, MARTUCCI, 2001, p.172)

3.1 SOBRE O CAMPO DE PESQUISA

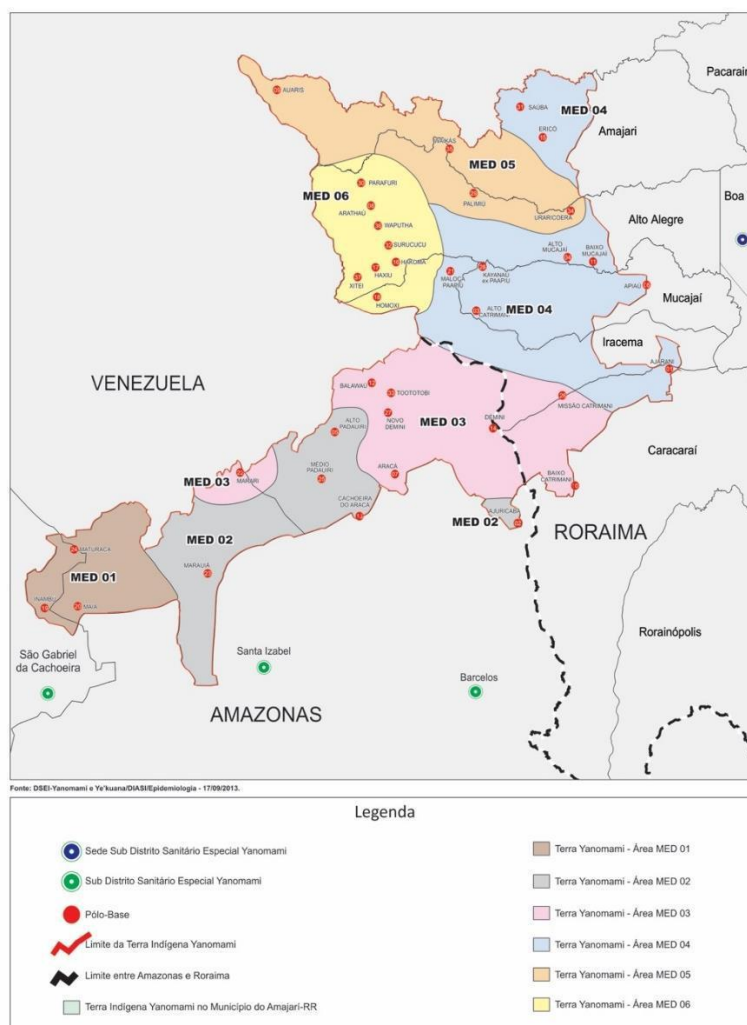
Os índios da etnia Yanomami vivem em um território que envolve ambos os lados da fronteira Brasil-Venezuela na região do interflúvio Orinoco e Amazonas e constituem um grupo cultural linguístico composto pelos grupos Yanomae, Yanomami, Sanuma e Ninam. No Brasil, o Território Indígena Yanomami, homologado em 1992 por decreto presidencial, abrange 96.650 km² de extensão de floresta amazônica tropical, envolvendo aproximadamente 320 comunidades e 24.827 pessoas de acordo com dados atualizado do DSEI Yanomami e Yekuana de novembro de 2017 (BRASILc, 2017).

Essa população é assistida por 37 pólos-base, que são referência para mais de 200 postos de saúde nas comunidades, e coordenados pelo DSEI Yanomami e Ye'kuana, sendo que estes se articulam com os serviços da rede dos municípios de referência e

com a CASAI em Boa Vista. Esses pólos são agregados em regiões de atuação médica (Med 1, Med 2, Med 3, Med 4, Med 5 e Med 6), as quais tem processos de trabalho específicos com períodos particulares de entrada e saída das equipes e dos materiais (FIGURA 1).

As atividades são executadas por 67 EMSI, compostas por mais de 460 profissionais contratados pela Organização Não Governamental Missão Evangélica Caiuá: 68 enfermeiros, 307 técnicos de enfermagem, oito odontólogos, quatro assistentes sociais, uma farmacêutica, três nutricionistas, um pedagogo, um psicólogo, 45 técnicos de vigilância ambiental, nove auxiliares de saúde bucal, oito técnicos de laboratório e 240 agentes indígenas de saúde (AIS).

‘Figura 1 – Pólos-Base, Regiões de atuação médica e Rotas



Fonte: Relatório CONDISI/Y (2013)

Em geral, a assistência nos pólos-base é mantida principalmente pela atuação de equipes de profissionais de saúde de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem, microscopistas, agentes de combates a endemias, etc). Os profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e dentistas) são responsáveis pela orientação, acompanhamento e supervisão dos profissionais de nível médio, em geral de mais de um pólo-base.

Contudo, nos últimos anos houve uma inserção mais contínua de profissionais de nível superior nas comunidades, principalmente após o PMMB, possibilitando que grande parte das equipes seja composta por médicos. Hoje o DSEI Yanomami conta com 19 médicos, sendo 15 do Programa Mais Médicos e, atualmente, todos cubanos.

Esses 15 médicos são visitados e participam de processo contínuo de Supervisão Acadêmica coordenada pelo Ministério da Educação e realizada por médicos supervisores orientadores por tutores e vinculados a instituições supervisoras, sejam essas a Universidade Federal de Roraima (UFRR) e a Universidade de Brasília (UnB).

A pesquisadora principal desse estudo realiza visitas às comunidades e aos médicos como supervisora vinculada ao Grupo Especial de Supervisão (GES) ligado à Universidade de Brasília (UnB) com apoio das Forças Armadas. Esse grupo foi criado para garantir a execução da supervisão nessas localidades de acesso remoto, ativar a rede intersetorial local, além de realizar a supervisão em territórios que tenham sofrido descontinuidade no acompanhamento periódico.

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram seis profissionais não-indígenas das EMSI com médicos do Projeto Mais Médicos supervisionados pelo GES em comunidades indígenas Yanomami. Considerando o maior quantitativo de profissionais e a função que implica um contato mais próximo com os indígenas, foram selecionados dois médicos, um enfermeiro e uma enfermeira, uma técnica e um técnico de enfermagem. Os perfis detalhados dos sujeitos não serão apresentados aqui pela possibilidade de fácil identificação dos mesmos a partir das suas características.

Não foram incluídos os profissionais indígenas pelo caráter específico desses, necessitando reflexões específicas e outros caminhos na permissão ética da pesquisa.

3.3 COLETA DE EVIDÊNCIAS

O Estudo de Caso Etnográfico exige períodos longos de observação e registro e a utilização de um conjunto de técnicas, principalmente a observação participante, a entrevista e a análise de documentos (ANDRÉ, 1995, apud, MARTUCCI, 2001). Assim, seguindo essa proposta e visando abrangência e profundidade, foi realizada a coleta de evidências utilizando dados relacionados ao planejamento reprodutivo, observação direta com acompanhamento do trabalho das equipes nas comunidades visitadas e realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais das equipes, a partir de um roteiro previamente elaborado construído a partir das questões da pesquisa (APÊNDICE A).

Houve dificuldade de acesso ao campo através das supervisões do Projeto Mais Médicos pelo fato de o estudo ter sido realizado em um momento de modificações importantes na conjuntura nacional e nas pactuações para a supervisão que influenciaram a continuidade das visitas.

O acompanhamento do trabalho dos profissionais das equipes se deu nas comunidades visitadas, com o registro de notas. As entrevistas foram realizadas após concordância e assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em local que garantisse privacidade aos sujeitos (APÊNDICE B). As entrevistas foram gravadas e foram feitos registros de campo, sendo as transcrições realizadas pela própria pesquisadora.

Assim, a seleção das comunidades visitadas e dos profissionais entrevistados se deu pela possibilidade ou não de acesso ao campo e por orientações de amostragem. A amostragem em pesquisa qualitativa envolve uma maior complexidade, se tornando mais flexível e dependente do próprio processo de construção do objeto de pesquisa. Portanto, nesse caso, a questão mais importante não é o tipo de amostra, as escolhas técnicas e as regras estabelecidas, mas sim a construção de todo o processo e seu atrelamento teórico com a construção do objeto (PIRES, 2008).

Nesse estudo tem-se uma pesquisa de estrutura aberta, com o objetivo de tentar compreender uma população global (profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena das comunidades do Território Yanomami), passando do nível empírico para um nível teórico global, sem necessariamente generalizar para a toda a população.

Além disso, se apresenta como uma amostragem por caso único, selecionado a partir de critérios como a pertinência teórica; as características intrínsecas desse processo; sua tipicidade e exemplaridade; a possibilidade de aprender com ele; o seu interesse social (os processos com o serviço saúde em comunidades Yanomami já são discutidos há algum tempo, mas são necessários mais elementos com o enfoque desse estudo); e a acessibilidade à investigação, já que foi dependente da inserção da pesquisadora enquanto supervisora do PMMB nessas comunidades.

Nesse sentido, tem-se uma amostragem por meio, visando um retrato global aprofundado de um grupo relativamente homogêneo, que foi diversificado internamente pelos seguintes aspectos: idade, sexo/gênero, naturalidade/procedência, tempo de trabalho em área indígena, formação, local de formação, função, intenções com o trabalho em área indígena, comunidades em que trabalhou, local de trabalho atual.

A amostra por meio caracteriza um universo que deve ser tratado como uma totalidade, ainda que os dados sejam coletados em diferentes locais, desde que se refiram a um mesmo meio. O universo de análise constitui o próprio corpus empírico da pesquisa. (PIRES, 2008, p.154)

Assim, considerou-se na seleção os profissionais que atuam com interação mais próxima com os indígenas, sendo dois de cada para variação dos perfis. Apenas no caso dos médicos, não foi possível a variação de sexo/gênero por não existirem no momento médicas atuando em área nesse território.

3.4 ANÁLISE

Após a obtenção das evidências em campo, na forma de registros e relatórios, e diante das considerações epistemológicas já discutidas anteriormente, buscou-se apreender uma realidade visível, mas também uma realidade que aparece nas “entrelinhas” do texto e com vários significados. A análise etnográfica exige longa reflexão com a identificação indutiva de regularidades e padrões e construção de codificação e categorização por meio de unidades de análise (MARTUCCI, 2001). Estas unidades básicas são:

...exemplos de ação nos eventos e exemplos de verbalizações sobre o significado dessas ações e sobre aspectos mais gerais de significação e crença na perspectiva dos vários atores envolvidos nos eventos. Os exemplos de ações são obtidos a partir da revisão das notas de campo e os exemplos de verbalizações são obtidos a partir da análise das entrevistas formais e informais realizadas com os informantes. (ERICKSON, 1986 apud MARTUCCI, 2001, p.8)

Para tanto, a Análise Interpretativa proposta por Clifford Geertz foi identificada como a mais adequada para esse processo reflexivo, utilizando a descrição densa: “Ela é interpretativa; o que ela interpreta é o fluxo do discurso social e a interpretação envolvida consiste em tentar salvar o ‘dito’ num tal discurso da sua possibilidade de extinguir-se e fixa-lo em formas pesquisáveis (...) ela é microscópica” (GEERTZ, 1989, p.31).

Assim, após transcrição literal sem correções textuais (para evitar a manipulação das falas) das entrevistas pela própria pesquisadora, passou-se por uma pré-análise de leitura do material com registros de impressões. Depois, uma primeira fase de organização do conteúdo seguindo os objetivos do estudo e identificando as unidades de registro, as unidades de contexto, categorias e trechos explicativos.

Na segunda fase foi aplicado o que foi definido na primeira fase com leituras sequenciais e melhor definição dos elementos da primeira fase, sendo identificados seis eixos: ‘Características do contexto’, ‘A abordagem’, ‘Diferenças de atuação em área indígena e não indígena’, ‘Compreensões sobre cultura’, ‘Conhecimento e opinião sobre as práticas tradicionais’ e ‘Noções sobre o efeito da atuação’.

Cada um dos eixos foi agregado a categorias, núcleos de sentido, ideias e inferências, resultados e achados no texto e exemplos do texto. E está apresentado de forma adaptada com ausência de alguns elementos, já que o material completo contabiliza 40 páginas (APÊNDICE C). Tais unidades orientaram a terceira fase, com exploração, reflexão e discussão do conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto a partir do referencial teórico e que está posteriormente apresentado.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

No sentido de prevenir ou minimizar qualquer desconforto ou constrangimento durante as entrevistas, foi oferecido espaço com privacidade e conforto aos entrevistados. Todas as informações desta pesquisa são confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

Os dados coletados nesta pesquisa (registro de observações e entrevistas), ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço Rua das Jangadas, 66, Ponta do Seixas – João Pessoa-PB – CEP: 58045640 pelo período de mínimo 5 anos. Não houve pagamento e nem cobrança para participar da pesquisa, pois a aceitação é voluntária. Caso houvesse despesas para a participação essas seriam assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Antes de todo o processo, e obedecendo às normatizações da resolução número 466/12 Resolução do Conselho Nacional de Saúde/CNS, que disciplina a pesquisa com seres humanos, esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco - CEP/UFPE. Antes da realização das entrevistas, os profissionais que participaram do processo assinaram TCLE (APÊNDICE B). A coleta de evidências só foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP/UFPE.

4 PANORAMA DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NO TERRITÓRIO YANOMAMI DO BRASIL

Sabendo que os dados objetivos contribuem para a compreensão da realidade estudada, inicia-se a discussão dos resultados a partir de uma breve exploração de informações relacionadas ao planejamento reprodutivo no Território Yanomami do Brasil. Coimbra Jr et al (2005) apontam as dificuldades da produção e do acompanhamento dos dados relacionados à saúde indígena, a partir de fragilidades na realização de pesquisas e dos sistemas de informação, gerando uma invisibilidade que atrapalha o cuidado em saúde.

Como muitos dos dados epidemiológicos, esses aqui trazidos também são pontuais e específicos, oferecendo, portanto, contribuições, mas com limites. Os limites envolvem também a qualidade da produção e registro das informações, refletindo-se em dificuldade e até impossibilidade de organizar os dados fornecidos pelo DSEI Yanomami e Ye'kuana e a partir deles levantar conclusões seguras. Mas alguns registros disponíveis foram organizados e serão trazidos aqui com algumas reflexões.

A primeira questão que surge é que o planejamento reprodutivo é entendido no DSEI Yanomami e Ye'kuana apenas como o cadastro e fornecimento do único método contraceptivo entendido como viável para essa realidade, a medroxiprogesterona injetável trimestral. Isso já demonstra precariedade na construção desse processo, que, como será reforçado posteriormente pelas entrevistas, é visto como algo operacional, com transposição de ações programáticas da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde, sem diferenciações com a Atenção Primária do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Assim, entre os dados fornecidos por esse DSEI não há referência a outros métodos além dos preservativos masculino e feminino e da medroxiprogesterona injetável trimestral. A distribuição de preservativos é feita em todas as localidades, mas o uso é considerado muito baixo, não se mostrando, de uma forma geral, uma boa opção para as equipes, a ponto de nem ser considerado como método contraceptivo.

Por outro lado, há algum tempo uma parcela das mulheres desse território já usam métodos contraceptivos sintéticos adquiridos nas farmácias comuns dos municípios e

tiveram acesso mais facilitado após a inclusão, pela Portaria 1059 de 23 de julho de 2015, dos métodos contraceptivos hormonais na RENAME/Indígena, passando a ser fornecidos pela SESAI.

Porém, apesar de estarem disponíveis outros método hormonais, o método injetável trimestral é visto pelo DSEI como o único possível de se adequar às realidades do Território Yanomami pela dinâmica de rotatividade das equipes e, principalmente, pela caráter semi-nômade de muitas dessas comunidades e do não hábito de uso rotineiro e prolongado de uma medicação. Por isso, há o cadastramento das mulheres no denominado “Programa de Planejamento Familiar” a partir dos critérios e caminhos discutidos posteriormente e o envio da medicação para que a equipe faça a aplicação.

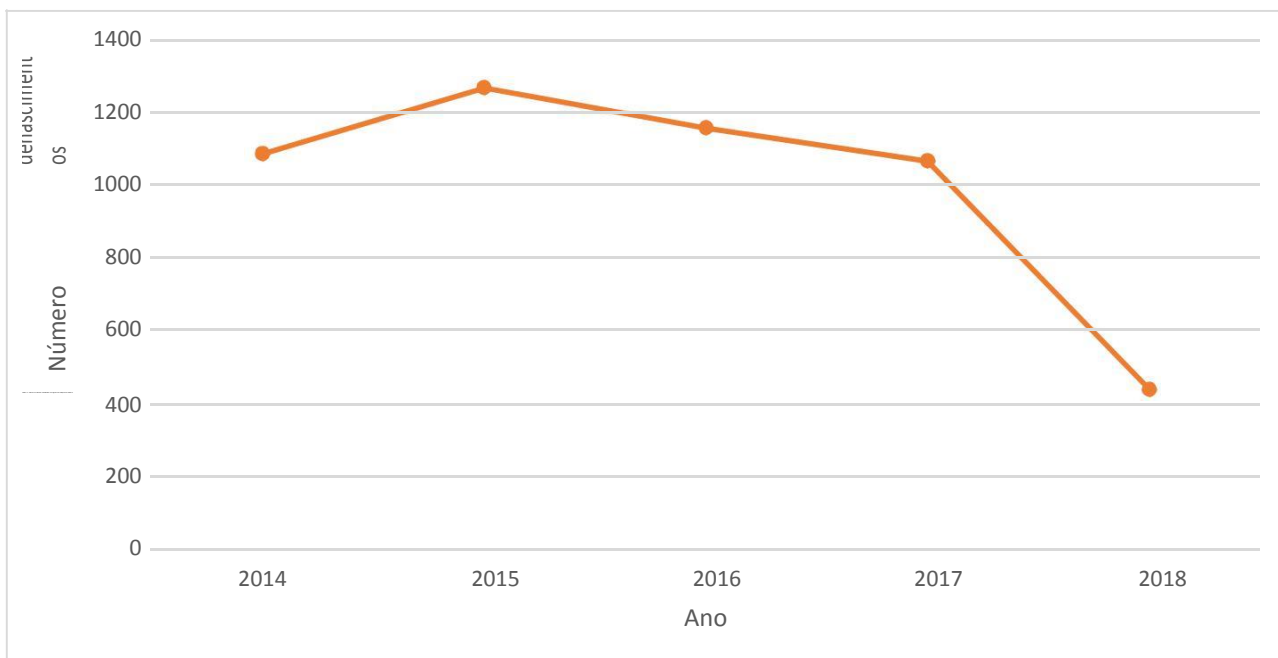
Posteriormente, se a mulher, por motivos diversos, optar por não fazer mais uso da medicação, é assinado um Termo de Recusa. Esse termo também é assinado em outras situações em que é proposta alguma intervenção pela equipe e o paciente e familiares decidem por não fazê-la ou não permiti-la. De acordo com os dados fornecidos em Maio de 2018, há 389 mulheres cadastradas nesse Programa, sendo que 59 apresentaram o que é denominado de recusa. Isso representa em torno de 15% das mulheres cadastradas, apontando para interrupção do uso. As entrevistas e as observações em área identificam que esse processo é pouco acompanhado e problematizado com as mulheres, o que o próprio termo, ‘recusa’, sugere.

Ainda, os registros do Programa se iniciaram em 2010, e o número de mulheres cadastradas ao longo dos anos até 2017 parece ser crescente, porém em muitos casos não há registro da data de cadastramento, desqualificando essa informação. Questiona-se, assim, a real utilidade desses registros para o planejamento e avaliação das ações de saúde locais, a partir do olhar da vigilância e da atenção diferenciada.

Em relação ao número de nascimentos de 2014 a 2018, esse período mantém até 2015 o mesmo padrão ascendente demonstrado no Gráfico 3. Porém há uma discreta tendência à queda partir de 2016, já que os registros são apenas até maio de 2018. São necessários mais elementos para alimentar essa análise, e essa população mantém seu crescimento nos últimos anos, como mostra o Gráfico 1, contabilizando até maio de 2018, 25955 pessoas. Mas é importante refletir se o aumento discreto no número de mulheres

em uso de método injetável trimestral pode ser um desses elementos influenciadores dessa pequena queda no número de nascimentos.

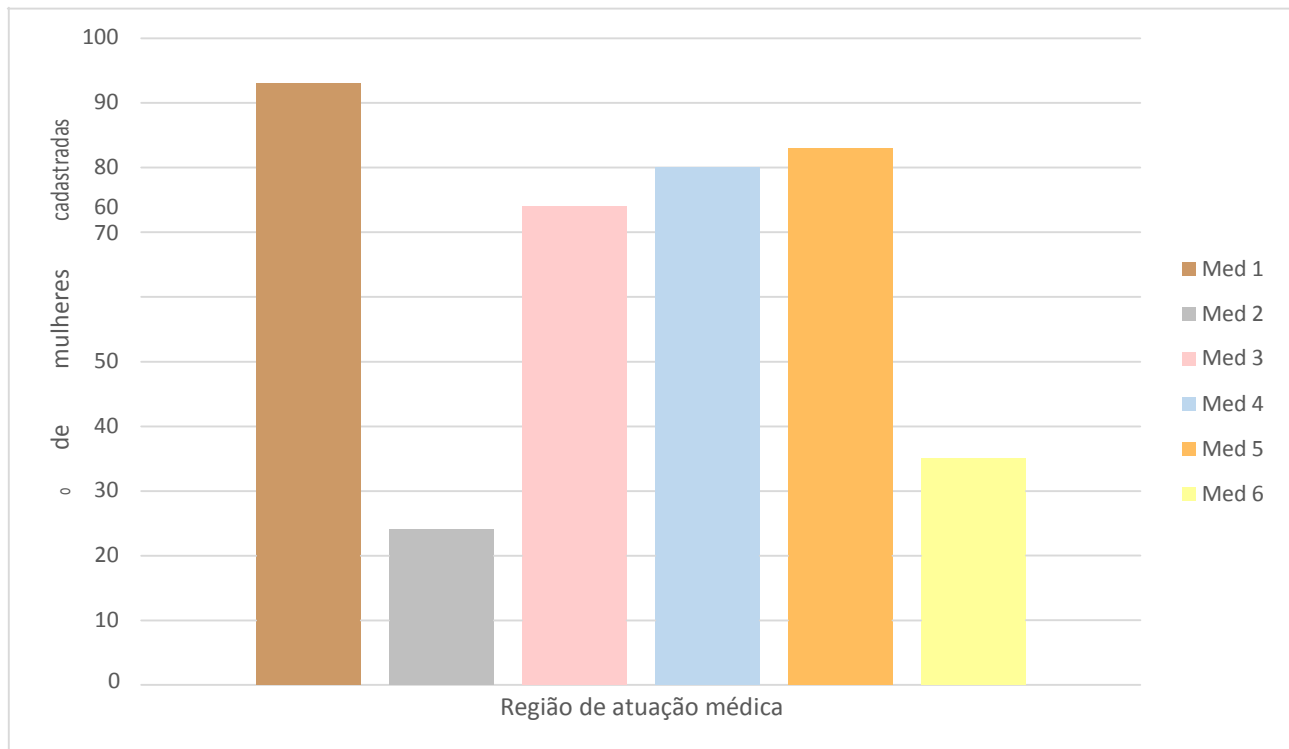
Gráfico 4 – Número de nascimento de 2014 a 2018



Fonte: DSEI Yanomami e Ye'kuana (2018)

De qualquer forma, essas flutuações podem ter sofrido influência da inserção dos métodos hormonais na RENAME em 2015, ao facilitar o acesso; pela maior oferta desses métodos pela equipe ou pela maior procura por esses medicamentos pelas mulheres. Pela observação em área, essas causas parecem ser muito variadas a depender das realidades específicas dentro do território. Essas variações a partir das diversas realidades são exploradas posteriormente, mas, observando o número de mulheres cadastradas por região de atuação médica (explicitadas na Figura 1) percebem-se variações, com menor número nas regiões 2 e 6 (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Número de mulheres cadastradas por região de atuação médica



Fonte: DSEI Yanomami e Ye'kuana (2018)

Na região 2 não foi possível identificar elementos específicos que sugerissem um menor número de mulheres em uso do anticoncepcional injetável trimestral. Na região 6, por outro lado, os números também mais baixos que os outros podem estar relacionados ao fato de ser uma área mais distante dos centros urbanos e com a presença de garimpo e conflitos territoriais. Os relatos observados em área e as entrevistas reforçam esses dados.

Já a região 1 se destaca com o maior número de mulheres cadastradas. Essa região abrange comunidades que tem contatos antigos com área não indígena e com acesso mais fácil para uma cidade próxima, São Gabriel da Cachoeira, o que podem ser fatores que influenciam. Tais observações e dados condizem com as entrevistas e serão discutidos posteriormente, inclusive apontando modificações recentes nesse cenário.

Esse panorama local reafirma as fragilidades dos sistemas de informação e vigilância na saúde indígena e agrega alguns elementos que reforçam a necessidade de acompanhar e refletir sobre a atenção à saúde reprodutiva dessas populações, construindo caminhos de cuidado a partir da atenção diferenciada.

5 CARACTERÍSTICAS DO CONTEXTO

“A cabeça pensa aonde os pés pisam.”

Frei Betto

Seguindo o caminho teórico escolhido, a contextualização é processo inicial fundamental na compressão das questões levantadas a partir da valorização da historicidade e dos fatores envolvidos em um contexto mais ou menos amplo. Esse estudo foi realizado em um momento de modificações importantes na conjuntura nacional que vem influenciando a estabilidade dos direitos indígenas e do Programa Mais Médicos, podendo determinar prejuízos a médio e longo prazos para a saúde indígena, mas já determinando maior dificuldade de acesso ao campo através das supervisões do Projeto.

Assim, apesar da menor quantidade de inserções em campo do que as programadas, foram realizadas observações durante o trabalho e entrevistas com seis profissionais. Na perspectiva da epistemologia crítico-dialética de Paulo Freire (2005), de conhecer a realidade inicialmente para depois pensar sobre e transformá-la, os sujeitos protagonistas desse processo e com mais experiência com essa realidade em área são os profissionais e, por isso, a necessidade de conhecê-los. Apesar de os resultados também envolverem registros da vivência da pesquisadora no campo, como conversas com lideranças, professores, pessoas da comunidade e profissionais e observação de atendimentos e da rotina de trabalho.

A partir dos elementos que a vivência da pesquisadora e a literatura apontavam como possíveis influenciadores desse processo, foram entrevistados seis profissionais, aqui identificados como A, B, C, D, E e F, sendo dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem e dois médicos, com as variações de perfil e que determinaram as seguintes categorias: naturalidade, intenções com o trabalho nessa realidade, formação, gênero, local de trabalho, tempo de trabalho. A idade não foi identificada como elemento relevante, já que não houve grande variabilidade de idade entre os entrevistados, sugerindo a ideia de que a maioria dos profissionais que trabalham em área indígena tem

idades mais jovens, provavelmente pelas condições difíceis de trabalho e o desgaste físico e emocional gerado por este.

Na categoria naturalidade, o núcleo de sentido aponta uma relação entre o local de nascimento do profissional e a proximidade cultural, num sentido de identificação com e compreensão da realidade em que trabalha. A nacionalidade cubana, no caso dos médicos, não apareceu como fator relevante isolado, já que foram observadas por parte desses tanto posturas mais compreensivas da realidade indígena quanto menos.

Mas, sugere-se que os profissionais naturais dos estados de Roraima e Amazonas, aonde se localiza o Território Yanomami, podem apresentar maior identificação e proximidade cultural. Apesar de não serem indígenas e da convivência ainda restrita com essa realidade ao longo da vida, parecem ter tido maior contato com essas pessoas indígenas do que os naturais de outros locais. Isso vai de encontro com a ideia de que a empatia (capacidade de 'sentir com o outro') pode favorecer a abordagem e de que é mais fácil exercer a empatia com o conhecido do que com o desconhecido (PARREIRA, 2013).

Esta ideia está presente na fala de um profissional natural de Roraima:

Respeitar é porque nós somos invasores. Nós estamos indo até lá. É uma...eu falo por duas vidas...aqui eu tenho uma vida, na floresta é outra. Então, quando eu chego lá, eu to chegando na casa deles. Então eu tenho que respeitar como funciona lá. Nós temos nossas leis e eles tem as leis deles. (D)

Por outro lado, a naturalidade não parece influenciar diretamente na facilidade de compreensão daquelas realidades, com perspectivas de entendimento mesmo por parte de profissionais que não são naturais desses estados, o que sugere que existem outros elementos que influenciam e que podem estar explicitados nas outras categorias desse estudo: "Eu não sinto mais nada. Eu fico tranquila. Eu tento entender. Depois daquela primeira experiência, foi mais fácil pra mim...foi uma passagem." (C)

Em relação às intenções com o trabalho nessa realidade, o núcleo de sentido sugere que as motivações para o trabalho em área indígena, como o não interesse por essa realidade, a busca por emprego unicamente ou a falta de alternativas, podem influenciar a abordagem. Assim, o desejo de trabalhar com populações indígenas como motivação pode gerar atuações mais construtivas, compreensivas e menos reticentes.

Isso vai de encontro com a ideia de que a intenção ou motivação influencia a satisfação com o trabalho e, conseqüentemente, o envolvimento do profissional com a qualificação desse. O que é evidenciado nas falas de profissionais que tiveram essas motivações:

Eu queria que funcionasse...eu sou um pouco frustrada em relação a área indígena. Porque eu pensei que ia sair 'expert' em métodos naturais e eu não sai. Então isso pra mim me chocou muito. (C)

Acho que tem uns 3 anos...que, a pedido das lideranças indígenas, pelo reconhecimento do meu trabalho, pela luta pela causa indígena também, foi feito meu CONDISI ('Conselho Distrital de Saúde Indígena') em 2014 o pedido para ocupar o cargo a qual eu estou. Isso foi feito no CONDISI pelas lideranças indígenas né? (D)

Entretanto, quando a motivação se deu unicamente por necessidade de emprego ou por falta de alternativas tende a gerar atuações mais reticentes e com menos esforço de compreensão, pois a insatisfação com o trabalho gera menos esforço de qualificação. Já que a motivação seria um mecanismo impulsionador da ação (BERGAMINI, 1997 apud NUNES et al, 2005). O trecho de uma fala de uma pessoa que teve como motivação unicamente a necessidade de emprego sugere menor motivação e disposição: "(...) Só dizem que devemos respeitar a cultura deles." (A).

Na categoria formação, o núcleo de sentido aponta para a ideia de que a formação profissional geral e a formação específica em saúde indígena podem influenciar na abordagem. São elementos sugeridos: maior relação dos indígenas com os profissionais da enfermagem, predomínio de uma formação biomédica e autoritária, falta de formação específica sobre o trabalho em área indígena, dificuldade na aplicação prática da formação específica. Além disso, são apontados caminhos para que a formação influencie positivamente o trabalho, como a possibilidade da participação indígena na seleção e formação dos profissionais e a necessidade de reconstrução dos modos de operar em relação a área não indígena mesmo sem essa formação específica.

Assim, a relação dos indígenas se mostra mais próxima aos profissionais da enfermagem, que denotam também maior conhecimento sobre a realidade. Sabe-se que, historicamente, as EMSI eram compostas apenas por técnicos de enfermagem e/ou enfermeiros, que conduziam todo o processo em área e, apesar da entrada de novos profissionais, continuam assumindo a liderança operacional das equipes. Isso pode

influenciar essa proximidade. É o que está presente nas falas de um enfermeiro e de um médico respectivamente:

Então assim...algumas, pela confiabilidade, já nos procuravam e outras costumam falar pra o AIS para nós orientar (...) Ela chega na unidade ela pede: 'Ah, enfermeiro, eu queria usar o remédio, o método anticoncepcional. (B)

Agora o técnico por exemplo, o AIS...principalmente o AIS é o que tem mais possibilidade...lá são eles que contactam a mulher e capta porque eles percebem que já tem muitos filhos. Aí o AIS informa também ou pode ser que a gente chega ou o enfermeiro na maloca aí eles percebem que tem muitos filhos, aí falam o AIS...todo mundo fala. Aí elas ficam de acordo. É assim que funciona. (E)

Tanto entre os profissionais de enfermagem quanto de medicina, mas principalmente no caso dos profissionais médicos e cubanos, predomina a formação biomédica e autoritária, com necessidade de esforço de reconstrução. Assim, mesmo com o comprometimento com o trabalho, a formação prévia se apresenta como obstáculo. Isto porque, nas instituições de ensino, ainda é hegemônico o ensino da abordagem centrada na doença, consolidada com a supremacia do modelo proposto por Abraham Flexner (1910), apud Pagliosa e Ros (2008), e que determina postura controladora e de menor respeito à autonomia: “É necessário que as indígenas utilizem. Eu escutei a perspectiva (...) que cada indígena tem 10 filhos nas comunidade mais atrasadas. Isso não....Opino que é melhor controlar essa natalidade.” (F)

Outro elemento importante identificado foi que a falta de formação específica durante a formação geral e antes do início do trabalho e a dificuldade de sua aplicação na prática prejudicam a abordagem, principalmente sem a participação de indígenas no processo. Sabe-se que a quase totalidade dos cursos da saúde não abordam a saúde indígena, se restringindo apenas a projetos específicos de extensão.

E, apesar de essa preparação ser orientação da PNASPI para o exercício da atenção diferenciada e de ter sido reforçada na 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 2006, a formação em nível de graduação não tem contribuído e as Diretrizes Curriculares Nacionais não envolvem a diversidade étnica, reforçando a necessidade de reformular esse processo e de espaços de educação permanente (DIEHL E PELLEGRINI, 2014). É o que está presente em uma das falas:

E também ter um planejamento...antes de entrar dentro das comunidades, tem que haver um conhecimento fora profissionalmente para que seja passado para os profissionais como proceder, como chegar, como abordar o indígena dentro da sua comunidade. Né? Hoje, atualmente, pela minha visão desse tempo que eu tô quase não tem essa informação. Agora que se iniciou novamente. Agente contratou uma antropóloga, que faz essa capacitação né. Mas eu acho muito pouco ainda (...) O profissional ele entra sem essa formação linguística né? Não tem essa...e poucos indígenas falam o Português. E aqueles que necessitam mais são aqueles que não tem o contato e não conhecem ali a cultura, a língua do branco. Mas essa formação ela tem que ser feita, preparada aqui fora. Há falhas ainda que tem que ser feitas. Creio eu que por conta de a gente ainda tá batendo na tecla de antes, de colocar primeiro pra depois formar a pessoa né, ou capacitá-la. (...) A gente tá inserindo nas entrevistas, os assessores indígenas. Às vezes eu consigo trazer uma mulher indígenas aqui pra poder passar pras profissionais, conversar. (D)

O sexo, e perspectivas de gênero dos profissionais, podem influenciar a abordagem num sentido contraditório, pois, enquanto observa-se maior identificação entre mulheres e maior proximidade das indígenas com as profissionais mulheres, ao mesmo tempo, tem-se certa dificuldade na aceitação dessas profissionais por algumas comunidades indígenas. Assim, a relação mais próxima das mulheres indígenas com as profissionais pode gerar maior possibilidade de compreensão e atuação, reforçando a ideia de que o reconhecimento favorece a empatia:

(...) eu lembro como se fosse hoje...assim eu lembro do nome dela até hoje, que foi a que pediu para tomar anticoncepcional, porque ela tinha muitos filhos e ela não queria. E como ela era muito amiga de todo mundo da equipe, das mulheres da equipe, ela dizia que não, que não queria por enquanto ter filhos. (C)

A partir do momento que o profissional tem essa confiança, ganha essa confiança deles, as mulheres tende a se chegar e iniciar uma conversa antes pra poder conhecer, como é que serve, principalmente se for profissional do sexo feminino. (D)

Mesmo assim, pode haver uma menor aceitação das profissionais mulheres pela comunidade como um todo incluindo os homens: “Mulher que é difícil se inserir dentro né. Porque os indígenas às vezes em algumas comunidades, eles são meio machistas ainda. Mas em outras comunidades já tem uma aceitação excelente” (D)

Em relação às profissionais, o fato de ser mulher pode tanto gerar maior dificuldade como facilidade de compreender a situação das mulheres indígenas a depender de suas experiências. O reconhecimento pode favorecer a abordagem com o uso adequado da empatia e da contratransferência (emoções que surgem no profissional provocadas pela

relação com o paciente), mas também esse envolvimento pode influenciar negativamente (ZAMBELLI et al, 2013). As seguintes falas sugerem esse efeitos diversos:

Ai eu perguntei pra ela: '(yanomami)' – Por que você fez aquilo? Ai ela falou que a criança era muito pequena e como é que ela ia plantar...como ela ia dar comida pros dois ao mesmo tempo. Ela tinha pouco leite...não ia ter condições de ter leite...aquela coisa toda. Então assim...ai eu entendi...totalmente...eu fiquei plena com ela depois.” (C)

Já trabalhei em PSF e, lógico, que existe uma diferença. Aqui na cidade as mulheres já dão uma grande importância o planejamento familiar, pois já inclui a educação, a dificuldade de criar um filho, já em área elas já não tem muito entendimento sobre isso e pra elas isso não influi muita coisa. (A)

Na categoria local de trabalho, os diversos contextos locais levam a diferentes desafios e interferem nos modos de atuação profissional, dados pelos: diferentes processos de contato com não indígenas, pelas condições territoriais, pela atuação das lideranças e pelas próprias condições de trabalho. A atuação dos profissionais, portanto, se diferencia a depender de cada realidade: nas comunidades com processos de contato mais antigos, esses tendem a fazer abordagens mais individuais com menos tensões coletivas: “Eu percebo que no Yanomami é mais difícil, mas nos Yekuana e nos Sanuma, eles são mais sociáveis, mais entendedores das situações e conseguem assimilar isso com mais tranquilidade.” (B)

Nas comunidades com mais conflitos territoriais (com garimpeiros e outros), eles relatam mais desafios nessa abordagem; e nas comunidades com condições territoriais ruins e com pouca oferta de alimento essa abordagem é mais desafiadora. Verdum (1995) apud Coimbra Jr. et al (2005) aponta, a partir de levantamento realizado em meados da década de 90, que há dificuldade de sustentabilidade alimentar em pelo menos um terço das terras indígenas. O que condiz com as observações das falas:

Então, eu acho que, dependendo da localidade deveria estimular. Localidades de conflito, onde há muito garimpo deveria estimular; (...) (C)

Como eu falei no início, dependendo da localidade, porque os indígenas que já estão tendo contato direto com os municípios é um pensamento, já mudou (...) E lá é muito relativo. Algumas lideranças não aceitam que as indígenas tomem um medicamento pra não engravidar, já outros aceitam né. (...) A região de Roraima aqui a gente detecta muito a criança desnutrida, desidratada, a falta de alimento, não é bem sortido. No Amazonas já é diferente muitos rios, muito peixe, muita caça e aqui na região de Roraima é serras, é distante, seca. E acaba que o

profissional que convive na área de Roraima tem uma visão e o profissional que vive na área do Amazonas, outra visão. São dois estados né. Então lá no Amazonas você ver os indígenas tudo gordinho. (D)

Nas comunidades com lideranças mais proativas e com diálogo mais aberto a abordagem parece ser mais tranquila:

Tem regiões em que foi abolido todo o planejamento familiar daquele polo porque a liderança falou: 'olha, corta tudo'. (...) É mais região do Amazonas que tem esse bloqueio né...de não querer e de querer que o povo cresça, cresça, cresça...atéee...(C)

A não ser em Maturacá, nós outros polos é difícil introduzir métodos anticoncepcionais, muitas lideranças não aceitam isso. (F)

Sobre o relato do entrevistado F, que ocorreu há alguns meses, a realidade relatada por ele já foi modificada recentemente e verificada pela pesquisadora em campo. Houve a determinação pelas lideranças de interrupção do envio de anticoncepcionais pela SESAI para essa região em que antes uma quantidade considerável de mulheres fazia uso, com o objetivo de crescimento da população diante do aumento da mortalidade infantil. As mulheres da comunidade tem opiniões divergentes sobre esse processo, mas o contato com algumas demonstrou insatisfação e sofrimento com essa decisão que não foi feita com a participação delas. Isso reforça a dinamicidade e complexidade dessa questão.

As realidades com piores condições estruturais de trabalho podem influenciar o menor esforço compreensivo e construtivo na atuação, com atuações mais reticentes e restritas. O que condiz com a ideia de que a desmotivação e insatisfação com o trabalho prejudica o envolvimento com esse.

É uma unidade básica de saúde. Deveria ter médico e enfermeiro com condições de trabalho, instrumental, materiais de manuseios permanentes, que às vezes não tem...tem, mas não tem. Tem, mas tá faltando (...) Mas assim...é um polo, lá em Auaris, é um polo base, tem uma certa estrutura, mas pro atendimento de atenção básica, às vezes a gente faz o impossível. (B)

Finalizando as características do contexto a partir do perfil dos profissionais entrevistados, o tempo de trabalho sugere que a experiência é fator modificador da abordagem, já que proporciona maior diversidade de realidades conhecidas e maior

possibilidade de experimentar diferentes caminhos. Assim, o profissional que teve as experiências de trabalho em várias realidades desenvolveu mais possibilidades de atuação e formas de lidar com esses dilemas interculturais. Mas, para tanto, é necessário o interesse em conhecer e construir, o que aparece na fala de um profissional com grande tempo de experiência:

Acho que também quem planeja, quem organiza os programas também na terra indígena, também tinha que passar um tempo, dá uma olhada uma caminhada e ver né. Eu tenho certeza que vai mudar muita coisa tanto aqui quanto pra lá. Porque existem pessoas que são teóricas, mas são boas né e, juntando com uma pessoa que é bem prática, aí funciona. (D)

Porém, em outra situação em que o profissional tem um considerável tempo de experiência e não tem o interesse no processo de construção conjunta de cuidado em saúde reprodutiva nesse contexto, essa modificação não aconteceu:

É...como eu falei antes, eu trabalhei em três lugares distintos de trabalhar. Na zona de prevenção de natalidade se pode usar e direcionar melhor no pólo base Maturacá, porque esse pólo é um pólo aonde os pacientes são mais adiantados. O que não existe nos outros pólos, aonde essa questão de natalidade, isso praticamente não existe, porque isso está regido pela cultura, por...como posso dizer...pelas lideranças da comunidade. Eles são os que decidem sobre essa questão de natalidade. Aí é difícil...(F)

Por outro lado, o profissional com menos tempo de experiência e que trabalhou em uma menor variedade de realidades também tem a possibilidade de desenvolver formas de abordagem da saúde reprodutiva seguindo a atenção diferenciada a depender das motivações:

Mas aí eu já tinha uma intimidade com as mulheres. Eu fui muito rápido lá com a intimidade com as mulheres assim, porque eu visitei todas as comunidades nos primeiros 15 dias, 10 comunidades. Todo mundo ficou passado assim...até os indígenas: 'meu Deus! Você já visitou todas as comunidades?' Então todo mundo gostou né? (C)

Assim, as evidências foram ao encontro de várias elaborações de outros autores e trouxeram novos elementos, inclusive específicos da realidade do Território Yanomami. Tais elementos reforçam dilemas já trazidos em outros trabalhos e ressaltam a necessidade de mudanças em vários âmbitos para o exercício da atenção diferenciada

do planejamento reprodutivo nessa realidade: melhoria das condições de vida dos indígenas; aumento e qualificação da formação dos profissionais para o trabalho em área indígena; melhor seleção e acompanhamento teórico e prático dos profissionais; melhoria das condições e relações de trabalho e fortalecimento do trabalho multiprofissional. E, ainda, trouxe aspectos que podem influenciar o trabalho, como o recorte de gênero, e que precisam ser avaliados na construção do processo de trabalho.

6 A ABORDAGEM

“Quanto mais aberto estou às realidades em mim e nos outros, menos me vejo procurando, a todo custo, remediar as coisas.” Carl Rogers

No eixo ‘A abordagem’, entendido como central para esse estudo, foram identificadas três categorias a partir da relação direta com o referencial teórico: compreensão sobre a abordagem, diálogo intercultural e esferas de negociação. Partindo da ideia de que a abordagem foi acompanhada pela pesquisadora que tem suas próprias compreensões e de que os profissionais também tem as suas, a compreensão sobre a abordagem em relação ao controle da reprodução e ao planejamento reprodutivo é identificada como categoria fundamental.

Essa compreensão sobre o processo do exercício da atenção diferenciada em relação ao planejamento reprodutivo e a forma de atuar pode envolver ideias distintas, podendo ser visto como algo operacional; prescritivo; generalizado ou particularizado; centrado na cultura, na pessoa ou no profissional; como transposição de práticas urbanas; como algo construtivo; e ainda numa perspectiva duvidosa de critérios obscuros para o uso de anticoncepcionais sintéticos.

O planejamento reprodutivo, em várias realidades indígenas ou não, é hegemonicamente entendido e praticado como a simples oferta de métodos contraceptivos e a articulação do fluxo para acessá-los ou até mesmo como uma forma de controle de natalidade e, não, enquanto algo a ser pactuado e construído com a mulher e o casal, como é a proposta desse caminho de cuidado (BRASILd, 2010).

E, apesar de na realidade do território Yanomami ainda existirem outros fatores influenciadores discutidos ao longo desse estudo, é também recorrente a compreensão a partir da lógica biomédica do planejamento familiar enquanto ação programática, com uma noção da abordagem enquanto algo logístico e operacional e não enquanto algo a ser construído coletivamente:

Então é mandado o nome da indígena e a DN (Data de Nascimento) pra SESAI e lá a RT (Responsável Técnica) da saúde da mulher que fica responsável por isso pra tá mandando os anticoncepcionais. E nós que estamos lá dentro que ficamos responsáveis de administrar a cada três meses nas indígenas. (A)

Ela chega na unidade ela pede: 'Ah, enfermeiro, eu queria usar o remédio, o método anticoncepcional' Aí a gente pega o nome dela, pega a DN, todo o histórico dela né, de filhos, se é casada se não é, a quantidade de filhos, o último parto, se foi normal, se foi cesáreo. Tem uma série de perguntas pra se fazer esse cadastro. A gente passa para o distrito, a RT de saúde mulher faz, o médico do posto faz um encaminhamento com a prescrição médica do medroxiprogesterona e passa o injetável e manda pra cá. A RT passa pra farmácia, a farmácia consegue na atenção básica e manda pra unidade pra que a gente possa administrar. Aí lá tem um mural, como você viu, a gente marca o dia que foi feito e apraza já pra próxima data. (...) (B)

Ou até pode ser compreendida como controle de natalidade, o que não se caracteriza enquanto planejamento reprodutivo e não é papel dos profissionais de saúde: "Opino que é melhor controlar essa natalidade. (...) Penso que deve haver uma campanha intensa pra tratar de falar sobre esse tema e que ele entenda a necessidade para a sua reprodução, controlar a natalidade." (F)

Outro limite encontrado em outras situações e que apresenta, na realidade indígena, outras complexidades é o da educação em saúde com esse tema. A palestra unidirecional é compreendida enquanto instrumento principal de diálogo sobre o controle da reprodução, o que reforça a ideia de hierarquia e da compreensão limitada sobre planejamento reprodutivo, entendido apenas enquanto oferta de informações e medicamentos.

É oferecido palestras pra tá abrindo mais a mente de cada uma...(A)

Com palestras...Mas é isso...falar sobre planejamento é muito fácil. Eu costumo dizer pra os meus técnicos de enfermagem: 'É muito fácil você falar sobre pré-natal, sobre planejamento familiar, porque é a vida'. (B)

Apesar das palestras, dar palestra e falar sobre essa questão. Só que eu acho...aí...o que está funcionando lá em relação ao planejamento familiar é o tratamento com medroxiprogesterona. (E)

Esses achados estão condizentes com a ideia de que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é responsável por garantir o cuidado em saúde dessa população no âmbito da Atenção Primária, devendo os demais níveis de complexidade serem oferecidos pela rede municipal do Sistema Único de Saúde. Mas, diante do exercício da

atenção diferenciada, devem ser aproveitados os princípios norteadores da Atenção Primária sem a transposição fixa de práticas e ações programáticas da Estratégia de Saúde da Família da área não indígena, que também já tem suas dificuldades colocadas anteriormente. Mas essa transposição é defendida por alguns profissionais:

Os profissionais de saúde indígena tem que entender que lá é um PSF (Programa Saúde da Família) como aqui na cidade, só que tem as suas diferenças em relação às culturas, como foi dito, em relação às culturas. Você tem que entender eles pra fazer é tentar fazer com que o planejamento familiar seja feito antes da gravidez. Você tem que planejar essa gravidez, você não pode deixar ela engravidar de qualquer maneira. (B)

A abordagem pode ser compreendida como devendo ser algo generalizante, ou seja, deveria ser padronizada como na cidade porque o contexto indígena nem se caracteriza enquanto diferente do contexto não indígena, o que demonstra a dificuldade do entendimento da atenção diferenciada: “É...eu sempre tive essa visão de trabalhar a área indígena como se fosse uma unidade básica de saúde da cidade né...a abordagem seria familiar, recepcionar a cliente, explicar todo o planejamento familiar, fazer o acompanhamento, ofertar os métodos contraceptivos pra ela, que não é diferente” (B).

Ou, ainda, essa abordagem é generalizante e padronizada porque haveria uma homogeneidade naquele coletivo, com todos pensando e agindo da mesma forma. Isso alinha-se com a compreensão de cultura enquanto algo fixo e homogêneo, como descrito por Clements (1932), e, não, enquanto algo mutável e heterogêneo, como apontado por Geertz apud Langdon (1996):

Quando estou no caso na consulta, vem uma mulher com oito filhos, vem grávida. A gente deve conversar para tentar que essa mulher pare de sofrer com gravidezes seguidas. Mas eles não...muitas vezes pensam o mesmo que a comunidade. Isso é um problema. Eu acho muito difícil. Muito difícil. É igual o caso dos métodos clínicos centrado na pessoa...nos Yanomami é difícil de implementar também. (F)

A fala acima, orientada por essa compreensão de cultura, aponta para a dificuldade de realizar abordagem mais individualizada, por exemplo a partir da ideia da abordagem centrada na pessoa. Essa, além de levar em consideração todo o contexto, objetiva uma construção conjunta do processo de entendimento das necessidades e do plano de cuidado em relação à saúde reprodutiva a partir da relação de vínculo e

confiança (STEWART et al, 2017). Ainda, se relaciona com a elaboração de alguns autores sobre a necessidade da existência de um espaço de diálogo livre e democrático de negociação (OLIVEIRA apud PONTES et al, 2014).

Por outro lado, algumas falam direcionam abordagens nesse sentido, reforçando a necessidade de diálogo levando-se em consideração a individualidade, mas também o coletivo:

(...) Aí, quando eu saía, a gente fazia: 'quando eu sair, eu vou conversar com ela sobre a sua situação, porque é dever do enfermeiro fazer isso, entendeu? (...) E é assim, a gente faz dessa maneira...a gente conversa com a mulher. Agente às vezes, quando a gente oferta, quando é ao contrário, a gente faz assim: 'olha...tá perigoso você ter filho...você viu o que aconteceu na última gravidez? Vamos tomar anticoncepcional um tempo, pra dar uma parada, pra melhorar o teu sistema fisiológico, tudo né' Ai elas entendem...(C)

Acho que tem que ter um tempo, tem que ser conversado inicialmente, tem que ser consultado com os indígenas. Existem várias lideranças indígenas reconhecidas que, se sentar para conversar com eles, eles vão atender o pedido, tendo uma explicação correta pela pessoa correta, creio que tende a melhorar.
(D)

Portanto, considerando que, de acordo com Castro (2006), a identidade indígena antes de individual, é coletiva, já que há indivíduos indígenas porque são membros de comunidades indígenas, e não o contrário, nesse estudo as tensões entre individual e coletivo, enquanto autonomia e direito na atenção à saúde indígena, estiveram presentes orientando as compreensões sobre a abordagem do planejamento reprodutivo.

Apareceram tanto entendimentos mais homogêneos, com foco apenas no coletivo, quanto mais relativizados e levando em consideração a individualidade das pessoas de um mesmo grupo. As evidências reforçam orientações já apontadas para o exercício da atenção diferenciada e trazem experiências que sugerem a abordagem centrada na pessoa, levando-se em consideração o contexto individual e coletivo, como um dos caminhos possíveis para esse exercício.

Em relação ao direito reprodutivo, como trouxe Souza et al (2017), na situação indígena, é necessário pensar em direito individual e coletivo já que, além do fato de as mulheres indígenas terem taxas de fecundidade mais elevadas que as mulheres não indígenas, as mulheres que vivem em reservas ainda não demarcadas tem taxas ainda

mais elevadas diante da necessidade de crescimento demográfico para a manutenção do estado de luta daquele povo.

Esses dilemas são identificados, como no caso dos critérios para o início do uso de anticoncepcionais hormonais. De acordo com a RT de Saúde da Mulher do DSEI Yanomami e Ye'kuana os critérios são estabelecidos a partir da legislação para anticoncepção definitiva, diferentemente do contexto não indígena. E, ainda, são interpretados de várias formas pelos profissionais. Podem passar pela necessidade de aprovação do homem: "Eu acho que tem que oferecer os métodos, mas sempre...por exemplo nesse caso...aí a mulher indígena tem que querer. A mulher e o homem..." (E)

Ou esses critérios podem passar por questões relacionadas à idade da mulher, à quantidade de filhos ou às características do território. Pode-se entender que, nas localidades de conflito, há maior risco de morte para as mulheres e crianças e, também pela necessidade de crescimento da população para combate, há menor controle da reprodução:

(...) Mas falta a mulher querer e ter um histórico pra isso. A gente não vai dá um anticoncepcional de uso trimestral pra uma menina de 12 anos, não tem condição. Então, um primeiro critério é ter filho, ter pelo menos um filho. (...) Nós não podemos oferecer mais. A gente até oferta assim...pra casos excepcionais...a gente vê que a mulher tem sete filhos, não sei o que...a mulher já tem 40 e tantos anos...aquela coisa toda...A gente até oferta. (...) Então, eu acho que, dependendo da localidade deveria estimular. Localidades de conflito, onde há muito garimpo deveria estimular; mulheres que já tivessem acima de 40 anos de idade. Tinha que ter uns critérios assim, na minha opinião né. (C)

Há um entendimento do DSEI Yanomami e Ye'kuana de que o critérios para iniciar o uso do método anticoncepcional do tipo injetável trimestral, único método além do preservativo considerado possível de ser utilizado pelas mulheres indígenas pela dificuldade de adesão, seriam mulheres com 25 anos ou mais de dois filhos vivos. Esses critérios são, pela Lei nº 9.263/96, que trata do planejamento familiar, referentes à anticoncepção definitiva e não às outras formas. E, ainda, no trabalho cotidiano, os profissionais encontram outras demandas e identificam também outros critérios.

Isso levanta a discussão sobre como são definidos tais critérios e quem deve defini-los e reafirma a necessidade de construção coletiva destes com a participação de mulheres indígenas com seus anseios e dos profissionais com suas experiências. Com

isso, é possível construir elementos orientadores para os profissionais exercerem de uma melhor forma a atenção diferenciada.

No exercício dessa, a outra categoria fundamental desse eixo é diálogo intercultural, já que esse processo é definidor da compressão e da prática dos profissionais em relação ao planejamento reprodutivo. Os sentidos do diálogo entre profissional e indígena passaram pelas ideias de respeito com reprovação ou respeito com compreensão; de entendimento do outro (indígena) como ignorante; de espera pela adaptação do indígena; de expectativa pela iluminação pelo conhecimento do não indígena; de necessidade de relação construída; de influência de elementos da comunicação e da língua e de diferenças entre etnias/grupos; e de aceitação pelo indígena.

Há o discurso da necessidade do respeito à autonomia e às escolhas do indígena, mas com reprovação dessas:

Então cultura é isso...a cultura na área indígena pra mim eu vejo que meu pai me ensinou isso, eu sei que isso vem de muito tempo, eu aprendi assim...eu não posso querer...quem é você pra vir de fora me dizer o que eu tenho que fazer. Eu respeito a cultura, os remédios homeopáticos né...aquelas coisas que eles fazem lá, os xabores, aquelas coisas...Nós temos que respeitar porque é um espaço que nós estamos entrando..são as culturas deles, é o jeito deles viverem. (...) Eu acho interessante...é a nossa fé né? Eles têm a fé deles, a gente tem que respeitar. É igual a nossa né. Então, da mesma forma eles. Quando tem um procedimento e eles dizem primeiro fazer xabore, pronto, é a fé deles. Então a gente tem que respeitar. Tem que deixar fazer. Por mais que vai chegar mais crítico, mas primeiro tem o xabore Que é muito difícil quem tá aqui de fora que nunca conviveu entender isso. Você pegar a pessoa com um estado crítico, você ter que...tá vendo que vai morrer, mas você não pode tomar da mão, porque, se tomar e morrer na sua mão, você tá ferrado, lhe matam. Tem que primeiro deixar lá uma hora...agravando, pra depois você tomar as rédeas. (...) Pois é, eu vejo essa questão de cultura assim...é o que eles fazem é cresceram fazendo isso...quem somos nós pra mudar né? Nós apenas temos que mostrar a eles que, com essa nossa forma de trabalho, tanto eles vão ficar bom com o que eles já fazem, mas que a nossa forma de trabalho tá indo pra complementar, ajudar pra que eles entendam né.... eles querem crescer a família para que possa cultivar, pescar, construir, guerrear né...eles querem...Mas na minha opinião enquanto profissional eu acho que deveria ter esse controle familiar, questão de filhos. (B)

Ou mesmo, com desrespeito: “A diferença é que eu não estou de acordo com a forma deles. A forma que deve ser é controlar a natalidade. Não estou de acordo que eles não querem usar esses métodos. E, como falei anteriormente, deve ser um processo longo, de entendimento para solucionar esse problema, que deve ser solucionado.” (F)

Esse desrespeito ou mesmo o respeito com reprovação das práticas tradicionais e do modo de viver indígena reforçam a ideia de que, nessa tentativa da “interculturalidade” de fazer a articulação de diferentes sistemas sociomédicos, não existe clareza por parte das políticas de qual os sentidos disso e de como fazer. Há, por exemplo, necessidade de validação científica dos saberes tradicionais indígenas numa visão estereotipada e homogeneizadora da “medicina indígena” e focada nas diferenças culturais e não nas diferenças políticas, econômicas e sociais (FERREIRA, 2015).

Por outro lado, aparece também o discurso da necessidade do respeito sincero à autonomia e às escolhas do indígena, levando-se em consideração também o coletivo, já que, apesar de colocarem que isso é um exercício difícil, fazem um esforço para compreender esse contexto. Isso converge com a discussão sobre autonomia nesse cenário, como traz Ana Lúcia Pontes (2014), em que a liberdade individual de escolhas e a construção coletiva entram em confronto.

Tal postura no diálogo aponta para abordagens produtoras de cuidado e não de colonização: “(...) Eles já estavam lá. Eles não gostam de ser chamado de recente contato. Eles não são recente contato. Quem chegou aqui fomos nós, não indígenas.’ Então esse foi o recado que eu dei pra eles né. E aí precisa ouvir mais.” (D)

Outras falas reforçam esse esforço sincero e apontam para a necessidade de empatia real para que ele aconteça:

Ai a liderança diz: ‘olha, não quero! A minha população não crescendo...eu quero que meu povo cresça!’. Esses dias mesmo atrás teve isso né? Tem lugares que eles tem sede de crescer. Tem polos que não usam anticoncepcional pra nada, porque eles estão nessa metodologia de crescer a população daquela região, aquele povo, ele fortificar né...mais ou menos isso. (...) Só que é ao contrário. No lugar que tem conflito é que eles querem que pare, pra poder ter menino pra depois se guerrear se se vingar daquele conflito que teve. Entendeu como que é? É complicado...demais. Todo lugar que tem guerra...até que no períodos da guerra em si dá uma diminuída, mas logo depois que cessa, eles começam a procriar pra se preparar pra daqui 10, 15 anos ter guerreiro, mulher. Em alguns lugares desses praticam o infanticídio se for mulher, se nascer mulher. Eles querem filhos homens. (...) Eu não sinto mais nada. Eu fico tranquila. Eu tento entender. Depois daquela primeira experiência, foi mais fácil pra mim...foi uma passagem. E assim eu não questiono mais, eu nem converso mais sobre o assunto depois. (C)

É um problema pra nós, pra eles não. É um problema para nós, mas aí, acho que pra eles...eles não percebem que é um problema. (...) Agora é difícil mesmo. (...) Na cultura indígena...por exemplo entre eles...a mulher tem que ter filho. Se a mulher não tem filho, a mulher não presta e o homem procura outra por isso que

tem múltipara. Tem que ter a maior quantidade de menino. E eu acho que chega um momento que ela mesma quer parar e é aí onde a saúde se percebe, né? (E)

Mas, confirmando o que afirmaram algumas autoras, como Ferreira et al (2015), mesmo com o discurso do diálogo intercultural, é esperado pelos profissionais de saúde que a comunidade se adapte aos pedidos do sistema oficial de saúde, já que na prática o indígena é eleito como sendo o “outro”. Nas evidências esteve presente a ideia de que o indígena pode ser visto enquanto menos civilizado, ignorante e com menos conhecimento e a expectativa é que seja iluminado pelo conhecimento, deixe de ser reticente e atinja a evolução do não indígena:

Mas hoje elas já tem a mente mais aberta sobre isso. (...) É oferecido palestras pra tá abrindo mais a mente de cada uma. Mas em área elas também já estão entendendo mais sobre isso e já não querem mais ter muito filhos como antes. (...) aqui na cidade as mulheres já dão uma grande importância ao planejamento familiar, pois já inclui a educação, a dificuldade de criar um filho, já em área elas já não tem muito entendimento sobre isso e pra elas isso não influi muita coisa. (A)

Agente já vai falando, conversando da possibilidade dela querer usar, aquele negócio todo. De certa forma eles já vão, devagarzinho, mas eles já vão alimentando, já vamos alimentando elas. (...) No início foi muito difícil, porque é muito difícil você colocar na cabeça de um índio (...) Tem umas que tomam os métodos orais, as que são mais entendidas. (B)

E realmente a gente fala de todos os métodos e elas realmente procuram a saúde e colocam...tem consciência né? (E)

É diferente a abordagem porque eu falei que em Maturacá há um entendimento, conhecimento maior da realidade porque eles estão em contato com o ‘branco’. (...) Porque em área indígena não tem conhecimento, tem conhecimento de que a natalidade é um processo que deve existir para o bem estar tanto da família como da sociedade. No entanto, em área indígena, não existe essa conscientização porque é a sua cultura ter filho. (F)

Essa hierarquia no diálogo, que parece ter suas origens no processo histórico de dominação e de velamento do contato da maioria dos cidadãos brasileiros com o passado real e o presente das pessoas indígenas, atrapalha fortemente o exercício da atenção diferenciada e favorece a colonização através da atenção à saúde. Assim, mesmo com orientações, capacitações e experiência, a prática arraigada por esse caminho prevê uma abordagem unilateral, autoritária e limitada. “Esse etnocentrismo nos planejamentos locais de ações de saúde é responsável por descontextualizar comportamentos,

simplificar demandas e principalmente por generalizar as necessidades dos indivíduos e sua coletividade.” (GARNELO e SAMPAIO, 2005, apud SANTOS et al, 2017, p.605)

Menéndez (2005), aponta que o indígena tem agência nesse processo, ou seja, intencionalmente e ativamente escolhe o que quer e o não quer agregar dessa negociação intercultural através de seus itinerários terapêuticos. Porém, a partir da hierarquia discutida anteriormente, é considerado que o indígena deve ser passivo e, não sendo, torna o trabalho mais difícil. Isso está presente em praticamente todas as falas:

E ai, com eu te falei no começo tinha uma aceitação, como eu te falei que tinha polos que tinha uma boa aceitação do programa de planejamento familiar...outros não. (C)

Então, a partir do momento que elas viram que aquilo não vai engravidá-las né. E muitas das vezes tá tendo crianças que tá nascendo com problemas né. Então em muitas lugares elas tão aceitando. (D)

E, ainda nesse sentido, o diálogo pode ser compreendido pelos profissionais como mais ou menos difícil a depender da comunidade ou etnia em um sentido de melhor ou pior aceitação. Há a ideia de que, quanto mais próximo dos hábitos de pessoas não indígenas, mais civilizado e, portanto, mais fácil de aceitar os métodos ofertados pelos profissionais:

É meio difícil de explicar assim...de entender por que que é que eles não aceitam, de certa forma não aceitam...difícil. (...) Eu percebo que no Yanomami é mais difícil, mas nós Yekuana é nós Sanuma, eles são mais sociáveis, mais entendedores das situações e conseguem assimilar isso com mais tranquilidade. (B)

As Yekuana são assim. É diferente. Sanuma é outra coisa, Sanuma tem que ter filhos. Mas as Yekuana...eles têm dois filhos, três filhos e pára...toma remédio...o esposo está procurando sempre o posto de saúde. Os Yekuana é diferente. É outra...é um pensamento mais parecido com nós, já tem. (E)

No caso de Maturacá essa questão já está avançada, já está abordado. Eles aceitam essa intenção de prestar esse serviço. (...) (F)

Além disso, é identificada, como já afirmado por Pontes et al (2014), a necessidade de construir relação contínua entre profissional e indígena para que ocorra o diálogo, o que é condizente com a ideia de que é dada grande importância pelos indígenas à

qualidade das relações humanas na tomada de decisão (como o controle da reprodução) e no processo terapêutico. É o que aparece em algumas evidências:

Se a gente ficar muito insistente naquele assunto, acaba que outros problemas que ela pode ter a gente acaba não podendo ajudar ela em outros problemas porque ela não vai mais querer conversar contigo. (...) E como ela era muito amiga de todo mundo da equipe, das mulheres da equipe, ela dizia que não, que não queria por enquanto ter filhos. (C)

Para que haja um planejamento, para que você possa inserir qualquer programa ou iniciar uma conversa, um diálogo, você tem que conhecer. Eu sempre falo, eu mesmo falo, em reuniões que eu não aceito que ninguém chegue na minha casa e dite regras. Então, nós estamos indo na casa deles. (...) Mas os indígenas que estão mais dentro da floresta, principalmente as mulheres, primeiro ela requer ter confiança no profissional pra chegar e abordar e pedir o medicamento ou perguntar. A partir do momento que o profissional tem essa confiança, ganha essa confiança deles, as mulheres tende a se chegar e iniciar uma conversa antes pra poder conhecer, como é que serve, principalmente se for profissional do sexo feminino. (D)

Nessa relação e diálogo, a língua pode ser vista como uma dificuldade para a comunicação e, portanto, para a abordagem. Sabe-se que não há formação específica em relação à língua para os profissionais antes de iniciarem o trabalho nessas áreas e é esperado pelos indígenas que os profissionais aprendam a língua local, facilitando a compreensão e fortalecendo a empatia (SANTOS et al, 2017). Essas questões aparecem em algumas falas e foram observadas em área:

No Sanuma não. Sanuma eu já tenho que falar um pouco a língua, eu já tenho que fazer perguntas da língua. E os Yekuana geralmente falam português, muitos deles falam português. (B)

Sim. Se tenta falar. Por exemplo, um que trabalha em outro pólo, como em Maturacá, tem intérprete. O Yanomami não fala. Tem que falar com eles para que ele fale no seu idioma com ele. (F)

Mas são evidenciados, nesse estudo, outros problemas de comunicação além da língua e que perpassam pelas outras dificuldades desse diálogo etnocêntrico. Também são feitas propostas pelos profissionais para lidar com esse problema:

Porque nossa maior dificuldade é essa, você passa uma coisa, eles entendem de uma forma, que possivelmente a indígena ou o indígena não vai entender da mesma forma que a gente tá passando. A maior dificuldade é essa (B)

Não precisa ele entender, ele tem que compreender. Porque muitas das vezes, e retorno novamente na minha fala anterior. O profissional ele tem que tá bem preparado, porque o indígena ele tem um pensamento diferente, ele é decisivo, ele não vem se é sim ou não, talvez...não existe talvez pra eles, é sim ou não. (...) Porque tá sendo passado, mas a maneira que tá sendo passado que a gente tem que rever, se tá sendo passado corretamente. Já pedi que fossem feitos panfletos na língua né. Mas não consigo entender porque que não fazem ainda né. (D)

Considerando a ideia de Oliveira e Oliveira apud Pontes et al (2014) de que existem esferas de negociação na construção de um diálogo livre e democrático, enquanto espaços sociais no âmbito da família e da comunidade (microesfera), nas relações com os Estados nacionais (mesoesfera) e em relação às deliberações e ações de organismos internacionais (macroesfera), a outra categoria que emergiu nesse eixo foi exatamente esferas de negociação.

Nessa categoria, são identificadas as opiniões dos profissionais sobre a existência ou não de esferas de negociação e como se dão. Pode haver, tanto a ideia de impossibilidade de negociação, de negociação enquanto interferência, de não negociação por respeito, de possibilidade ou não de acesso à esfera familiar, de negociação operacional, da possibilidade de negociação ou apenas quando é julgado necessário.

Pode haver a compreensão de que as escolhas são fixas e endurecidas e não podem nem ser dialogadas, o que retoma a ideia de cultura nesse sentido:

Não. Agente não interfere tanto. Agente da uma orientação enquanto profissional que é bom o anticoncepcional pela quantidade de filhos né, mas que quando há um relacionamento entre casal, a cultura em si não permite que você entre na relação casal né? (B)

Bom...a partir do momento que a mulher ela não quer, não tem jeito né. Apesar do marido ou dos pais querer, isso é uma definição dela. (D)

Não. Nesse lugares, como falei, é difícil falar desse tema. Nem se fala. Porque não é do seu costume controlar a natalidade. É difícil falar desse tema (F)

É recorrente a ideia de negociação e diálogo enquanto intromissão ou interferência e de que, portanto, a não interferência seria respeito às escolhas. Ou seja, não interferir seria respeitar a cultura e, portanto, produzir cuidado: “Às vezes a gente participa dessas discussões, mas a gente também não pode interferir muito né, que é uma discussão

deles. Então primeiro eles tem que aceitar, pra depois a gente orientá-los e introduzir dentro da comunidade.” (D)

Mas levanta o questionamento do limiar tênue entre o abandono e a intervenção exagerada diante de situações que envolvem os direitos sexuais e reprodutivos:

Medidas intervencionistas que não respeitam a cultura devem ser evitadas; a abordagem intercultural presume perceber a cultura, objeto de análise, sem olhar etnocêntrico, eliminando estereótipos negativos ou preconceitos, para criar relação de empatia. Sendo assim, estratégias de intercâmbio cultural são sempre adequadas para quaisquer conflitos em que se detecte tênue ou explícita violação de direitos humanos. (...) Neste exemplo, quando práticas tradicionais refletem a posição inferior de mulheres e crianças em dada sociedade patriarcal, diálogo e mediação intercultural não são suficientes. (SANTOS et al, 2017)

Nesse mesmo sentido, e em consonância com a pesquisa realizada por Gérman Vázquez (2003) no México na ideia de que os homens decidem naquela realidade sobre quantos filhos ter e sobre os métodos contraceptivos, é frequente o entendimento de que não pode haver negociação na esfera familiar, principalmente na relação do casal: “O marido também entra muito como um empecilho de não querer deixar ela tomar e ela aceita. (...) Então a gente acata e ‘Não, tranquilo...Se sua esposa está de acordo’ e geralmente elas obedecem.” (B). Mas há opiniões divergentes, inclusive apontando a possibilidade de negociação:

Até porque quando ela vem com essa ideia de pedir, o marido já tem consciência. Às vezes o marido quer e ela quer também. Porém, a comunidade não quer. (...) Quando ela ta grávida quer cometer (‘infanticídio’), a gente procura saber o porquê. Tem por quererem que não tem como intervir. Essa é a questão. Quando o porquê tem como intervir, ai faz algo né, conversa...tenta convencer né...mais ou menos assim. Alguns infanticídio são cometidos não porque a mulher quer. É porque o marido quer, principalmente se essa gravidez for fruto de um adultério. Ai sim...é uma coisa que eu não vou poder intervir. (C)

Em todas as esferas predomina a ideia de negociação enquanto algo operacional e não algo a ser construído, mas com opiniões diferentes. Nessas falas está presente uma perspectiva operacional:

(...) também tem casos de a liderança chegar pra equipe e falar sobre aquela determinada mulher, aí fazemos a lista dessas mulheres e seus dados e enviamos em malote pra RT da saúde da mulher, e depois mandado os anticoncepcionais pra área. (A)

No caso da mulher que faz uso de Depoprovera e não quer usar mais, a gente manda um relatório contando que ela não quer mais tomar porque ela decidiu que se vier a gravidez tudo bem. (C)

Mas, em outras, não. Além de entenderem que existe a possibilidade de negociação, apontam para a necessidade de ser construída e não operacional:

Agente pede que a equipe faça um relatório, um relato da mulher, a vida dela como mulher, quantos filhos ela teve, se ela teve algum aborto ou não. Agente pede que essa mulheres, depois que a gente pede o anticoncepcional, antes de enviar o relatório a gente comunica as lideranças a respeito daquela solicitação. Se a liderança concordar, e vim na íntegra 'não', às vezes eles não aceitam, 'não! Só aceito fulana e cicrana, essa e essa não...essa não é pra tomar anticoncepcional'. Então a gente não manda o relatório né? Então tem que ser assim com a autorização das lideranças do polo (...) Sim...como eu te falei...quando ela vem pedir, a gente fala pra ela que vai fazer isso. Ai a gente explica também pra ela que nesse momento a gente vai passar para as lideranças e os AISs da comunidade dela, que ele também vai ser um elo entre eu e a liderança da comunidade dela sobre essa situação toda. Tem que ter. Não adianta fazer sem. A gente até oferta. Mas, geralmente, espera que a mulher comece a se queixar que quer...demanda espontânea né. Elas querem, a gente providencia. Só que vem aquele critério da autorização da liderança. Ele é recusa, mas não significa que nunca mais vou ofertar pra ele não. No caso do planejamento...recusou? recusou mesmo? Ok Ai, até mandar o relatório ela pode mudar de ideia. (C)

Outras opiniões também são nesse sentido ao apontarem caminhos preferenciais para essa negociação e que foram também visualizados em área, como a necessidade de diálogo com as lideranças não formais:

Existem várias lideranças indígenas reconhecidas que, se sentar para conversar com eles, eles vão atender o pedido, tendo uma explicação correta pela pessoa correta, creio que tende a melhorar. (...) Mas é todo um preparo, é toda uma conversa. Sempre deve se iniciar pelos mais velhos, que é os que decidem na comunidade. Não diretamente com a mulher, pegar pessoas que estão próximas dela pra poder se chegar ou até mesmo pra saber alguma coisa, você pode perguntar pra ela. (D)

Eu confio muito no AIS, principalmente a liderança...M. Eu já consegui muita coisa. Ele fala português e traduz sempre o que eu falo. E eu acho que sim, se é pra mudar. (E)

Finalizando essa categoria e eixo, é unânime um discurso contraditório da impossibilidade de dialogar sobre algo fixo porque isso seria respeito, mas em algumas situações a interferência seria vista como necessária, como no caso do “infanticídio”.

Portanto, esses dilemas interculturais, especialmente os que envolvem direitos humanos, geram discussões em vários sentidos.

Na lógica do universalismo abrangente, de que os princípios morais universais seriam aplicados a todas as sociedades independente das especificidades culturais, deveria haver intervenção sobre essa prática por violar os direitos de crianças e mulheres (BARRETO, 2007 apud RODRIGUES, 2013).

Mas, na lógica do relativismo cultural, seria necessário relativizar os direitos humanos a partir do contexto cultural, já que o pensamento jurídico visualiza os direitos como individuais, negando a coletividade e as especificidades. Portanto, algumas práticas como essas não poderiam ser compreendidas sob uma lógica ocidental, sendo justificáveis em seu contexto social (HOLLANDA, 2008 apud RODRIGUES, 2013). Essas contradições estão nas falas:

Daqui dois, três meses a criança nasce e, por não ser do marido que ela está hoje, ela vai e pratica o infanticídio. A criança nasce perfeita. Já me deparei com situações assim. Tentei controlar, pra coibir essas situações, mas no momento lá a mãe vai na maloca e foge e comete o infanticídio. (...) Às vezes o menino nasce com um dedinho a mais, nasce com algum problema. Mas assim a nossa intervenção é primordial. (B)

Isso reforça a ideia da “interculturalidade” prescritiva e funcional, que pode funcionar como uma nova forma de poder, mantendo o processo de colonização e normatização dos grupos indígenas através da própria política de saúde indígena utilizando os instrumentos através da biopolítica: discurso da verdade (no âmbito da política e do processo de trabalho das equipes), de estratégias de intervenção e de modos de subjetivação, consolidando o processo (RABINOW e ROSE, 2006):

Aí, geralmente, no meu caso, eu não dava tiro errado, eu já: ‘não! Tu não vai poder. Tu só tem dois filhos, tu é muito novinha..’. Entendeu? Tipo assim...a gente não deixava. Tanto é que a gente já fez parto de uma menina de 12 anos de idade, de uma criança lá né...uma criança parindo outra criança, que inclusive nasceu com anomalia. E ia ter o infanticídio...com muita luta, o menino nasceu gordinho e não quiseram o infanticídio porque o menino tava gordinho e hoje goza de plena saúde graças a Deus, né? (...) Eu tentava convencer ela a não fazer. Mas chega um contexto, chega um tempo que não adianta.(...) Ai chamaram a bisavó, magrinha: (*falas em Yanomami*) E ela disse que era pra matar, e ela com o pausim pra fazer o negócio. E eu: ‘espera aí’ Vamos chamar o pai pra dar mais tempo de vida: ‘Não eu não sei’. Ai vamos falar com o vô dela. O vô dela só veio de manhã e nós a noite todinha pastorando né a criança. E ai o vô veio, olhou, e achou a criança muito gracinha. E como tinha um adolescente

quase adulto, que tinha uma das orelhas semelhante a dele era um bom caçador um bom tudo. Ai ele: 'não! É igual o Valmir. Matar não. É gordinho. Tem saúde.' Ai...foi um bálsamo de felicidade na vida da pessoa, né. Ai a gente fica feliz demais. (C)

Assim, em relação à abordagem do planejamento reprodutivo na perspectiva da atenção diferenciada, as evidências trouxeram elementos convergentes com a literatura, mas também apontam nuances contraditórias do processos de trabalho dos profissionais fundamentais de serem conhecidas para construir caminhos melhores e possíveis no cuidado mais adequado às populações indígenas.

7 DIFERENÇAS DE ATUAÇÃO EM ÁREA INDÍGENA E NÃO INDÍGENA

“(...) existem violências sociais que se escondem, que se apresentam, quando você desloca algo que é do âmbito da diferença para a desigualdade, ou vice-versa.” José D’Assunção Barros

Explorar as diferenças compreendidas pelos profissionais entre o trabalho com populações indígenas e não indígenas auxilia no entendimento sobre como os profissionais pensam ser, na prática, o exercício da atenção diferenciada. Assim, no eixo ‘Diferenças de atuação em área indígena e não indígena’ foram identificadas as seguintes categorias: diferença e desigualdade, similaridades e desafios.

Os elementos que geram diferença e desigualdade precisam ser tratados de forma conjunta porque o foco apenas na diferença pode desconsiderar a desigualdade presente nessa história e nessa comparação. A visão estereotipada e homogeneizadora da “medicina indígena” e focada nas diferenças culturais e não nas diferenças políticas, econômicas e sociais se mostra através do discurso homogeneizador do multiculturalismo neoliberal. E pode revelar na verdade o seu conceito de cultura fundado na diferença e não nas desigualdades políticas, econômicas, sociais e também culturais, desqualificando-as. Tais desigualdades revelam um processo histórico violento de contato com não indígenas gerando o genocídio desse povo ao longo dos anos de várias formas (FERREIRA, 2015).

Nesse sentido, um dos aspectos percebidos como diferente foi a maior necessidade, em área indígena, da construção de relação contínua para haver diálogo, como também esteve presente no eixo ‘A abordagem’. A boa relação favorece o diálogo e a atuação. Pierre Clastres (1978) utiliza o termo poder coercitivo para aquele exercido pelo Estado e que cobra obediência dos indivíduos e poder não coercitivo, persuasivo, para as sociedades sem Estado, como as indígenas, em que predominaria as relações de parentesco, a generosidade e a oratória. Reforça-se assim essa ideia que está representada também no seguinte trecho:

As mulheres indígenas, principalmente as Yanomami, pra você ganhar a confiança delas, requer um pouco de tempo. Entendeu? Conversas...ela tem que se apegar a você. A partir do momento que ela vê que você é uma profissional bem instruída, bem interessada, ela vê que você tem aquele vigor de ajudar ela, eles mesmo, ai...fica até difícil pra tirar esse profissional de lá. (D)

Ainda, na visão dos profissionais predomina a ideia da mulher mais submissa aos interesses do homem e do coletivo do que em área não indígena. Como apontado anteriormente, as relações de gênero são complexas nessa realidade e difíceis de serem interpretadas através das teorias feministas ocidentais. Mas algumas questões colocadas pelos profissionais condizem com que é apontado nos coletivos de mulheres indígenas, como o Projeto Voz da Mulheres Indígenas, implementado pela ONU Mulheres, a Grande Assembleia das Mulheres Guarani-Kaiowá, do Mato Grosso do Sul, *Kunague Aty Guasu*, e do Movimento de Mulheres Yanomami da região de Catrimani em Roraima.

Alguns elementos que os profissionais trouxeram que condizem com o que é trazido pelas mulheres e que merecem atenção são o incômodo com a pouca participação dessas na política e na tomada de decisões individualmente e com a violência. Porém, essas expressões da desigualdade de gênero são entendidas pelos profissionais como próprias da cultura:

Quando elas chegam pra equipe pra falar sobre isso é porque elas já entrou em acordo com a família e a liderança. (...) e são sempre as mulheres que vão pra roça e os maridos só em casa, as mulheres sofrem mais do que eles. (A)

Por conta que a mulher é quem cultiva, quem pega peso, é quem faz todo o esforço, quem anda muito. (B)

Elas entendem pela submissão. Lá o Yanomami acho que é a etnia da mulher mais submissa ao homem, não sei se você viu isso. Ela é submissa à comunidade. Lá eles vivem em grupo mesmo. O que um falar já tá falado. A liderança falou, pronto, não bate papo...elas não vão nem questionar nada. (C)

Assim, apenas um dos entrevistados relaciona, como as mulheres dos movimentos, o agravamento de algumas situações de opressão de gênero com o contato com não indígenas. Reforça-se, portanto, o sentido de não separar diferença e desigualdade na comparação entre indígenas e não indígenas principalmente nesse processo contraditório de interação: “Hoje tá se mudando muito devido ao contato de

jovens na cidade. Então, eles tendo esse contato, eles acabam se envolvendo com mulheres não da cultura deles e não usando preservativo. Sendo que as indígenas mulheres não usam preservativo, elas não gostam.” (D)

Por outro lado, também é identificada a possibilidade de mudança desse processo de desigualdade de gênero e de suas expressões. Embora ainda de forma tímida, principalmente no Brasil e no território Yanomami, existem iniciativas a partir dos coletivos de mulheres indígenas, como no México, com o movimento de mulheres de Chiapas. O que aparece em algumas falas: “Então as mulheres estão nessa agora, levantando, brigando, lutando pelos seus direitos também né, elas. E é um bom sinal porque elas antigamente não tomavam essa postura de querer esses medicamentos que são do nosso uso, do branco né.” (D)

Nesse mesmo sentido de comparação hierárquica e etnocêntrica, é frequente a compreensão pelos profissionais de que o modo de vida escolhido pelas pessoas indígenas é gerador de problemas, dificultando mais o trabalho nesse território. Esse entendimento pode direcionar para uma abordagem mais reticente e intervencionista:

Diz que é cultura né..E quando elas vão pra roça quem fica com a criança pequena já é outro irmão menor também. Aí por isso elas vão vendo as dificuldades de estar engravidando direto. (A)

Famílias com oito crianças dentro de uma casa, se não tá tendo condições de criar, deixando pros menores às vezes estarem criando....às vezes por cultura, mas as vezes nós não achamos correto. Se você não tem como criar dois, por que você vai ter oito? Acabam adoecendo...daí fica todo o impasse de quando vem pra cidade dessa questão de quem vai ficar, quem vai cuidar...essa logística né. Então assim, pra eles é uma dificuldade muito grande e eu acho que devia ter esse controle em relação à quantidade de índios na comunidade (...) (B)

Portanto, pode haver uma ideia de que esse diferente é ruim, dando menor importância às condições de vida desiguais decorrentes da vulnerabilidade do território e da restrição dos direitos: “Agora, se houver mais comida, mais alimentação, eu acho que seria, seria, do mesmo jeito (...) Ela vai continuar igual. Porque a alimentação para eles é beiju por exemplo. Eles nunca tiveram tanta comida. Sempre foi dependente da caça, da mão de obra.” (E).

Porém, “(...) coeficientes de morbimortalidade mais altos (...) fome e desnutrição, riscos ocupacionais e violência social são apenas alguns dos múltiplos reflexos sobre a

saúde, decorrentes da persistência de desigualdades." (COIMBRA JR e SANTOS, 2000, apud COIMBRA JR et al, 2005, p.36).

Nesse sentido, alguns culpabilizam as más condições de vida (território ruim, conflitos com garimpeiros) como geradoras de obstáculos, valorizando essas questões como mais responsáveis por problemas do que o próprio modo de viver. Aqui, retoma-se o achado de Souza et al (2017) de que as mulheres que vivem em reservas ainda não demarcadas tem taxas de natalidade ainda mais elevadas do que as que vivem em áreas demarcadas, diante da necessidade de crescimento demográfico para a manutenção do estado de luta daquele povo:

Porque no lugar que tem garimpo a mulher vai ter o menino, criança vai lá pro garimpo e vai sofrer de pneumonia e talvez vai morrer. Não ali na prática, na sua cultura propriamente dita a integração dela. (C)

(...) Mas a resposta do indígena foi que tanto nós matávamos mais do que eles, porque eles faziam isso ("infanticídio") por conta da sobrevivência e os não indígenas não. (D)

No que se refere à diferença, os profissionais trouxeram a necessidade do respeito à cultura, em suas várias interpretações. Assim, trabalhar nesse contexto exigiria como principal aspecto diferencial considerar a cultura, o que condiz com a atenção diferenciada enquanto elemento norteador da atuação nessa realidade. Pode ser compreendido como aspecto fundamental na construção de processos saudáveis e não danosos a essas comunidades: "Respeitar é porque nós somos invasores. Nós estamos indo até lá. É uma...eu falo por duas vidas...aqui eu tenho uma vida, na floresta é outra. Então, quando eu chego lá, eu tô chegando na casa deles. Então eu tenho que respeitar como funciona lá." (D)

Porém, a visão predominante é de que o maior motivo para se respeitar a cultura seria proteger os profissionais de represálias da comunidade. Essa reação pode ocorrer e é uma preocupação compreensível, como foi observado em algumas situações vividas pelos médicos do PMMB que são visitados pela Supervisão. Porém, entender esse processo como o principal motivador do exercício da atenção diferenciada pode gerar abordagens falsamente empáticas e, portanto, colonizadoras:

Mas a gente deixa bem à vontade, a gente não força não. Porque às vezes quando a gente força e ela não se dá com o anticoncepcional porque há sangramento ou alguma coisa de errada, aí volta contra a equipe. (B)

Ai fica esse impasse, a liderança tem essa voz forte também né de não querer, porque a gente não pode chegar lá na mulher ou na filha fazer o medicamento sem o consentimento deles, sem antes fazer também uma breve entrevista pra ver se aquela paciente pode tomar. Porque, caso dê alguma coisa errada, eles vão culpar o profissional, pelo uso do medicamento e acontecer algo de alguma doença, alguma febre...então eles vão ligar isso ao profissional. (D)

Eu acho que sim, devem usar anticoncepcionais. Só que isso depende da cultura de cada comunidade que você está enfrentando. Porque o não se pode é impor. Porque se impuser, em muitas comunidades, o médico não vai ser bem visto, vai ser rechaçado pela comunidade. (F)

A outra categoria, similaridades, aponta a tentativa de, nessa comparação, identificar aspectos comuns entre o trabalho em área não indígena e nessas comunidades do Território Yanomami. Essa tentativa pode sinalizar como os profissionais visualizam esses elementos de proximidade e que podem facilitar a empatia e o diálogo intercultural, inclusive considerando a importância da matriz indígena na construção do povo brasileiro, como elaborou Darcy Ribeiro (1995) em 'O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil'.

Essa perspectiva poderia apontar para mais dificuldades entre os médicos cubanos, já que a matriz indígena não teve essa participação na construção dos cidadãos de Cuba. Mas essas maiores dificuldades em relação aos médicos brasileiros não aparecem. Como também não aparece, nas similaridades, a identificação cultural e histórica dos profissionais com os indígenas, sinalizando a negação desse processo na construção dos cidadãos brasileiros.

Assim, parece existir a ideia contraditória de que os indígenas são ao mesmo tempo iguais e diferentes dos não indígenas. Seriam iguais por serem seres humanos como os não indígenas, amparando-se numa comparação fisiológica que leva à abordagem biomédica, com a transposição de ações programática como o Planejamento Familiar: "Deveria ser a mesma. Deveria ser a mesma. Porque é uma unidade básica. O índio é um ser igual a nós, não índio né." (B)

Isso desconsidera a ideia de que, apesar da centralidade no corpo, há transformabilidade generalizada dos seres que habitam o mundo indígena (de seres humanos em animais, de animais em seres humanos, de espíritos em animais), sendo a

continuidade física e social complexas e melhor compreendidas pelo conceito de corporalidade (SEEGGER et al, 1979).

Sugere, assim, uma grande dificuldade de entendimento e de implementação da atenção diferenciada, com alguns profissionais apontando inclusive que, apesar das diferenças, a abordagem deve ser a mesma:

Já trabalhei em PSF e lógico que existe uma diferença. Aqui na cidade as mulheres já dão uma grande importância o planejamento familiar, pois já inclui a educação, a dificuldade de criar um filho. Já em área elas já não tem muito entendimento sobre isso e pra elas isso não influi muita coisa. A atuação é a mesma em área ou na cidade, nós levamos a importância do uso do preservativo e das DSTs e os métodos pra se cuidar. (A)

Aparece ainda a comparação em relação ao modo de funcionar socialmente e culturalmente e que, apesar das diferenças, isso não mudaria a abordagem porque as pessoas não indígenas também tem sua cultura. Assim, a depender da compreensão sobre cultura, essa comparação pode gerar tanto abordagens no sentido da atenção diferenciada como não: “São as formas de curar, as formas de rezas, as formas de dançar...Igual nós, nós temos o forró, eles têm o...são culturas diferentes....então eu vejo dessa...eu vejo bem tranquilo assim, de entender, de aceitar.” (B)

Todos esses elementos influenciam o que é trazido na próxima categoria, desafios, já que, diante da complexidade dessa comparação, é unânime para os profissionais entrevistados e para os envolvidos com a saúde indígena a sua característica desafiadora. Nesse caso, os fatores que influenciam isso seriam: a dificuldade de acesso às áreas, a alta rotatividade das equipes, as diferentes formas de atuação dos profissionais, os problemas intersetoriais, o diálogo intercultural como desafio e obstáculo e a língua e a comunicação.

Convergindo com as discussões anteriores, a necessidade de diálogo intercultural é vista como desafio necessário: “Agora é difícil mesmo...às vezes a mulher quer vir ao posto e aí ela quer vir ao posto e fica ou simplesmente não querem. Mas é difícil mesmo...lá tem mulher com três, quatro filhos e é risco...” (E). Ou, é visto como desafio que atrapalha a atuação: “(...) O que não existe nos outros pólos, aonde essa questão de natalidade, isso praticamente não existe, porque isso está regido pela cultura, por...como

posso dizer...pelas lideranças da comunidade. Eles são os que decidem sobre essa questão de natalidade. Aí é difícil (...).“ (F)

E, novamente a língua e a comunicação são compreendidas como fatores desafiadores para a atuação, reafirmando a necessidade de formação linguística apontada anteriormente pelos profissionais e pelos indígenas, e, às vezes, como único elemento que gera dificuldade:

A única dificuldade, o único impasse da gente é a respeito de como passar pra ela, que seria o que os intérpretes fazerem de maneira correta. Porque nossa maior dificuldade é essa, você passa uma coisa, eles entendem de uma forma, que possivelmente a indígena ou o indígena não vai entender da mesma forma que a gente tá passando. A maior dificuldade é essa. (...) É muito minucioso trabalhar com índio. (B)

Ou que gera um desafio necessário e possível de ser trabalhado tanto na perspectiva como na prática de alguns profissionais: “Porque, como a gente tá ali 24 horas, cuidando, cuidando, a gente acaba olhando. Agente fala...’fulana, você não tá grávida?’ ‘Não’ ‘Se tiver grávida tem que contar pra eu poder fazer o teu pré-natal.’ ‘Não, tô não’ ‘Sangue cua...(em Yanomami)..tantas luas. ‘Então tá...se tiver grávida...’” (D)

Além disso, sabe-se da necessidade de priorizar o atendimento dessas pessoas em seus próprios locais de vida, mas, a dificuldade de acesso a essas áreas mais isoladas é entendida pelos profissionais como obstáculo para construir processo contínuo e próximo. E, considerando que a relação construída é critério essencial para construção de processos mais profundos e cuidadosos como discutido anteriormente, essa dificuldade de acesso realmente se coloca como um obstáculo de difícil resolução. É apontada, portanto, como fator limitante importante para abordagem mais adequada do planejamento reprodutivo:

Então você tem que ficar monitorando ela pra que ela não vá pra outra comunidade naquele período, naquele dia. Então nossa maior dificuldade é essa, é o monitoramento dessa indígena. (B)

No Yanomami, a gente não tem um leque de opções pra métodos de prevenção de gravidez né...no caso do Planejamento Familiar. Agente não tem porque...uso oral não tem condição. A mulher mora a 5 horas de viagem, todo dia você vai até lá entregar aquele anticoncepcional pra ela? (C)

Muitos indígenas às vezes são fixos em algumas regiões, mas não sabe até que tempo né. Porque a terra deles tem um ciclo de plantação né, às vezes eles mudam então...E hoje em dia eles estão permanecendo mais frequente em terras próximas a cidade, querendo vir pra cidade. (D)

Essa reflexão inclusive questiona a sustentabilidade e benefício do modelo da atenção à saúde indígena, podendo ser algo mais pontual, como antigamente, ou mais contínuo, como a proposta atual, principalmente após a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Outro fator desafiador apontado foi a rotatividade das equipes pelas diferenças de formas de atuação dos profissionais e pela dificuldade de construir relações por não estarem fixos em uma comunidade. Aliado com o que foi discutido acima, Pontes et al (2014) afirma que esse processo é realmente dificultado pelo pouco tempo para diálogo nos atendimentos, o curto período de permanência das equipes nas comunidades, a falta de acompanhamento longitudinal e a alta rotatividade das equipes.

Assim, apesar de esse processo ter se modificado nos últimos anos com as equipes mais completas, principalmente com o provimento de médicos que permanecem 15 dias seguidos em área após o PMMB, essa experiência ainda é relatada por esses profissionais, que sugerem mudanças organizacionais, se possíveis:

O planejamento começa aqui, a dificuldade imensa que a gente tem, começa o planejamento familiar, daqui 15 dias pega um profissional que não tem a intimidade com essa situação, tá iniciando agora o trabalho e não vai dar continuidade. Na área indígena tem essa dificuldade, de continuidade. (B)

Como você vê, cada indivíduo, cada profissional tem sua visão. (...) Eu passo lá 7 dias, depois tenho que sair aí entra outro colega né, que aí tá com outras visão. Vai ter outras falas, vai passar diferente ou acha que não pode né...porque são cabeças diferentes né. (D)

Outros desafios apontados e que envolvem questões organizacionais e gerenciais mais amplas são aqueles relacionados à estrutura dos serviços de saúde e que também foram apontadas no eixo 'Características do contexto':

Mas assim...é um polo, lá em Auaris, é um polo base, tem uma certa estrutura, mas pro atendimento de atenção básica, às vezes a gente faz o impossível. (B)

Ela falou que a equipe que tá aqui é ruim. Eu falei uma pergunta pra essa pessoa: 'Você já foi uma comunidade indígena? Numa comunidade mesmo...onde a

cultura prevalece? Ou você numa comunidade onde tem uma pista grande e um posto bem estruturado?’ Digo: ‘Olha, esse é o problema. (D)

Além disso, as condições de vida e do território também seriam fatores desafiadores e não estariam na alçada dos profissionais e, sim, de outros setores: “Então as indígenas já tem envolvimento já com garimpeiro. E antigamente não tinha pista. Ia de pé pra lá. (...) Então, pra fazer um planejamento desse familiar com uma indígena gestante e vê realmente como vai fazer e inserir esse nosso planejamento né...é complicado.” (D)

Assim, o exercício de comparação sobre o trabalho em área indígena e não indígena trouxe elementos mais profundos e contextuais que influenciam a abordagem dos profissionais. Esses vão desde a ideia de comparação fisiológica que gera abordagem biomédica, passando pela confusão intencional entre diferença e desigualdade que favorece a colonização e a negação dos direitos, até as compressões dos profissionais sobre cultura que atravessam o diálogo intercultural. Esses elementos tornam a atuação nessas áreas desafiadora associada a outros elementos conjunturais e que podem ser modificados ou não através de ações intersetoriais.

8 COMPREENSÕES SOBRE CULTURA

"Os filósofos se limitaram a interpretar o mundo
de várias formas; cabe transformá-lo" Karl
Marx

As compreensões sobre cultura podem influenciar o diálogo intercultural e, portanto, o exercício da atenção diferenciada na abordagem do planejamento reprodutivo, por isso a identificação do eixo 'Compreensões sobre cultura'. Atuando no Território Yanomami na perspectiva de considerar a cultura durante as abordagens, os profissionais podem se guiar por entendimentos diversos. Esses relacionam-se com as diversas elaborações sobre o conceito de cultura, podendo ser entendida a partir das categorias que emergiram: tradição, modo/condições de viver, regra maior, originalidade e intelectualidade.

A cultura enquanto tradição está presente nas evidências e relaciona-se com o conceito elaborado por Hobsbawm (1997) no sentido de um conjunto de práticas construídas institucionalmente ou não, reguladas por regras de comportamento através da repetição e com uma continuidade com o passado (tradição inventada). Assim, está presente nas falas dos profissionais a ideia de cultura enquanto continuidade, de transmissão ao longo das gerações, de algo que era feito antigamente e que foi aprendido, convergindo com a ideia de tradição inventada:

Foi o que eles aprenderam com os pais, com os avós. Então cultura é isso...a cultura na área indígena pra mim eu vejo que meu pai me ensinou isso, eu sei que isso vem de muito tempo, eu aprendi assim...(B)

Então isso é cultura milenar. Então a cultura pra mim é um respeito em respeitar as tradições deles que vem dos antepassados deles né. (D)

Então como falou o Doutor (*médico que já trabalhou em área indígena e com quem teve espaço de formação*), o problema é de geração em geração. A mãe teve 8 filhos, 9. A avó era igual. (E)

Por outro lado, o autor também aponta que a tradição, depois de inventada, seria imutável, se caracterizando enquanto o costume tradicional. Esse costume tradicional é

entendido pelos profissionais como práticas específicas daquele povo: “São as formas de curar, as formas de rezas, as formas de dançar...” (B).

Mas a vida não é invariável, não estando impedidas inovações até que não perca a sua relação com o que era anteriormente: “Os jovens de hoje em dia estão esquecendo de onde eles vieram, da cultura. Isso pra mim é a cultura.” (D). Ou seja, mudanças não levam necessariamente à perda da cultura a menos que não haja um esquecimento das raízes ideológicas desse processo.

Porém, isso está presente em apenas uma das falas, pois o que aparece na maioria das visões dos profissionais é a ideia de que a alteração dos costumes tradicionais significaria a perda da cultura e da tradição, o que seria algo ruim:

Então assim...é isso que me refiro...a cultura é tudo que sempre teve ao lado deles e eles passaram a não praticar mais aquilo ali. Então é complicado. Em alguns lugares eles não fazem mais a bebida que era deles...bebem cachaça. Eles não querem mais fazer aquele trabalho de antigamente. (C)

Entretanto, contraditoriamente, apontam que o uso de métodos contraceptivos hormonais, uma alteração do costume, poderia ser benéfica e não geraria alteração das tradições: “(...) é o que eles fazem e cresceram fazendo isso...quem somos nós pra mudar né? Nós apenas temos que mostrar a eles que, com essa nossa forma de trabalho, tanto eles vão ficar bom com o que eles já fazem, mas que a nossa forma de trabalho tá indo pra complementar.” (B)

Essas opiniões contraditórias reforçam tanto a complexidade do conceito de cultura como do processo de trabalho dos profissionais. Isso também está presente na categoria modo/condições de vida, em que a cultura seria definidora do modo de viver e o modo de viver definidor da cultura. Além disso, na mesma ideia de ressaltar a diferença e não a desigualdade, centrando na cultura e, não, na desigualdade social, como discutido anteriormente, não há separação entre modo de vida e condições de vida: “Falta de comida, e são sempre as mulheres que vão pra roça e os maridos só em casa, as mulheres sofrem mais do que eles...Diz que é cultura né.” (A); “Nós sobrevivemos aqui de meios que a gente tem, um mercado uma farmácia. Lá eles tem que buscar tudo da natureza.” (D)

Nesse sentido, predomina a ideia de cultura enquanto o conjunto de hábitos cotidianos de um povo e que determinam o modo de funcionar desse povo. É o que está presente em praticamente todas as falas:

É a maneira de eles viverem, os costumes. Só dizem que devemos respeitar a cultura deles. (A)

Então é o meio deles viverem né? (B)

Cultura, cultura é uma forma de viver. Por exemplo a forma de se envolver, de se abordar uma comunidade, grupo de pessoas. Mas cultura é o seu jeito de viver, de se desenvolver, isso de ter filho, ter criança. É cultura, é um modo de viver, entendeu? É o jeito deles se desenvolverem na comunidade. E a cultura marca a sua vida. (E)

Isso se relaciona com a ideia de que convenções e rotinas podem virar hábito e necessitarem ser imutáveis no sentido de não perder relação ideológica com a sua origem, como no caso da tradição. Porém, se as justificativas para a incorporação de novas práticas, como o uso de métodos contraceptivos sintéticos, forem técnicas e não ideológicas, essas alterações dos hábitos seriam possíveis (HOBBSAWM, 1997). Além disso, sendo a pessoa um ser em processo permanente de transformação, não algo dado ou acabado, e nem fixo pela natureza e, sim, performado através de um conjunto de atitudes, de *habitus*, esse processo seria inevitável (BORDIEU, 2006).

Entretanto, essa compreensão não aparece nas evidências, que caminham no sentido de que a cultura determina as práticas cotidianas e, não, que estas também podem ser determinadas pelo contexto. Isso reafirma o entendimento contraditório de que o planejamento reprodutivo não alteraria a cultura, mas, ao mesmo tempo, sim:

A gente oferta uso de preservativo, tudo...alguns sabiam usar e outros usam, mas eles não aderem tanto a essa cultura... (B)

Então é assim...Mas não tem nenhuma questão assim, nenhuma coisa que faça ela pensar em parar de ter filho. Elas têm filhos...Eu acho que a sua rotina. (E)

Cultura pra mim, nesse caso é...no Yanomami, cultura é o seu costume, sua maneira de se manifestar, sua maneira de viver, sua maneira de falar, sua maneira de agir com um problema, sua maneira de comporta-se na sociedade. Para mim isso é cultura. (F)

Assim, essa ideia recorrente de que a cultura é a maior determinadora das práticas cotidianas de um povo é reforçada pela categoria regra maior. Esta aponta para compreensão de que a cultura orienta, sem folgas, como todos devem viver, de forma homogênea e fixa. Assim como no eixo 'A abordagem', essa categoria retoma a ideia de Clements (1932) de que os povos indígenas são vistos como sociedades primitivas que, portanto, tem interpretações com classificações muito bem delimitadas e formas de cura também bem determinadas e fixas:

E também sei que a cultura deles não permite esse controle né. (B)

Nós temos nossas leis e eles tem as leis deles. Então esse é o respeito, isso é cultura. A cultura é...eu tiro isso como uma lei criada deles, uma cultura diferenciada. (D)

Na cultura indígena...por exemplo entre eles...a mulher tem que ter filho. (E)

Eles se guiam estritamente por sua religião, seu costuma, sua liderança. É muito difícil. (F)

Porém, a cultura não parece ser o único elemento a determinar as ações dos indivíduos, sendo um conceito considerado inclusive reacionário por Guattari e Suely Rolnik (1996). E, ainda, cultura pode ser um sistema de símbolos que, apesar de poder existir antes da ação, sendo um modelo de realidade, também é um modelo para a realidade (GEERTZ apud LANGDON, 1996). Assim, essa seria mutável e nem todos os membros compartilhariam sempre das mesmas ideias e práticas, sendo convergente com as ideias de Hobsbawm (1997) trazidas anteriormente.

Mais uma vez as evidências aparecem como contrárias a essa ideia e trazem a noção de um modelo composto por pessoas padronizadas que pode culminar com abordagens limitadas e generalizantes, ou seja, entendendo o planejamento reprodutivo como sendo igual em todos os casos e sem possibilidade de aprofundamento e mudança:

(...) a gente olha e faz um exame. A gente tem mania de não perguntar o que a pessoa tem. A gente faz um raio-x rs. A gente pergunta só que o a gente não conseguir ver. (C)

Agora tem remédio pra não engravidar, mas ela não conhece e nem tem no seu pensamento uma coisa assim: 'eu vou tomar remédio para não engravidar'. Eu acho que não está na natureza delas também e por isso que elas não chegam mais e não pedem mais. Eu acho que é por isso. (E)

Essa centralidade no corpo apontada na primeira fala converge com a ideia de que, para entender a construção das pessoas indígenas, é necessário considerar a importância do corpo nessas sociedades. Mas também é preciso considerar sua transformação contínua e sua complexidade por meio do conceito de corporalidade (SEEGER et al, 1979).

E, pode-se entender essa visão dos profissionais sobre cultura enquanto regra homogênea, mas também pode-se sugerir que essa ideia estaria ligada ao fato de, no caso principalmente das sociedades indígenas, haver uma conexão imprescindível com o coletivo. Como afirma Castro (2006), nesse caso, a identidade antes de individual, é coletiva, pois há indivíduos indígenas porque são membros de comunidades indígenas, e não o contrário.

Isso aparece mais fortemente na categoria originalidade, em que há relação entre originalidade, identidade e cultura. Está presente a ideia de que ter cultura é ser original, por ligar-se mais às origens e ao seu coletivo e que, portanto, alterar a cultura é alterar a originalidade e a identidade:

Ai eu fui pra região da Maloca Papiu, que já é um Yanomami também original, porém assim, as mulheres já usam um tipo de percinado diferente, até o corte de cabelo já é um pouco diferente e trabalhei no Huxiu e é outro povo, no Yanomami é Xirixana e trabalhei com o Yanomami do Kayanau, que é uma origem do povo, que é uma mistura dos Yanomami da Maloca Papiu com os Xirixana do Huxiu...tem muitas mulheres que se casaram com os Xirixana né...então tinha essa mesclagem, mas já era vamos dizer assim...um pessoal menos original porque as mulheres já vestem roupa, já dançam forró rsrs...não dançam só a música Yanomami. (...) Então esquece do que é realmente original...ir pra roça, ter aquele momento de derrubar, queimar, esperar um pouco, plantar, colher...aquele processo todo é bloqueado. Então pra ai eles fogem muito. Que nem a região de Maturacá, já se perdeu muita coisa. Eles plantam ainda, mas eles já são totalmente...é uma cidade Maturacá. Totalmente atípico do que é o Yanomami mesmo. (C)

Portanto, como elaborou Cunha (2009), a “cultura” com aspas estaria ligada a ideia de originalidade, a partir de distintas visões de mundo dos povos e que isso separaria ou agregaria as nações. Assim, operaria no sentido da etnicidade, sendo usada enquanto recurso para afirmar identidade, como também apontou Guattari (1996), através do conceito de Cultura Alma Coletiva e relaciona-se com essa fala: “Eles são Sanuma mesmo por exemplo ou são Yekuana pela cultura. Se não, eu acho que não estariam ligados à cultura. A cultura é tudo isso.” (E)

Porém, ainda no sentido que Cunha traz, as situações interétnicas tem estrutura e são organizadas cognitivamente e funcionalmente, sendo que a imagem que o Estado Brasileiro tem atribuído aos índios advém desse sistema interétnico, mas que pode confrontar com as lógicas dos indígenas, influenciando a abordagem. E esse pode ser um recurso para justificar a concessão ou não dos direitos indígenas a partir da confirmação dessa identidade em comparação com não indígenas.

Ainda, a cultura seria passível de empréstimos e transações, sendo uma “rede invisível na qual estamos suspensos”. Assim, o conhecimento tradicional não seria necessariamente antigo e estabilizado desde a origem e, sim, conjuntos duradouros de formas particulares de gerar conhecimentos (CUNHA, 2009).

Essa relação entre conhecimento e cultura, denominada por Guattari (1996) como Cultura Valor, traz a ideia de que esta poderia definir se uma pessoa é culta ou inculta. E está presente nas evidências com a frequente comparação, novamente hierárquica, de que os indígenas, por sua cultura, teriam menos conhecimento e, portanto, seriam incultos. Já aqueles com maior contato com não indígenas teriam mais conhecimento, já que se tornam mais cultos com o contato com a cultura de não indígenas:

Bem mais fácil você fazer o planejamento familiar no Yekuana do que nos Sanuma. O Yekuana ele é mais...você percebeu...que ele é mais cidade né, ele é mais pra cidade, já tem um certo entendimento. Nós temos professores, temos advogados, técnicos de enfermagem...Então assim...é diferente...é diferente. (B)

É diferente a abordagem porque eu falei que em Maturacá há um entendimento, conhecimento maior da realidade porque eles estão em contato com o 'branco'. Porque em área indígena não tem conhecimento, tem conhecimento de que a natalidade é um processo que deve existir para o bem estar tanto da família como da sociedade. No entanto, em área indígena, não existe essa conscientização porque é a sua cultura ter filho. (F)

Assim, e resgatando que a compreensão etnocêntrica pode gerar abordagens colonizadoras, é recorrente a ideia de que os indígenas, por sua cultura, são atrasados intelectualmente:

Tem umas que tomam os métodos orais, as que são mais entendidas. (B)

Ela não tem o discernimento daquele processo do medicamento, de tomar o medicamento naquele horário. Ele não tem aquela rotina. Porque eles tudo é dose única dado na boca com um copo d'água. (C)

É necessário que as indígenas utilizem. Eu escutei a perspectiva...não lembro de que organização...que cada indígena tem 10 filhos nas comunidade mais atrasadas. Isso não....Opino que é melhor controlar essa natalidade. (F)

Portanto, as evidências nesse eixo confirmaram a complexidade envolvida nos conceitos sobre cultura a partir da diversidade de compreensões explicitadas pelos profissionais. Mas, também, mostraram incongruência com as elaborações mais recentes, sugerindo a manutenção na prática de entendimentos considerados ultrapassados, intencionalmente ou não. Apontam, assim, a necessidade de entender essas compreensões dos profissionais para nortear mais adequadamente o exercício da atenção diferenciada.

9 CONHECIMENTO E OPINIÃO SOBRE AS PRÁTICAS TRADICIONAIS

“Não há saber mais, nem saber menos, há
saberes diferentes.”

Paulo Freire

Retomando as orientações de Bruce Albert (1997) para a abordagem em área indígena a partir da noção de atenção diferenciada, é apontado como caminho fundamental para esse exercício o conhecimento e a articulação com as práticas tradicionais desse povo:

(...) Estar ciente de que a adoção de remédios ocidentais pelos Yanomami não quer dizer que eles aceitem o sistema de interpretação da doença que fundamenta seu uso e que, por isso, não respeitam facilmente as regras precisas associadas ao consumo desses remédios. (...) Nestas explicações deve-se, de preferência, tomar por base de comparação os remédios tradicionais da floresta para evitar uma valorização exagerada dos tratamentos ocidentais, o que abre caminho para a hipermedicação.

Estar ciente, por fim, de que o uso indiscriminado, ou mesmo generalizado, de remédios ocidentais leva a um rápido abandono dos tradicionais, o que representa para os Yanomami não somente uma perda irreparável no plano intelectual e sanitário, mas ainda um agravamento de sua dependência social e econômica da sociedade branca. Recomenda-se, portanto, no decorrer do atendimento de saúde na área Yanomami, um particular cuidado na observação e valorização do conhecimento indígena relativo aos remédios da floresta. (ALBERT, 1997, p. 51)

Assim, o eixo ‘Conhecimento e opinião sobre as práticas tradicionais’ traz evidências nesse sentido, aumentando os subsídios para entender as dificuldades do exercício dessa abordagem na prática cotidiana dos profissionais e as possíveis formas de atingi-lo. A categoria conhecimento traz a ideia da existência ou não desse conhecimento sobre as práticas tradicionais e os elementos que levam a isso. Predomina pouco conhecimento sobre tais práticas, por pouco interesse em buscar conhecer ou por assumir o não controle da natalidade como generalizado e imutável:

Que eu saiba lá não existe isso não. Nunca fiquei sabendo disso não. (...) Até agora que eu saiba não, mais já teve delas em desistir de tomar. Não sei o motivo. Sinceramente. (A)

Mas assim medicamento natural eu desconheço. (D)

Eu realmente não conheço. Não conheço nenhum. E pode ser que eles tenham algum...mas eu acho que, pelo menos por exemplo os Sanuma, tem não. Aí em um período de um ano já estão grávidas. Pode ser que alguns deles tenham algum método, não sei...mas eu acho que é difícil. (...) Lá eu não presenciei ainda. Eu acho que lá não tem. Talvez em outras comunidades, no Yanomami. Mas lá não. Pode ser que aconteça, mas eu não ouvi de não vi que aconteceu. (E)

Não. Não conheço métodos que eles façam. Eles não controlam a natalidade porque o seu objetivo é ter filhos. (F)

Assim, o interesse parece ser elemento fundamental no acesso a esse conhecimento, aliando-se à ideia de que as motivações que levaram o profissional até aquele trabalho, assim como em outros, influenciam essa curiosidade:

Depois ela foi me explicar porque, dias depois... muitos dias depois... eu perguntei: 'porque que tu fez porque que você jogou o Curumim fora, fulana?' 'hum...(em Yanomami) - a outra criança dela era muito pequena, tinha menos de dois anos...então para ela ia ser muito desgastante. Esse dia eu entendi o infanticídio. Esse dia! Tudo numa quinzena só...desse dia em diante em nunca mais criti...eu nunca critiquei ela...eu nunca senti que eu critiquei ela, entendeu? (...) É uma batatinha que eles tem. Ai eu tomei, comi a batata e esperei os efeitos e não me deu nada de efeito. Aiai...me deu vontade de rir quando lembro dessa história. Ai não deu nada e depois eu descobri que não é bem assim. Que é todo um processo, que um homem que tem que fazer tipo um pisado pra ofertar pra pessoa...tudo isso...não é bem assim...E eu fiquei lá mastigando a batata horrores... (C)

Não basta só ouvir, tem que ouvir...ouvir de verdade e contribuir. Isso que eu respondi pra ele. (D)

Além disso, a continuidade do trabalho no mesmo território é uma dificuldade já apontada anteriormente. Nesse sentido, a longitudinalidade, princípio fundamental da Atenção Primária, deveria ser aplicado nesse contexto para atingir o cuidado proposto, como demonstrado nessa fala:

Ai eu ainda investiguei 10 dias essa morte, ai foi aumentando as coisas. Depois todo mundo contou a mesma historinha então eu fechei. Mas ai depois de um mês e meio, depois de eu já ter mandado o documento, eu fiz uma entrada e fui conversar: 'não, enfermeira. A mãe matou ela. Ela fez isso e isso. Ela caiu. Conta tudinho como eu tinha contado, só não contou o restante...que ela tinha colocado alguma coisa na boca da criança. Então foi um infanticídio né. (C)

Seguindo essa ideia, na seguinte categoria, que é controle da reprodução, são evidenciadas as formas de controle da reprodução praticadas pelas mulheres indígenas desses territórios mais conhecidas pelos profissionais. Esse conhecimento é fundamental para a construção do planejamento reprodutivo na perspectiva da atenção diferenciada, através da articulação, ou não, entre o que é feito e o que pode ser proposto pelo serviço de saúde a partir da autonomia individual e coletiva.

Porém, entre as evidências, predominou muito pouco conhecimento sobre formas de anticoncepção e aborto pré-natal, limitando-se, na maioria, à abstinência sexual e à amamentação.

Até porque as indígenas elas só engravidam, na cultura Sanuma por exemplo, a partir do momento que aquele menor já tá andando. Ela não tem o hábito de engravidar com um ano pós-parto não. Ela só vai engravidar depois que o menorzinho já tá andando, já tá começando a comer com suas próprias mãos...aí é que ela pensa em engravidar denovo. (B)

Aborto. Mas é por ervas medicinais deles mesmo. Já aconteceu já, de não querer né. Acontece muito. Tem época que a gente percebe que tem muito aborto. Essa época por exemplo, tá tendo muito aborto. (...) Porque elas engravidam a cada um ano e meio né. É praticamente o tempo da amamentação. E elas não param. Mesmo grávidas, elas continuam amamentando. É o tempo amamentando. (C)

Porque a única coisa que eles tomavam mesmo era veneno pra poder fazer o aborto, somente. Pra evitar mesmo, é só não ter relação. Antigamente, há uns 18 anos atrás, 20 anos atrás, eles só se relacionavam quando fosse pra procriar. (...) E esse poder de intervalo da gestação depende da mãe pela cultura e os Yanomami geralmente eles, às vezes só tem relação pra procriar. (D)

Além disso, predomina algum conhecimento sobre o aborto pós-natal, chamado de “infanticídio”. Mas nem todos conhecem todos os elementos envolvidos nesse processo:

Assim...e existem várias formas de infanticidio né....tem por cipó, tem por quebra de tórax, tem por asfixia...tem diversos... (B)

O infanticídio ocorre quando o...a...mulher tem uma relação fora do casamento ou quando ela vê que aquela gravidez é indesejada e quando eles prevê se a criança vai nascer com problema ou quando nasce com problema de mal formação né...problema de formação congênita. Então aí vem o infanticídio e assim, na hora, a decisão é da mãe' (D)

Alguns elementos são condizentes com os aspectos descritos que influenciam o intervalo entre as gestações e a fecundidade e estão relacionados principalmente ao período longo de amamentação, base da alimentação das crianças nos primeiros anos de vida, e que tem ação contraceptiva. Além de outras formas de controle voluntário da reprodução, como o aborto de preferência até os 2 meses e, não sendo possível, o “infanticídio” ou chamado aborto terminal.

O aborto durante a gestação ainda é algo com poucos elementos conhecidos e com dificuldade de acessar seus mecanismos. O aborto terminal ainda é prática em algumas comunidades, mas já se modificou bastante, pela mudança nas condições sócio econômicas e culturais, inclusive com a demarcação territorial em 1991, pela criminalização da prática por algumas instituições religiosas e jurídicas, pela inserção mais contínua do serviço de saúde e o acesso a métodos contraceptivos sintéticos.

Assim, o pouco relato dos profissionais sobre esses métodos pode demonstrar o pouco interesse em conhecer, mas também a dificuldade de acesso a esses mecanismos mais sigilosos da comunidade ou à diminuição da realização dessas práticas tradicionais de controle da reprodução. Porém, em estudo realizado com as mulheres Surui de Rondônia, que tem semelhanças na dinâmica reprodutiva com os Yanomami, é apontado um despreparo do serviço de saúde relacionado para esse cuidado, entre outros motivos, pelo desconhecimento da saúde da mulher indígena (VALENCIA et al, 2008).

Além do desconhecimento expresso nesses elementos acima colocados, a categoria opinião traz a ideia de que, mesmo conhecendo, a opinião do profissional sobre determinada prática pode dificultar o exercício de construção conjunta levando-se em consideração os itinerários terapêuticos já realizados. Por exemplo, há, em alguns casos, o discurso do respeito, mas com descrédito e inferiorização do uso, como plantas/ervas com efeitos contraceptivos. Isso relaciona-se com as ideias de diálogo intercultural hierárquico e de dificuldade de empatia discutidos anteriormente:

Eu respeito a cultura, os remédios homeopáticos né...aquelas coisas que eles fazem lá, os xabores, aquelas coisas. (...) no tratamento de uma patologia vem primeiro o xabore, uma cultura que nós temos que respeitar, a reza deles...por mais...pode tá morrendo, primeiro eles têm que fazer o xabore pra depois a gente chegar com o nosso trabalho... (B)

Eles relatam até que tem umas que até a pessoa nem tem filhos mais. Até emagrece muito...seca tudo...eles falam assim rs. Mas não é verdade...porque eu tomei e estou ainda e estou totalmente fértil. (...)Essa época por exemplo, tá tendo muito aborto. Complicadinho...A gente vê que algumas coisas dá errado e acaba sendo removido né. (C)

Esse etnocentrismo faz inclusive com que alguns métodos nem sejam em um primeiro momento identificados como métodos de controle da reprodução, como a abstinência sexual e a amamentação e que poderiam ser utilizados na construção do planejamento reprodutivo: “B: Ela só vai engravidar depois que o menorzinho já tá andando (...). Só um descuido mesmo, de um estupro, uma agressão, às vezes de uma festa uma coisa assim que as mulheres engravidam sem...Pesquisadora: Aí esse controle acaba sendo feito pelo fato de não ter relação inclusive né? B: É.”

Mas, ao mesmo tempo, pode haver uma reflexão sobre a possibilidade de essas práticas serem bons caminhos, levando-se em consideração a relativização cultural como necessária à abordagem diferenciada: “Dá certo. Pra algumas dá certo. Só que pra eles tudo é ritual e fé né? Não é só tomar, comer assim não. O negócio não é bem assim não. Então foi isso...Ai...tem uma mulher lá que só tem duas filhas só e não quer ter mais e ela é bem magrinha né.” (C)

Em relação a situações que envolvem princípios morais e direitos humanos, como no caso do “infanticídio”, são mobilizadas opiniões polêmicas, inclusive pelos dilemas discutidos anteriormente entre o universalismo abrangente e o relativismo cultural. Em alguns casos, há criminalização e revolta em relação à prática do “infanticídio”, sendo visto como necessário o convencimento das mulheres e/ou familiares para impedir que aconteça:

Então o que tem na cultura e que já se torna uma coisa bem mais grave, a questão do infanticídio, que por nascer uma pessoa, um índio, um parente deficiente e eles cometerem o infanticídio. (...) Pra nós é impactante essa questão do infanticídio... (B)

Eles não aceitam bem os gêmeos. Porém com muita conversa, a gente conseguiu. Tem dois gêmeos lá. Tem o V. e L., já tinha...Ai depois a mãe teve mais dois gêmeos. Ai ela não quis matar, graças a Deus não quis cometer o infanticídio. (C)

F: Acontece. No meu caso, eu atendi não atendi nenhum caso. Mas com os meus colegas aconteceu. Pesquisadora: E o que você acha disso? F: Não. Isso não pode ser. Isso é crime. Eles não podem fazer isso.

Em outras situações, há angústia, mas esforço para compreender e acolher, construindo possibilidades de lidar:

Ai a gente fica muito pesaroso em relação a alguns polos que tem infanticídio né? Temos uma região que tem infanticídio pesado mesmo. E nesse polo a gente oferta mais. (...) Ai eu perguntei pra ela: '(em Yanomami) – Por que você fez aquilo? Ai ela falou que a criança era muito pequena e como é que ela ia plantar...como ela ia dar comida pros dois ao mesmo tempo. Ela tinha pouco leite...não ia ter condições de ter leite...aquela coisa toda. Então assim...ai eu entendi...totalmente...eu fiquei plena com ela depois. (C)

Eu cheguei a presenciar alguns infanticídios né. Um, felizmente, não aconteceu. (...) E a gente via aflição da mãe né, porque a mãe muitas das vezes ela, pelo fato de eles ser nômades e ter que plantar, sobreviver, pescar e muitos filhos também...eles tem muitos filhos...ai é onde ocorre o infanticídio, que é esse controle deles que ele tem né. (D)

Assim, o conhecimento e a opinião dos profissionais sobre as práticas de controle da reprodução fornece subsídios para reafirmar a importância desse conhecimento no exercício da atenção diferenciada em relação ao planejamento reprodutivo, como reivindicado no relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2006:

(...) As resoluções também apontam para a necessidade de provisão às EMSI e aos profissionais de saúde dos hospitais públicos de “conhecimentos antropológicos e culturais”, por meio de cursos, palestras, oficinas, seminários e encontros, com eficácia e respeito às “práticas tradicionais”; promoção de cursos e outros tipos de capacitação das EMSI, visando à melhor interação entre as equipes e os diversos especialistas indígenas, bem como a mútua compreensão das diferenças culturais e o respeito às práticas tradicionais. (DIEHL E PELLEGRINI, 2014, p.869)

Além disso, as evidências apontam a necessidade de aprofundar-se nos mecanismos que formam a opinião dos profissionais sobre essas práticas, possibilitando construir com essas melhores formas de atuação.

10 NOÇÕES SOBRE OS EFEITOS DESSA ATUAÇÃO

“(...) é possível através da observação e da reflexão sobre nossas ações, fazermos uma descrição do saber tácito que está implícito nelas.”

Donald Schon

Conhecer e construir abordagens dialogando com as práticas tradicionais desse povo é reconhecido como um caminho importante para a atenção diferenciada. Porque, se há uma transformação rápida da sociedade, pode tornar os padrões sociais incompatíveis com as velhas tradições, quando essas não conseguem ser flexíveis ou são eliminadas de outras formas (HOBBSAWM, 1997).

Assim, discussões anteriores apontaram no sentido de que a cultura pode não ser o principal norteador do modo de viver de um povo e que os membros de uma mesma cultura podem ter escolhas diferentes, permitindo, inclusive, agregar intencionalmente novos modos de agir. Porém, se esse processo for autoritário ou impositivo nas suas formas mais ou menos explícitas, não se caracteriza enquanto intencional e autônomo, podendo gerar prejuízos à tradição e à saúde dessas pessoas, mantendo a colonização através da própria assistência à saúde.

Germán Vázquez (2003), através de pesquisa realizada em Puebla, no México, apontou os efeitos dessa atuação ao identificar que o maior contato com o serviço de saúde aumentou o uso de métodos principalmente em mulheres mais jovens. Portanto, o eixo ‘Noções sobre os efeitos dessa atuação’ aponta a visão dos profissionais sobre as possíveis consequências da abordagem do planejamento reprodutivo nessas comunidades do Território Yanomami. A compreensão dos profissionais sobre esses efeitos pode sugerir o que realmente entendem na teoria e na prática sobre a atenção diferenciada, que tem como principal preocupação o cuidado com as repercussões da assistência à saúde nessas realidades.

A categoria atitude reflexiva traz elementos para discutir se os profissionais, mesmo com a rotina cansativa e desafiadora, refletem ou não sobre as possibilidades de

consequências da sua atuação nesse contexto. Há, em alguns casos, a postura de dureza em relação à essa reflexão, que pode ser vista como desnecessária. Em outros casos, há a postura de refletir, mas não conseguir identificar consequências ruins ou de caráter mais amplo:

Então assim, quando existem planejamento, é porque o trabalho tá funcionando, tá andando bem. (...) Pesquisadora: Você acha que pode ter algum efeito ruim do uso desses métodos em área indígena? B: Olhe...eu na minha concepção assim...eu sou suspeito de falar porque nós como profissionais de saúde nós temos que ofertar. Para elas em si quando elas fazem direitinho, não. (...) Então assim, eu acho que acaba prejudicando dessa forma, mas no controle em si da reprodução da vivência de maneira correta eu acho que não... (B)

E eu acho que tá certo, tá dando certo. E tem muita, muita paciente. (E)

Isso sugere a ideia de um automatismo na prática dos profissionais de saúde, não somente nessas áreas, com foco na técnica protocolada e padronizada, deixando pouco espaço para refletir sobre o próprio trabalho. O modelo biomédico, consolidado com a supremacia do modelo proposto por Abraham Flexner (1910), apud Pagliosa e Ros (2008), favorece fortemente essa prática centrada na doença e não na pessoa e no contexto e desfavorece a atitude reflexiva dos profissionais.

Donald Schön (2000), apud Netto et al (2018), propõe o princípio da reflexividade crítica no ensino, defendendo que, para o aprendizado, é necessária reflexão na ação. Assim, tanto na formação dos profissionais de saúde como na sua prática, a ausência dessa reflexão pode comprometer a qualidade do trabalho e, pensando nas realidades desse estudo, pode ter consequências maiores para a saúde e a organização social dessas comunidades. Portanto, a atitude reflexiva parece ser um dos caminhos possíveis para a atenção diferenciada:

Por meio desse processo reflexivo, o profissional pode aprender a reconhecer e aplicar regras e competências, raciocinar a partir do seu repertório de experiências, construir novas formas de compreensão e ação, mudar sua prática, reforçar sua autoconfiança e desenvolver sua autoestima, em um processo evolutivo contínuo. (NETTO et al, 2018, p.3)

Apesar de algumas falas e observações em área apontarem em certos momentos a ausência dessa atitude reflexiva, ela aparece em outras falas com a identificação de possíveis consequências de caráter mais amplo:

Pesquisadora: E aí é engraçado...tem isso mesmo de deixar de fazer algumas coisas que faziam anteriormente e fica diferente da cultura. E por outro lado a gente tá oferecendo alguma coisa que é pra mudar também né? C: É...Aí fica um contexto que é complexo. Por isso que a gente visualiza dessa forma...deixa mais eles procurarem do que a gente ofertar. (C)

O uso do medicamento foi levado por nós, não indígenas. (...) Em reuniões eu questiono muito eles, que há 20 anos atrás quando eu comecei a trabalhar com eles a gente se sentava no chão e fazia uma roda. Aí em algumas reuniões que participo em falo pra eles, eu tenho essa liberdade: 'Não era assim que funcionava...agora vocês tão sentados em bancos' 'Antigamente eu ficava no meio de vocês' 'Vocês reclamavam comigo, vocês me cobravam...agora vocês estão sentados em bancos, em cadeiras' 'Cadê aquele círculo né? Tá se quebrando?' Então eu brinco às vezes, mas cobro muito isso. (...) Vendo pelo lado profissional, tem que ter, por conta das gravidezes indesejadas, então aquelas indígenas que vem pra cidade, acabam engravidando, se envolvendo com...na rua, se prostituindo, se envolvendo com bebida alcoólica. Então acabam engravidando de não indígenas, de outras etnias. Isso na comunidade é grave pra eles. Por outro lado vai se perdendo aquela cultura. (D)

E, também existem falas refletindo sobre consequências de caráter mais restrito: "Muitas mulheres tem muito sangramento e isso acarretaria várias outras coisas pra nós né? Pra nós o Distrito e pra eles também. Eles iam condenar o uso do DIU (Dispositivo Intra-Uterino). Porque podia ser que tivessem mulheres perfeitamente com o DIU, mas podia ter mulheres que não..." (C)

Nesse processo de pensar sobre a prática cotidiana, os profissionais podem não refletir sobre as consequências, com um atitude automatizada e endurecida, mas também podem fazê-lo identificando malefícios e benefícios da atuação do serviço de saúde no planejamento reprodutivo nesses territórios. Na categoria benefícios, foram identificados como resultados positivos a possibilidade de ofertar medicamentos, de melhorar a qualidade de vida e de mudar práticas consideradas ruins.

Os benefícios para o funcionamento fisiológico das mulheres e para a sua qualidade de vida são os mais identificados pelos profissionais. Essas reflexões podem caminhar no sentido da atenção diferenciada se esse for um processo construído considerando a vontade da mulher e do coletivo e avaliando conjuntamente as

consequências. O que, pela observação em campo, acontece em alguns casos e, em outros, não:

Pesquisadora: Acha que o serviço de saúde pode ter contribuído com o aumento do uso de anticoncepcionais? A: Acho que sim, pelas conversas que temos com elas e também da necessidade que elas passam na comunidade delas, sempre tendo filhos um atrás do outro. (A)

E quando elas perceberam que não tavam mais engravidando, que tava tendo relações com o marido e não tava engravidando aquele negócio todo, começaram a buscar também. (...) Eu acho que têm aderido por conta da multiplicação das palestras, das orientações e por conta da...que elas não vendo que elas não tão mais sangrando, algumas não sangram, não sentem tantas dores...tá vendo que não tá engravidando tá vendo que tá sendo mais fácil a vivência na comunidade. As viagens longas que eles fazem...uma série de coisas que fazem com que.. (B)

Porque assim evita...por exemplo, nessas comunidades tem muitas carências, carências alimentares, carências de vestir e muitas enfermidades próprias do seu estilo de vida, por exemplo a fumaça...eles precisam da fumaça... Então, essa quantidade de filhos não pode atender como deve ser atendido. E, se existe uma boa intervenção de saúde tratando toda essa natalidade...vai melhorar seu estilo de vida, sua forma de vida, seu tempo de vida e seu bem estar. É a minha opinião. (F)

A última fala apresentada acima também sugere que a intervenção do serviço de saúde no planejamento reprodutivo teria como benefício melhorar a qualidade de vida diante de situações de vulnerabilidade social, mas também diante de um estilo de vida gerador de problemas, como discutido anteriormente. Reforça-se novamente a ideia etnocêntrica com foco na diferença e secundarização da desigualdade.

Esse estilo de vida considerado por alguns como gerador de problemas para a saúde também inclui práticas de controle da reprodução que podem e devem ser modificadas pelo serviço de saúde na visão de alguns profissionais. Portanto, a mudança de algumas práticas tradicionais seria efeito positivo da abordagem, retornando à reflexão sobre a possibilidade de ocorrerem essas mudanças, mas com o cuidado para não haver hierarquia nessas escolhas.

Nas falas aparece que o serviço de saúde pode trazer mudanças necessárias num sentido evolutivo de tornar-se mais próximo do não indígena, como discutido anteriormente: “Mas hoje elas já tem a mente mais aberta sobre isso. (A); “E assim, hoje em dia as indígenas já tem um certo cuidado assim (*referindo-se ao “infanticídio”*).” (B)

Em relação à prática do aborto pós-natal enquanto mecanismo tradicional de controle da reprodução, é consenso nas falas os efeitos positivos da intervenção do profissional de saúde para impedi-lo. Resgata-se, assim, a discussão de que o exercício da atenção diferenciada, num sentido de intervenção ou não nas práticas tradicionais, pode seguir critérios morais.

Sabe-se que o *habitus* de indígenas e não indígenas é diferente, sendo caracterizado como estranhos morais, o que implica a necessidade de acordos para a resolução de conflitos (ENGELHARDT JR apud PONTES et al, 2014). Mas, numa relação hierárquica, é preciso refletir se são acordos ou imposições para pensar em benefícios ou malefícios dessa intervenção. Como na fala abaixo, são identificados apenas benefícios:

Às vezes o menino nasce com um dedinho a mais, nasce com algum problema. Mas assim a nossa intervenção é primordial porque assim a consulta e o atendimento em menor de 24h à criança quando se tem um bom AIS, um bom profissional indígena pra nós auxiliar, essa intervenção é interessante porque a gente consegue coibir essas ação. (...) Uma coisa que ela jamais iria escutar de alguém. Porque ela só ia escutar na comunidade indígena que 'ah...se o menino nasceu com a mão deficiente, não vai servir para cultivar, não vai servir pra pescar'. Então assim...essa nossa intervenção é interessante pra coibir essa situação. (B)

Entretanto, a categoria malefícios traz possibilidades de efeitos negativos da abordagem realizada. Mas, a maioria dos profissionais aponta apenas prejuízos fisiológicos para as mulheres, não sugerindo repercussões negativas mais amplas para a organização social e a cultura, reafirmando o modelo biomédico centrado na doença: "Mas quando elas ficam...não usam, antes de completar às vezes uma outra equipe fez a medicação ou aconteceu algo diferente, tomou o anticoncepcional errado ou algo desse tipo e aí há um descontrole hormonal, na minha concepção prejudica muito a vida delas."

(B)

Além da identificação de malefícios mais relacionados à saúde individual das mulheres, aparece frequentemente a ideia de culpabilizar as próprias indígenas pelos efeitos ruins, corroborando com a falta de atitude reflexiva através do exercício necessário de autocrítica. Como presente nas seguintes falas:

Mas eu acho que sim que deveriam, que devem usar, desde que mantenham, que usem da maneira correta pra não haver aquele descontrole hormonal. A partir do momento que acontece isso, elas engravidam, querem mudar o método contraceptivo e nunca vão conseguir controlar. (B)

Eu soube de um caso por exemplo de uma menina de lá de Auaris que realmente ela tava usando, tava usando. Só que acho que foi assim um...ela esqueceu um dia...e acho que ficou grávida e o marido não quis mais. (E)

Ainda, relaciona-se com a abordagem paternalista hegemônica na prática médica brasileira e também cubana. Nessa, há subordinação do corpo e do paciente aos saberes técnicos, num sentido de tutela, o que novamente contraria a perspectiva indígena de que o compromisso com a qualidade de vida é maior do que a busca de cura (MENÉNDEZ, 2005).

Assim, apenas poucas falas caminham no sentido de refletir sobre malefícios de caráter mais amplo e que tenham relação com fragilidades dos profissionais e não apenas com o cumprimento inadequado das orientações pelas indígenas:

Então acabam engravidando de não indígenas, de outras etnias. Isso na comunidade é grave pra eles. Por outro lado vai se perdendo aquela cultura. (...) A gente sabe que essa mão de obra de hoje em dia é uma mão de obra muito falha. Agente vê nas entrevistas que alguns profissionais não tem aquele conhecimento adequado, não procuram também ter esse conhecimento, né. E visa mais a visão capitalista. Isso acaba que influencia dentro da comunidade depois com o serviço de má qualidade. (D)

As evidências nesse eixo sugerem pouca atitude reflexiva dos profissionais sobre sua prática cotidiana, com foco em uma abordagem biomédica, centrada na doença e paternalista, centrada no profissional. Isso é condizente com o que é relatado por outros trabalhos, mesmo em áreas não indígenas, e que levou à necessidade de reorientação dos currículos de graduação das área da saúde com processos de inserção cada vez mais precoces na prática e com realce para a Atenção Primária (NETTO et al, 2018).

Entretanto, a inserção nas realidades indígenas, inclusive do Território Yanomami, durante a graduação ou em formações posteriores é muito restrita, tornando esse processo ainda mais difícil. Por outro lado, algumas abordagens identificadas em campo e nas falas sugerem que, mesmo sem essa inserção anterior, é possível construir a atenção diferenciada através de uma abordagem centrada na pessoa e no coletivo com exercício contínuo de reflexão.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Lutar pela igualdade sempre que as diferenças
nos discriminem, e lutar pelas diferenças
sempre que a igualdade nos descaracterize”.

Boaventura de Souza Santos

A atenção diferenciada, princípio norteador da atenção à saúde aos povos indígenas e reivindicado por esses desde a sua inserção na PNASPI, apresenta na prática cotidiana dos profissionais de saúde interpretações e aplicabilidades diversas. Essa diversidade reafirma as complexidades das realidades indígenas e as contradições existentes na assistência à saúde em contextos interculturais, entre elas as que estão presentes na abordagem do controle da reprodução na perspectiva do planejamento reprodutivo nas comunidades do Território Yanomami do Brasil.

Assim, esse estudo reafirmou a importância desse princípio enquanto orientador de uma assistência à saúde produtora de cuidado não colonizador compartilhado e conduzido pelos próprios indígenas, defendendo os direitos dessas populações. Por outro lado, também se preocupou em compreender como esse processo assume formas nas abordagens nas comunidades e quais os elementos envolvidos, visando atingi-lo enquanto algo real e sem desvios que prejudiquem o cuidado dessas pessoas.

A partir de um panorama com dados objetivos, de reflexões frutos da presença em campo e da experiência dos trabalhadores, foram identificados elementos que contribuem para reafirmar processos já conhecidos, outros que propiciam um aprofundamento desses e, ainda, outros que podem sugerir caminhos para a abordagem do planejamento reprodutivo na perspectiva da atenção diferenciada nas comunidades do Território Yanomami. Esses aspectos envolvem tanto questões mais contextuais, macro e operativas, como mais relacionais, micro e subjetivas.

A negação intencional da existência dessas populações, que tem suas raízes no processo histórico brasileiro, é reforçada nesse estudo, com danos profundos. O não reconhecimento dos brasileiros da imensa contribuição dos indígenas na sua formação social mostra, através das entrevistas e das observações em área, o distanciamento dos

profissionais com essas pessoas. Isso mostrou várias repercussões, como o fato de, se é reconhecido que a motivação para o trabalho influencia a qualidade e o envolvimento com este, a vontade de dedicar-se ao trabalho com as populações do Território Yanomami se apresenta apenas para a minoria desses profissionais.

Ainda, esse distanciamento pareceu influenciar diretamente um elemento fundamental para o cuidado em saúde em qualquer contexto, mas principalmente para atingir a atenção diferenciada: a empatia. A capacidade de aproximar-se do outro, tentando compreender sua perspectiva para apoiá-lo da melhor forma foi identificada enquanto caminho fundamental para a abordagem do planejamento reprodutivo diferenciado e que tem dificuldades nesse contexto de diálogo com o desconhecido. Tanto que não houve diferenças relevantes entre as compreensões dos profissionais brasileiros ou cubanos, esses últimos que historicamente apresentam ainda maior distanciamento dessas realidades.

Mesmo com a predominância dessa não identificação e aproximação, os profissionais que tem interesse pelo cuidado verdadeiro dessas pessoas e reconhecem esse processo histórico de tentativa de destruição dos povos indígenas e da representatividade do não indígena, enquanto invasor, demonstram um esforço de empatia e de compreensão da visão e das escolhas dos indivíduos e da comunidade. Portanto, mesmo com estranheza, apontam uma tentativa de entender e construir cuidados menos hierárquicos.

Entretanto, esse processo histórico não gerou apenas distanciamento, mas também etnocentrismo, influenciando fortemente o diálogo intercultural, que se mostrou fortemente hierárquico de formas mais ou menos evidentes. Foram identificadas incongruências entre as expectativas de adaptação do indígena à lógica dos profissionais e o discurso de respeito a cultura, com desaprovação do modo de viver dessas pessoas e descrédito ou criminalização das práticas tradicionais de controle da reprodução. Essa atitude de desaprovação, descrédito e criminalização são obstáculos fundamentais para o exercício da atenção diferenciada.

Ainda, assim como no imaginário do povo brasileiro, a visão estereotipada e caricaturada das pessoas indígenas guiada por uma compreensão distorcida sobre cultura também é predominante entre esses dos profissionais. Isso pode gerar

entendimentos contraditórios, no sentido de que a abordagem do planejamento reprodutivo pode colocar o indivíduo acima da cultura ou, mais frequentemente, abaixo desta. E essas duas vias podem ser compreendidas pelos profissionais como adequadas para esse contexto, gerando abordagens em sentidos extremistas, autoritários ou de abandono.

Por outro lado, se isso for entendido enquanto um dilema entre individual e coletivo, no sentido de autonomia e direito reprodutivos, é questão realmente complexa. E, algumas evidências mostraram possibilidades de diálogo e negociação com mediações entre vontades individuais e coletivas. Sugerem tanto a consideração da mulher nas suas experiências individuais quanto a possibilidade de construção de caminhos coletivos, num sentido nem de autoritarismo, nem de abandono. Para tanto, os elementos mais fortemente encontrados enquanto caminhos para isso foram o vínculo de confiança com as pessoas e a comunidade, envolvendo lideranças formais e não formais e o conhecimento dos modos de funcionar e das práticas tradicionais da população assistida.

Para atingir essa relação produtora de processos saudáveis, o tempo de permanência em área e a possibilidade de manter a longitudinalidade do acompanhamento, aliados ao conhecimento da língua, apareceram como caminhos fundamentais. Contudo, isso esbarra na carência de profissionais e na alta rotatividade das equipes, contexto presente na organização da assistência no Território Yanomami.

Se a origem da assistência à saúde para esses povos se deu em inserções pontuais e a modificação objetivava um cuidado verdadeiramente contínuo na perspectiva na Atenção Primária, ainda são identificadas dificuldades para a concretização deste. Para isso se modificar, seriam necessárias modificações no campo da gestão e da organização dessa assistência, levantando o questionamento de qual modelo seria o mais adequado, já que pode haver em algumas realidades algo intermediário que pode prejudicar a qualidade do cuidado e a integridade desses povos.

Essa integridade pode ser ameaçada por uma interculturalidade funcional e não real na medida da relação de poder presente nessa abordagem do planejamento reprodutivo. A interculturalidade funcional, entendida como o discurso que fortalece

apenas as diferenças e secundariza as desigualdades, apareceu fortemente nesse estudo.

A justificativa da necessidade do uso de métodos contraceptivos sintéticos foi muito fundamentada no modo de viver mulheres do Território Yanomami, entendido como gerador de problemas e, às vezes, até imutável. Apenas em poucos momentos a necessidade do controle da reprodução é justificada pelas más condições de vida que geram carências.

Assim, a ideia predominante é a de que essas pessoas devem mudar o seu modo de viver se adequando ao uso de métodos contraceptivos sem realçar a importância da demarcação de territórios adequados e da atuação intersectorial no resgate da qualidade de vida dessas pessoas. Suscita-se assim o questionamento de se haveria essa necessidade de controle da reprodução entendida pelos profissionais se essas pessoas vivessem em melhores condições, como já viveram antes dos processos colonizadores.

Todos esses processos não parecem ter sido refletidos pelos profissionais em sua formação educacional básica, como a dos brasileiros e obviamente dos cubanos. Também não foram trabalhados nem durante as graduações ou cursos técnicos, nem antes do início do trabalho nesse território ou se limitaram a orientações pontuais. Portanto, são necessárias mudanças na formação geral e específica desses profissionais para que avancem num sentido não apenas inserção, mas também de aprofundamento em elementos que envolvam aspectos aqui discutidos principalmente nas formações específicas.

Além disso, as dificuldades no acompanhamento desse processo também foram identificadas nas fragilidades dos dados produzidos e registrados e no fato de aparecer, na maioria dos casos, um certo automatismo no modo de operar. Muitas vezes a entrevista pareceu ser um dos únicos momentos de reflexão sobre a própria prática de abordagem do planejamento reprodutivo. Se já é fundamental a atitude reflexiva contínua dos profissionais da saúde em qualquer contexto, nesse processo complexo e com múltiplas possibilidades de caminhos e consequências positivas e negativas, ela se torna ainda mais fundamental para o exercício da atenção diferenciada.

Esse estudo contribuiu para reforçar elementos contextuais, históricos, organizacionais, relacionais e subjetivos já conhecidos como influenciadores do exercício

real da atenção diferenciada através das compreensões da abordagem dos profissionais sobre o planejamento reprodutivos no Território Yanomami do Brasil.

Ao mesmo tempo, identificou a importância de conhecer e acompanhar a experiência cotidiana dos trabalhadores enquanto reveladora de elementos mais profundos que auxiliam ou dificultam a abordagem diferenciada, construindo, através de reflexão coletiva contínua, os melhores caminhos possíveis para o cuidado dessas mulheres indígenas e desse povo com quem tem-se ainda muito a aprender.

REFERÊNCIAS

- ALBERT, B.; GOMEZ, G. G. **Saúde Yanomami** : um manual etnolingüístico. Coleção Eduardo Galvão (p. 304 p.). Belém, Pará: PR/MCT/CNPq: Museu Paraense Emílio Goeldi, 1997.
- ALÈS, C. The Yanomami in the Light of Mauss, and Vice Versa. **Revue du MAUSS**, n. 2, p. 155-170, 2010.
- AZEVEDO, M. et al. Saúde reprodutiva e mulheres indígenas do Alto Rio Negro. **Caderno CRH**, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BETHONICO, M. B. de M.; SILVA, C. C. Crescimento da População Indígena e a Gestão das Terras no Estado de Roraima/Brasil. In: **Anais do XIV Encontro de Geógrafos da América Latina**. Lima, 2013.
- BOURDIEU, P. O camponês e seu corpo. **Revista Sociologia e Política.**, Curitiba, nº 26, 2006.
- BRASILa. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/** – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASILb. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Relatório de Gestão do Exercício de 2015**. Secretaria Especial de Saúde Indígena - Brasília, 2016
- BRASILc. Divisão de Atenção à Saúde Indígena (**DIASI**). Distrito Sanitário Especial Indígena (**DSEI**) Yanomami e Ye'kuana. **Relatório Epidemiológico Parcial**. 2017.
- BRASILd. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASILE. Fundação Nacional de Saúde. **Situação de Saúde e Assistência-Relatório Epidemiológico Operacional**: Novembro de 2009 a Março de 2010. Coordenação Regional de Roraima. Boa Vista, 2010.
- BRASILf. Fundação Nacional de Saúde. **Educação profissional básica para agentes indígenas de saúde**: módulo promovendo a saúde da mulher, da criança e a saúde bucal / Fundação Nacional de Saúde - Brasília : Fundação Nacional de Saúde, 2005.

BRASILg. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.263** de 12 de janeiro de 1996. Brasília, 15 jan 1996.

BRASILh. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº1059**, de 23 de julho de 2015. Aprova o Elenco Nacional de Medicamentos da Saúde Indígena. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 24 jul. 2015.

BRASILi. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **XIX Reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena Yanomami e Ye'kuana**. Boa Vista. 02 Out. 2013. Apresentação em Power-Point.

CAMARGO, C. P. F. de; JUNQUEIRA, C.; PAGLIARO, H. Reflexões acerca do mundo cultural e do comportamento reprodutivo dos Kamaiurá ontem e hoje. In: **Coleção saúde dos povos indígenas**. Fiocruz, 2005. p. 119-134.

CAMPOS, R. Medicina intercultural en América Latina. In MONTES, S.G. (orgs) **Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México**. Memoria del seminario de investigación. Documentos de trabajo. México. El Colegio de México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad. 2003.

CARDOSO, M. D. Políticas de Saúde Indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. **Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2015, p83

CARIAGA, D. Gênero e sexualidades indígenas: alguns aspectos das transformações nas relações a partir dos Kaiowa em Mato Grosso do Sul. **Cadernos de campo**, p. 441, 2015.

CARRARA, S. Discrimination, policies, and sexual rights in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 184-189, 2012.

CASTILLO, R.A.H e ELIZONDO, H.O. Las demandas de la mujer indígena en Chiapas. **Nueva Antropología**;XV(49):31-39, 1996.

CASTRO, E. V. de. No Brasil, todo mundo é índio, exceto quem não é.(entrevista à equipe de edição). In: **Povos Indígenas do Brasil 2000-2005**. Editores gerais: Beto Ricardo e Frany Ricardo. São Paulo: Instituto Sócio-Ambiental, 2006.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 2005.

CIRINO, C. A. M. A mulher no universo Yanomami. **Textos e Debates**, v. 1, n. 2, 2012.

CLASTRES, P. A sociedade contra o Estado. **Pesquisas de Antropologia Política**. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1978.

CLEMENTS, F. E. Primitive Concepts of Disease. Berkeley, University of California Publications. **American Archeology and Ethnology** 32(2):185-252, 1932.

COHN, C. Culturas em transformação: os índios e a civilização. **São Paulo em perspectiva**, v. 15, n. 2, p. 36-42, 2001.

COIMBRA JR, C. E. A.; GARNELO, L. Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. MONTEIRO, S.; SANSONE, L. organizadores. **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 153-74, 2004.

COIMBRA JR, C. E. A; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2005.

CSORDAS, T. A corporeidade como um paradigma para a antropologia. In: CSORDAS, T. **Corpo/ Significado/ Cura**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.

DA CUNHA, M.C. **Cultura com aspas e outros ensaios**. São Paulo: Cosac Naify, 2009

DA MATTA, R. Você tem cultura? In: **Explorações** – ensaios de sociologia interpretativa. Rio de Janeiro: Rocco, 1986

DIEHL, E.E. e PELLEGRINI, M.A. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Caderno de Saúde Pública**. 2014.

DIEZ, J. A. Programa de investigación sobre el patrón sexual de las etnias indígenas venezolanas. **Acción Pedagógica**. 8 (2): 82-91, 1999. D-Universidad de los Andes Venezuela, 2011.

DOUGLAS, M. **Pureza e Perigo**. Editora Perspectiva. São Paulo, 1976. (Cap II – A impureza secular, p43-56; e Cap VII: Fronteiras exteriores)

EARLY, J. D. e PETERS, J. F. **The Population Dynamics of the Mucajai Yanomama**. San Diego: Academic Press, 1990.

EARLY, J.D. e PETERS, J. F. **The Xilixana Yanomami of the Amazon**. Gainesville: University Press of Florida, 2000.

ENGELS, F. A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado. Trad. Leandro Konder. 2ª ed. Expressão Popular, São Paulo, 2010.

ESPINOSA, G. Salud y derechos reproductivos en México, una mirada de conjunto. In MONTES, S.G. (orgs) **Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México**. Memoria del seminario de investigación. Documentos de trabajo. México. El Colegio de México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad. 2003

EUSEBI, L. A barriga morreu!: o genocídio dos Yanomami. São Paulo : Loyola, 1991. 149 p.

FERREIRA, L. O. Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. In: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. **Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2015.

_____. et al. **Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no Alto Juruá: a emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública**. Florianópolis, 2010. Tese de Doutorado. Programa de Pós Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal de Santa Catarina.

_____. O desenvolvimento participativo da área de medicina tradicional indígena, Projeto Vigisus II/Funasa. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. suppl. 1, p. 265-277, 2012.

_____. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. **Ciência e Saude Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1151-1159, 2013.

FERREIRA, M. I. M. Identidade étnica e transposições cosmológicas entre os Yanomami: uma etnografia das relações interétnicas na criação de uma associação de mulheres. **30ª Reunião Brasileira de Antropologia**, João Pessoa, 2016.

FREIRE, P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio, Zahar, 1978.

_____. **Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura**. In: A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª edição. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 33. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2013, p.79-108.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. Cultura: um conceito reacionário. Micropolítica. **Cartografias do Desejo**, Petrópolis. Vozes. p. 15-24, 1986.

GUIMARÃES, S. Corpos e ciclos da vida sanumá-yanomami. **Horizontes Antropológicos**, v. 16, n. 34, p. 261-286, 2010.

_____. O sistema médico Sanumá-Yanomami e sua interação com as práticas biomédicas de atenção à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 10, p. 2148-2156, 2015.

HOBBSAWN, E. e RANGER, T (orgs.). **A invenção das tradições**. Rio de Janeiro, Paz e terra, 1997.

HUTUKARA, **Encontro das mulheres yanomami - yanomae thuë thëpë hereamuuwi**. Hutukara, 2016. Disponível em: <https://www.hutukara.org/index.php/noticias/827-convite-encontro-das-mulheres-yanomami>. Acesso em: julho de 2016.

IBGE. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010**: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INTER-AGENCY SUPPORT GROUP ON INDIGENOUS PEOPLES' ISSUES. Indigenous Peoples' Sexual Health and Reproductive Rights. **Thematic Paper towards the preparation of the 2014 World Conference on Indigenous Peoples**. New York, 2014.

JUNQUEIRA, C. Índias e antropólogas: diálogo de Carmen Junqueira e Betty Mindlin. **Estudos Avançados**, v. 17, n. 49, p. 235-251.

KELLY, J. A. Notas para uma teoria do "virar branco". **Mana**, v. 11, n. 1, p. 201-234, 2005.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 1936, 2007.

LANGDON, E. J. M. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. **Antropologia em Primeira Mão**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, n 12, 1996.

LANZA, N.; VALEGGIA, C. Análisis longitudinal del comportamiento reproductivo de una población Toba en transición. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 31, n. 1, p. 117-134, 2014.

LEWKOWICZ, R. B. Entre A aldeia e o hospital: biopoder e políticas interculturais a partir de um parto Mbyá-Guarani. **IV Congreso Latinoamericano de Antropología**: las antropologías latino-americanas frente a um mundo em transición. México, 2015

LORENZO, C. F. G. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. **Revista Bioética**, v. 19, n. 2, p. 329-342, 2011.

MAGALHÃES, E. D. Gestão da Saúde Indígena: Modelo Brasileiro de Atenção à Saúde Indígena. **Primer Foro Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas**, San José–Costa Rica, v. 26, 2005.

MALUF, S. Corpo e corporalidade nas culturas contemporâneas: abordagens antropológicas. **Esboços**, v.9, n.9, 2001:87-101.

MANOS, A. Como Mujer...Yo Decido: El Derecho de Salud Sexual y Reproductiva en Mujeres Aymara de Putre, Chile. **Independent Study Project (ISP) Collection**. 16. 2008.

MARTUCCI, E. M. R. Estudo de Caso Etnográfico. **Revista de Biblioteconomia de Brasília**, v. 25, n. 2, p. 167-180, 2001.

MAUSS, M. As técnicas do corpo. In: **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003[1935]:399-422.

_____. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de “eu”. MAUSS, M. As técnicas do corpo. In: **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003[1938]:367-398

MCCALLUM, C. Nota sobre as categorias “gênero” e “sexualidade” e os povos indígenas. **Cadernos Pagu**, n. 41, p. 53-61, 2016.

MENÉNDEZ, E. L. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos/Intention, experience and function: articulation of medical knowledge. **Revista de Antropología Social**, v. 14, p. 33-71, 2005.

MENEZES, G. H. de S. **Yanomami na encruzilhada da conquista: contato e transformação na fronteira amazônia**. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade de Brasília. Brasília, 2010.

MERLEAU-PONTY, M. **O olho e o espírito**. São Paulo: Cosac & Naify, 2004 (pp.1346).

MILLIKEN, W.; ALBERT, B. The use of medicinal plants by the Yanomami Indians of Brazil. **Economic Botany**, v. 50, n. 1, p. 10-25, 1996.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes org. 2001.

MUÑIZ, E e CORONA, A. indigenismo y género: violencia doméstica. **Nueva Antropología** ;XV(49):41-58, 1996.

NETTO, L. et al. Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. **Escola Anna Nery**; 22(1):e20170309, 2018.

NOVO, M. P. Política e intermedicalidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 7, p. 1362-1370, 2011.

NUNES, A. et al. **Motivação no trabalho em saúde**. Recife, 2005. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços). Departamento de Saúde Coletiva. Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães.

OLIVA, J. O Outro a partir da corporeidade: a importância do corpo na situação da mulher em *O Segundo Sexo* de Simone de Beauvoir. **Sapere Aude-Revista de Filosofia**, v. 5, n. 9, p. 267-286, 2014.

ONU MULHERES. **Mulheres Indígenas: a voz das mulheres indígenas**. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/mulheres-indigenas/> Acesso em 01 de abril de 2018.

PAGLIARO, H.; JUNQUEIRA, C. Recuperação populacional e fecundidade dos Kamaiurá, povo Tupi do Alto Xingu, Brasil central, 1970-2003. **Saúde e sociedade**, 2007.

PAGLIARO, H; AZEVEDO, M. M.; SANTOS, R. V. **Demografia dos povos indígenas no Brasil**. Editora Fiocruz, 2005.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. The flexner report: for good and for bad. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

PARREIRA, T. **Empatia e reconhecimento de emoções**: O efeito do gênero e a relação da empatia com o alvo. Faro, 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e das Organizações). Universidade do Algarve.

PEREIRA, E. R. et al. Saúde Sexual, Reprodutiva e Aspectos Socioculturais de Mulheres Indígenas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 4, 2014.

PIRES, A. P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: PIRES, A. P e organizadores. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e Metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

PONTES, A. L. et al. Reflexões sobre questões morais na relação de indígenas com serviços de saúde. 2014. **Revista Bioética**. 2014; 22 (2): 337-46

POUPART, J. et al. (org.) **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis RJ: Vozes, 2008.

RABINOW, P.; ROSE, N. O conceito de Biopoder hoje. Política & trabalho – **Revista de Ciências Sociais**, 24: 27-57, abril/2006.

RIBEIRO, D. **O Povo Brasileiro**: A formação e o sentido de Brasil. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

RODRIGUES, G.S. Direitos Humanos e Multiculturalismo: o debate sobre o infanticídio indígena no Brasil. **Revista Jurídica da Presidência**, v. 15, n. 106, jun/Set, p. 489 a 515, Brasília, 2013.

SACCHI, Â.; GRAMKOW, M. M. (Orgs.). **Gênero e povos indígenas**: coletânea de textos produzidos para o "Fazendo Gênero 9" e para a "27ª Reunião Brasileira de Antropologia". - Rio de Janeiro, Brasília: Museu do Índio/ GIZ / FUNAI, 2012.

SÁEZ, O. C. Do perspectivismo ameríndio ao índio real. **Campos-Revista de Antropologia Social**, v. 13, n. 2, 2012.

SAFFIOTI, H. **A mulher na sociedade de classes: mito e realidade**. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

SANTOS, A.A.G. et al. Considerações bioéticas sobre a relação médico-paciente indígena. **Revista de Bioética**. v. 25 p 603-610, São Paulo, 2017.

SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Relatório de Gestão**. Ministério da Saúde, Brasília. 2011.

SEEGER, A.; DA MATTA, R. e DE CASTRO, E. V. A construção da Pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In: **Boletim do Museu Nacional**. Rio de Janeiro: Museu Nacional, n'32, maio 1979, p. 2-1.

SILVA, H. B. Beneficência e paternalismo médico. **Revista Brasileira de Saúde Materno- Infantil**, p. s419-s425, 2010.

SOTO, M.A. Estrategia de comunicación educativa sobre salud sexual y reproductiva. In MONTES, S.G. (orgs) **Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México**. Memoria del seminario de investigación. Documentos de trabajo. México. El Colegio de México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad. 2003.

SOUZA, J. M. **Trajetórias femininas indígenas: gênero, memória, identidade e reprodução**. Salvador, 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia.

SOUZA, F. M. de Os direitos reprodutivos das mulheres indígenas: relação entre direitos individuais de coletivos. In: **Trabalhos Completos. XII Colóquio do Museu Pedagógico**. Vol. 12, No 1, 2017.

SOUZA, M. L. P. de et al. Histórias-míticas e construção da pessoa: ambiguidade dos corpos e juventude indígena em um contexto de transformações. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4001-4010, 2011.

SPONSEL, L. E. Yanomami: an arena of conflict and aggression in the Amazon. **Aggressive Behavior**, v. 24, n. 2, p. 97-122, 1998.

STEWART, M. et al. **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2017.

TEIXEIRA, Í. A. V. **Conhecendo a vida das mulheres Xakriabá: gênero e participação.** Belo Horizonte, 2008. (Dissertação de Mestrado.) Programa de Pós-Graduação em Educação e Inclusão Social. Universidade Federal de Minas Gerais.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-Ação** (14ªed.) São Paulo: Editora Cortez, 2005.

TIBLE, J. Lutas cosmopolíticas: Marx e América Indígena (Yanomami). **Revista Brasileira de Estudos Jurídicos**, v. 5, n. 2, p. 15, 2010.

VALENCIA, M.M.A. Comportamiento reproductivo en las etnias de Antioquia Colombia. **Salud Pública Méx**, 43: 268-278, 2001.

VALENCIA, M. M. A. et al. Aspectos culturales de la reproducción: el caso de los Suruí de Rondonia. **Investigación y Educação en Enfermería**, p. 86-97, 2008.

VARGAS, F.G. La investigación sobre la salud sexual y reproductiva de jóvenes de seis grupos étnicos. In MONTES, S.G. (orgs) **Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México.** Memoria del seminario de investigación. Documentos de trabajo. México. El Colegio de México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad. 2003

VÁZQUEZ, G. Estatus de la mujer y condición étnica como determinantes del uso de métodos anticonceptivos: un estudio de caso en el estado de Puebla. In MONTES, S.G. (orgs) **Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México.** Memoria del seminario de investigación. Documentos de trabajo. México. El Colegio de México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad. 2003

WONG, L. L. R. Tendências da fecundidade dos povos indígenas nos Censos Demográficos brasileiros de 1991 a 2010. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 33, n. 2, p. 399-421, 2016.

WONG, L. L. R.; MORELL, M. N.; CARVALHO, R. Notas sobre o comportamento reprodutivo da população autodeclarada indígena – Censos Demográficos 1991 e 2000. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 26, p. 61-7, 2009.

Yin, R. K. **Estudos de caso - Planejamento e Métodos.** 3ª edição. Porto Alegre. Bookman, 2005.

ZAMBELLI, C. K. et al. Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. **Psicologia Clínica.** v 25, p 179-195 Rio de Janeiro, 2013.

ZAMBRANO, R. et al. Conocimientos sobre VIH y comportamientos en Salud Sexual y Reproductiva en una comunidad indígena de Antioquia. **Investigación Andina**, vol. 26, no. 15, p. 640–653, 2014.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

IDENTIFICAÇÃO:

GÊNERO/SEXO:

IDADE:

FORMAÇÃO:

LOCAL DE FORMAÇÃO:

FUNÇÃO NA EQUIPE:

COMO CHEGOU ATÉ A
SAÚDE INDÍGENA:

FORMAÇÃO ESPECÍFICA ANTES DE
INICIAR O TRABALHO:

TEMPO DE TRABALHO EM ÁREAS
INDÍGENAS:

LOCAIS EM QUE TRABALHOU:

LOCAL DE TRABALHO ATUAL:

QUESTÕES:

1. Como você acha que deve ser a atuação dos profissionais de saúde sobre o controle da reprodução nas comunidades que trabalhou ou trabalha?
2. Como é a abordagem em relação a essa questão nas comunidades em que trabalhou ou trabalha? Que métodos contraceptivos são solicitados e oferecidos?
3. Que elementos você acha que influenciam a sua abordagem em área indígena? E que elementos a diferenciam da atuação em área não indígena?
4. O que você entende por cultura?
5. Há especificidades a partir das diferentes comunidades, idades, lideranças ou outros aspectos?
6. O que você conhece e qual a sua opinião sobre as práticas tradicionais de controle da reprodução realizadas nas comunidades em que trabalhou ou trabalha?
7. Quais são os efeitos que você acha que essa abordagem gerou ou pode gerar nas comunidades em que trabalha ou trabalhou?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “ATENÇÃO DIFERENCIADA À SAÚDE INDÍGENA: A ABORDAGEM DO CONTROLE DA REPRODUÇÃO PELAS EQUIPES COM O PROJETO MAIS MÉDICOS EM COMUNIDADES YANOMAMI”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora BRUNA TEIXEIRA ÁVILA, ENDEREÇO: RUA DAS JANGADAS, 66, PONTA DO SEIXAS, JOÃO PESSOA-PB – CEP: 58045640 – TELEFONE: (83) 996527237 – EMAIL: avilatbruna@gmail.com. Está sob a orientação de: SANDRA VALONGUEIRO ALVES, TELEFONE: (81) 991825628, E-MAIL: svalong@gmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

A pesquisa tem como objetivo geral compreender como os profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena com o Projeto Mais Médicos interpretam e abordam o controle da reprodução em comunidades indígenas Yanomami de Roraima. A coleta de dados se dará através da análise de documentos, dos registros de observação em área e de entrevista semi-estruturada com profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena vinculados ao Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Yanomami e Yekuana. Cada profissional será entrevistado apenas uma vez e a entrevista será gravada, armazenada e analisada.

Pode haver desconforto ou constrangimento no fornecimento de algumas informações, porém será oferecido espaço com privacidade e conforto para a entrevista. A participação na pesquisa contribui com a construção de conhecimento para nortear de forma cada vez melhor os trabalhos dos profissionais e o cuidado à população.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (registro de observações e entrevistas), ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço RUA DAS JANGADAS, 66, PONTA DO SEIXAS, JOÃO PESSOA-PB - CEP: 58045640, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(assinatura da pesquisadora)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “ATENÇÃO DIFERENCIADA À SAÚDE INDÍGENA: A ABORDAGEM DO CONTROLE DA REPRODUÇÃO PELAS EQUIPES COM O PROJETO MAIS MÉDICOS EM COMUNIDADES YANOMAMI”, como voluntário (a).

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE C – QUADRO DE SISTEMATIZAÇÃO ADAPTADO

Eixos	Categorias Temáticas	Núcleos de Sentido
<i>Características do contexto</i>	<u>A naturalidade</u>	A naturalidade e a proximidade cultural
	<u>As intenções</u>	As motivações para o trabalho em área indígena e a influência disso na abordagem
	<u>A formação</u>	A formação profissional e específica e a influência disso na abordagem
	<u>O gênero</u>	O gênero influenciando a abordagem
	<u>O local de trabalho</u>	Os diferentes contextos locais e os diferentes desafios e modos de atuar
	<u>O tempo de trabalho</u>	A experiência como fator modificador da abordagem
<i>A abordagem</i>	<u>A compreensão sobre a abordagem</u>	A compreensão sobre o processo e a forma de atuar
	<u>O Diálogo intercultural</u>	Os sentidos do diálogo entre profissional e indígena
	<u>Esferas de negociação</u>	A existência ou não de esferas de negociação e como se dão
<i>Diferenças de atuação em área indígena e não indígena</i>	<u>Diferença e Desigualdade</u>	Elementos que geram diferença e desigualdade
	<u>Similaridades</u>	Os elementos em comum e como são compreendidos
	<u>Desafios</u>	Os desafios diferentes dessa atuação em área indígena.
<i>Compreensões sobre cultura</i>	<u>Tradição</u>	A ideia de cultura enquanto tradição
	<u>Modo de viver/Condições de viver</u>	A cultura definidora do modo de viver e o modo de

		viver como definidor da cultura
	<u>Regra maior</u>	A compreensão de cultura como regra maior, homogênea e fixa
	<u>Originalidade</u>	A ligação entre originalidade e ter cultura
	<u>Intelectualidade</u>	Cultura enquanto conhecimento desigual
<i>Conhecimento e opinião sobre as práticas tradicionais</i>	<u>Conhecimento</u>	O que influencia o conhecimento sobre as práticas tradicionais
	<u>Controle da reprodução</u>	As formas de controle da reprodução mais conhecidas pelos profissionais.
	<u>Opinião</u>	A opinião dos profissionais sobre as formas de controle da reprodução que conhecem.
<i>Noções sobre os efeitos da atuação</i>	<u>Atitude reflexiva</u>	Atitude de refletir ou não sobre as possibilidades de consequências da atuação Do profissional de saúde nesse contexto.
	<u>Benefício</u>	Compreensão dos benefícios da atuação do serviço de saúde em área indígena.
	<u>Malefício</u>	Compreensão dos malefícios da atuação do serviço de saúde em área indígena

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DO DSEI YANOMAMI E YE'KUANA

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA YANOMAMI E YE'KUANA**

Rua: Cecília Brasil, nº 1043 – Centro
CEP: 69301-080 Boa Vista-RR
Tel.: (95) 3621-8650

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora BRUNA TEIXEIRA ÁVILA a desenvolver o seu projeto de pesquisa “ATENÇÃO DIFERENCIADA À SAÚDE INDÍGENA: A ABORDAGEM DO CONTROLE DA REPRODUÇÃO PELAS EQUIPES COM O PROJETO MAIS MÉDICOS EM COMUNIDADES YANOMAMI”, que está sob a coordenação/orientação do (a) Prof.a Dra. SANDRA VALOUGUEIRO ALVES cujo objetivo é *“Compreender como os profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena com o Projeto Mais Médicos interpretam e abordam o controle da reprodução em comunidades indígenas Yanomami de Roraima”*, na área de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami e Ye'kuana.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

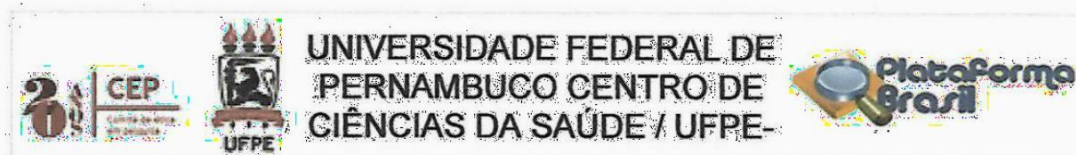
Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Boa Vista, Roraima, 09 de junho de 2017.

Assinatura manuscrita em azul de Rousicler de Jesus Oliveira.

Rousicler de Jesus Oliveira
Coordenador Distrital de Saúde Indígena
Port. Nº 3.058/2016 de 28/12/2016
DSEI Yanomami/SESAI/MS

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UFPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO DIFERENCIADA A SAÚDE INDÍGENA: A ABORDAGEM DO CONTROLE DA REPRODUÇÃO PELAS EQUIPES COM O PROJETO MAIS MÉDICOS EM COMUNIDADES YANOMAMI

Pesquisador: BRUNA TEIXEIRA AVILA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69681517.6.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.159.084

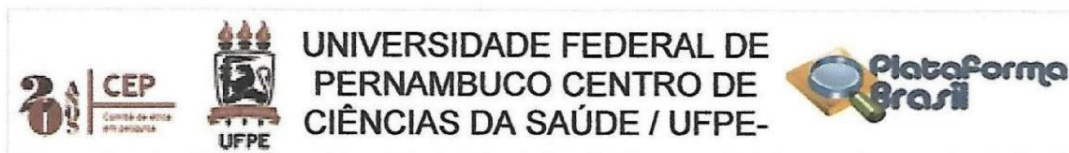
Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa da mestranda Bruna Teixeira Avila, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob orientação da professora Sandra Valongueiro Alves. O estudo visa compreender a interpretação e a abordagem dos profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena com o Projeto Mais Médicos em comunidades Yanomami de Roraima. Utilizará como metodologia a pesquisa qualitativa do tipo Estudo de Caso, com registro de observações diretas e realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais não indígenas. Considerando que a pesquisadora é supervisora do Programa Mais Médicos junto às equipes que atuam em comunidades Yanomami, será feita uma amostragem diversificada, considerando o gênero, tempo de trabalho em área indígena, formação e função, com generalização empírica por saturação. A análise seguirá os passos da hermenêutica dialética apresentada por Minayo.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL: Compreender como os profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena com o Projeto Mais Médicos interpretam e abordam o controle da reprodução em

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.159,084

comunidades indígenas Yanomami de Roraima.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conhecer como os profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena compreendem e abordam o controle da reprodução em comunidades indígenas.
- Identificar e explorar os elementos que norteiam a compreensão e a abordagem dos profissionais sobre o controle da reprodução em comunidades indígenas.
- Compreender os efeitos gerados dessa abordagem nas comunidades a partir da visão dos profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos, a pesquisadora informa que pode haver desconforto ou constrangimento no fornecimento de algumas informações, porém será oferecido espaço com privacidade e conforto para a entrevista.

Quanto aos benefícios, sustenta que a participação na pesquisa contribui com a construção de conhecimento para nortear, de forma cada vez melhor, os trabalhos dos profissionais e o cuidado à população indígena.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A questão do controle de reprodução em comunidades indígenas é um desafio para qualquer profissional de saúde que tenha atuação junto a essa população. Em razão da existência de práticas tradicionais desconhecidas pelos não índios, a preparação da equipe de saúde torna-se muito exigente. A pesquisa indica que trará uma contribuição importante para o processo formativo desses profissionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão satisfatoriamente apresentados.

Recomendações:

Revisão ortográfica.

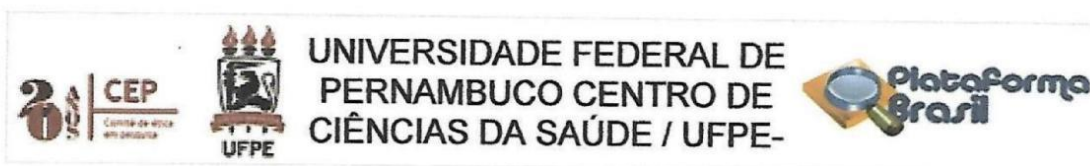
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio da Notificação

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.159.084

com o Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

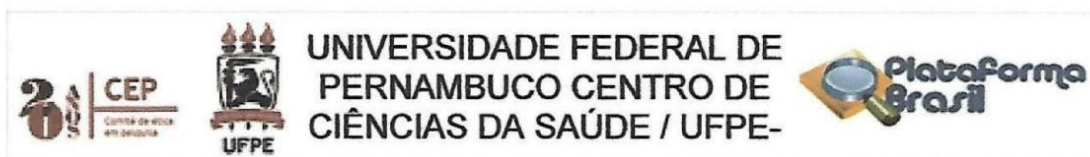
Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_942530.pdf	13/06/2017 11:31:50		Aceito
Outros	cartadeanuencia.jpg	13/06/2017 11:31:10	BRUNA TEIXEIRA AVILA	Aceito
Outros	declaracaodevinculo.jpg	13/06/2017 10:58:04	BRUNA TEIXEIRA AVILA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOBRUNACEP.docx	13/06/2017 10:54:16	BRUNA TEIXEIRA AVILA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEE SCLARECIDO.docx	13/06/2017 10:51:15	BRUNA TEIXEIRA AVILA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostodigitalizada.pdf	13/06/2017	BRUNA TEIXEIRA	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.159.084

Folha de Rosto	folhaderostodigitalizada.pdf	09:32:52	AVILA	Aceito
Outros	Termodeconfidencialidade.pdf	13/06/2017 09:31:48	BRUNA TEIXEIRA AVILA	Aceito
Outros	CurriculodoSistemadeCurriculosLattesBr unaTeixeiraAvila.pdf	13/06/2017 09:22:57	BRUNA TEIXEIRA AVILA	Aceito
Outros	CurriculodoSistemadeCurriculosLattesS andraValongueiroAlves.pdf	13/06/2017 09:20:31	BRUNA TEIXEIRA AVILA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 06 de Julho de 2017

Assinado por:

LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br