

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

**Projeto Xamã: O Processo de Formação e Atuação
dos Auxiliares de Enfermagem Indígena Kurâ-
Bakairi**

Cláudia Maria Guimarães Lopes de Castro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do
Instituto da Saúde Coletiva da Universidade Federal do Mato
Grosso para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva

Área de concentração: Saúde e sociedade
Linha de Pesquisa: Diversidade Social, Cultural e Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Clara Vieira Weiss

Cuiabá
2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

**Projeto Xamã: O Processo de Formação e Atuação
dos Auxiliares de Enfermagem Indígena Kurâ-
Bakairi**

Cláudia Maria Guimarães Lopes de Castro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do
Instituto da Saúde Coletiva da Universidade Federal do Mato
Grosso para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva

Área de concentração: Saúde e sociedade
Linha de Pesquisa: Diversidade Social, Cultural e Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Clara Vieira Weiss

Cuiabá
2007

FICHA CATALOGRÁFICA

C355p Castro, Cláudia Maria Guimarães Lopes de
Projeto Xamã: o processo de formação e atuação dos
auxiliares de enfermagem indígena Kurâ-Bakairi /
Cláudia Maria Guimarães Lopes de Castro. – 2007.
95p. : il. ; color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de
Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Área de
Concentração: Saúde e Sociedade, Linha de Pesquisa:
Diversidade Social Cultural e Saúde, 2007.
“Orientação: Prof^ª Dr^ª Maria Clara Vieira Weiss”.

CDU – 614.253.5:397(=87)(817.2)

Índice para Catálogo Sistemático

1. Índios Kurâ-Bakairi – Enfermagem – Processo de formação
2. Enfermagem indígena – Auxiliares – Formação
3. Saúde indígena
4. Projeto Xamã
5. Comunidade indígena – Saúde – Assistência
6. Índios Kurâ-Bakairi – Mato Grosso
7. Índios da América do Sul – Brasil – Kurâ-Bakairi
8. Capital cultural

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores, desde que cite a fonte.

Cuiabá, 14 de agosto de 2007

Dedico este trabalho a meus amados filhos Cauê e Tainá e ao meu marido, amado e companheiro Juliano Moreno, bem como aos Kurâ-Bakairi que me receberam com extrema generosidade fazendo-me sentir em casa.

AGRADECIMENTOS

Às Lideranças Indígenas Kurâ-Bakairi da Terra Indígena Bakairi, por terem autorizado a pesquisa, bem como aos auxiliares de enfermagem indígena pela disposição em responder as perguntas que fiz.

À Arlindo Leite e Maria Auxiliadora do Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá -DSEI Cuiabá- pela disposição em disponibilizar as informações sobre a formação indígena.

À Universidade de Apoio a Universidade Federal de Mato Grosso “Universidade da Selva” -UNISELVA- pela disponibilidade de me dar carona para a área indígena.

À Prof^ª. Dr^ª. Edir Pina de Barros por sua generosidade intelectual de colocar a minha disposição suas produções científicas sobre os Kurâ-Bakairi.

À Escola de Saúde Pública do Mato Grosso por ter me possibilitado trabalhar na formação indígena e com isso ter a oportunidade de vivenciar a realidade da saúde indígena do Mato Grosso, mais especificamente, a formação em saúde indígena.

À Maria das Graças Figueiredo, pela entrevista concedida e por seu profundo compromisso com a formação indígena.

À todos os Professores que compõem o Instituto de Saúde Coletiva.

À Prof^ª. Dr^ª. Laura Filomena Araújo do Mestrado em Enfermagem da UFMT, pelas aulas sobre pesquisa qualitativa.

À Prof^ª. Dr^ª. Regina Beatriz Guimarães, do Mestrado em História da UFMT, pelas aulas sobre Teoria da História.

À Prof^ª. Dr^ª. Maria Clara Vieira Weiss minha orientadora por ter me permitido liberdade nas escolhas teóricas e metodológicas que fiz.

À Prof.^a Dr^a. Sueli de Castro por sempre exigir mais.

À amiga, mãe espiritual Clara de Sequeira Batistella pelo suporte emocional e espiritual.

À amiga Wanda Cecília, pelo apoio nas horas difíceis.

Meus mais profundos e sinceros agradecimentos.

RESUMO

Castro CGL. Projeto Xamã: O Processo de formação e Atuação dos Auxiliares de Enfermagem Indígena Kurâ-Bakairi. Cuiabá; 2007. [Dissertação de Mestrado – Instituto de Saúde Coletiva/ Universidade Federal de Mato Grosso].

Esta pesquisa busca identificar o Processo de Formação e Atuação dos Auxiliares de Enfermagem Indígena Kurâ-Bakairi formados pelo Projeto Xamã, coordenado pela Secretaria de Estado de Saúde através da Escola Técnica de Saúde, hoje denominada Escola Pública de Saúde de Mato Grosso, que profissionalizou 117 Auxiliares de Enfermagem Indígena de 26 etnias do Estado de Mato Grosso. A formação iniciou-se em 1997 foi concluída em 2000, com formatura em 2001. Foram objetivos conhecer as tensões que os Auxiliares de Enfermagem Indígena Kurâ-Bakairi formados pelo Projeto Xamã sofrem nas relações interculturais a que estão expostos no campo da Saúde Indígena, marcadas pela diferença e pela desigualdade, analisar a inserção dos Kurâ-Bakairi no campo da saúde indígena; discutir as formas de apropriação do Capital Cultural dos Auxiliares de Enfermagem Indígena Kurâ-Bakairi; identificar o espaço social ocupado pelos profissionais de saúde indígena Kurâ-Bakairi no campo da Saúde Indígena. A metodologia adotada foi qualitativa, trabalhada com entrevistas semi-estruturadas que foram gravadas e transcritas. Fiz uso da Análise do Discurso proposta por Eni Orlandi para analisar os discursos dos Auxiliares de Enfermagem Indígena, posteriormente foram analisados através das categorias: espaço social, campo e capital cultural propostas por Bourdieu. Na trajetória da formação profissional observei que os indígenas acumularam capital cultural em seus três estados, pois ao serem voluntários adquiriram o capital cultural incorporado; através da manipulação das técnicas da biomedicina eles objetivaram este capital e através do Projeto Xamã o capital cultural foi institucionalizado pelo diploma. O diploma para estes auxiliares constitui uma conquista, mas não legitimação, pois o processo de legitimação não se esgota com a institucionalização do capital cultural, O campo da saúde não existe como um sistema isolado em que apenas os especialistas em saúde da cultura Bakairi circulam. Existe uma outra correlação de forças gerada pela subalternidade dos Bakairi ao Estado Brasileiro, devido ao contato e as formas de dominação e exploração construída historicamente. O campo social Bakairi vai sofrer nos processos de colonização uma desvalorização dos capitais dos seus especialistas de saúde quando ocorre o confronto entre os campos da medicina tradicional indígena e da biomedicina e, mesmo no seu território, o xamã estará em profunda desvantagem na correlação de poderes com a biomedicina. Há necessidade que se promova o diálogo intercultural para que se viabilize um trabalho de qualidade, visando à integralidade e a equidade das ações de assistência à saúde da comunidade indígena.

Descritores: Kurâ-Bakairi. Formação em Saúde Indígena. Capital Cultural.

ABSTRACT

Castro CGL. Project Xamã. The Developmental and Working Processes of Indigenous Kurâ-Bakairi Nursing Aids. Cuiabá; 2007. [Master's Thesis – Institute of Collective Health / Federal University of Mato Grosso].

This work aims to identify the developmental and working processes of indigenous Kurâ-Bakairi nursing aids, trained through Project Xamã, coordinated by the State Secretary of Health in conjunction with the Technical School of Health, referred to today as the Public School of Health of Mato Grosso, which has professionally trained 117 indigenous nursing aids, of 26 ethnic backgrounds, from Mato Grosso. Training began in 1997 and was concluded in 2000, with graduation from the program in 2001. The objectives of this study were to understand the tensions that the Kurâ-Bakairi nursing aids trained through Project Xamã experienced through intercultural relations to which they were exposed in the field of Indigenous Health, marked by differences and inequality; analyze the integration of the Kurâ-Bakairi into the indigenous health field; discuss the means by which the Kurâ-Bakairi are able to appropriate themselves of the cultural capital of indigenous nursing aids; identify the social space occupied by Kurâ-Bakairi health professionals in the indigenous health field. Qualitative methods were employed, in which semi-structured interviews were conducted and transcribed. The interviews were analyzed under the pretext of Discourse Analysis, following the proposal of Eni Orlandi. The indigenous nursing aids' discourse was then analyzed according to the following categories: social space, field and cultural capital, proposed by Bourdieu. Throughout the process of professional development, I observed that the indigenous accumulated cultural capital in its three states, since being as they were volunteers, they acquired the incorporated cultural capital; through the manipulation of biomedical techniques they materialized this capital and through Project Xamã the cultural capital was institutionalized through the diploma. The diploma represents a victory for these nursing aids, but not legitimization, as the process of legitimization is not completed through the institutionalization of cultural capital. The health field does not constitute a closed system in which only Bakairi healthcare specialists circulate. There is another correlation of forces generated by the subalternity of the Bakairi in regards to the Brazilian State, resulting from contact and historically constructed forms of domination and exploitation. The Bakairi social field suffers from the devaluation of the different forms of capital belonging to its own healthcare specialists during the colonization process when the fields of traditional indigenous medicine and biomedicine come into confrontation, and even in his own territory, the shaman finds himself at a profound disadvantage in relation to the forces represented by biomedicine. It's necessary to promote intercultural dialog to ensure professional quality, in regards to integrating and providing equitable access to health assistance within the indigenous community.

Key words: Kurâ-Bakairi. Professional Development in Indigenous Health. Cultural Capital.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
I OBJETIVOS	12
II ESTRUTURADA DISSERTAÇÃO	13
1 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA	15
1.1 ABORDAGEM TEÓRICA	15
1.2 ABORDAGEM METODOLÓGICA	19
1.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	23
2 OS KURÂ-BAKAIRI: UMA APRESENTAÇÃO	24
2.1 PONTUANDO A HISTÓRIA DO CONTATO – BAKAIRI “ORIENTAIS”	29
3 SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL	36
3.1 A CONSTITUIÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE INDÍGENA	36
3.2 O SUS E A CONSTRUÇÃO DO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA	38
3.2.1 Estrutura Organizacional do DSEI	43
3.3 O PROJETO XAMÃ: UMA DESCRIÇÃO	45
3.3.1 Nas Trilhas do Projeto Xamã	46
3.3.2 Estrutura do curso	49
3.3.3 Análise do Projeto Xamã.....	53
4 DISCURSOS DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM INDÍGENA KURÂ-BAKAIRI	59
4.1 A INSERÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE INDÍGENA.....	59
4.2 PROCESSO DA FORMAÇÃO: PROJETO XAMÃ	62
4.3 DOENÇA DE BRANCO E DOENÇA DE ÍNDIO	73
4.4 OS AUXILIARES DE ENFERMAGEM INDÍGENA E A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE INDÍGENA	80
4.5 AUXÍLIA DE ENFERMAGEM INDÍGENA: QUAL SEU LUGAR?.....	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
ANEXOS	
Anexo nº 01 –Roteiro orientador para entrevista	102
Anexo nº 02 – Termo de Esclarecimento às Lideranças Indígenas	103
Anexo nº 03 – Esclarecimento ao Sujeito da Pesquisa e Termo de Consentimento Livre Esclarecido (a).....	105
Anexo nº 04 - Parecer da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.....	107
Anexo nº 05 – Fotos da Formatura do Projeto Xamã	109
Anexo nº 06 – Fotos da Etapa de Concentração do Projeto Xamã	111
Anexo nº 07 – Fotos da Etapa de Dispersão do Projeto Xamã	113

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos alunos do Projeto Xamã, por etnia	49
Quadro 2 – Etapas, áreas, conteúdos e módulos do curso	50

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa da Localização das Terras Indígenas Bakairi em Mato Grosso	25
Figura 2 – Mapa de Antigos Estabelecimentos Bakairi e Estabelecimentos Atuais da Terra Indígena Bakairi	35
Figura 3 – Mapa dos DSEIs no Brasil	41
Figura 4 – Mapa dos DSEIs de Mato Grosso	42
Figura 5 – Modelo da Assistência.....	43
Figura 6 – Detalhamento do Modelo da Assistência	44
Figura 7 – Método do Arco.....	52

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS – Agente Indígena de Saúde
AISAN – Agente Indígena de saneamento
APS – Atenção Primária à Saúde
CAIEMT – Coordenadoria de Assuntos Indígenas do Estado de Mato Grosso
CASAI – Casa de Saúde do Índio
CEPSI – Comissão Especial de Saúde Indígena
CIMI – Conselho Indigenista Missionário
CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
DST/AIDS – Doença Sexualmente Transmissível/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
DSC – Discurso do Sujeito Coletivo
EMSI – Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena
ETF/MT – Escola Técnica Federal de Mato Grosso
EVS – Equipe Volante de Saúde
FUNAI Fundação Nacional do Índio
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
INCRA – Instituto Nacional e Colonização e Reforma Agrária
I CNPSI – I Conferencia Nacional de Proteção a Saúde do Índio
II CNSPI- II Conferencia Nacional de Saúde para os Povos Indígenas
III CNSI - III Conferencia Nacional de Saúde Indígena
IAD – Instituto de Análise de Discurso
MAIC - Ministério da Agricultura Indústria e Comércio
MT - Mato Grosso
NISI – Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
PIN – Plano de Integração Nacional
PNUD – Programa Nacional de Desenvolvimento
SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SPI – Serviço de Proteção aos Índios
SUS – Sistema Único de Saúde
SPILTIN – Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais
SES/MT – Secretária de Estado de Saúde de Mato Grosso
SEDUC – Secretária de Estado de Educação
TCLE – Termo de consentimento Livre e Esclarecido
TRÓPICOS – Instituto de Apoio ao Desenvolvimento Humano e do Meio Ambiente
UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso
UNICEF - Fundação das Nações Unidas para a Infância
UNIFESP/EPM – Universidade Federal de São Paulo /Escola Paulista de Medicina
UNISELVA- Fundação de Apoio a Universidade Federal de Mato Grosso
“Universidade da Selva”

INTRODUÇÃO

Trabalhando na Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Mato Grosso, mais especificamente na Coordenação de Educação, Comunicação e Informação em Saúde, deparei-me com inúmeras dificuldades e até conflitos institucionais em relação à saúde indígena. Na ocasião, o Projeto Xamã¹ estava se iniciando e nós, da coordenação, acompanhamos algumas ações desenvolvidas pelo projeto. Em 2000, trabalhando no hospital Santa Rosa, presenciei a enorme dificuldade em lidar com o radicalmente diferente, isto é, o índio em condição hospitalar. Acompanhamos uma criança Cinta Larga e seus parentes durante o tratamento na onco-pediatria. Em 2001, cursei a disciplina “Seminário Avançado de Saúde Indígena” no âmbito do Mestrado em Saúde Coletiva/UFMT, cujo trabalho final foi um levantamento dos encaminhamentos da Saúde Indígena na Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – SES, enfocando a Comissão Especial de Saúde Indígena – CEP SI, e o Projeto Xamã.

O processo de construção do objeto de pesquisa é um processo de amadurecimento do próprio pesquisador. É sutil e profundo, muitas vezes angustiante. É um desvelar das percepções do pesquisador. É neste processo de aproximação do objeto que o pesquisador se descobre e se reconhece pelas opções metodológicas e teóricas. Estou vivenciando este processo de construção e percebo o quanto está sendo rico, o quanto estou aprendendo a focalizar o que é que eu estou me propondo, e se esta pesquisa contribuirá para as reflexões do campo da saúde indígena, mas especificamente o campo da formação indígena na área da saúde.

Meu interesse científico desde o início esteve voltado para o campo da saúde indígena, nossa proposta inicial de pesquisa enfocava o Projeto Xamã, buscando saber a opinião dos indígenas sobre a formação em Auxiliar de Enfermagem que eles receberam. Depois percebi que apenas saber sua opinião, apesar de importante, não

¹ O Projeto Xamã formou 117 indígenas para exercer a profissão de Auxiliar de Enfermagem Indígena. Foi coordenado pela Escola Técnica de Saúde que hoje se chama Escola Pública de Saúde de Mato Grosso, vinculada a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Foi uma experiência eminentemente de Mato Grosso que surgiu a partir das reivindicações dos Agentes Indígenas de Saúde.

traria contribuições significativas para a área e isso estava me incomodando bastante, pois minha ação, enquanto agente social, sempre foi pautada por contribuir, dentro de minhas limitações, para as mudanças sociais nos campos em que estou vinculada. Refletindo um pouco mais, cheguei à conclusão que o objeto não seria o Projeto Xamã, mas a política que envolveu o projeto. Pois bem, o Projeto Xamã seria utilizado como suporte para discutir a Política de Saúde Indígena. Mas minhas descobertas não pararam por aí.

Trabalhando na Escola de Saúde Pública de Mato Grosso e sendo responsável pela Formação Indígena, fiquei frente a frente com a problemática da saúde indígena e as questões que permeiam a formação dos profissionais de saúde não-índios que trabalham em áreas indígenas e dos Auxiliares de Enfermagem Indígenas formados pelo Projeto Xamã, bem como os Agentes de Saúde Indígenas. Nesse momento, deparei-me com a atenção à saúde nas aldeias, com a prática da biomedicina, com a formação e a assistência à saúde indígena. , problematizar a formação dos Auxiliares de Enfermagem Indígena, e sua inserção na Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) que atua diretamente na atenção da saúde nas aldeias.

Faz-se necessário conhecer este campo de saberes e práticas, construído pela experiência desses profissionais, que são contratados pelas conveniadas² para compor as EMSI. Interessa-me conhecer as tensões que esses agentes sofrem nas relações interculturais, permeadas pela desigualdade a que estão expostos em seu exercício profissional.

I OBJETIVOS

Geral:

- Conhecer as tensões que os Auxiliares de Enfermagem Indígena Kurâ-Bakairi formados pelo Projeto Xamã sofrem nas relações interculturais a que estão expostos no campo da Saúde Indígena, marcada pela diferença e pela desigualdade.

² Conveniadas são ONGs ou instituições que são terceirizadas pela FUNASA para prestar serviço aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas na assistência à saúde nas aldeias.

Específicos:

- Analisar a inserção dos Kurâ-Bakairi no campo da saúde indígena;
- Discutir as formas de apropriação do Capital Cultural dos Auxiliares de Enfermagem Indígena Kurâ-Bakairi;
- Identificar o espaço social ocupado pelos profissionais de saúde indígena Kurâ-Bakairi no campo da Saúde Indígena.

II ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação está estruturada em quatro capítulos. O primeiro trata da abordagem Teórico-Metodológica e utilizei as categorias: *espaço social*, *campo* e *capital cultural*. As entrevistas foram analisadas através da Análise do Discurso proposta por Eni P. Orlandi com a finalidade de localizar a produção do discurso, suas implicações, conflitos e relações de poder.

Já o segundo capítulo apresenta os Kurâ-Bakairi, sua localização no Mato Grosso, tronco lingüístico a que pertencem elementos da cosmologia, processos de saúde/doença e história do contato.

No terceiro capítulo foi feita uma retrospectiva histórica concisa da constituição do campo da saúde indígena. Devido à complexidade desse campo, a pesquisa focou alguns agentes tais como o Serviço de Proteção aos Índios (SPI) a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), as Conferências de Saúde Indígena, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a constituição do Subsistema de Saúde Indígena, e o Projeto Xamã, seus antecedentes históricos seu processo de implantação, abrangência, metodologia e estrutura organizacional, bem como sua análise. Para realizar esses estudos, foram utilizados o Projeto do “Projeto Xamã” e alguns relatórios, bem como uma entrevista com sua coordenadora.

O quarto capítulo foi dedicado a análise dos discursos dos Auxiliares de Enfermagem Indígena Kurâ-Bakairi, e foi subdividido em cinco itens: (1) A inserção no campo da Saúde Indígena; (2) Processo da formação: Projeto Xamã; (3) Doença de Branco, Doença de Índio; (4) Os Auxiliares de Enfermagem Indígena e a Equipe

Multiprofissional de Saúde Indígena e (5) Auxiliar de Enfermagem Indígena: Qual seu lugar?.

Por fim, teci algumas considerações e reflexões construídas no decorrer desta caminhada.

1 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

1.1 ABORDAGEM TEÓRICA

A pesquisa em curso faz uma análise do campo da saúde indígena, mediante a concepção de espaço social, campo social e capital cultural como categorias centrais.

Bourdieu concebe espaço social a partir da idéia de diferença, de separação, pois esta idéia está no fundamento da própria noção de espaço, que se configura como:

conjunto de posições distintas e coexistentes, exteriores umas às outras, definidas umas em relação a outras por sua exterioridade mútua e por relações de proximidade, de vizinhança ou de distanciamento e, também, por relações de ordem, como acima, abaixo e entre [...] O espaço social é construído de tal modo pelos agentes ou os grupos são aí distribuídos em função de sua posição (BOURDIEU, 2003b, p. 18-19)

Para Bourdieu é preciso construir o espaço social como estrutura de posições diferenciadas, definidos em cada caso, pelo lugar que ocupam na distribuição de um tipo específico de capital. O autor ainda argumenta que os agentes são distribuídos no espaço social conforme o volume global de capital que possui; de acordo com a estrutura de seu capital, isto é de acordo com o peso relativo dos diferentes tipos de capital e de acordo com a evolução, no tempo de volume e da estrutura do seu capital. Exemplifica Bourdieu:

Os detentores de um grande volume de capital global, como empresários, membros de profissões liberais e professores universitários, opõem-se globalmente àqueles menos providos de capital econômico e de capital cultural, como os operários não-qualificados; mas, de outra perspectiva, isto é, da perspectiva do peso relativo do capital econômico e do capital cultural no seu patrimônio, os professores (relativamente mais ricos em capital cultural do que em capital econômico) opõem-se de maneira nítida aos empresários (relativamente mais ricos em capital econômico do que em capital cultural). (BOURDIEU, 2003b p.19).

Ao analisar a sociedade em espaço social, Bourdieu fez uma ruptura com as representações tradicionais de hierarquização social que permite observar que o espaço social é hierarquizado pela desigual distribuição dos capitais. As representações tradicionais a que o autor se refere são da hierarquia social fundada sobre uma visão piramidal da sociedade, isto é, a posição social em função de suas condições materiais de existência que, segundo Bourdieu, é uma concepção limitadora, pois não são apenas as condições materiais da existência que definem o espaço social, mas também os diversos capitais: social, econômico, cultural e simbólico.

o espaço de posições sociais se retraduz em um espaço de disposições (ou do *habitus*); ou, em outro termos, ao sistema de separações diferenciais, que definem as diferentes posições nos dois sistemas principais do espaço social, corresponde um sistema de separações diferenciais nas propriedades dos agentes(ou de classes construídas como agentes), isto é, em suas práticas e nos bens que possuem. A cada classe de posições corresponde uma classe de *habitus* e de suas capacidades geradoras, um conjunto sistemático de bens e de propriedades, vinculadas entre si por uma afinidade.

Uma das funções do *habitus* é a de dar conta da unidade de estilo que vincula as práticas e os bens de um agente singular ou de uma classe de agentes [...] O *habitus* é esse princípio gerador e unificador que retraduz as características intrínsecas e relacionais de uma posição em um estilo de vida unívoco, isto é, em um conjunto unívoco de escolhas de pessoas, de bens, de praticas. (BOURDIEU, 2003b, p.21- 22)

E ainda que: “Espaço social é a realidade primeira e última já que comanda até as representações que os agentes sociais podem ter dele” (BOURDIEU, 2003b, p.27)

Bourdieu trabalha, em sua teoria sociológica, a noção weberiana de agente, porque o que é relevante no espaço social é a ação que os seres aparentes, visíveis realizam em relação à posição que os outros agentes do seu microcosmo social ocupam e da ação que executam. Em suas próprias palavras:

Os seres aparentes, diretamente visíveis, quer se trate de indivíduos quer de grupos, existem e subsistem na e pela *diferença*, isto é, enquanto posições relativas em um espaço de relações que, ainda que invisível e sempre difícil de expressar empiricamente, é a

realidade mais real (*ens realissimum*, como dizia a escolástica) e o princípio real dos comportamentos dos indivíduos e dos grupos. (BOURDIEU, 2003b, p.48)

Em Bourdieu, o conceito de campo refere-se a um campo de forças, quer dizer, como um conjunto de relações de forças objetivas impostas a todos os que entrem nesse campo e irredutíveis às intenções dos agentes individuais ou mesmo às interações diretas entre os agentes. (BOURDIEU, 2005b, p.134)

A forma de que se reveste, em cada momento e em cada campo social, o conjunto das distribuições das diferentes espécies de capital (incorporada ou materializado), como instrumentos de apropriação do produto objetivado do trabalho social acumulado, define o estado das relações de força – institucionalizadas em estatutos sociais duradouros, socialmente reconhecidos ou juridicamente garantidos –, entre agentes objetivamente definidos pela sua posição nestas relações”. Esta posição determina os poderes atuais ou potenciais nos diferentes campos e as probabilidades de acesso aos ganhos específicos que eles ocasionam. (BOURDIEU, 2005b, p.135)

O campo do poder (que não deve ser confundido com o campo político) não é um campo como os outros: ele é o espaço de relações de força entre os diferentes tipos de capital ou, mais precisamente, entre os agentes suficientemente providos de um dos diferentes tipos de capital para poderem dominar o campo correspondente e cuja luta se intensificam sempre que o valor relativo dos diferentes tipos de capital é posto em questão (BOURDIEU, 2003b, p. 52)

Segundo Bourdieu o que vai configurar a posição dos agentes no campo é a distribuição do capital, seja ele: 1) Econômico, constituído pelos diferentes fatores de produção e pelo conjunto de bens econômicos; 2) Cultural, constituído pelo conjunto de qualificações intelectuais produzidas pelo sistema escolar ou transmitidas pela família; 3) Social, que se define como o conjunto de relações sociais de que dispõe um indivíduo ou um grupo e/ou 4) Simbólico, correspondente ao conjunto de rituais ligados à honra e ao reconhecimento.

Bourdieu desenvolveu o conceito de capital cultural para dar conta das desigualdades do desempenho escolar de crianças oriundas de diferentes classes sociais, procurando relacionar o “sucesso escolar” com a distribuição desse capital específico entre as classes ou frações de classe.

Utilizarei o conceito de capital cultural em seus três estados para discutir a inserção dos Kurâ-Bakairi no campo da profissionalização da Saúde Indígena.

O capital cultural segundo Bourdieu pode existir sob três formas: no estado *incorporado*, ou seja, sob a forma de disposições duráveis do organismo; no estado *objetivado*, sob a forma de bens culturais – quadro, livros, dicionários, instrumentos, máquinas, que constituem indícios ou realização de teorias ou de críticas dessas teorias, de problemáticas, etc.; e, enfim, no estado *institucionalizado*, formas de objetivação que é preciso colocar à parte porque, como se observa em relação ao certificado escolar, ela confere ao capital cultural – de que é, supostamente, a garantia – propriedades inteiramente originais (2004c, p.74).

O capital cultural no estado incorporado não pode ser transmitido instantaneamente por doação ou transmissão hereditária, por compra ou troca, pois este capital:

Não pode ser acumulado para além das capacidades de apropriação de um agente singular: depauperar e morrer com seu portado (com suas capacidades biológicas, sua memória, etc.) Pelo fato de estar ligado, de múltiplas formas, à pessoa em sua singularidade biológica e ser objeto de uma transmissão hereditária que é sempre altamente dissimulado, e até mesmo invisível, ele constitui um desafio para todos aqueles que lhe aplicam a velha e inextirpável distinção dos juristas gregos entre as propriedades herdadas (*ta patroa*) a as propriedades adquiridas (*epiktèta*), isto é, acrescentadas pelo próprio indivíduo ao seu patrimônio hereditário; de forma que consegue acumular os prestígios da propriedade inata e os méritos da aquisição. (BOURDIEU, 2004c, p. 75)

O capital cultural no estado objetivado é transmissível em sua materialidade, isto é, objetivado em suportes materiais como: pinturas, manuscritos, máquinas, entre outros, mas o que é transmissível é a propriedade jurídica e não a capacidade de apreciação ou a capacidade de usar a máquina.

Os bens culturais podem ser objeto de uma apropriação material, que pressupõe o capital econômico, e de uma apropriação simbólica, que pressupõe o capital cultural. Por consequência, o proprietário dos instrumentos de produção deve encontrar meios para se apropriar ou do capital incorporado que é a condição da apropriação específica, ou dos serviços dos detentores desse capital. Para possuir máquinas, basta ter capital econômico; para se apropriar delas e utilizá-las de acordo com sua destinação específica (definida pelo capital científico e tecnológico que se

encontra incorporado nelas), é preciso dispor, pessoalmente ou por procuração, de capital incorporado. (BOURDIEU, 2004c, p.77)

O capital cultural no estado institucionalizado é validado através do diploma que é uma certificação expedida por instituições de ensino, que confere ao seu detentor um reconhecimento jurídico de seu capital cultural, portanto:

Com o diploma, essa certidão de competência cultural que confere ao seu portador um valor convencional, constante e juridicamente garantido no que diz respeito à cultura, a alquimia social produz uma forma de capital cultural que tem uma autonomia relativa em relação ao seu portador e, até mesmo em relação ao capital cultural que ele possui, efetivamente, em um dado momento histórico. (BOURDIEU, 2004c, p78)

1.2 ABORDAGEM METODOLÓGICA

O estudo foi realizado na Terra Indígena Bakairi, localizada nos municípios de Paranatinga e Planalto da Serra. Inicialmente estava prevista a realização de nove entrevistas, mas, na época, dois dos que seriam entrevistados estavam participando de um curso em Chapada dos Guimarães. Por isso, foram entrevistados sete Auxiliares de Enfermagem Indígena da etnia Kurâ-Bakairi que trabalham nas aldeias: *Pakuera*, *Aturua*, *Kaioahoalo*, *Painkum* e *Cabeceira do Azul*. A referida etnia foi escolhida devido ao contado que já havia sido estabelecido com eles, o que facilitaria o acesso às informações, e também devido aos estudos realizados pela antropóloga Edir Pina de Barros sobre esse povo.

Antes de me deslocar para a Terra Indígena conversei com lideranças Bakairi que vivem em Cuiabá, bem como com o coordenador de saúde Bakairi e tive contatos informais com os auxiliares de enfermagem da referida etnia na Conferência Distrital de Saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá (DSEI Cuiabá) realizada em 2006. Minha entrada em campo foi junto a equipe de saúde da Fundação de apoio da Universidade Federal de Mato Grosso “Universidade da Selva” (UNISELVA), em que permaneci por 15 dias. Nessa ocasião realizamos as entrevistas e acompanhamos o cotidiano dos atendimentos nas aldeias. A segunda entrada em área se deu através do convite de Izabel Taukane e do cacique Odil

Apakano, da aldeia Painkun, que nos convidou para participar do projeto *Círculo de Saberes* que teve por objetivo fortalecer a cultura Bakairi e realizar encontros com outras etnias (Pareci, Umutina, Bororo, Manoki e Enwene-Nawe).

O procedimento adotado para coleta de dados foi o da entrevista semi-estruturada, utilizando um roteiro orientador de perguntas (anexo nº01).

Em virtude do compromisso feito com os Auxiliares de Enfermagem Indígena, não identificarei os discursos.

Utilizei a definição de entrevista semi-estruturada de Honningmann, citada Minayo:

Entrevista semi-estruturada que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2004, p.108).

Fiz uso do conceito de roteiro de Minayo que visa:

Apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa, o roteiro contém poucas questões. Instrumento para orientar uma “conversa com finalidade” que é a entrevista, ele deve ser o facilitador de aberturas, de ampliação e de aprofundamento da comunicação. (...) o roteiro é sempre um guia, nunca um obstáculo, portanto não pode prever todas as situações e condições de trabalho de campo (MINAYO, 2004, p.99-100).

Embasei-me na técnica de análise de discurso, segundo o referencial metodológico de Orlandi e Minayo, para o tratamento dos dados contidos nas entrevistas. Assim, a técnica de análise de discurso foi deslocada para esse fim, sendo usada como instrumento para compreensão e análise dessas relações sociais evidenciadas pelo discurso produzido pelos entrevistados. Em nenhum momento meu interesse é propriamente a linguagem. Ou seja, elucidar em si a representação produzida pelos entrevistados e seus profundos mecanismos lingüísticos. Portanto tenho a clareza do meu lugar social (a pesquisadora é responsável pela Formação Indígena da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso – ESP- MT, unidade da Secretária de Estado de Saúde de Mato Grosso- SES-MT), do lugar social dos entrevistados que são Auxiliares de Enfermagem Indígena Kurâ-Bakairi, formados

pelo Projeto Xamã que foi desenvolvido, coordenado e certificado pela ESP-MT. Mas parti do princípio de que nenhum discurso é neutro, que ele está condicionado ao lugar social do entrevistado e do entrevistador.

Pierre Bourdieu assume uma posição bem enfática em relação aos problemas que ele intitula inseparavelmente práticos e teóricos que decorrem do caso particular de interação entre o pesquisador e aquele ou aquela que ele interroga. (2003, p.693). Afirmo ainda que:

Muitas dezenas de anos de práticas da pesquisa sob todas as suas formas, da etnologia à sociologia, do questionário dito fechado à entrevista mais aberta, convenceram-me que esta prática não encontra sua expressão adequada nem nas prescrições de uma metodologia frequentemente mais cientista que científica, nem nas precauções anticientíficas das místicas da fusão afetiva. [...] Só a reflexividade, que é sinônimo de método, mas uma reflexividade reflexa, baseada num “trabalho”, num “olho” sociológico, permite perceber e controlar no campo, na própria condução da entrevista, os efeitos da estrutura social na qual ela se realiza. (BOURDIEU, 2003a, p.693-694)

O processo para que se realizassem as entrevistas seguiu esse percurso: primeiro conversei com o cacique com a finalidade de me apresentar e explicar a finalidade e os objetivos da pesquisa; se o cacique concordasse, ele assinava o Termo de Esclarecimento às Lideranças Indígenas (anexo nº 02) que autoriza a entrevista com o Auxiliar de Enfermagem Indígena de sua aldeia. Superada essa fase entrevistei o Auxiliar de Enfermagem Indígena utilizando o mesmo procedimento: expliquei a finalidade e os objetivos da pesquisa, assim como a necessidade do uso do gravador, para garantir fidelidade das respostas e o compromisso de preservar a sua identidade. Aceitando os procedimentos da pesquisa então eles assinaram o termo de Livre Consentimento do Sujeito da Pesquisa. (anexo nº 03)

As entrevistas foram realizadas fora do ambiente de trabalho dos auxiliares, em lugares sossegados, embaixo de árvores, sentados em suas raízes ou em bancos de madeira em algum canto da aldeia.

Os auxiliares, à medida que íamos conversando, descontraíam-se em alguns casos, utilizavam este momento para falar sobre o seu difícil cotidiano. Em algumas entrevistas após o término, eles se lembravam de mais alguns detalhes que haviam

esquecido e na maioria era sobre sua avaliação do Projeto Xamã, angústias advindas do seu trabalho e anseios a respeito da necessidade de darem continuidade ao aperfeiçoamento profissional.

Foi utilizada também uma entrevista com a coordenadora do Projeto Xamã realizada em 2003.

A entrevista com os Auxiliares de Enfermagem Indígenas, com a coordenadora do projeto, bem como o Projeto em si, foram tratados metodologicamente como texto. Minayo, concorda com Orlandi e Pêcheux e considera o texto:

(...) como um *monumento* e suas exterioridade como parte constitutiva da historicidade inscrita nele. Considera que a situação está atestada no texto. Desta forma, visa menos a *interpretação* do discurso do que a *compreensão do seu processo produtivo* (MINAYO, 2004, p.213)

Brandão também corrobora com esta concepção: o discurso é o efeito de sentido construído no processo de interlocução (opõe-se a uma concepção de língua como mera transmissão de informação) (BRANDÃO, 2002, p.86).

Minayo concebe o texto como:

(...) o discurso acabado para fins de análise. Todo texto, enquanto CORPUS é dele que partem possíveis recortes. (MINAYO, 2004, p.213)

Para Orlandi a Análise de Discurso tem como unidade o texto, pois o texto é definido pragmaticamente como a unidade complexa de significação, consideradas as condições de sua produção. O texto não é soma de frases e não é fechado em si, pois:

O discurso não é fechado em si mesmo e nem é do domínio exclusivo do locutor: aquilo que se diz significa em relação ao que não se diz, ao lugar social do qual se diz, para quem se diz, em relação a outros discursos. (MINAYO apud ORLANDI, 2002 p. 86).

Assim:

Ao se passar para o texto como unidade de discurso, se passa da operação de segmentação para a de recortes. Passa-se da distribuição de segmentos para a relação das partes com o todo, em que se procuram estabelecer, através dos recortes, unidades discursivas. (ORLANDI, 1996, p.22)

Tanto Minayo quanto Orlandi apresentam definições semelhantes em relação à possibilidade de se realizar recortes no texto das entrevistas transcritas que para Orlandi são unidades discursivas. Desta forma realizei a análise das entrevistas através de recortes do discurso produzido pelos entrevistados. Esses recortes foram categorizados e problematizados evidenciando as tensões sociais da relação dos auxiliares de enfermagem indígena, com seu processo de formação, bem como em sua atuação profissional junto a EMSI.

1.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O sigilo e o anonimato dos discursos foram garantidos, mediante a apresentação de um termo de consentimento fornecido no ato da entrevista, (anexo nº03). Os critérios utilizados obedeceram à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos e ainda foram obedecidas as especificidades sobre pesquisas em populações indígenas. Também foi elaborado um termo de esclarecimento e de consentimento para os caciques de cada aldeia onde foram feitas as entrevistas (anexo nº02). A pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (anexo nº04), e conforme a Resolução nº 304 de 09/08/2000 do Conselho Nacional de Saúde – MS.

2 OS KURÂ-BAKAIRI: UMA APRESENTAÇÃO

“A cosmologia, como espero ter demonstrado, não se apresenta como um reflexo da práxis social e do mundo real, mas o interpreta e o codifica – materializando as coisas espirituais e espiritualizando as coisas materiais – as regras da arte de viver” (Edir Pina de Barros, Filhos do Sol, 2003 p. 363)

Seria impossível falar dos Bakairi sem citar os trabalhos de pesquisa da antropóloga Edir Pina de Barros, que certamente é a cientista que mais pesquisou esse povo e tem um trabalho etnográfico de uma profunda experiência, expressa nos seus estudos de mestrado, doutorado e pós-doutorado e demais artigos, que serão citados sistematicamente.

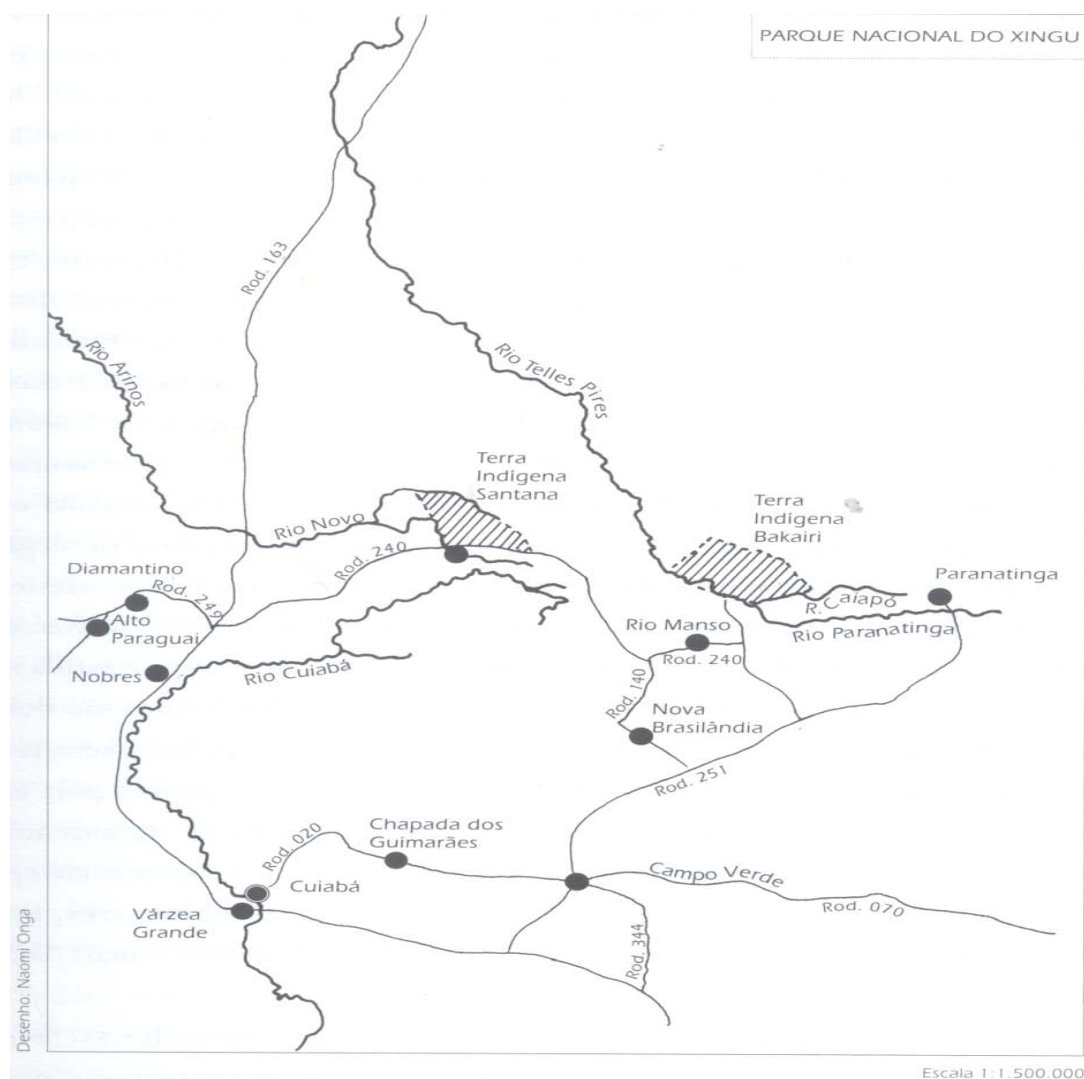
Foram destacados alguns pontos considerados indispensáveis para entender quem são os Bakairi, sua cosmologia e percepção do processo saúde/doença, uma vez que eles possuem uma rica e complexa cultura que, infelizmente, teve que ser tratada de forma bastante concisa, pontuando apenas alguns aspectos fundamentais.

Os Bakairi se autodenominam Kurâ. *Latu sensu*, esse é o termo aplicado à categoria genérica “gente, ser humano”. O termo polissêmico Kurâ expressa, *stricto sensu*, “nós, os Bakairi”, “gente verdadeira”, excluindo os inimigos.

O significado do termo, como observou Jaime Wheatley, “é ampliado para abranger saúde e ordem. O verbo cura idale, que é glosado como ‘curar’, significa literalmente, ‘tornar cura de novo’...(s/d:9-10). A noção de saúde e doença que o termo implica está na base do sistema cerimonial desse povo, à semelhança dos povos alto-xinguanos (BARROS, 2003, p. 40).

Já o etnônimo Bakairi é para eles de origem desconhecida. BARROS (2003, p. 39) obteve informações de que antigamente teria existido uma variedade de mandioca brava denominada pelos colonizadores da região como Bakairi, e que os índios assim teriam sido designados por serem tradicionalmente “mandioqueiros”.

Os Kurâ-Bakairi, estão localizados em duas Terras Indígenas denominadas Bakairi e Santana. A primeira se situa nos municípios de Paranatinga e Planalto da Serra com uma área de 61.405,5905 hectares de extensão, à margem direita do rio Paranatinga, onde fiz o trabalho de campo. A segunda, no município de Nobres, tem 35.479,7443 hectares, e está localizada na cabeceira do rio Arinos.



Fonte: BARROS, 2004, p. 4

Figura 1- Mapa da Localização das Terras Indígenas Bakairi em Mato Grosso

Os Kurâ-Bakairi falam uma língua pertencente à família Karib, mas existem diferenciações entre a língua falada nas duas terras indígenas, Bakairi e Santana, quanto à fonética e à semântica.

Quanto às contingências históricas comenta a autora:

Como todos os outros povos do Mato Grosso sofrem as conseqüência do processo de ocupação e crescimento econômico das duas últimas décadas, que tem como uma de suas características marcantes a rápida expansão do setor primário sem adoção de qualquer planejamento que busque adaptar os sistemas produtivos aos ecossistemas, decorrendo daí alto custo humano e social. Cada vez mais os Bakairi vêm dependendo da agricultura, dada a escassez do peixe e da caça. (BARROS, 2003, p. 50-51)

Segundo Barros (2003), na Terra Indígena Bakairi vivem cerca de 546 pessoas dispersas em sete grupos locais: *Pakuera*, *Aturua*, *Painkum*, *Painkun* *Âtuby* (Cabeceira do Azul), *Kainhoalo*, *Paxola* ou Alto Ramalho e *Sawâpa*. Já em Santana vivem cerca de 166 pessoas dispersas em quatro grupos locais: *Santana*, *Nova Canaã*, *Santa Luzia* e *Quilombo*.

O processo de constituição de um grupo local se dá, via de regra, a partir de um grupo de irmãos germanos, ou de dois, que estabelecem entre si intercâmbio de mulheres, sendo liderados por aquele que conseguir catalisar forças políticas para tanto, inclusive as oriundas do campo das relações interétnicas. [...] A família é o sujeito coletivo de direito e deveres contendo em si um forte princípio de autonomia ainda que não irrestrita (BARROS, 1997, p. 41, 44).

O parentesco é bilateral ou cognático, isto é, reconhece a descendência do indivíduo tanto pela linha paterna quanto pela materna. A regra de residência é uxorilocal até que nasça o primeiro filho, ou seja, após o casamento o genro vai morar na casa do sogro. Depois do nascimento do primeiro filho o jovem casal pode escolher onde morar, se na aldeia onde moram os pais do cônjuge ou da esposa. Normalmente é neolocal, (constroem uma nova casa).

Os Bakairi tem uma “vida essencialmente ribeirinha que embora não desconheça o cerrado, pouco o explora e valoriza” (BARROS, 2003, pg. 153). São agricultores: plantam milho, arroz, mandioca, abóboras, carás, batata-doce, melancias e algodão.

Ainda segundo Barros (id. Ib.), os Bakairi distinguem duas estações do ano: Kopâme, o “tempo das águas”, que se inicia em meados de setembro e vai se findando em meados de abril e âdâpygume, o “tempo da seca”, que cobre o período que vai de meados de abril a meados de setembro.

Na época da seca é a ocasião onde se concentram as atividades rituais do Kado, isto é, um complexo de ritos sagrados e pan-comunitários que promovem a coesão social e aciona valores éticos e estéticos, com pinturas corporais de acordo com o sexo, caçadas e pescas coletivas masculinas, limpeza do pátio da aldeia e preparos dos alimentos pelas mulheres, comensalidades coletivas. O pajé (xamã) Vicente Kaiawa explica o significado do kado:

Quando existia esses mais velhos, esse dança de kapa, Iakuigade, Tadâwa e Emeni, esses dois com flauta, esse outro Oriko também é dança de Bakairi. É de mulher. Yamaiguma é de mulher, só mulher dança. Anji Itabienly, esse que batiza o milho. Malawari, Iaduki, Makanari, também é Bakairi faz Kado pra ter fartura, chamar chuva, pra chamar peixe, pra ter lavoura, pra ter fartura bastante. Por isso que antigamente não ficava sem fartura, sem chuva. Esse Kado é o nosso fundamento. E nosso fundamento é bem diferente. (BARROS, 2003, pg. 289)

Durante o período de seca, tem-se também as Festas de Santo e torneio de futebol, o que favorece os encontros e as trocas entre eles.

Para se apreender os processos de saúde/doença dos Kurâ-Bakairi é necessário que se entenda sua cosmologia, já que só se pode entendê-los se forem remetidos às coordenadas culturais que lhe conferem sentido, Para os Kurâ:

O cosmo é concebido em várias camadas que se encontram na linha do horizonte, formando uma unidade que se realiza através de interferências dialéticas e interações entre esses patamares e os seres que neles habitam (BARROS, 1997, p. 45). Ele teria resultado de uma série de transformações empreendidas por **Kwamóty** e seus netos, gêmeos e machos, **Xixi** e **Nunâ**, sobre uma realidade preexistente. [...] As diversas camadas do cosmo são interligadas por caminhos invisíveis que, dentre os humanos, somente ao xamãs podem ver e percorrer (BARROS, 1997, p. 45-46).

O tempo e o espaço se relacionam através do ciclo da substância vital, *ekuru*, presente em todos os seres, inanimados e animados, sem *ekuru* o sangue coagula, ocorrendo a doença e a morte. A *ekuru* é processada pelos diversos órgãos do corpo e eliminado, quotidianamente, através de líquidos, resíduos, secreções e excrementos corporais. Segundo Barros, toda *ekuru* eliminada pelos seres animados em contato com a terra, é reprocessada pelos vegetais que contém *ekuru* em qualidade e quantidade diferentes, o que determina a sua utilização para fins medicinais, alimentares, estéticos (pinturas corporais) e outros (2003, p. 161).

Existe um outro princípio vital que anima o corpo, (*Kâti*), sua morada temporária: *Kâgâdopyry*, que significa alma. Barros transcreve, nas palavras de um Bakairi, o cacique Odil Apakano, seu significado:

Uma pessoa tem várias almas – **Kâgâdopyry** – no corpo. Todo lugar do corpo tem alma. Quando você põe a mão no pulso, no pé... Você sente ela. Quando uma criança fica doente o **piaje** olha e diz para a mãe: - Olha, seu filho perdeu uma das almas dele. Onde é que andou e perdeu? Ele olha a criança e vê ela ali na rede e ao mesmo tempo no lugar em que perdeu uma de suas almas. Busca trazendo de volta para o corpo da criança, ela fica boa. (...) Perigoso é perder a alma do peito, porque ela é mais forte. Quando uma pessoa morre é porque a alma do peito saiu. Ela é mais forte e puxa as outras com ela. (BARROS, 2003, p. 262-263).

Abordar o processo de saúde/doença Kurâ-Bakairi “de forma separada da sociedade significa renunciar à sua compreensão.” (BARROS, 1997, p. 76)

A saúde e a ordem no universo, a seu ver, depende da observação de preceitos religiosos, de sua humana participação em um campo de relações que envolve os reinos animal, vegetal, os mortos. Por essa razão os Bakairi se sentem responsáveis pelos seus próprios infortúnios que, segundo o seu modo singular de pensar, resultam de infrações por eles mesmos cometidas (BARROS, 1997, p. 76).

A vida dos Kurâ – termo que traduz a idéia de saúde e ordem – depende de uma interação equilibrada dessas almas [*kâgâdopyry*], que conforma uma unidade, com outras componentes fundamentais: *yunu*, o sangue, que advém da *ekuru* da reprodução e que é posteriormente obtido por meio dos alimentos. (BARROS, 2003, p. 263-264)

Dizem os Bakairi que “antigamente” os xamãs “benziam” os animais abatidos, antes de serem esquartejados e preparados para neutralizar quaisquer forças que contra eles pudessem se voltar.

Hoje, na vida cotidiana, isso não é mais observado e as suas atividades se voltam para a cura do que para a prevenção. (BARROS, 2003, p. 191).

Tradicionalmente o itinerário terapêutico Bakairi inicia-se na família e termina no xamã que é:

(...) o grande especialista da saúde indígena. Só ele, herdeiro de saberes profundos de seus antepassados, submetido a severas reclusões por anos e anos, inclusive as sexuais e alimentares, a tratamento específicos com plantas medicinais para desenvolver a sua sensibilidade visual e auditiva, orientado pelos grandes mestres xamãs, é que tinham condições de distinguir as causas da enfermidade: (1) contato com os iamyra; 2) não observação de regras associadas a períodos de reclusão; 3) vingança de entidades tutoras de espécies animais, pelo desregramento na caçada ou na pescaria; 4) perda de uma das “almas”, sobretudo as das extremidades dos membros, por gestos bruscos; 5) vingança de entidades tutoras das matas; 6) contato com entidades sobrenaturais dos rios; 7) quebra da regra de evitação dos afins, sobretudo dos sogros; 8) feitiços, dentre outras causas. (BARROS, 2002, p.179)

Atualmente, os Kurâ-Bakairi possuem dois xamãs, que já estão idosos. Um deles mora na aldeia *Kaiahoalo* e o outro na aldeia *Aturua*. Além deles, há apenas um Bakairi sendo preparado para exercer essa função, também na aldeia *Aturua*. Essa situação, de falta de xamã, tem dificultado a obediência aos itinerários terapêuticos Bakairi, mas mesmo com dificuldades de deslocamentos eles têm feito suas consultas com os xamã principalmente se for detectado que o caso é de “doença de índio”.

Os xamã e os feiticeiros são pessoas investidas de muita autoridade na sociedade Bakairi, e os primeiros são reconhecidos e nomeados por todos, enquanto que aos feiticeiros, nunca se sabe ao certo quem sejam.

2.1 PONTUANDO A HISTÓRIA DO CONTATO – BAKAIRI “ORIENTAIS”

O contato dos Kurâ-Bakairi com a sociedade envolvente é repleto de violência simbólica, física e psíquica. Este povo teve que realizar uma saga para não

serem extintos ou absorvidos pelo total êxito das políticas etnocidas do Estado brasileiro.

A história dos Bakairi é marcada pela diáspora resultante de um processo de dispersão em várias direções, a partir do seu berço mítico: *Sawâpa*, um Salto, localizado pouco abaixo da confluência do rio Verde com o Paranatinga, que de tempos em tempos visitam. (BARROS, 1997, p. 40).

Para compreender as estratégias desenvolvidas pelos Kurâ-Bakairi de hoje, é necessário compreender a sua tendência estrutural à fissão, bem como a história de seu contato com a sociedade envolvente. Explica Barros:

Devido à sua tendência estrutural à fissão e pressões dos Kayabí, migraram em diferentes direções. Uma parcela alcançou as cabeceiras do Arinos. Outra deslocou-se para o alto Paranatinga. A terceira, que era a maior parte, tomou o rumo do Alto Xingu, perdendo o contato com as outras duas. Os Bakairi das duas primeiras parcelas passaram a ser conhecidos como “mansos” e “independentes”. Posteriormente Karl von den Steinen viria denominá-los “ocidentais”, reservando o qualificativo de “orientais” aos do Alto Xingu. Estes permaneceram desconhecidos, assim como os demais povos do alto-xinguanos, até 1884-1887. (BARROS, 2002 p.46)

Steinen verificou profundas diferenças entre os Bakairi “mansos” ou “ocidentais” e os que viviam no Alto Xingu os chamados por ele de “orientais”. Os que viviam no Alto Xingu ainda não haviam tido contato com a sociedade nacional. Utilizavam o machado de pedra e mantinham relação com os outros povos alto-xinguanos, enquanto os “mansos” desde o século XVIII estavam em contato com os colonizadores.

A expedição de Steinen teve uma repercussão terrível para os Bakairi orientais, já que significou sofrimento e prenúncio de morte, marcado pela violência:

Os descendentes dos Bakairi alto-xinguanos trazem vivos em sua memória os conteúdos das narrativas feitas por seus “avós”. Dizem que com a chegada de Steinen e sua equipe, todos foram tomados de um sentimento de medo, de horror, razão pela qual a maioria se refugiou nas matas. Nem todos voltaram para as suas residências durante a presença desses alienígenas. [...] Todavia, outros retornaram ao perceber que o pior não acontecia e que havia entre

ao *Karaiwa*, gente cuja língua podiam entender. Tratava-se dos Bakairi do Paranatinga que foram intérpretes, guias, remadores, construtores das canoas de casca de jatobá. [...] Após a passagem de Steinen, estabeleceu-se o “pomo da discórdia”, pois nem todos tiveram acesso igual aos bens introduzidos. Com os exploradores vieram o “catarrão” (tuberculose) e outras doenças. E como essas expedições haviam sido assessoradas por Bakairi, os demais povos alto-xinguanos passaram a acusá-los de feitiçaria. (BARROS, 2003, p. 76-77)

A partir da primeira expedição de Steinen o contato entre estes dois grupos foi intensificado. Os Bakairi do Paranatinga estiveram em 1886 visitando os Bakairi do Alto Xingu e a partir de então os dois grupos passaram a manter relacionamentos. Os do Alto Xingu, tinham entre outros o objetivos obter os bens que não produziam: machado de ferro e mudas de cana de açúcar.

Pressionados pelos outros povos alto-xinguanos, acusados de feitiçaria e atraídos pelos utensílios e produtos dos Bakairi do Paranatinga, estavam susceptíveis a se mudarem para o Paranatinga.

Em 1890, José Confúcio Pereira, diretor dos Bakairi do Paranatinga foi nomeado diretor também dos Bakairi do Alto Xingu pela Diretoria Geral dos Índios, que tinha por objetivo de atraí-los para catequizá-los e inseri-los na pecuária e na agricultura, como também para servir de mão de obra para a indústria da borracha.

Em 1920 foi criado o Posto Indígena e realizada a primeira demarcação da Terra Indígena Bakairi. [...] Iniciou-se para eles um novo tempo em que passaram a conhecer o trabalho compulsório, a perda do direito de ir e vir e de exercer o seu modo particular de vida. (BARROS, 2002 p.72)

Em 1923 chegou a derradeira leva de Bakairi do Alto Xingu. Sob a alegação de melhorar as ações de saúde e educação, os agentes do Serviço de Proteção aos Índios (SPI) promoveu a mudança de todos que viviam dispersos em vários grupos locais para as proximidades do Posto, onde fundaram um único aldeamento. “Segundo os informantes Bakairí, eles aceitaram isso somente porque todos estavam muito doentes, com febre ‘palustre’, sarampo e outras enfermidades que causaram muitas mortes”. (BARROS, 2002, P.75)

Neste período que foi introduzido o padrão linear das casas, isto é: “[...] casas, formando ruas, em lotes definidos (25 metros de frente), obedecendo uma planta (5 x 5 metros, 03 peças)” (BARROS apud Votório, 2002 p.75).

Os Bakairi até então viviam em “grandes casas comunais de forma oval de que fala Steinen ou mesmo à moda regional, ocupadas por famílias que mantinham juntas as mulheres ligadas por consangüinidade, assim deixaram de existir” (BARROS, 2002 p.75).

Os Bakairi foram sendo oprimidos pela política do SPI, que operava um processo violento de desagregação da estrutura social, bem como a perda compulsória de direitos, levando este povo ao desespero e não vendo outra saída decidiram pela estratégia da autodestruição.

Desesperados, esses Bakairi optaram pela autodestruição, abortando os filhos gerados e o infanticídio, exacerbando assim práticas antes apenas voltadas para o controle demográfico. Para evitar isso, os servidores do S.P.I. estabeleceram um programa de "incentivos" à manutenção da vida dos fetos e das crianças recém-nascidas, além de assistência às gestantes e parturientes. Para cada criança que nascia, doava-se aos pais uma novilha; a cada aniversário, até que completassem cinco anos, outra novilha e, a partir da posse de dez novilhas, um animal de montaria. No entanto, estabeleceu-se, como regra, que esses animais não poderiam ser consumidos ou vendidos, permanecendo, todos eles, sob o controle do Posto. (BARROS, 2002 p. 77-78)

As crianças, uniformizadas, estudavam na escola e, quando desobedeciam à ordem imposta, eram obrigadas a arrancar ervas daninhas espinhosas, de raízes fortes, com as próprias mãos, que sangravam. Tive notícias de que aí teria existido um tipo de "pelourinho" ("tronco") para aplicação de castigos aos adultos. Estes, e mesmo as crianças, eram trancafiados em quartos escuros, sozinhos. Esses requintados métodos "corretivos", eram muito mais terríveis do que aparentam ser: os Bakairi têm horror de permanecerem sós, principalmente no escuro, onde, além de tudo, preferem ficar os *kadopy*, os *iamyra* e outros seres sobrenaturais, fontes de doenças e de morte eminente. (BARROS, 2002 p.77)

Nas décadas de 60 e 70 o processo econômico provocado pela Modernização Conservadora teve grande impacto para Mato Grosso, principalmente porque foi pensado como novo território a ser incorporado ao capitalismo. Nesse período o governo militar realizou uma série de investimentos no Estado e na cidade de

Cuiabá. A Amazônia surge como fronteira a ser integrada à nação, servindo de válvula de escape social à questão agrária brasileira. A produção desse espaço geográfico como paraíso foi realizada pelo governo federal brasileiro e pelas colonizadoras com o objetivo de motivar os pequenos agricultores a migrarem para a região.

A concessão de grandes áreas de terras e incentivos fiscais a empresários para investimentos em projetos agropecuários, agroindustriais, de mineração, e de colonização, como também a construção das rodovias Transamazônica e Santarém–Cuiabá foram estratégias utilizadas pelo Estado para provocar e direcionar esse processo de ocupação. Segundo Regina Beatriz Guimarães Neto:

O direcionamento por parte do governo em orientar os fluxos migratórios para as novas áreas de povoamento favoreceria o “esvaziamento” dos conflitos sociais nas regiões sudeste e nordeste do Brasil. Ou seja, no nível do discurso oficial os problemas sociais ocasionados pela disputa política no campo encontram-se relacionados com a concentração de pequenos produtores rurais em determinadas áreas do país. Nada mais natural que o governo apresentasse um plano de “reajuste demográfico” nacional a fim de aliviar as tensões sociais. Contudo, a produção desse discurso aparece associada a uma prática militarizada, em que os órgãos estatais – aparelhados com os instrumentos da violência – reorganizam-se para desmobilizar politicamente os trabalhadores rurais, concentrar enormes parcelas de terra nas mãos da iniciativa privada e controlar os fluxos migratórios, estimulando a “colonização” dirigida. Tais práticas resultarão em uma contra-reforma agrária no Brasil, segundo as palavras de Octávio Ianni. É no âmbito desse processo que se deve contextualizar a violência contra os seringueiros, os grupos de posseiros, e os demais segmentos camponeses, configurando uma experiência histórica de lutas étnicas e sociais, engendrada no contexto político de um sistema agrário repressivo. (NETO, 2003, p.3)

O afinamento das colonizadoras com o Plano de Integração Nacional (PIN) e com a política de segurança nacional fazia com que os discursos e representações sobre o migrante no espaço amazônico extrapolassem o empreendedorismo pioneiro na idéia patriótica de defensores da pátria, de novos bandeirantes integrando “o espaço vazio” amazônico, entre aspas porque repleto de populações indígenas e caboclas, à nação brasileira. Como todos os povos indígenas de Mato Grosso, os

Bakairi sofreram as conseqüência do processo de ocupação e crescimento econômico, pois com:

A pesca predatória, o uso indevido do mercúrio nos garimpos, os agrotóxicos, os corretivos de solo nas lavouras mecanizadas e as queimadas nos campos de pastagem naturais vêm destruindo e limitando de forma crítica as fontes alimentares. Cada vez mais os Bakairi vêm dependendo da agricultura, dada a escassez do peixe e da caça. (BARROS, 2003, p.51)

Na década de 80, as Terras Indígenas Bakairi e Santana foram incluídas na região de influência da BR-364, passaram a contar com recursos do Banco Mundial do Programa Integrado de Desenvolvimento do Noroeste do Brasil (POLONOROESTE). Houve na Terra Indígena Bakairi, um processo de múltiplas fissões, causadas pela distribuição desigual desses recursos.

Na Terra Indígena Bakairi registra-se um movimento de reordenação sócio-espacial ímpar. Em função da distribuição desigual dos bens introduzidos com os recursos do POLONOROESTE (agricultura mecanizada, tratores e implementos, caminhões, etc.), do crescimento populacional e das experiências acumuladas, os habitantes do único aldeamento implantado em 1942, dispersaram-se. A partir de um processo de múltiplas fissões, ocorrido entre os anos de 1982 e 1986, foram fundados os demais estabelecimentos nela hoje existentes, que somam sete. Chefes de Posto foram expulsos e eles mesmos passaram a assumir os cargos públicos lá existentes, inclusive essa chefia. (BARROS, 2002 p.82).

Atualmente, a Terra Indígena Bakairi é constituída dos seguintes grupos locais: *Pakuera*, *Aturua*, *Painkum*, *Painkun Átuby* (Cabeceira do Azul), *Kainhoalo*, *Paxola* ou Alto Ramalho e *Sawâpa*, resultantes das múltiplas fissões ocorridas na década de 80.

3 SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

3.1 A CONSTITUIÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE INDÍGENA

Historicamente, a saúde indígena em nosso país vem sendo negligenciada pelo poder público, pois:

Durante o longo período que abrange desde o início da colonização portuguesa até a metade do século passado, não se registram políticas públicas voltadas para o atendimento à saúde da população indígena, sobretudo, seja pela Diretoria Geral dos Índios do Império (...) seja pelo Serviço Nacional de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais [SPILTN], instituído em 1910 (BARROS, 2002, p. 155)

O Serviço de Proteção aos Índios era vinculado ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio (MAIC) que, segundo Lima (apud MARQUES, 2003, p. 23), era um órgão com a finalidade de implantar, gerir e reproduzir o poder de Estado com suas técnicas (práticas administrativas), principalmente normas e leis constituídas e constituintes de um modo de governo sobre o que seria denominado de índio (ou seu plural, índios) status que se engendra e transforma ao engendrará-los. Antes desse período, o que se tem são relatos de missionários e de médicos expedicionários.

Em 1942 o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN) foi reestruturado, passando a se chamar Serviço de Proteção aos Índios (SPI) e tinha como objetivo o controle das fronteiras e sertões, a educação indígena, com ênfase na preservação, conservação e desenvolvimento do patrimônio indígena (terras e recursos naturais de posse dos índios) de modo a assegurar a emancipação econômica das sociedades indígenas. A prática assistencial prestada aos índios se mantinha quase inalterada e os índios continuavam morrendo de doenças evitáveis.

Na década de 50 Noel Nutels criou o Serviço de Unidade Sanitárias Aéreas (SUSA) no Ministério da Saúde e tinha por objetivo levar as ações básicas de saúde à população rural, tendo como foco o tratamento da tuberculose bem como atividades

de vacinação e atendimento odontológico (BARROS, 2002). Esses serviços foram estendidos aos índios.

Em 1967 o SPI deixa de existir em meio a denúncias e investigações de maus tratos as populações indígenas. Ironicamente, a última coisa que essa instituição fazia era proteger o índio. O Ministro do Interior nomeou uma comissão que em seu relatório registra “inúmeras atrocidades, inclusive a introdução deliberada de varíola, tuberculose e sarampo entre os indígenas” (DAVIS apud BARROS, 2004, p.3).

Com a extinção do SPI foi nomeada uma comissão para propor a estrutura de um órgão para substituí-lo. Desta participaram antropólogos, indigenistas e profissionais do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas e, a partir de suas propostas implantou-se a Fundação Nacional de Índio, em 1967 (BARROS, 2004, p.11), com o objetivo de engendrar uma nova política para os povos indígenas remanescentes em resposta às críticas de “genocídio étnico”.

Os profissionais dos Serviços de Unidades Sanitárias Aéreas propuseram a criação de uma Divisão de saúde e de Equipes Volantes de Saúde (EVS) em cada uma das Delegacias Regionais do órgão tutor. As Unidades de Atendimento Especial (UAE) a partir de 1968, passaram a realizar o planejamento e à supervisão do atendimento exclusivo à tuberculose na área indígena sob a responsabilidade da Unidade de Atenção Especial.

Cabe ressaltar que a partir de 1969 todos os cargos importantes da FUNAI foram ocupados por militares e:

(...) esse órgão tornou-se um agente da política desenvolvimentista de integração nacional, orientado pela idéia de que os povos constituíam obstáculos a serem enfrentados e as terras por eles ocupadas, objeto de conquista e ocupação violenta. (BARROS, 2004, p.11)

Os membros das EVS realizavam viagens esporádicas às Terras Indígenas prestando assistência médica básica. Os casos mais graves eram encaminhados para os hospitais, já que as “Casas do Índio” não possuíam infra-estrutura para os serviços médicos e de enfermagem.

Os recursos do Setor Saúde de FUNAI eram quase que totalmente consumidos pela remoção dos doentes das áreas indígenas e o pagamento dos serviços médicos em hospitais das cidades.

O trabalho da EVS dependia de uma articulação com equipes de saúde a nível local e/ou regional que possibilitasse um fluxo de referência e contra-referência permanente, coisa que não aconteceu. O médico e antropólogo Istvan Vargas critica este modelo de atenção à saúde:

A política tutelar centralizadora adotada resultou em um modelo de atenção estritamente “volante”, emergencial e assistencialista, de resolutividade logisticamente limitada, sem articulação com o sistema de saúde a nível de estado e municípios. Tal modelo autoritário, não abriu espaço para uma “discussão sobre a coexistência e as perspectivas de integração com as práticas culturais de saúde dos grupos assistidos.”(VARGAS & ADORNO apud BARROS, 2004, p.5).

O que já se reivindicava neste período era um modelo de assistência à saúde para as populações indígenas que atendessem as suas especificidades culturais.

3.2 O SUS E A CONSTRUÇÃO DO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA

A década de 80 foi marcada por uma grande efervescência social, com a articulação de vários movimentos políticos e culturais objetivando conquistas e assegurando direitos de cidadania. Dentre eles destaca-se o movimento sanitário, protagonista nas lutas por direitos à saúde para todos e com igualdade de acesso. Esse Movimento foi formado por intelectuais, trabalhadores da área da saúde e políticos opositores do regime vigente. Uma das propostas deste movimento era a construção de um sistema integrado de assistência à saúde, descentralizado e de cobertura universal.

Esse movimento alicerçou propostas para a constituinte que causaram mudanças fundamentais para a política de saúde no país, concretizadas na Constituição de 1988. A partir desse marco, iniciou-se todo um processo de mudanças conceituais e operacionais na política de saúde brasileira, objetivando

conquistas e assegurando direitos de cidadania e a questão da atenção à saúde indígena entrou na agenda da reforma sanitária.

Durante a “VIII Conferência Nacional de Saúde” realizada em 1986, foi aprovada a “I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio” - (I CNPSI), que consolidou dois princípios gerais: o primeiro, a necessidade urgente da implantação de um subsistema específico, com a criação de uma agência que ficasse responsável pela saúde indígena vinculada ao SUS; e o segundo, foi o respeito às especificidades culturais e práticas tradicionais de cada povo, recomendando ainda o acompanhamento nos programas de saúde e a participação das comunidades no planejamento dos serviços. No seu Relatório Final registra-se que a atenção à saúde para os povos indígenas deverá ser de responsabilidade de um único órgão, vinculado institucionalmente ao Ministério da Saúde, de modo a integrar o sistema específico de saúde para os indígenas ao Sistema Nacional de Saúde.

Em 1988, o texto da Constituição Brasileira, em seu art. 231, reconheceu, pela primeira vez, “aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer todos os seus bens”.

A argumentação da necessidade de um modelo de atenção específica, segundo Langdon, deve-se a “fatores como a marginalização, a perda do território, mudanças ambientais, a conseguinte perda das técnicas tradicionais de subsistência, e a exploração por parte da sociedade envolvente contribuem para uma situação de saúde muito precária”³ (LANGDON, 2000, p. 113), bem como para a prevalência doenças endêmicas, desnutrição, alcoolismo e precária saúde bucal.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 1991, por meio da resolução 11 de 13/11/1991, criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI) com a atribuição principal de assessorá-lo na elaboração de princípios e diretrizes de política governamental no campo da saúde indígena.

Na IX Conferência Nacional de Saúde em 1992, foi definida no SUS a atenção integral à saúde dos indígenas, considerando seus sistemas tradicionais de cura, por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), diretamente

³Tradução livre.

vinculados ao Ministério da Saúde, administrados pelos Conselhos Indígenas de Saúde. Nessa conferência foi recomendada a realização da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI) realizada em 1993, que contou, pela primeira vez, com a participação paritária de delegados indígenas e não indígenas que definiram as diretrizes e princípios que deveriam nortear a política indigenista de saúde. Uma das diretrizes foi que os DSEI seriam formados com base em projetos elaborados junto às comunidades sob supervisão do Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena (NISI), que era composto por representantes dos órgãos governamentais e não governamentais, missões religiosas, representantes dos povos indígenas e consultores técnicos. Os DSEI ficariam sob a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FNS) que através de sua política implementaria dois modelos diferenciados: (1) uma coordenação regional da FUNASA atuando como ordenadora de despesas, e (2) a FUNASA (nível central) realizaria convênios com Organizações Indígenas e Organizações Não Indígenas para implementar as ações de saúde.

Um marco importante no processo de institucionalização do subsistema de atenção à saúde indígena foi a Resolução nº. 57 de 6 de maio de 1993, do Ministério da Saúde, reconhecendo os NISIs. A assistência à saúde indígena passou a ser subsistema do SUS, que deveria estar subordinado administrativa e operacionalmente ao Ministério da Saúde.

Mediante a Medida Provisória nº. 1.911-8, aprovada em 29 de julho de 1999, foram transferidos da FUNAI para FUNASA os recursos destinados às atividades de assistência a saúde indígena. Em 27 de agosto do mesmo ano foi publicado o Decreto Presidencial nº. 3.156, em que foram definidas as diretrizes para a prestação de assistência à saúde aos povos indígenas, no âmbito do SUS, pelo Ministério da Saúde. Por meio de Decreto, o governo federal assumiu ser a atenção à saúde indígena dever da União, a ser prestada de acordo com a Constituição e com a Lei nº. 8.080, objetivando a universalidade e a equanimidade na prestação de serviços de saúde aos povos indígenas. Finalmente em 23 de setembro de 1999 foi sancionada a Lei nº. 9.836, que acrescentou dispositivos a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que definiu a política nacional de saúde indígena. A Lei nº. 9.836 (Lei Arouca) dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a

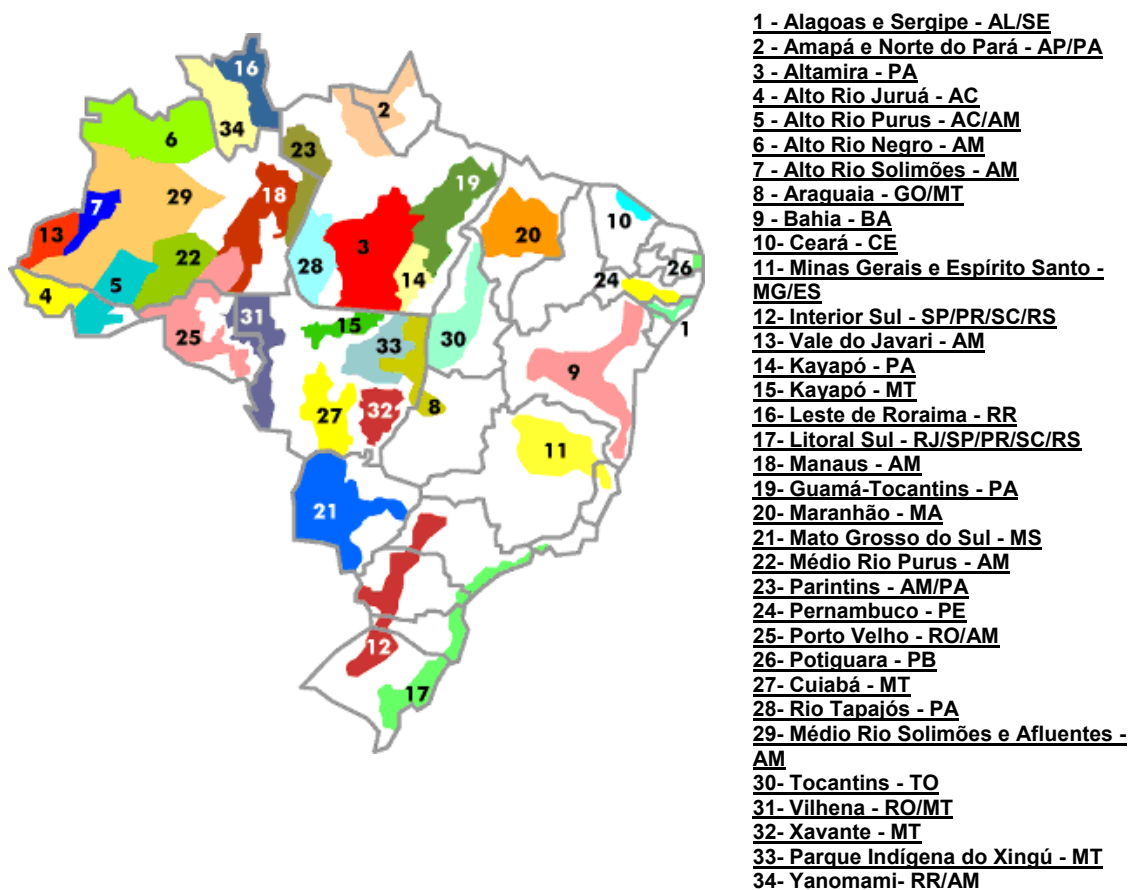
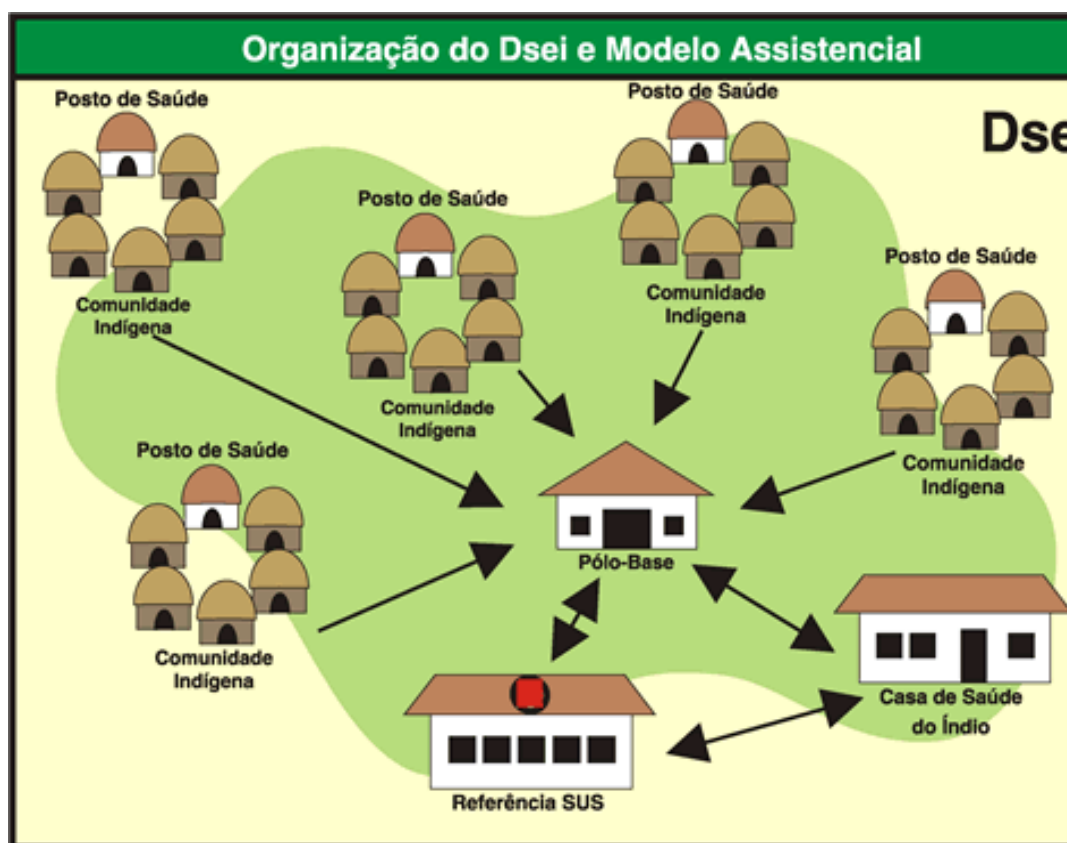


Figura 3 – Mapa dos DSEIs no Brasil. Forte: BARROS, 2004, p. 8

organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tendo como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

Em 2001 foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Indígena (III CNSI) que teve o objetivo de analisar os obstáculos e avanços na implementação dos DSEIs no âmbito do SUS, bem como propor diretrizes e caminhos para efetivar o acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde indígena com efetivo controle social. Os principais temas gerados em torno da avaliação da implantação dos DSEIs foram: o respeito às especificidades culturais indígenas na atenção à saúde, a formação de recursos humanos indígenas, o controle social questões relativas à segurança alimentar e auto-sustentabilidade. Finalmente, após aproximadamente cinco anos da Portaria do Ministério da Saúde nº. 254 de 31 de janeiro de 2002, a Política de Atenção à saúde Indígena foi aprovada, reafirmando sua implementação através dos DSEIs, já implantados.

Na estrutura do Distrito, as Casas de Saúde do Índio (CASAI), estão localizadas nos municípios de referência e em algumas capitais, como no caso do DSEI-Cuiabá, e serve para facilitar o acesso da população indígena ao atendimento secundária e /ou terciário e de apoio entre a aldeia e a rede de serviços do SUS, mas não executam ações médicas assistenciais.



A III Conferência Nacional de Saúde Indígena preconiza que:

Cada povo indígena tem suas próprias concepções, valores e formas próprias de vivenciar a saúde e a doença, As ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde devem considerar esses aspectos, ressaltando os contextos e o impacto da relação de contato interétnico vivido por cada povo” (III Conferência Nacional de Saúde Indígena, 2001)

É necessário que se analise a prática da equipe multiprofissional em relação ao que a Conferência havia preconizado.

Esse contexto plural, com uma multiplicidade de interesses conflitantes decorrentes das mudanças conceituais em curso na sociedade brasileira, traz para a saúde indígena os princípios sanitaristas da unicidade do sistema. Universalidade, qualidade e descentralização são somadas aos princípios indigenistas da autodeterminação, multiculturalismo e relativismo cultural (Constituição Federal Brasileira, 1988).

Atualmente, a questão indígena passa por discussões sobre as diferenças sócio-culturais presentes na intervenção da medicina ocidental em detrimento das práticas do itinerário terapêutico indígena. Há uma enorme necessidade de se aprofundar, no campo da saúde coletiva, o estudo sobre as representações sociais desses dois saberes. Segundo MINAYO (2004) as representações servem para revelar o movimento intrínseco do conhecimento e da experiência. É neste contexto que se situa a Saúde Indígena no campo da Saúde Coletiva, através da análise das estratégias políticas que foram engendradas nesse campo, mais especificamente a formação dos auxiliares de enfermagem indígena em Mato Grosso.

3.3 O PROJETO XAMÃ: UMA DESCRIÇÃO

A I Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 1986, e outros fóruns de discussão, foi cenário de debates, sobretudo no que se refere ao perfil e atribuição do Agente Indígena de Saúde – AIS, buscando formas para a sua qualificação profissional, pois:

Na prática esses AIS vem desenvolvendo junto às suas comunidades ações muito complexas, sem o devido preparo técnico específico, configurando-se como categoria sem identidade profissional e inserido de forma distorcida à margem do Sistema Oficial de Saúde.”(Relatório Projeto Xamã, 1998, p.5).

O Relatório Final da II Conferência Nacional para os Povos Indígenas, realizada em 1993, propõe os princípios e diretrizes para a capacitação dos agentes indígenas de saúde. Essa discussão foi ampliada em uma série de oficinas de trabalho

específicas, ocorridas em 1996 e consolidadas no documento Formação de Agentes de Saúde – Propostas e Diretrizes (MS/FNS/COSAI-junho 1996).

Enquanto na década de 90 a discussão nas Conferências era capacitar os Agentes de Saúde, a discussão em Mato Grosso era outra, pois os indígenas já eram Agentes de Saúde e reivindicavam o direito de serem capacitados profissionalmente, terem uma identidade profissional, serem contratados pelas prefeituras, poderem participar de concursos com um diploma reconhecido pelo MEC e pelo Conselho de Enfermagem. Em resposta a essas reivindicações, surgiu, em Mato Grosso, o Projeto Xamã.

3.3.1 NAS TRILHAS DO PROJETO XAMÃ

Antes do Projeto Xamã houve uma proposta que tratava da formação de Auxiliares Indígenas de Saúde. Esses profissionais deveriam atuar de forma interligada aos Agentes Indígenas de Saúde e demais profissionais do sistema local de saúde. Segundo a coordenadora do Projeto Xamã, Maria da Graça Figueiredo, essa proposta caiu por terra devido a grande defasagem escolar, já que se propunha uma formação ao nível de II grau e os indígenas não tinham a escolaridade indicada pelo projeto. Então se iniciou outra proposta, a do Projeto Xamã que formaria Auxiliares de Enfermagem com nível de I grau, mais compatível com a realidade da escolarização dos Agentes Indígenas de Saúde.

O Projeto Xamã foi inspirado pelo Projeto Larga Escala proposto por Izabel Santos⁴ que teve como objetivo proporcionar a inclusão de milhares de trabalhadores, garantindo-lhes as condições de exercerem uma profissão na qual já trabalhavam como leigos.

Esta proposta foi construída sobre alguns pilares essenciais: uma nova concepção de escola orientada para o sujeito, utilizando metodologias participativas no processo ensino-aprendizagem, a

⁴ Izabel Santos é enfermeira tem participado, ao longo de sua vida, de inúmeros projetos e programas de formação dos profissionais de saúde, dentre os quais podemos destacar o Projeto Escala, o Projeto Larga Escala e o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área Enfermagem (Profae).

partir da problematização; o trabalho como eixo do processo educativo, rompendo a dicotomia das disciplinas e do aprendizado para algo ou sobre algo; e um processo de formação de formadores que ousava desfazer e ‘re-fazer’ os conteúdos cristalizados e preconcebidos das chamadas licenciaturas, tornando possível um ‘reconhecimento’ do agente ao aluno, por princípios, trabalhadores com déficits em sua formação por falta de oportunidades e pelas condições de vida. (Sório, 2004, p.11)

O Projeto Xamã também fez uso da mesma argumentação do Projeto Larga Escala, pois se tratava de situações semelhantes já que os indígenas em sua grande maioria já eram Agentes de Saúde Indígena – AIS, e já estavam trabalhando junto às equipes de saúde nas aldeias, mas não tinham formação profissional para desenvolverem as funções de auxiliar de enfermagem.

Há uma enorme diferença entre capacitar e formar. Segundo o dicionário Aurélio capacitar significa “tornar capaz; habilitar”. É formar segundo o dicionário Aurélio é a “maneira porque se constitui uma mentalidade, um caráter, ou um conhecimento profissional”.

A partir das reivindicações já citadas, feitas no ano de 1996, foram realizadas várias reuniões entre a Secretaria de Estado de Saúde, Secretaria de Estado de Educação, Fundação Nacional de Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso, Universidade Federal de São Paulo, ONGs e Lideranças Indígenas objetivando concretizar as reivindicações. No ano de 1997, ocorreu um encontro de Agentes de Saúde Indígena cujas discussões foram centradas na escolarização, capacitação profissional, e na busca de recursos para se realizar uma formação profissional. A partir desse encontro, procuraram formas de financiamento para o curso de Auxiliar de Enfermagem. Através da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – SES/MT foram conseguidos recursos com o Programa de Desenvolvimento Agroambiental (PRODEAGRO), em parceria com a FUNAI, com o Programa Nacional de Desenvolvimento (PNUD), Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM) - Unidade de Saúde e Meio Ambiente, Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), Universidade Federal de Mato-Grosso, Coordenadoria de Assuntos Indígenas do Estado de Mato-Grosso (CAIEMT) e Secretaria de Estado de Educação (SEDUC).

A organização do curso de formação em Auxiliar de Enfermagem – Projeto Xamã foi conduzida pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso através da Escola Pública de Saúde de Mato Grosso e teve os seguintes objetivos: 1) profissionalizar 120 Auxiliares de Enfermagem Indígena de 26 etnias do Estado de Mato Grosso; 2) capacitar os alunos para intervir política e administrativamente no processo de implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas; 3) implementar o processo de melhoria de qualidade dos serviços desempenhados pelos alunos. A formação iniciou-se em janeiro de 1998 e foi concluída em 2000, com formatura em 2001 (fotos no anexo n. 05).

O curso inicialmente foi previsto para 18 meses em 4 etapas, mas quando foi encaminhado o processo para autorização junto ao Conselho Estadual de Educação, este apontou a necessidade de rever a Legislação pertinente ao exercício profissional do Auxiliar de Enfermagem, referente aos critérios de seleção e inclusão dos alunos, que apontavam para a necessidade de terem o 1º grau para atuarem como auxiliar. Mediante esse critério, a equipe do Projeto Xamã reuniu-se com a equipe de Educação Escolar Indígena da Secretaria de Estado de Educação de Mato Grosso – SEDUC-MT, e elaboraram uma proposta de escolarização desses alunos, concomitante ao curso profissionalizante. Para tanto foram acrescentados mais 3 módulos, ficando o curso com 7 módulos e com duração de 36 meses.

O Projeto abrangeu cinco regiões: região de Tangará da Serra com trinta (30) alunos das etnias Irántxe, Paresí, Umutína, Nambikwára, Mundurukú, Kayabí, Arára, Cinta-Larga, Rikbaktsa, Apiaká; região do Xingu dezessete (17) alunos das etnias Juruna, Kayabí, Suyá, Mehinákú, Waurá, Kuikúru, Kamayurá, Txikão, Aweti, Matipú, Kalapálo, Nahukwá, Trumái, Kayabí, Tapayúna; região de São Félix do Araguaia com vinte (20) alunos das etnias Tapirapé e Karajá; região de Rondonópolis com vinte e três (23) alunos das etnias Bakairi e Bororo e região de Barra do Garças com trinta (30) alunos de etnia Xavante.

Quadro 1 – Distribuição dos alunos do Projeto Xamã, por etnias

REGIÃO	Nº de Alunos	Etnias	População aproximada
Tangará da Serra	30	Irántxe, Paresí, Umutína, Nambikwára, Mundurukú, Kayabí, Arára, Cinta-Larga, Rikbaktsá, Apiaká.	2.621
Xingu	17	Juruna, Kayabí, Suyá, Mehinákú, Waurá, Kuikúru, Kamayurá, Txikão, Aweti, Matipú, Kalapálo, Nahukwá, Trumái, Kayabí, Tapayúna.	4.700
Araguaia	20	Tapirapé, Karajá	2000
Rondonópolis	23	Boróro, Bakairi	1.600
Barra do Garças Nova Xavantina	30	Xavánte	8.000
Total	120	30 etnias	18.921

Fonte: Proposta de ampliação do curso de formação em Auxiliar de Enfermagem para Indígenas, 1999/2000.

OBS. Etnônimos escritos conforme o livro Línguas Brasileiras – Para o conhecimento das línguas indígenas de Aryon Dall'Igna Rodrigues. São Paulo, Edições Loyola, 1986.

3.3.2 ESTRUTURA DO CURSO

O curso foi estruturado através da Metodologia Problematicadora. Inicialmente o projeto Xamã foi estabelecido em 4 Etapas e 4 módulos, organizados através da seguinte estrutura:

- Oficina de planejamento e capacitação: período onde os instrutores e a coordenação avaliavam e planejavam as etapas de concentração;
- Etapa de concentração: teve o objetivo de reunir alunos de diversas etnias nas respectivas regiões (Barra do Garças, Nova Xavantina, Araguaia, Rondonópolis e Xingu) para trabalharem os conteúdos técnico-científicos necessários a sua profissionalização. Concomitantemente a estes conteúdos foram trabalhadas as disciplinas do ensino fundamental – núcleo comum - (Português, Matemática, Estudos Sociais e Ciências). (Fotos no anexo n. 06).
- Etapa de dispersão: nesta etapa, os alunos utilizaram na prática os conhecimentos técnico-científicos tratados durante a etapa de concentração, sendo supervisionados por enfermeiros em suas próprias aldeias; concomitantes a esses conteúdos foram trabalhadas as disciplinas do ensino

fundamental através de trabalhos escolares – núcleo comum – (Português, Matemática, Estudos Sociais e Ciências). (fotos no anexo n. 07).

Devido a necessidade de escolarização dos alunos foi necessário compatibilizar a formação profissional com a suplência de 1º grau acrescentando mais 3 módulos aos já existentes, mesclados nas II ,III, e IV áreas:

Quadro 2 – Áreas, Conteúdos, Módulos e Núcleo Comum do Curso Auxiliar de Enfermagem Indígena

<i>ÁREAS</i>	<i>CONTEÚDOS</i>	<i>MÓDULOS</i>	<i>NÚCLEO COMUM</i>
Área I - Conhecendo a Família indígena/Promovendo a Troca de Experiências em Saúde	1 – O papel do Auxiliar de Enfermagem; 2 – Procedimentos de Enfermagem; 3 – Processo Saúde Doença; 4 – Saúde da Família; 5 – Saúde da Criança.	I	-
Área II - Rompendo a Cadeia de Transmissão das Doenças/Prevenindo o risco na Relação intercultural	1 – Saúde e Meio Ambiente; 2- Doenças não Transmissíveis 3 - Doenças Transmissíveis; 4 – Vetores – fonte de contaminação e transmissão das doenças; 5 – Identificar Causas e Controlar as Diarréias; 6 – Farmacologia; 7 – Medicamentos; 8 – Contaminação; 9 – Curativos; 10 – Administração de Medicamentos Via Oral e Parenteral; 11 – Infecções Respiratórias Agudas; 12 – Atendimento a uma criança com IRA – Infecção Respiratória Aguda; 13 – Vigilância Epidemiológica; 14 – Intervenção de Enfermagem nas Doenças Transmissíveis de Acordo com o Perfil Epidemiológico das Áreas Abrangentes; 15 – Sistema Imunológico; 16 – Esquema de Vacinação – Programa Nacional de vacinação; 17 – Doença de Transmissão pela Via - respiratória de Evolução Crônica – Tuberculose e Hanseníase; 18 – Doenças transmitidas por vetores – Dengue. Doenças de Chagas, Leishmania e Malária; 19 – Doenças Dermatológicas	II	-
		III	- Linguagem - Ciências Naturais

<i>ÁREAS</i>	<i>CONTEÚDOS</i>	<i>MÓDULOS</i>	<i>NÚCLEO COMUM</i>
Área III - Participando do Processo de Recuperação da Saúde, Identificando as Mudanças Provenientes da Relação Intercultural	1 – Mudanças Provenientes da Relação Intercultural; 2 – Doenças não Transmissíveis; 3 – Alteração de Evolução Crônica Relacionada com as Alterações Provenientes do Contato das Populações Indígenas com a Sociedade Envolvente; 4 – Anatomia e Fisiologia dos Aparelhos Circulatórios, Sistema Endócrino, Locomotor; 5 – Abordagem das Doenças de Evolução Crônica – Sinais e Sintomas; 6 – Assistência de Enfermagem á Doenças de Evolução Crônica; 7 – Funções Vitais para Manutenção da Vida; 8 – Atendimento à Emergência e Urgência; 9 – Insolação; 10- Intoxicação e Envenenamento; 11 – Dores Agudas; 12 – Corpos Estranhos; 13 – Picadas de Animais Peçonhentos; 14 – Afogamento; 15 – Alcoolismo.	IV	- Ciências Naturais - Linguagem - Ciências Sociais - Matemática
		V	- Linguagem - Ciências Sociais - Matemática
		VI	- Linguagem - Matemática - Ciências Sociais
Área IV -- Organizando e Desenvolvendo o Processo de Trabalho	1 – Política de Saúde Pública no Brasil; 2 – Política de Saúde Indígena; 3 – Conferências de Saúde Indígena; 4 – População e Capacidade Instalada; 5 – Planejamento Estratégico; 6 – Levantamento de Dados de Saúde; 7 – Diagnóstico de Saúde; 8 – Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI; 9 – Conceituar Distrito Sanitário como Processo Social; 10 – Área de Abrangência; 11- Territorialidade; 12 – Controle Social; 13 – Organização dos Serviços de Saúde; 14– Noções de Administração, Planejamento e vigilância à Saúde; 15 – Noções de epidemiologia, Estatística e Demografia; 16 – Sistema de Informação.	VII	- Matemática - Ciências Sociais

Fontes: Proposta de ampliação do curso de formação em Auxiliar de enfermagem para indígenas, 1999/2000 e Grade Curricular para o Curso de Formação de Auxiliar de Enfermagem Indígena.

OBS: Quadro organizado por Cláudia de Castro, 2007

O curso teve carga horária de 1440 horas distribuídas entre as etapas de concentração e dispersão, sendo:

Profissionalizante

800 horas – concentração

640 horas – dispersão

Total – 1440 horas

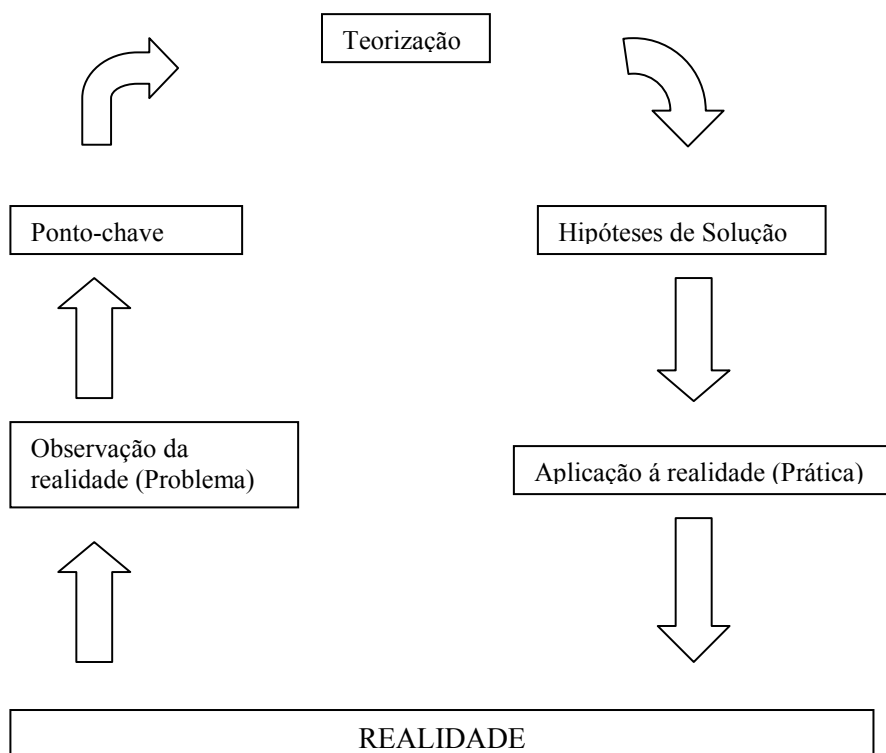
Núcleo Comum (Ensino Fundamental)

Ensino direto: 640 horas

Ensino indireto: 160 horas

Total – 800 horas

O Projeto Xamã utilizou a Metodologia da Problemática que segue as seguintes etapas: a primeira refere-se à observação da realidade, a partir desta observação destacam-se os problemas, identifica-se o ponto-chave sendo esta a segunda etapa. A terceira etapa constitui-se da teorização a partir da observação que se elaboram as hipóteses de solução – a quarta etapa. A quinta etapa constitui-se da aplicação à realidade. Como exemplo recorre-se ao “Método do Arco, a seguir:



Fonte: Figura 2 -“método do arco” de Charles Marquerez

Figura 7- Método do Arco Dr. Charles Marquerez

O que se observa nesse esquema é que existe um movimento constante entre observação da realidade, identificação dos problemas, teorização, elaboração de hipóteses para a solução dos problemas e aplicação à realidade, tendo em vista a transformação ou solução do problema identificado.

Segundo Souza (apud BERBEL, 1995) a Metodologia da Problemática, quando aplicada ao Projeto Larga Escala, de formação dos trabalhadores nos serviços de saúde, buscou:

viabilizar a interação entre o sujeito e objeto no ambiente de trabalho, considerando as formas de aprender do sujeito e recortes do objeto que permitam partir de seu referencial de prática e senso comum, para construir novos conhecimentos mais elaborados e específicos, de acordo com a habilitação profissional. O sujeito tem voz e constrói ativamente o seu conhecimento: o instrutor coloca-se como um coadjuvante que organiza o caminho e facilita exata construção (SOUZA et al, 1991, p. 33-34, apud BERBEL, 1995, p. 5)

3.3.3 ANÁLISE DO PROJETO XAMÃ

O Projeto Xamã, em seu discurso, buscou viabilizar a estratégia de ensino da Metodologia da Problemática no curso de Auxiliar de Enfermagem para Indígenas. Segundo Maria da Graça Figueiredo⁵, coordenadora do Projeto Xamã, houve uma capacitação pedagógica para habilitar os professores na metodologia da problematização. Afirma a coordenadora:

(...) Os professores capacitados que ficaram do começo ao fim a gente viu o progresso deles. Agora teve também uma alta rotatividade dos enfermeiros na área indígena, infelizmente é o que mais acontece. Mais ou menos, na 4ª etapa eram pouquíssimos os enfermeiros que estavam desde o começo. E quando passaram aos funcionários dos Distritos mais enfermeiras não tinham contato com esse tipo de formação. Nós tivemos que investir em cima fazendo oficinas pedagógicas antes dos módulos de concentração e dispersão também. E isso foi muito bom também. (Maria da Graça Figueiredo, entrevista, gravada e transcrita, 2003)⁶.

⁵ Maria da Graça Figueiredo foi a segunda coordenação do Projeto Xamã, assumindo-o em meados de 1998, sendo a primeira coordenadora Mercedes Séten.

⁶ Em: **A inserção da Saúde indígena no Estado de Mato Grosso: o projeto Xamã e a comissão especial indígena**. Trabalho de conclusão da disciplina Seminário Avançado em Saúde Indígena, do Programa de Mestrado e Doutorado em Saúde e Ambiente, do Instituto de Saúde Coletiva – UFMT.

Para a coordenadora, uma das dificuldades de implementação da metodologia da problematização foi a alta rotatividade das enfermeiras/professoras, bem como a formação tecnicista na qual foram formadas. Segundo depoimento:

Nós tivemos problemas seríssimos com enfermeiras. Nós somos formadas, somos tecnicistas, não acreditamos nesse negócio de construção do conhecimento dessa forma. Aí eles diziam, “Como é que pode ser Auxiliar desse jeito, sujos!” era uma coisa que assustava muito a maneira deles serem dentro da aldeia e comparavam com o Auxiliar todo vestido de branco dentro de um hospital. Aí era um choque e eles nos questionavam se nós não estávamos formando pseudamente, fazendo uma formação falsa, e eu dizia a elas, “É a mais verdadeira que tem, porque nós vamos sair, eles vão ficar e vão estar com mais conhecimento que os nossos Auxiliares, porque os nossos Auxiliares não são formados na realidade deles”, se você não tiver uma educação continuada acabou, agora, eles não, mesmo sem essa educação eles continuam crescendo, porque aprenderam a fazer as coisas na realidade deles. Não importa eles saberem UTI essas coisas se eles nunca vão entrar numa UTI. É interessante que eles vejam, mas isso não é um fator que vai danificar o processo de atendimento deles, não danifica. Nós tivemos também a questão da dispersão mesmo, porque anteriormente a FUNAI nos dava apoio, como a Fundação também, nos carros, no enfermeiro que era contratado propriamente para o Xamã, eram professores do Xamã antes dos Distritos. Já depois do surgimento dos Distritos, com toda aquela carga de uma assistência corrida, um assistencialismo mesmo, além deles não compreenderem que era um ensino-serviço, eles imaginavam que precisaria parar para que nós pudéssemos ensiná-los e a gente dizia que não, era só acompanhar esse processo de avaliação porque depois do próprio trabalho deles eles seriam avaliados. E isso pra eles era muito difícil porque não é uma prática normal, trabalhar e ensinar, nós não vemos isso juntos, nós vemos separados mesmo, ensinar é uma coisa, trabalhar é outra, e foi uma grande dificuldade nossa (Id. Ib.)

Um outro ponto importante além da formação tecnicista é o etnocentrismo na formação profissional, pois ao desqualificar os auxiliares de enfermagem indígena esses profissionais estão exteriorizando sua incapacidade de relativização cultural, bem como a situação de poder interposta nessa relação que valoriza o saber da biomedicina em detrimento do saber tradicional.

Este discurso traz a tona os conflitos de poder existente no campo da saúde indígena, referente a posição social dos profissionais de saúde não-índios, cujo poder é legitimado através do acúmulo de capital cultural institucionalizado, frente ao *habitus* cultural de cada etnia, referente a práticas de “higienização”.

Outra questão é o sentido da formação de auxiliar de enfermagem, assunto que pairou por todo o curso: formar para que realidade? Ficou definido pela equipe do projeto que seria para a realidade da assistência à saúde na aldeia e decidiram quais conteúdos seriam mais adequados para esta realidade tendo em vista a diversidade das etnias. Por traz dessa opção, perguntamo-nos se a equipe do projeto teria a mesma leitura da realidade sobre necessidade de assistência à saúde que os indígenas têm. Pois bem, no texto do Projeto Xamã não aparece em nenhum momento oportunidade aos indígenas de contribuir para esclarecerem quais as suas necessidades de assistência à saúde. Portanto podemos concluir que não houve um diálogo intercultural na formulação do projeto.

Outra dificuldade foi a compreensão do que era essa modalidade ensino-serviço, pois ao mesmo tempo que se aprende se trabalha, isto é se aprende trabalhando, articulando o conhecimento à prática e vice versa. Narra a coordenadora:

Já depois do surgimento dos Distritos, com toda aquela carga de uma assistência corrida, um assistencialismo mesmo, além deles não compreenderem que era um ensino-serviço, eles imaginavam que precisaria parar para que nós pudéssemos ensiná-los e a gente dizia que não, era só acompanhar esse processo de avaliação, porque depois do próprio trabalho deles eles seriam avaliados. E isso pra eles era muito difícil porque não é prática normal, trabalhar e ensinar, nós não vemos isso juntos, nós vemos separados mesmo, ensinar é uma coisa, trabalhar é outra, e foi uma grande dificuldade nossa. (Id. Ib).

É importante salientar que o Projeto Xamã estava formando profissionais para trabalhar nas aldeias e quando os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) fossem aprovados, ou antes, o modelo de assistência, eles já teriam profissionais dentro das aldeias que seriam os Auxiliares de Enfermagem Indígenas. Mas, segundo a coordenadora , quando os distritos foram aprovados e implementados houve uma negação desses profissionais por parte desse modelo, por parte das conveniadas, que tinham dificuldade em reconhecer que aqueles indígenas em formação faziam parte do distrito, como base, tal qual os AIS

Por que os profissionais da equipe de saúde não consideravam os auxiliares de enfermagem indígenas profissionais de saúde? Essa dificuldade existe, sobretudo, devido a uma formação acadêmica tecnicista e hospitalocêntrica, devido a uma arrogância de quem acha que sua formação dá conta da diversidade cultural, de quem não respeita o saber do “subalterno”, no caso, o Auxiliar de Enfermagem Indígena.

A coordenadora do Projeto Xamã afirma que alguns profissionais que permanecem mais tempo na área trabalhando vão reconhecendo o valor desses Auxiliares, pois começam a perceber uma outra lógica que certamente está longe da lógica hospitalocêntrica na qual foram formados e adentram em uma outra compreensão do processo de saúde/doença pautadas no reconhecimento da validade dos itinerários terapêuticos da etnia. Mas, infelizmente, são raros estes profissionais, pois a maioria não consegue romper com os preconceitos e com a suposta supremacia dos saberes da biomedicina.

O Projeto Xamã, cometeu algumas falhas e a falta de registro foi uma delas: os relatórios estão superficiais, pois se limitam a pontuar dados técnicos e redundantes completamente distantes da proposta metodológica problematizadora; a riqueza do processo de construção do conhecimento não ficou evidenciada, nos relatórios das cinco regiões.

Uma outra fragilidade é a falta de uma avaliação de impacto, que significou essa formação para a assistência de saúde nas aldeias, em que facilitou ou dificultou o acesso da equipe de saúde às aldeias, como ficou a relação entre equipe de saúde, auxiliar de enfermagem indígena e xamã. São muitos questionamentos sem respostas, mas talvez a maior e mais complexa delas seja: o que faz o Estado investir em um projeto e não avaliá-lo? O que observamos é um total descaso e indiferença com a saúde indígena. No entanto, paradoxalmente, quem conduziu este processo foi a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, coordenado pela Escola Técnica de Saúde Agrícola Paes de Barros, hoje denominada Escola Pública de Saúde de Mato Grosso. Percebemos também que há inúmeros profissionais dedicados que, apesar de não haver uma Política Estadual de Formação Profissional Indígena articulada institucionalmente com a Funasa, conseguem operacionalizar projetos na área da formação indígena.

Outro dado que chama a atenção é a formação da equipe do Projeto Xamã. Na época, houve uma formação básica na metodologia na Pedagogia Problematicadora de 30 horas, apenas suficiente para dar início ao projeto. Devido a alta rotatividade, causada pelas dificuldades de se relacionar com *habitus* culturais diferentes e a não adequação destes profissionais em operacionalizar a metodologia problematizadora, fez com que ela fosse prejudicada com as recorrentes mudanças de profissionais, já que os que substituíam não tiveram uma formação na metodologia proposta. Segundo a coordenadora não havia estrutura e nem tempo para formá-los. Essa lacuna era amenizada no final de cada etapa, quando ocorriam as avaliações e o planejamento, discutiam-se as dificuldades e preparava-se a metodologia a ser aplicada na próxima etapa.

Nesse momento, os novos integrantes da equipe tinham uma noção da metodologia utilizada pelo projeto. O problema foi agravado após a implantação dos DSEIs, pois os profissionais, que antes eram contratados pelo projeto, passaram a ser contratados pelas Organizações Não-Governamentais (ONGs) que eram terceirizadas pela FUNASA para prestar serviço aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Os profissionais enfermeiros tinham como incumbência atender no distrito e ensinar o aluno do Projeto Xamã nas etapas de concentração e dispersão, mas muitas enfermeiras não conseguiram aplicar o processo ensino /serviço, ou seja, aprender trabalhando, conciliando teoria e prática.

Segundo a coordenadora do Projeto Xamã alguns professores não acreditavam nessa metodologia de ensino. Todas essas dificuldades em conciliar teoria e prática são decorrentes da formação tecnicista desses profissionais, que fragmentam a realidade e conseqüentemente operam com teoria e prática em territórios separados, sendo que a proposta do Projeto Xamã era justamente conciliar esses dois níveis, mediadas pela realidade da aldeia, adequando os conhecimentos do Auxiliar de Enfermagem à realidade local. Uma frase da coordenadora do projeto deixa muito clara essa proposta: "Não adianta ele se tornar um auxiliar tecnicamente perfeito como os nossos e não conseguir interferir numa diarreia. Queremos fazer o quê? Auxiliares competentes na realidade deles". Está presente no discurso do projeto a preocupação em formar para as necessidades de saúde da aldeia, mas a

operacionalização deste discurso ficou muito comprometida já que a implementação da metodologia ficou bastante prejudicada devido às dificuldades citadas

É necessário entender qual o sentido e o significado desta formação para os indígenas, mas especificamente da etnia Kurâ-Bakairi, objeto deste estudo. Faz-se necessário, então, conhecer esse campo de saberes e práticas construído pela experiência desses profissionais, identificar as tensões que esses agentes sofrem nas relações inter-culturais a que estão expostos em seu trabalho, ou seja, suas visões de mundo e percepção do outro, suas posturas profissionais frente aos itinerários terapêuticos indígena, e frente à própria equipe multidisciplinar de que fazem parte. Para tal, é necessário analisar o campo social destes agentes, pois só assim será possível contextualizar as relações de poder presentes no campo. Este assunto será tratado na análise dos discursos dos auxiliares de enfermagem indígena no próximo capítulo.

4 DISCURSO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM INDÍGENA KURÂ-BAKAIRI

“Uma ordem despótica se sustenta quando constrói o seu espelho na subjetividade [...] De Freud a Deleuze, de Nietzsche a Foucault, tem sido explicada que a opressão não consegue existir se baseada apenas no anonimato das estruturas coletivas: alimenta-se do eco que o social gera nos indivíduos.” (Nestor Canclini, *As Culturas Populares no Capitalismo*, 1983 p. 37)

Este capítulo foi dedicado à análise dos discursos dos Auxiliares de Enfermagem Indígena Kurâ-Bakairi, das aldeias Pakuera, Aturua, Kaioahoalo, Painkum e Cabeceira do Azul (Painkun Âtuby).

Os discursos foram subdividido em 5 (cinco) itens (1) A inserção no campo da Saúde Indígena; (2) Processo da formação: Projeto Xamã; (3) Os Auxiliares de Enfermagem Indígena e a equipe multidisciplinar; (4) Doença de Branco Doença de Índio e (5) Auxiliar de Enfermagem Indígena: Qual seu lugar?

4.1 A INSERÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE INDÍGENA

A inserção dos Bakairi no campo da saúde indígena na sua maioria se deu através do voluntariado, pois os indígenas quando da entrada em área das Equipes Volantes de Saúde, costumavam auxiliar os profissionais de saúde não-índios em pequenas atividades tais como buscar água, ajudar na limpeza do local onde seriam realizadas as consultas, etc., e com o passar do tempo os profissionais de saúde não-índios passaram a lhes ensinar alguns procedimentos básicos.

Alguns indígenas recebiam alguma “gratificação” em forma de alimentos dados pelos os profissionais não-índios, ou seja, os voluntários podiam ficar com o que sobrasse da alimentação da equipe, pelo trabalho que realizavam, outros se sensibilizaram pelo processo do adoecer e queriam aprender como tratar seus parentes, já outros queriam aprender a tratar por que os profissionais demoravam muito para visitar a aldeia, e outros foram convidados para serem voluntários, mas foram sinalizados que talvez no futuro poderiam ser contratados.

Podemos observar pelos discursos:

(...) eu fui aprendendo assim, devagar. Foi assim que começou meu trabalho, né, eu trabalhei sem ser pago (deu risada) , mas eu trabalhava assim mesmo. A Geraldina me dava fermento, sabão, açúcar essas coisas. Assim mesmo eu fui trabalhando com ela, ela me ensinando, eu ensinando ela aí fui indo, fui indo, até que teve o curso.(B.H. P.X).

O meu interesse surgiu porque eu sempre olhava a pessoa doente, a doença vinha e eu ficava olhando a pessoa doente, então, eu interessei a trabalhar assim na saúde indígena, por que eu queria ajudar, né? (C.M. M. K. T.)

Eu comecei mais ficar interessado porque a gente ficava sem nenhum profissional de saúde na aldeia. (D.L. A. P.))

A Dorotí, na época era chefe do posto, ela falou que se tivesse alguém interessado em trabalhar como voluntário que teria aberto a vaga e quem sabe no futuro ia surgir algum curso, desde então, eu achei que poderia surgir daí um trabalho pra mim e acabei gostando. (A.E. C)

O que fez indígenas se oferecerem como voluntários para atuar como auxiliares profissionais de saúde não-índios? Porque fizeram opção por esta estratégia? Quais os interesses que estão em jogo?

Os Bakairi, como foi visto no segundo capítulo, formam um povo que há mais de século mantêm contato com a sociedade envolvente, contato este repleto de violência e subjugação. Mas como forma de enfrentamento e resistência, os Bakairi acabaram ocupando os espaços possíveis, nesta relação tão desigual. É nesta forma de resistência que entendemos a estratégia de se oferecerem como voluntários, pois eles perceberam que se oferecendo para serem voluntários aprenderiam com os profissionais não-índios formas de ajudarem seu povo, mas também teriam a possibilidade de arranjar um trabalho remunerado, já que o modo tradicional de viver, já há muito foi alterado, obrigando-os a buscar outra lógica de satisfação de suas necessidades. Essa fragilidade facilitou, e facilita o aprofundamento do processo de absorção pela sociedade envolvente, através da criação de novas necessidades geradas pela modernização do campo no Estado de Mato Grosso.

Diante deste cenário podemos compreender as estratégias engendradas e necessidade de acúmulo de capital cultural, já que esse trabalho voluntário agregava um conhecimento informal sobre as práticas da biomedicina. Esse capital cultural está vinculado ao estado incorporado já que:

A acumulação de capital cultural exige uma incorporação que, enquanto pressupõe um trabalho de inculcação e de assimilação, custa tempo que deve ser investido pessoalmente pelo investidor [...] O capital cultural é um ter que se tornou ser, uma propriedade que se faz corpo e tornou-se parte integrada da ‘pessoa’, um habitus (BOURDIEU 2004: 74-75).

Os voluntários, ao apreenderem as práticas da biomedicina através de sua ação como voluntários, acumularam capital cultural no estado incorporado, que depende fundamentalmente das capacidades de apropriação da “pessoa” através de suas capacidades biológicas, sua memória, etc. O capital cultural incorporado quando é posto em prática – fazer curativos, aferir pressão e temperatura, realizar pesagem - se transforma em capital cultural objetivado, que segundo Bourdieu “[...] só existe e subsiste como capital ativo e atuante de forma material e simbólica [...] os agentes obtêm benefícios proporcionais ao domínio que possuem desse capital objetivado, portanto, na medida de seu capital incorporado.” (2004: 77)

Em suas práticas cotidianas os auxiliares de enfermagem indígenas vão objetivando seu capital cultural incorporado e através deste capital cultural objetivado vão acumulando capital simbólico perante a comunidade indígena, já que vão fortalecendo suas parentelas, pois o capital simbólico engloba não somente:

A posição social, mas também o conjunto dos atos sociais que, independentemente do nosso querer ou saber, traduzem ou revelam aos olhos dos outros e, sobretudo dos estranhos ao grupo, uma certa posição na sociedade (uma vez que a percepção da situação de classe, tanto da própria como da dos outros, é espontaneamente “estrutural”. (BOURDIEU, 2001:23).

Mesmo na sociedade Kurâ-Bakairi que não é organizada em classes sociais, mas em parentelas, essa citação é pertinente, pois os auxiliares de enfermagem fortalecem suas parentelas refletindo diretamente no campo do poder político.

4.2 PROCESSO DA FORMAÇÃO: PROJETO XAMÃ

O Projeto Xamã foi resultante das reivindicações dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e voluntários, que perceberam que na sociedade hegemônica não basta o domínio das práticas é necessário sua certificação por uma instituição de ensino que lhe confira legitimidade e possibilite o exercício de uma profissão. O Projeto Xamã conferiu a esses indígenas essa legitimidade jurídica, pois o capital cultural incorporado, objetivado nas práticas, necessitava ser legitimado para ascender ao *status* de um capital cultural institucionalizado através do diploma, pois ele é:

(...) essa certidão de competência cultural que confere ao seu portador respeito à cultura, a alquimia social produz uma forma de capital cultural que tem autonomia relativa em relação ao seu portador e, até mesmo em relação ao capital cultural que ele possui, efetivamente, em um dado momento histórico. (BOURDIEU 2004c, p. 78)

O processo de seleção para o Projeto Xamã teve como critérios que os alunos fossem os Agentes Indígenas de Saúde, voluntários, atendentes, e aprovados pela comunidade.

Quem selecionou aí foi o cacique, teve reunião entre comunidade e cacique, eu já estava mesmo lá, trabalhando na farmácia, aí falaram: “Ele já está trabalhando mesmo, nós vamos apoiar e vamos mandar ele”. Aí eu fui. (C.M.M.K.T.)

Na época a escolha foi assim: as pessoas interessadas mesmo né? Que se interessaram e em cada aldeia já tinha estas pessoas interessadas bem antes. Quem já era voluntário, quem já trabalhando via qual era o interesse. (...) A gente teve conversando com a enfermeira Socorro na época, ela viu que também as pessoas que já estavam contratados, mas que não tinham nenhum treinamento nesse sentido de formação mesmo que teria que estar fazendo. (...) Nós fomos levados pra nossa comunidade pra ver o que ela ia falar da gente. Se eles quisessem, a gente ia sim, mas não se tivesse outras pessoas pra serem indicadas, foi uma democracia pra ver, mas nós fomos aprovados e fomos fazer o curso (A.E. C.)

Essa seleção, eu acho que eu trabalho aqui na aldeia, eu não sei o que está acontecendo na aldeia central, quando eu fiquei sabendo eles me chamaram lá, né? “nós colocamos seu nome pra participar

do curso porque você também participa da nossa turma, né?”. Aí colocaram meu nome, e eu não fiquei sabendo. Aqui a gente ficava isolado, não tinha rádio naquele tempo porque eles chamaram para participar naquele dia mesmo. Aí é que fui convidada pra participar, se não fosse as minhas colegas eu ia ficar pra trás (deu risada). Aí também a enfermeira Maria do Socorro, ela era muito colega da gente, amiga da gente, então ela quis colocar o meu nome: “a aldeia Kaiahoalo também vai precisar de um profissional”, Ela trabalha faz tempo. No tempo da FUNAI eu trabalhei, depois que saúde indígena passou pra Funasa, eu passei pra Funasa. foi assim né? . (B.H.P.X.)

Penso que começou nas aldeias, mas assim que tinha necessidade porque cada aldeia tem uma necessidade e o pessoal da central não vai vir atender nossa comunidade, tem sempre que estar presente vendo a dificuldade. (G.M.A.)

Esse projeto de pra indica uma pessoa pra trabalhar na área de saúde e aí agente fez reunião né? E aí tinha que ter conhecimento que falasse português , mas eu bem dizer não sabia nada. (D.L. A.P.)

É importante salientar que o processo de seleção passa por particularidades intrínsecas de cada etnia e com os Kurâ-Bakairi não seria diferente. Segundo BARROS:

Não pode ser ignorado que essas sociedades são faccionais e que um Agente Indígena de Saúde ocupou esse espaço em detrimento de outras facções menos poderosas, derrotadas na disputa por essa fonte de recursos monetário. Que há regras de evitações entre afins, entre pessoas de sexo oposto e jogos de interesses múltiplos. Enfim, são muitas as clivagens a serem consideradas (2002:178).

Apesar de Barros estar se referindo aos Agentes Indígenas de Saúde, o processo de seleção dos Auxiliares de Enfermagem Indígena passou pelos mesmos critérios, pois as estruturas culturais são as mesmas, isto é:

Os dados etno-históricos revelam que os Bakairi, tal como os demais povos Karib, secularmente se organizam em diversos grupos que se formavam, se desfaziam e refaziam no tempo e se dispersavam no espaço. Eles também apontam para a importância de seu sistema político nesse processo, na medida em que as rupturas e fissões relacionavam-se às disputas internas, às guerras e, posteriormente, às ações dos Karaíwa. (BARROS, 2003, p.103)

Portanto, a indicação dos alunos para o curso de Auxiliar de Enfermagem Indígena – Projeto Xamã, perpassou o interior dessas disputas de poder entre os Grupos Locais.

Um ponto levantado pelos auxiliares foi referente a não contemplação de conteúdos que possibilitassem a atuação destes profissionais em qualquer unidade de saúde tanto na cidade quanto na aldeia.

Podia ser diferente pra melhorar o curso, poderia fazer o curso assim como você fala no hospital e nas aldeias.[...] É poderia ser diferente mesmo porque no Projeto Xamã eu acho que na prática e no teórico , eu acho que foi muito fraco por que tem vez que nos passava só 4 dias, uma semana a parte teórica, a parte teórica ficou muito pouco , quanto mais avança, mais a gente quer né? não pode ficar só 3 dia 4 dias, tem que ser mais e a dispersão também ficou um pouco fraca ficou 4, 3 dias, então poderia ser mais dia pra gente aprender mais né? (B.H. P. X.)

Mas porque o projeto não ofereceu a possibilidade de uma formação profissional com o mesmo conteúdo de um curso oferecido à sociedade envolvente? O que levou a esta tomada de decisão? Porque os indígenas não puderam opinar sobre os caminhos de sua formação profissional? Todas essas questões giram em torno da incapacidade que o projeto teve de realizar um diálogo intercultural.

Apesar do discurso da Política Nacional de Saúde Indígena querer afirmar que estão trabalhando na perspectiva da alteridade, da autodeterminação dos povos indígenas, isso na prática ainda não se consolidou. O Projeto Xamã, não conseguiu operacionalizar a alteridade e a autodeterminação, pois não possibilitou aos indígenas espaços para que eles pudessem fazer suas próprias escolhas, referente à sua formação profissional.

Houve também um descompasso referente aos conteúdos do curso, já que muitos tinham alguns anos de prática no atendimento à saúde nas aldeias, que em seu cotidiano estava vinculado às necessidades e eles iam muito além de uma ação de promoção de saúde. Em muitos casos, tinham que intervir, principalmente na época da FUNAI quando ficavam por muito tempo sós, e eram capacitados realmente para intervir na ausência da equipe de saúde, por exemplo, aplicando injeções, realizavam suturas, e outros procedimentos que ultrapassava os limites do exercício profissional

do próprio auxiliar de enfermagem. Esse descompasso causou muito desconforto aos indígenas, por falta de diálogo com os cursistas, pois a formação de auxiliar de enfermagem é regulada e regulamentada pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

É evidente que existem limites para a ação profissional do auxiliar de Enfermagem e os indígenas teriam que ser informados sobre esses limites do exercício profissional. Mas uma vez ficou nítida a falta de diálogo para explicar o porquê de ensinar determinados conteúdos e não ensinar outros.

Aí então foi um sufoco, né? O conhecimento foi um pouco, eu queria mais, conhecer profundamente, mais conhecimento. É mais profundo, a gente queria estudar mais profundo porque esse que a gente estudou antes da gente ir lá pra estudar, a gente sabia, conhecia, aplicava injeção, fazia as sutruras e fazia um curativo, aplicava remédio, dava remédio, acompanhava espaço pessoal, media pressão, tudo a gente fazia já, já vinha fazendo antes de fazer essa formação, então a gente queria mais quando fomos fazer essa formação lá, já tinha isso. Aí ficou, não adiantou nada porque.[...] nós não podíamos falar nada, porque nós não podíamos falar nada pra uma pessoa, assim pra professor, coordenador, que nos já estava, já vinha fazendo isso e ficamos só olhando mesmo, aí ficamos formando tudo, mas agora nos queríamos mais, aprofundar. Eu acho que nós, eu e vários meus colegas como eu, sempre vejo eles falando “aí, nos queríamos mais aprofundar”. (C.M. M. K. T.)

A gente vivia, como a gente fazia curso no período de dispersão e concentração né? Eram poucos pontos positivos mesmo. Você sabe que nós temos nossa cultura, né? Povo tem cultura, regras, então devido a isso o curso teve alguns pontos que queríamos extrapolar, passar por cima dessa coisa assim.[...] Principalmente essa de pajelança que a gente acredita também na pajelança e também referência dos pacientes né? das doenças e até hoje eu penso que é muito complicado essa coisa de saúde, é difícil a gente estar lidando com essas coisas.(A.E. C.)

Não é que no curso todos os módulos foram preparado pra gente. Foi assim, foi muito bom, né? Porque falava voltado a nossa comunidade visando a nossa cultura também. Então foi muito bom. Eu achei bom as disciplinas, que a gente viu foi interessante. Aprendi o que outras culturas passaram, eu estou aplicando, aplicando conforme eu aprendi né? E o que eu não aprendi estou aplicando também, eu estou arriscando, eu estou arriscando porque não há outra saída. Aqui a gente pode até fazer aquilo que não é nossa função porque aqui em casos de emergência principalmente, eu faço porque não tem apoio, enfermeiro médico essas coisa né?

Então aqui na aldeia nos estamos como bem dizer médico, doutor. Eu não estou só aprendendo, nós estamos trabalhado aqui como médico, doutor. Então a gente enfrenta cada coisa aqui que acontece que a gente não estudou, não se habilitou com aquelas coisas, então a gente arrisca né? Então a gente aqui enfrenta a situação porque a gente é responsável pela saúde da população, a comunidade onde a gente está localizado, então a gente tenta fazer pelo menos aquilo que a gente consegue. (D.L. A. P.)

Foi bom. A comunidade foi beneficiada. Nós temos curso, nós temos conhecimento, nem tudo o básico o que a gente precisa pra poder atender né? Não tem tanto ponto negativo[...] Demorava muito pra acontecer o curso né? Quando vocês vinham, então poderia ter sido mais rápido né? Não ter aquele período muito longo pra acontecer outra etapa, pra gente poder aproveitar mais também.(G.M.A)

Olha, esse aí pra mim não teve coisa nenhuma, eu não posso fala nada.[...] mas a gente estudando lá, agindo, porque tem todo material e aqui é difícil, aqui não tem, a gente faz o pedido essas coisas pelo menos a gente está aprendendo porque está sabendo. (F.C. K. K.)

Houve dificuldade de se relacionar com as diferenças da cultura indígena referente aos procedimentos terapêuticos xamânicos. A formação não incentivou o diálogo entre esses dois saberes, pelo contrário enalteceu o saber científico e, em alguns casos, teve dificuldade de entender as particularidades dos impedimentos culturais em participar de alguns módulos. Como, por exemplo, na doença de um filho, já que as regras da cultura Bakairi impedem que os pais se ausentem de suas casas enquanto seus filhos pequenos estiverem doentes. Segundo essas regras, ao afastarem, correm o risco de perder a alma de seus filhos. Segundo um dos auxiliares entrevistados, esse episódio causou um transtorno e ele correu o risco de perder o curso.

O caso foi submetido à apreciação do corpo docente e da coordenação, que juntos chegaram ao consenso de que o discente continuaria no curso e buscaram uma solução para o aproveitamento do conteúdo. Essa situação e outras semelhantes tornaram-se polêmicas devido às dificuldades de relativização cultural, levado pela crença de alguns docentes de que se tratava de um senso comum, de credíes acreditar que na ausência dos pais ocorreria a perda da alma da criança. Recorreremos a GEERTZ (2006) para compreender por que isso ocorreu. Em seu

livro “O Saber Local” ele discute as dificuldades em compreender os sentidos dos sistemas culturais por justamente não crer neles, e o que é pior: julgá-los como sendo fruto de uma compreensão limitada e supersticiosa e não se dispor nem a entender quais são as chaves de conexão de sentido dessa cultura.

Eu quase que foi dispensado do curso. Mas aconteceu que nós, indígenas, sabemos que quando o filho fica doente não pode sair e quando o curso aconteceu minha filha estava doente. Eu conversei com os professores, tinha uns que eram a favor outros contra, não é porque a gente quer, tem sempre que levar em consideração ao fazer um curso. (A.E.C.)

Em seus discursos, eles deixam claro que não se sentem profissionais preparados. Eles pensam que deveriam ter uma formação como qualquer outro curso de auxiliar de enfermagem. Sentem-se menos capazes, já que sua formação não lhes permitiu o direito de obter um conhecimento hospitalar – o que eles chamam de realidade da cidade.

Em algumas entrevistas, os auxiliares questionaram a denominação “auxiliar de enfermagem *indígena*”: Por que *indígena*? Por que é mais fraco? Por que é para índio? Alguns disseram que deveria ser apenas “auxiliar de enfermagem”. Esses questionamentos trazem à tona alguns dilemas e conflitos.

Ao fazer uma opção em formar para a “realidade indígena”, realidade esta percebida através do olhar dos não-índios, foram privilegiados conteúdos em detrimento de outros.

Em entrevista com coordenadora do Projeto Xamã, ela relata que, à época, essa foi a melhor alternativa, pois necessitava-se de profissionais de saúde para atuar em tempo integral na área indígena. Assim:

O objetivo nosso, não foi formação de mercado que introduz o índio no mercado de trabalho, ele poderá por que é a liberdade dele, mas o nosso pensamento desde do início é voltado para a realidade dele[...] eles são competentes, na realidade deles eles são competentes, é lógico se você puxar para outro lado cada um na sua, eu não sou competente em trabalhar em uma UTI, eu não sou competente em saúde pública por que eu não estou lá (Maria da Graça Figueiredo, entrevista, gravada e transcrita, 2003)

A coordenadora afirma que essa foi uma das principais dificuldades que o projeto teve, e, segundo ela, continua tendo, principalmente quando chega um enfermeiro novo que não participou do processo:

Ele vai dizer assim mas esse auxiliar! Quem formou? Entendeu? a primeira coisa que ele nega é o conhecimento do auxiliar daquela realidade, porque ele, enfermeiro não conhece a realidade indígena assim que chega, depois que ele vai compreendendo, ah! Esse cara sabe! Esse é ainda um processo de muita luta para as comunidades indígenas, luta de quebrar esse preconceito (Id.Ib).

Através dos discursos dos auxiliares, nota-se essa preocupação em demonstrar que são competentes, mas que também gostariam de dominar as práticas do espaço hospitalar, talvez influenciados por estes preconceitos. A coordenadora afirma categoricamente que:

Não adianta ele se tornar um auxiliar excelente tecnicamente como os nossos e não conseguir interferir numa diarreia, porque morrem os índios hoje em dia, continuam, morrendo? Que que é? Desidratação, pneumonia, vai desidratar até a morte, às vezes pneumonia rapidinho leva qualquer criança indígena e a tuberculose, essas coisas, se ele agir encima disso ele vai fazer que o povo dele tenha uma qualidade de vida vai vitar a morte, vai evitar as doenças dentro da aldeia. Eu sempre bati nessa tecla por isso queremos fazer o que? Auxiliares competentes na realidades deles ou mostrar para o branco que o índio também sabe fazer o que ele faz ((Maria da Graça Figueiredo, entrevista, gravada e transcrita, 2003)

São dilemáticas as justas reivindicações dos auxiliares em terem uma formação com todos os conteúdos referente ao nível de auxiliar de enfermagem, abordando tanto a realidade da aldeia quanto a da cidade, tendo a liberdade de optarem por atuarem profissionalmente na aldeia ou na cidade. E, por outro lado, é plausível a tomada de decisão do Projeto Xamã em realizar uma formação voltada para a “realidade de saúde da aldeia”, se olharmos pelo lado operacional, já que atendeu a uma necessidade institucional relativa à falta de profissionais de saúde nas aldeias. O que se torna questionável é justamente a tomada de decisão sem consultar os candidatos a auxiliar de enfermagem a respeito de sua formação profissional.

O Projeto Xamã fez sua opção: formar auxiliares para atuarem exclusivamente na “realidade da aldeia”. Mas que realidade? A realidade percebida pelo profissional de saúde não-índio? Percebem-se grandes contradições, pois o discurso de “formar para a realidade da aldeia” é o que queremos. O que faz os profissionais de saúde não-índio serem tão enfáticas? A ter tanta certeza sobre a realidade das aldeias, mas qual realidade? Que realidade? Quais os mecanismos que levaram a construção desse discurso? Onde se tem tanta certeza do que o outro necessita? Mas uma vez fica explícito a falta de diálogo interétnico do Projeto Xamã.

Analisar a formação profissional em saúde indígena implica em considerar os processos sutis e profundos de colonialismo, já que ao formarem os indígenas para a assistência à saúde nas aldeias está se privilegiando um saber, o saber da biomedicina. E assim se vai fortalecendo estruturas para uma alteração nas bases do atendimento em uma etnia como os Kurâ-Bakairi que possuem apenas dois xamãs e um aprendiz de xamã para atender todas as aldeias da Terra Indígena Bakairi e Santana. A situação dos Bakairi é bastante preocupante já que a etnia está correndo um grande risco de perder as possibilidades da existência das suas práticas de itinerário terapêutico.

Os alunos do Projeto Xamã em sua grande maioria são jovens e nas culturas indígenas e em especial os Kurâ-Bakairi, os conhecimentos são transmitidos conforme o amadurecimento. Um jovem não tem acesso ainda à maioria dos saberes, principalmente os referentes aos cuidados à saúde. Aí ocorre uma grande contradição, não observada pelos responsáveis pelo projeto.

A formação indígena na área da saúde está fortalecendo o conhecimento da biomedicina e legitimando suas práticas e cuidados. Através dessa intervenção, a estrutura da saúde indígena, com seus itinerários terapêuticos, ficou bastante prejudicada já que era vista como de pouca eficácia. A figura do xamã, em um primeiro momento, ficou desacreditada pelos auxiliares, fascinados com os saberes da biomedicina. Em um segundo momento o xamã foi reabilitado como capaz de tratar as “doenças de índio”. A fala abaixo deixa claro este processo de entendimento:

Sabe, quando a gente está aprendendo, a gente quer fazer as coisas acontecerem mesmo e muitas vezes eu achava que todo treinamento que eu estava recebendo tinha que ser daquela maneira e no entanto aqui era diferente sabe, quando aparecia alguma coisa assim doença, essas coisas, eu queria logo encaminhar se tivesse algum medicamento, se trouxesse medicamento para Paranatinga ou município próximo e as pessoas não queriam aceitar isso, mas com o tempo, a gente foi percebendo essas coisas até hoje eu falo: “olha, eu acredito no tratamento da cultura diferente”, a gente brinca, né? Então eu não aprendi isso. Nessa cultura nossa tem pessoa que mexe que raiz como essas coisas sempre quando agente vai fazer um tratamento assim do paciente, a gente coloca isso. Eu mesmo sempre falo: olha o que eu posso fazer por você é isso, foi o que eu aprendi pra estar ajudando você, então se você não quiser aceitar infelizmente eu não posso fazer mais nada. A gente trata das pessoas dessa maneira, eu não tento passar mais por cima delas eu tento respeitar o máximo possível a decisão da família de cada pessoa. (A.E.C.)

Em um primeiro momento a tendência foi operacionalizar o que se aprendia no Projeto Xamã e neste afã muitas vezes se passou por cima do itinerário terapêutico desrespeitando os especialistas da saúde indígenas (xamãs, benzedeiras, raizeiras, etc...), mas com o amadurecimento dos auxiliares e com sua atuação profissional começaram a perceber seus limites e possibilidades no tratamento da saúde indígena. E começaram a respeitar o itinerário terapêutico da etnia. Isso ocorreu devido às dificuldades do Projeto Xamã de lidar com os outros saberes médicos das etnias.

Se os serviços são complementares, e os sistemas de saúde indígena e ocidental são igualmente importantes – todos são profissionais da saúde – porque merecem eles tratamento desigual, excludente? São incluídos para os serviços, mas excluídos de qualquer tipo de apoio ou remuneração. Entre o a realidade e o discurso, prevalecem as contradições, as quais, do ponto de vista da fase atual do capitalismo, não são contradições. O discurso é de inclusão – para aliviar tensões e não ser um tom dissonante na orquestra mundial – mas a prática é de exclusão etnocida. De fato, os xamãs não são reconhecidos como os grandes especialistas da medicina indígena. (BARROS,2002p.178-179).

Segundo Barros, todos sabem da necessidade de combinar a biomedicina e a medicina tradicional nos serviços de Atenção Primária à Saúde⁷ (APS), pois a Conferência de Alma Ata, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em 1978, preconizou a participação da comunidade na resolução de seus problemas de saúde e a integração dos curadores tradicionais nos sistemas oficiais de saúde. Mas no Brasil isso ainda é, de fato, figura de retórica. (2002, p. 180). E o Projeto Xamã não conseguiu operacionalizar na formação profissional esta preconização ficando apenas como figura de retórica também.

A área da formação em saúde indígena é complexa, já que ao se oferecer a formação em saúde para os indígenas espera-se que a comunidade seja melhor assistida sob os aspectos da biomedicina, mas a formação ainda não conseguiu vencer o desafio da integração dos saberes e o que ocorre é uma violência simbólica em relação aos saberes tradicionais, pois os xamãs, benzedores e raizeiros não são considerados especialistas de saúde e, conseqüentemente, os tratamentos são realizados separados, e o que é pior o saber da biomedicina se sobrepõe ao saber tradicional ou o ignora!

O caso dos Kurâ-Bakairi é crítico, pois a reprodução dos xamãs é quase inexistente, é o que é mais agravante: os dois xamãs já tem mais de oitenta anos e não conseguem mais se deslocar para atender as outras aldeias, o que dificulta o acesso da comunidade ao tratamento tradicional. A situação é crítica já que o processo saúde/doença para os Bakairi é um sistema que está vinculado diretamente à condutas e comportamentos, articulando o suporte físico – o corpo – ao plano espiritual e emocional. O xamã é figura essencial para realizar a mediação entre os vivos, os mortos e as demais entidades espirituais que estão vinculadas as doenças, à base do processo saúde-doença.

A questão da formação em saúde para indígenas é polêmica, pois se tem dois pólos: (1) a necessidade da intervenção das práticas da biomedicina para tratar da diarreia, sarampo tuberculose, etc., que foram adquiridas pós-contato, e (2) o risco de

⁷ Atenção ou Cuidados Primários de Saúde como entendemos hoje, constituem um conjunto integrado de ações básicas, articuladas a um sistema de promoção e assistência integral à saúde (ALEIXO, 2002).

formar indígenas nas práticas da biomedicina e contribuir para o aprofundamento da desestruturação dos itinerários terapêuticos da medicina tradicional.

Formar indígenas para a assistência de saúde nas aldeias é inserir uma outra categoria de especialista de saúde que para a medicina tradicional é ilegítimo e está levando a desarticulação da lógica interna do cuidado com a saúde das etnias e em particular a Kurâ-Bakairi. O problema seria amenizado se os xamãs e outros especialistas da medicina tradicional fossem respeitados e suas práticas consideradas como parte do tratamento de saúde.

Neste momento é bom parar, deter-se novamente sobre as falas e a complexa tessitura de campos sociais conflitantes que elas explicitam. Para Bourdieu é importante pensar a sociedade como que constituída por espaços sociais para evitar uma concepção naturalizada das classes sociais. A noção de espaço social valoriza a dimensão relacional do mundo social. Isto significa dizer que indivíduos e instituições em uma dada sociedade não existem em si, mas apenas na relação de uns com os outros :

Os seres aparentes, diretamente visíveis, quer se trate de indivíduos quer de grupos existem e subsistem na e pela diferença, isto é, enquanto posições relativas em um espaço de relações que , ainda que invisível e sempre difícil de expressar empiricamente, é a realidade mais real e o princípio real dos comportamentos dos indivíduos e dos grupos. (BOURDIEU,2003c, p.48)

Primeiro e antes de tudo, nós temos o campo social indígena, onde existem práticas de saúde próprias e agentes que as realizam. Essas práticas derivam de um conjunto de saberes próprios desse campo com seus especialistas (xamãs, benzedores, raizeiros, etc) Estes detêm capital cultural em todos os níveis e capital simbólico, se olharmos pelo viés Bakairi, são agentes muito bem posicionados na correlação de forças que compõe o seu campo social.

No entanto, esse campo, não existe como um sistema isolado em que apenas os especialistas em saúde da cultura Bakairi circulam. Existe uma outra correlação de forças gerada pela subalternidade dos Bakairi ao Estado Brasileiro, devido ao contato e as formas de domínio e exploração construídas historicamente.

A sociedade brasileira também tem seus especialistas em saúde e um conjunto de saberes dos quais derivam práticas médicas que denominamos de biomedicina. Como os Bakairi são um povo considerado como parte do Estado brasileiro, subjugado a ele apesar da diferença cultural, o campo social Bakairi vai sofrer, nos processos de colonização, uma desvalorização dos capitais dos seus agentes quando ocorre o confronto entre os campos da medicina tradicional indígena e a biomedicina ocidental. Mesmo no seu território, o Xamã, estará em profunda desvantagem na correlação de poderes com os médicos legitimados e enviados pelo Estado Brasileiro.

Sabemos o quanto a educação dos jovens, ou seja, os processos de transmissão de práticas e saberes são importantes para reprodução dos sistemas sociais e seus valores. Os saberes médicos tradicionais na sociedade Bakairi são constituintes do seu modo de viver e entender o mundo. Quando ocorre na disputa social entre os campos de força da biomedicina e da medicina tradicional Bakairi no processo de formação na biomedicina, como ocorreu no Projeto Xamã, há grandes possibilidades do sistema de práticas médicas indígenas desaparecer levando com ele um núcleo constituinte da sociedade Bakairi.

Por mais que os objetivos do Projeto Xamã tenham sido de melhorar a qualidade de vida dos Bakairi e das outras etnias que participaram da sua formação, o que se deu foi uma grande armadilha, que tanto emparedou a cultura Bakairi tornando difícil a reprodução dos seus saberes e itinerários terapêuticos, quanto os indígenas que se tornaram auxiliares de enfermagem. Pois sua formação satisfaz apenas os interesses administrados pelos não-índios em relação a sua cultura. Assim, como que presos em um abismo, eles não se tornaram nem especialistas nos saberes médicos da sua cultura, nem nos saberes que compõe a biomedicina, mas profissionais emparedados por esse dois saberes ou entre os dois.

4.3 DOENÇA DE BRANCO E DOENÇA DE ÍNDIO

Os Xamãs mediante a conceituação das categorias “doença de branco” e “doença de índio” delimitaram estrategicamente o espaço de cada um desses saberes, mediando o conflito, e determinando o lugar da biomedicina em sua cultura.

Dominique Tilkin Gallois problematiza a categoria “doença de branco”:

A noção “doença de branco” carrega, em si uma serei de pressupostos negativos ao destino dos povos indígenas, dentro de uma visão da inevitabilidade da deculturação, que afeta não só os padrões de organização sócio-econômica, mas também os modelos etiológicos dos grupos. [...] o uso estratégico que esses profissionais fazem desta categoria muitas vezes justificam uma série de intervenções drásticas na área de saúde, com o objetivo de “salvar” os grupos indígenas, alegando-se que estes se consideram impotentes diante das “doenças de branco”. Em primeiro lugar, cabe nos perguntar se, por trás da aceitação e da procura, pelos índios, de terapias alienígenas, há realmente uma “desistência” em relação aos padrões etiológicos e terapêuticos tradicionais. É preciso avaliar quais circunstâncias levaram à criação e utilização desta categoria por parte dos índios e, em segundo lugar, as razões de sua valorização por parte dos agentes de saúde. Por parte destes últimos, constata-se, muitas vezes, um uso autojustificado da categoria “doença de branco”, sem que se tenham realizado estudos aprofundados sobre os significados – etiológicos, sociológicos e sobretudo políticos – deste conceito indígena. (1991, p.177)

A categoria “doença de branco” traz em si uma dicotomia, pois se ela foi utilizada pelos profissionais de saúde não-índios como forma de intervenção, supondo que os indígenas não saberiam lidar com estas tais doenças. Por outro lado também possibilitou aos indígenas engendrar estratégias para marcar espaços de intervenção da biomedicina, o que expressa uma forma de resistência. Este talvez seja um dos pontos mais nevrálgicos, na questão referente à assistência à saúde nas aldeias.

É no cotidiano da assistência à saúde que se revela, de forma dramática o etnocentrismo, o cientificismo dos profissionais de saúde não-índios frente aos itinerários terapêuticos.

Dando voz aos agentes Bakairi tem-se que:

(...) o índio que tiver doença de branco, o médico, o médico de branco tem que tratar. Aquele índio que tiver doença de índio, é o pajé que tem que tratar, curar com o tratamento do pajé. Eu vejo assim, eu vejo desse jeito, eu vejo assim porque eu trabalho com isso, então fica assim é diferenciado. (...) se for doença de índio, o médico quase não cura, quase não cura, pode dar remédio, pode dar soro, mas ele não melhora não cura. Quem pode curar se ele tiver doença de índio é o pajé que pode cura. (...) deveria melhorar o trabalho de pajé com a equipe de saúde pra trabalhar tudo junto. (C.M.M.K.T.)

É assim eu entro com o medicamento da farmácia, né? Aí um dia, dois dia... se o medicamento não cura, aí o pessoal doente mesmo fala, ou então eu vejo que não cura aí eu mesmo falo: “fala com o pajé, porque esse medicamento não está resolvendo”; aí eles falam com pajé e o pajé orienta com medicamento caseiro também. É assim que nos trabalhamos. (B.H.P.X.)

(...) a gente faz assim porque tem dois tipo de doença, do branco e do índio e examina. Se no caso pajé da conta, aí a gente faz tratamento aqui mesmo, primeiro pajé tem que examinar. Se ele não dá conta, aí tem que encaminhar. A doença Bakairi talvez tenha espiritual também, que remédio nenhum faz efeito, só pajé. (E.A. R. K. J.)

(...) primeiro vai consultar com o pajé, porque a gente toma medicamento. Ae o pajé não resolver, a gente entra com a medicação (...) eu tenho esperança no pajé e no médico.(F.C.K.K.)

A gente acredita também na pajelança e também na referência dos pacientes, né? das doenças. E até hoje eu penso que é muito complicado essa coisa de saúde. É difícil a gente ta lidando com essas coisas.[...] Isso é um pouco mais complicado porque, veja bem, às vezes, não sei se é medo, algumas vezes as pessoas deixam passar a doença do filho. Antes de começar eles não procuram a gente, porque a gente também sempre faz uma visita, a gente sempre sai, passa na rua, às vezes eu olho, pergunto do medicamento e ela [a mãe] diz: “não, o medicamento está fazendo mal pra criança”. Nessa situação fica um pouco mais complicado, né? Mesmo eu sabendo que essa medicação é certa pra esse tipo de doença, se o pajé diz que está fazendo mal a mãe já logo já suspende o medicamento por conta própria. Quando isso acontece, a gente fica em uma situação difícil, mesmo sabendo que se eu encaminhar essa criança pra algum lugar ela vai tomar do mesmo medicamento, isso já aconteceu várias vezes, por exemplo, tem uma infecção, uma amidalite, esse tipo de coisa a gente entra com antibiótico que nos temos, a gente tenta introduzir e só que as pessoas querem que o medicamento faça efeito logo. A gente dá uma dose agora logo quer já estar boa, então ela tem um período que ela vai fazer o efeito durante sete dias, por exemplo, vai continuar tomando o medicamento e aquele mesmo paciente tomando o medicamento agora, começa agora, amanhã por exemplo, ela leva pro pajé e ele diz: “o que esta fazendo mal é esse medicamento”. Eu fico triste com isso, sabe, eu sei que esse medicamento é certo e é complicado

E sempre acontece e a gente fica em uma situação difícil. Veja bem, quando isso acontece a mãe tem que ir para Paranatinga, chega lá ele vai tomar o mesmo medicamento ou um medicamento mais forte e aí eu não consigo explicar. Isso já aconteceu, da mãe vir com uma receita com o mesmo medicamento, aí eu falo pra mãe: “olha, você foi daqui, levou seu filho doente no sol quente na toyota batendo, chegou lá às vezes passou fome, você esperou fila

lá pra atender e aí você voltou com o mesmo medicamento. Simplesmente você foi lá só pra receber o mesmo medicamento e agora você vai ter que dar porque você já fez tratamento, se tivesse dado continuidade, você não precisaria passar por tudo.” Então é um pouco mais difícil, mas o meu ponto de vista é que eu já aprendi muitas coisas, e todo médico que chega aqui eu pergunto. Quando isso acontece praticamente eu levanto as doenças, as principais doenças que ocorrem nesses períodos, né? Gripe, diarreia, porque tem sempre os períodos que acontecem as doenças. Eu tento saber o que eu posso fazer, o que eu vou fazer se isso acontecer, porque só diagnosticando as doenças que a gente vai tentar minimizar ou controlar essa doença, então às vezes eu tento dividir até por tempo mesmo, como agora época de fumaça dá muitos problemas respiratórios então a gente tem que estar alerta pra isso período. Eu falo pro Ricardo: “olha, Ricardo, quando chegar esse tempo, a gente tem que colocar no pedido esse medicamento pra quando acontecer a gente controlar”. Então tem que ter tudo, eu já percebi isso. Depois da formação eu consegui fazer esse tipo de observação, o período que ocorre mais. Tem época da chuva, quando começa a época de manga, quando as crianças às vezes começam a sair e pegar e às vezes põe na boca assim, sem lavar sem ter todo aquele cuidado, isso leva a ter diarreia. Então eles não tem muito cuidado. A gente sempre age quando isso acontece. E mede a temperatura, eu tento trabalhar da melhor maneira possível, mas o que eu faço mesmo agora depois que eu terminei meus estudos é dar a continuidade a formação, ajudar realmente o povo da melhor maneira possível. Eu já aprendi um pouco, quero aprender mais. Eu sei que em Cáceres tinha aberto umas vagas pro concurso pra enfermagem mesmo, mas eu só fiquei sabendo no dia e não pude fazer a inscrição nada.(...) com o tempo foi a gente foi percebendo essas coisas. Até hoje eu falo: “olha, eu acredito no tratamento da cultura diferente que a gente fala branco, né? Então eu não aprendi isso nessa cultura nossa, sempre quando agente vai fazer um tratamento assim do paciente, a gente coloca isso. Eu mesmo sempre falo: “olha, o que eu posso fazer por você é isso. Foi que eu aprendi pra ajudar você, então se você não quiser aceitar, infelizmente eu não posso fazer mais nada”. A gente trata das pessoas dessa maneira eu não tento passar mais por cima delas, eu tento respeitar o máximo possível a decisão da família de cada pessoa. (A.E.C.)

É importante salientar que os auxiliares de enfermagem indígena foram unânimes em relacionar a existência das origens das doenças como sendo de “branco” e de “índio”. Através do convívio com profissionais de saúde não-índios e os xamãs, pode-se observar que os xamãs conseguem categorizar o que é doença de índio e o que é doença de branco, enquanto que os profissionais de saúde não-índios, em sua maioria, não aceitam essa categorização e a tratam como superstições e

senso-comum. Em muitos casos, para não causar polêmica, os profissionais fingem que acreditam. Neste tipo de relação não há espaço para o diálogo intercultural o que expressa uma contradição, pois a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas preconiza que:

Os sistemas tradicionais de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, percebida como a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia e as práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas prática e concepções, constituem geralmente recursos de saúde com eficácia empírica e simbólica, compatíveis com a definição de Saúde mais recente da Organização Mundial de Saúde. Portanto, a melhoria de estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para elas de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerado-as como receptoras passivas, despossuídas de saberes e práticas ligadas ao processo saúde-doença. (FUNASA, 2000)

Mesmo no discurso da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, percebe-se os sistemas de cura *“com eficácia empírica e simbólica”*. Temos aqui exposta uma questão bem mais complexa. Para que essa questão possa ser discutida com consistência será necessário compreender o que é diversidade cultural, pois ela constitui um dos principais problemas para a antropologia social, uma vez que o “estudo da doença e de sua diversidade taxonômica, etiológica e terapêutica é indissociável da noção de que a doença engloba outras dimensões de natureza biológica, social, psicológica e ecológica, além de uma dimensão cultural” (VERANI, 1994, p.91), Está posta nas relações interculturais a ideologia de que a biomedicina é a única forma eficaz de resolver os problemas de saúde e este discurso é hegemônico. A Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em seu próprio discurso deixa escapar essa falácia, mesmo quando exalta a necessidade de um diálogo intercultural. Certamente este é um dos maiores desafios da atualidade, pois na realidade as políticas e projetos são impostos e não negociados, o que favoreceria a adequação cultural.

O que conduziu recentemente a biomedicina a se questionar sobre sua superioridade e sua eficácia para resolver os problemas de

saúde do mundo inteiro. Como prova dessa preocupação atual da biomedicina, e de modo a explicar o fracasso geral dos programas de assistência médico-sanitária, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhecia recentemente que este poderia, talvez, ser atribuído ao desconhecimento das realidades locais, em outras palavras, das particularidades culturais [...] Não se tratará mais de impor ao mundo um modelo médico ocidental, do qual se tomou consciência de que é, fundamentalmente, determinado culturalmente, que constitui uma forma –mas não a única – de apreender e resolver os problemas de saúde, que pode não ser desejado em todos os lugares e não atender às esperanças e expectativas dos indivíduos, mas de reconhecer a existência, a validade e a eficácia de outros sistemas de interpretação e de resolução de doenças e de buscar os meios de adaptar ou ajustar esse modelo médico aos recursos terapêuticos já existentes. (BUCHILLET, 1991, p.36-37)

A relação entre biomedicina e medicina tradicional indígena está pautada no cientificismo que, para Todorov, é uma figura não menos perversa e provavelmente, uma mais perigosa forma de etnocentrismo, pois “não é freqüente se orgulhar de ser etnocêntrico, enquanto é possível se orgulhar de professar uma filosofia ‘científica’”. (1993, p.32)

O que é o saber da biomedicina, se não um saber científico que quando se depara com o saber tradicional, qualifica-o como inferior, mantendo uma relação etnocêntrica, se valendo do cientificismo como a única verdade, desconsiderando os saberes tradicionais. Isto porque estes não são organizados sob as mesmas bases da ciência ocidental, não partem dos mesmos raciocínios lógicos nas formulações do processo saúde/doença.

Se no discurso é esse o entendimento, então teremos uma prática em consonância com essa ideologia, tornando difícil o diálogo intercultural entre os sistemas médicos. Isto inviabiliza a necessária implementação de ações culturalmente coerentes.

Impõe-se uma discussão profunda da etnicidade para pensar a situação de saúde e os povos indígenas. É necessário que os profissionais de saúde desenvolvam a capacidade de relativizar seus saberes. Urge que se rompa com as posturas arrogantes e autoritárias no campo da saúde indígena.

Requer que o profissional de saúde reconheça a presença, a legitimação, e a necessidade dos especialistas indígenas de saúde, particularmente os xamãs, cujas práticas terapêuticas não têm analogias com as de nossa medicina. Eles procuram fora do corpo

biológico para entender e curar doença (LANGDON, 2004, p. 114).

O processo de saúde/doença na sociedade kurâ-Bakairi “só pode ser entendido se remetido às coordenadas culturais que lhe conferem sentido. Abordá-lo de forma separada da sociedade significa renunciar à sua compreensão” (BARROS, 1997:76). Se o DSEI Cuiabá de fato quiser desenvolver um trabalho consistente e profícuo seus profissionais terá que considerar essas coordenadas culturais. Para os Kurâ-Bakairi:

A saúde e a ordem no universo, a seu ver, depende da observação de preceitos religiosos, de sua humana participação em um campo de relações que envolve os reinos animal, vegetal, os mortos. Por essa razão os Bakairi se sentem responsáveis pelos seus próprios infortúnios que, segundo o seu modo singular de pensar, resultam de infrações por eles mesmos cometidas.(BARROS, 1997:76)

É necessário um grande esforço para que os saberes biomédicos não subjugem os saberes dos especialistas da saúde indígena. Há de fato a urgência de articular, de promover um diálogo entre a biomedicina e a medicina tradicional nos serviços de atenção primária à saúde. “O bem estar pessoal e social Bakairi está sob risco, pois a lógica ocidental não dá conta da densidade de seu mundo metafísico e da clivagem que ele exerce sobre a vida material e cotidiana” (BARROS, 2002, p.180)

A mesma autora traz uma contribuição para que se compreenda o que é a categoria “doença de branco” para os Kurâ-Bakairi:

Com o contato, novas categorias ingressaram em seu universo conceitual: “doença de branco”, originárias do mundo ocidental, com uma distinção básica entre “feitiço” ou não, como o caso da gripe, da tuberculose, do sarampo, das DSTs, etc. No caso dos “feitiços de branco”, somente especialista “branco” pode tirar. Não raro eles buscam “curandeiros” não indígenas para tanto. Somente no segundo caso é que o enfermo deve ser encaminhando aos especialistas do sistema de atenção à saúde oficial (BARROS, 2002, p. 179).

É necessário refletir acerca do que constatou Barros, pois se procuram os “curandeiros” brancos (benzedeiros e raizeiros) quando constatarem que é “feitiço de branco” e procuram os profissionais de saúde oficial quando constatarem que é doença de branco, isso denota o valor que os Kurâ-Bakairi dão ao mundo invisível ou espiritual e as instituições de saúde têm que incorporar essas diferenças no princípio da equidade.

4.4 OS AUXILIARES DE ENFERMAGEM INDÍGENA E A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE INDÍGENA

A relação entre os profissionais não-índios e os Auxiliares de Enfermagem Indígenas, na maioria dos casos é uma relação etnocêntrica, pois os profissionais não-índios têm dificuldade em reconhecer os auxiliares com profissionais de saúde, pois não confiam na qualidade dos procedimentos profissionais dos Auxiliares de Enfermagem Indígena, não conseguem desenvolver um trabalho de fato de equipe, onde haja confiança e respeito. Muitos deles não conseguem se adaptar à realidade da aldeia, não se interessam em aprender sobre os processo de saúde/doença do grupo étnico que estão atendendo, pois trabalham desconectados da realidade e por isso que alguns auxiliares não conseguem manter um relacionamento mais próximo, pois o outro sempre será um estranho, onde não se estabelece nem o respeito profissional, apenas uma relação de autoridade, articulada através o status profissional.

Os auxiliares não se sentem valorizados pelos profissionais de saúde. É uma relação em que os auxiliares têm que se afirmar como membro da equipe de saúde, como profissionais de saúde que conhecem a realidade de saúde de sua comunidade que buscam lidar com o diálogo entre os saberes da cultura e da biomedicina.

Olha, sabe que eu tenho pensado bastante a respeito disso porque a gente sabe que nós já tivemos bem antes problemas com eu falo com a cultura mesmo né? Primeiro órgão que tratava cuidava tratava da saúde era o TROPICOS, né? Uns 3 ou 4 anos, e eles não respeitam o índio, eles tratavam como branco medicamento e internação essas coisas assim, mas com o tempo a gente conversando ora com o médico enfermeiro as vezes houve muitas

mudanças. Alguns dão continuidade aos estudos e saem, eu posso dizer que até hoje as pessoas tratam dessa maneira nos tivemos várias equipes. Muda enfermeira, muda odontólogo, médico então fica até difícil de trabalhar. Mas as pessoas que vem que estão trabalhando com a gente tem passado informações de como a gente trabalha conversa pra que eles passem a entender também a nossa realidade.[...] Eles estão entendendo, mas no início é difícil eles entenderem que são pessoas novas, que chegam às vezes nunca tiveram com povo indígenas, e por curiosidade eles acabam entrando. Tem uns que gostam, tem uns que não, mas eles também não são obrigados a entender né? Eles estudam, tem uma formação pra trabalhar na cidade e na área indígena ou no mato, como dizer assim, então a dificuldade é devido a isso. Mas tem alguns que se interessam mesmo, já vão aprendendo, até com a gente acabam trocando idéias, experiências de trabalho, mas essas pessoas assim duram pouco na área, logo são substituídas não sei porque. E é por causa da gente, já tem outras equipes que já foram embora sem dizer nada Olha eu na verdade nunca tive problemas com nenhuma equipe que porque eu tinha facilidade de falar com as pessoas, eu sei, eu procuro saber, eu me interesso bastante. As pessoas que demoram, tem que procurar as pessoas se ficam fazendo isso, talvez eles mudem.

Eu tenho feito isso, eu tenho conversado com o Ricardo bastante, eu sempre pergunto pra ele: “o que está achando do nosso trabalho? Como a gente pretende trabalhar?” Ou ele pergunta pra gente qual aldeia atender primeiro, se tem algum caso grave. Eu praticamente tenho essa interação com ele porque fazer isso depende das pessoas também. Já tem as pessoas que tem dificuldade de comunicação, não falam, então fica mais acanhado. Mas não é porque ele não gosta ou essas coisas não. Nós aqui na área sabemos melhor do que ninguém como a gente está, como a gente vive estas coisas. De repente vem uma pessoa mudar nossa casa, a gente não gosta. Mesmo porque eu sempre falo pra eles que agente também faz parte da equipe, já que equipe é formada pelo auxiliar de enfermagem, tudo. (A.E. C.)

Agora meu trabalho pra mim aqui é muito bem tranquilo ,mas é que falta a casa e a água ali dentro da casa onde a gente trabalha, então eu trabalho com a comunidade muito bem. Eles me obedecem, eu obedeço eles, não tenho preguiça de trabalhar. Se de noite me chamam, eu venho porque a gente trabalha com enfermagem na saúde, a gente é obrigado a formação da gente. Eu gosto do meu trabalho. Eu sinto assim: eles vem sempre, mas só que eu sinto que eles não me trazem os medicamentos porque eu sempre faço o pedido, eu todo mês eu mando o meu pedido e eles não trazem, então eu fico sentida porque eu não acho muita falta deles, não, mas eu quero pelo menos que eles venham. De manhã eles vêm consultar o pessoal e vão embora, e a gente não faz questão deles. Fica o dia inteiro, não, mas pelo menos se me trouxerem o medicamento tudo bem, eu fico muito agradecido. Eu nunca reclamei deles em relação ao serviço deles. Eles

trabalham muito bem com nós aqui eu nunca reclamei desses aqui que vem sempre eu gostava mais do trabalho no Santana, mas ele enganou a gente foi embora sem despedir da gente né (deu risada) quando ele vinha eu dava almoço aqui matava churrasco comia bem, mas ele foi embora sem se despedir da gente e a gente fica muito sentido com ele até agora meu pai não esquece a aquele enfermeiro lá enganou a gente (risadas). (B.H. P. X.)

Eu e essa equipe de saúde que eu trabalho com ela nos trabalhamos tudo junto e falo que tudo junto quando, quando eles vem em consulta escreve ali no prontuário quando ele sai eu pego o prontuário da pessoa que foi consultada olho os seus remédios aí eu vou atrás daquela pessoa, vejo se ele está tomando remédio, se o remédio dele acaba, aí eu continuo dando aquele remédio. Então eu trabalho junto, eu num fico ali na mesa consultando, mas depois que ele sai, aí eu trabalho, dou continuidade ao remédio até curar aquela pessoa. Se eu não der conta de curar, procuro ele depois que ele está lá em Cuiabá, falo com ele. Então isso que está acontecendo, eu e equipe de saúde trabalhamos juntos. (C.M. M. K. T.)

Meu relacionamento com a equipe aqui está tudo bem, né? Mas só que eu particularmente gostaria que interviesse mais, é mais fácil a gente estar fazendo junto, ter participação apresentando eles a lista de quem deve chamar. E nós temos uma tradição na nossa cultura que é também usar pajé, nosso relacionamento está sendo numa boa, o que eu falo, ele respeita porque não adianta você falar e não obedecer porque as coisa não vão andar, então eu tenho concordado com ele. (D.L. A. P.)

Eu me sinto mais segura quando a equipe está aqui. E quando equipe não está, a gente tem que pensar muito com a comunidade, mas a gente tem que fazer como a gente estudou né? Aprendeu. (F.C. K. K.)

Olha eu me dou bem com a equipe desde o começo. Por mim, eu me dou com todo mundo. O que eu tenho que falar eu falo pra eles, mas eu não tenho[...] Não, não comigo não, mas eu sei que eu faço parte da equipe. Eles falam também que nós também fazemos parte da equipe, então eu sinto que nós fazemos parte da equipe. (E.A. R.K.J.)

É explícita a relação de incômodo e a dificuldade de inserção dos profissionais de saúde não-índios no trato com os auxiliares e com a comunidade, a falta de confiança nos conhecimentos dos auxiliares, a não disponibilidade de um trabalho conjunto, a falta de diálogo, entre outras.

Há necessidade de se investir mais na capacitação dos profissionais de saúde que eles posam conhecer a cultura das etnias que estão trabalhando e possam ser

capazes de realizar um diálogo entre os saberes da biomedicina e da cultura, bem como relativizar as diferenças culturais.

Desta maneira, é importante que o treinamento dos profissionais que lidam com a saúde indígena dedique tempo suficiente para que estes compreendam profundamente o conceito antropológico de relativismo e, também, o conceito de cultura. Devem estar familiarizados com a natureza do sistema indígena de saúde, e como as práticas fazem parte da sua cultura como um sistema simbólico, composto de valores, representações e significados inter-relacionados. [...] O primeiro passo para realizar os princípios da legislação sobre saúde indígena é o reconhecimento que estas diferenças são legítimas e fazem parte de um sistema cultural de saúde e que não superstições ou fragmentos de um pensamento menos evoluído. Um segundo passo, e o que é mais difícil de conseguir, eu creio, é o de relativizar os saberes, aliás, relativizar a nossa medicina. (LANGDON, 2004:7).

Langdon tocou no âmago da questão: esses são os dois maiores desafios para que realmente a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas possa ser de fato implementada.

Acerca dessa mesma questão, há profissionais não-índios que gostam de trabalhar na aldeia, desenvolvendo atividades envolvendo os auxiliares de enfermagem:

(...) tem alguns que se interessam mesmo, já vão aprendendo até com a gente e acaba trocando idéias experiências de trabalho com a gente. Mas essas pessoas assim duram pouco na área, logo são substituídas, não sei porque, se é por causa da gente. Tem outras equipes que já foram embora sem dizer nada. (A.E.C..)

Quando os profissionais respeitam os saberes dos auxiliares, as relações entre eles crescem em qualidade e possibilitam até a troca de saberes, mas pelos relatos dos auxiliares, esses profissionais “logo são substituídos”. O que faz um profissional que consegue relativizar as relações culturais ser substituído, se esta prática é o que se espera destes profissionais? Há uma contradição entre a prática e o que preconiza a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, segundo a qual:

Todas as sociedades humanas dispõem de seus próprios sistemas de interpretação prevenção e de tratamento das doenças. Esses sistemas tradicionais de saúde constituem, ainda hoje, o principal

recurso de atenção à saúde da população indígena, apesar da presença de estruturas de saúde ocidentais. Sendo parte integrante da cultura, eles condicionam a relação dos indivíduos com a saúde e a doença e influem sobre sua relação com os serviços e os profissionais de saúde (procura ou não dos serviços de saúde, aceitabilidade das ações e projetos de saúde, compreensão das mensagens de educação para a saúde) e interpretação dos casos de doença (FUNASA 2000)

Já que é preconizado justamente a interação e o respeito à cultura local, por que justamente os profissionais que são capazes de relativizar não continuam com o seu trabalho? Está implícita uma questão muito séria que certamente implica maiores detalhamentos, pois os profissionais que acabam se vinculando com os problemas do cotidiano da saúde nas aldeias exigem bem mais das instituições responsáveis pela prestação da assistência à saúde nas aldeias.

Ao analisar a formação profissional em saúde indígena não se pode perder de vista os processos sutis e profundos de colonialismo, já que ao formarem estes indígenas para o atendimento da assistência à saúde nas aldeias, está se privilegiando um saber: o saber da biomedicina, e está fortalecendo as bases para a alteração dos itinerários terapêuticos. No caso dos Kurâ-Bakairi, que possuem apenas dois xamã e um aprendiz de xamã para atender todas as aldeias da Terra Indígena Bakairi e Santana, a situação é bastante preocupante e a etnia está correndo o risco de perder as possibilidades da existência das práticas do itinerário terapêutico, já bastante modificado. Apesar da preconização da Atenção Primária a Saúde (APS) sobre a necessidade da valorização da medicina tradicional, na prática da assistência à saúde dos Bakairi esta valorização não está ocorrendo.

Os alunos do Projeto Xamã, em sua maioria, são jovens que segundo a maioria das culturas indígenas e em especial os Kurâ-Bakairi, não teriam condições de adquirir esses conhecimentos, uma vez que estes são transmitidos conforme o amadurecimento e os jovens não teriam acesso a maioria dos saberes, principalmente os referente aos cuidados à saúde. Assim, a maioria dos alunos do Projeto Xamã não estava preparado para terem acesso a esta formação, já que nem da medicina de sua cultura tinham.

Através da formação indígena na área da saúde está se fortalecendo o conhecimento da biomedicina e legitimando suas prática e cuidados. Através desta

intervenção, a estrutura da saúde indígena com seus itinerários terapêuticos fica bastante prejudicada, já que este era visto como de pouca eficácia e de ação simbólica, ficando a figura do xamã em um primeiro momento “desacreditada” pelos auxiliares, fascinados com os saberes da biomedicina, e num segundo momento o xamã é tido como o único capaz de tratar as doenças de índio.

4.5 AUXILIAR DE ENFERMAGEM INDÍGENA: QUAL SEU LUGAR ?

Verificou-se como os Auxiliares de Enfermagem Indígena vêem a si mesmos na equipe multiprofissional. Aqui, o que se nota é que os auxiliares vêem-se como “intermediários” entre a comunidade a que pertencem e a equipe multiprofissional.

Agora eu faço parte da equipe, eu sou contratado, estou ganhando um salário.(C.M.M.K.T.)

Eu tenho uma função que eu faço, é o que eu faço dentro daquilo que eu estudei né? A minha função é junto da equipe, minha participação é orientar onde que é prontuário, verificação do PA, encaminhar pro médico, essas coisas. (D.L.A.P.)

Olha, quando a equipe não está aqui, a gente vem se virando, tem que resolver porque a gente é tudo aqui, quando acontece alguma coisa, emergência, aí é quando a equipe está aqui, eu estou junto, estou junto deles. Eu observo o que eles fazem, o que eles pedem eu faço. Eu estou junto deles, com o enfermeiro.(E.A.R.K.J.)

(...) Eu, aqui, ao mesmo tempo que eu falo português eu falo na língua, quando tem uma pessoa que tem o sangue mas não sabe falar, falando com o médico essas coisa a gente ajuda. (F.C.K.K.)

Não há como fugir da discussão dos efeitos do contato com a sociedade envolvente na cultura Bakairi, quando os voluntários passaram a ser profissionais de saúde – auxiliares de enfermagem – e passaram a receber um salário este acesso ao capital econômico possibilitou uma diferenciação, pois através do salário puderam ter acesso aos bens de consumo.

O salário também causou um desconforto na relação com os xamãs, pois para os Bakairi um jovem ainda não tem acesso a muitos saberes da cultura, muito menos aos cuidados de saúde da comunidade, campo este que cabe apenas ao xamã e os

demais especialistas de saúde da etnia, saberes que são acessados através da maturidade e da disponibilidade de se colocar a várias provas e privações para serem dignos de ter acesso a estes saberes ou a este capital cultural.

A formação em auxiliar de enfermagem rompe com esta lógica cultural, já que a maioria dos auxiliares são jovens e não possuem maturidade e nem acesso aos conhecimentos específicos da própria cultura para atuarem como cuidadores da saúde da comunidade, mesmo que estes saberes (biomedicina) sejam de uma outra cultura (ocidental). No caso dos Bakairi, o que faz a comunidade aceitar estes cuidados com algumas ressalvas é a falta de xamãs e demais especialistas tradicionais para cuidarem da saúde da comunidade, bem como o aparecimento de doenças originárias do contato e categorizadas como “doenças de branco”.

Além do diferencial objetivamente presente na remuneração, os auxiliares vêm-se intermediários entre os profissionais de saúde não-índios e sua comunidade, pois em muitos casos são intérpretes das orientações dos médicos, bem como das indagações desta para com o tratamento.

O processo de formação apesar da falta de diálogo intercultural possibilitou ascensão profissional aos alunos Bakairi, pois, houve um acúmulo de capital cultural e capital econômico, segundo os valores da sociedade envolvente, já que passaram a receber um salário condizente com a profissão que passaram a exercer, bem como um ganho simbólico no espaço social da comunidade. Bourdieu, ao se referir ao espaço social afirma que:

O capital econômico e o capital cultural têm nesse caso, um peso importante, o espaço social organiza-se de acordo com três dimensões fundamentais: na primeira dimensão, os agentes se distribuem de acordo com o volume global do capital possuído, aí incluídos todos os tipos; na segunda, de acordo com a estrutura desse capital, isto é, de acordo com o peso relativo do capital econômico e do capital cultural no conjunto de seu patrimônio; na terceira, de acordo com a evolução, no tempo, do volume e da estrutura de seu capital. (BOURDIEU, 2003b: 30)

Os Auxiliares de Enfermagem Indígena através de sua formação profissional, conseguiram acumular vários capitais, aproximando-se da primeira dimensão, ou seja, os agentes se distribuem de acordo com o volume global do capital possuído.

Através do contato com a sociedade envolvente, os valores dessa sociedade (capital econômico) passaram a ter importância no espaço social da comunidade.

Nos discursos desses agentes, é enfática a necessidade de que os profissionais de saúde tenham uma ação pró-ativa em relação a eles “a gente quer que as pessoas que trabalham com a gente, tenha mais entusiasmo também, olhe pra gente e ajude realmente”. Ou seja, que estes profissionais vejam-nos como parte da equipe e que os ensinem e também respeitem. Entretanto, alguns ainda se vêm abandonados, e alegam que têm que “se virar sozinho”, ou seja, falta a inclusão efetiva na equipe multiprofissional.

(...) quando eu fico sozinha, aí ninguém vem. Aí eu fico sempre sozinha, eu trabalho sozinha. Nem as criança vão onde eu moro, local do meu trabalho eu mesmo vou sozinha. (B.H.P.X.)

Olha, quando a equipe não está aqui, a gente vem se virando tem que resolver porque a gente é tudo. (E.A.R.K.J.)

(...) porque pra nós aqui é muito difícil nesse período, está sozinho e é essa dificuldade. (A.E.C.)

Eu estou aplicando, aplicando conforme eu aprendi né? E o que eu não aprendi eu não estou aplicando. Também eu estou arriscando porque não há outra saída aqui pra nós, a gente pode até fazer aquilo que não é nossa função porque aqui casos de emergência principalmente eu faço porque não tem apoio, porque enfermeiro médico, essas coisa né? Então aqui na aldeia nos estamos, como bem dizer, médico, doutor. Você pode dizer que eu não estou aprendendo, mas nós estamos trabalhado aqui como médico, doutor. Então a gente enfrenta cada coisa aqui, acontece que a gente não estudou, não se habilitou com aquelas coisas. Então a gente arrisca, né? Então a gente aqui enfrenta a situação porque a gente é responsável pela saúde da população, a comunidade onde a gente está localizado, então a gente tenta fazer pelo menos aquilo que a gente consegue. Então é isso. (D.L.A.P.)

Nesses discursos, fica subentendida a dificuldade do trabalho em equipe, pois se estivesse bem articulado, o trabalho desses profissionais seria mais fácil nos períodos em que estivessem sozinhos. Como se sabe, no planejamento do Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá – DSEI Cuiabá – executado pela UNISELVA, os profissionais médicos ficam no máximo 15 dias em área indígena, atendendo as 10 aldeias existentes na Terra Indígena Bakairi. Nos outros 15 dias, os auxiliares ficam

de fato sozinhos, tendo que dar conta de todas as adversidades do cotidiano das aldeias. Por isso se faz necessário que os profissionais, em conjunto com as instituições, possam encontrar meios para minimizar essas dificuldades apresentadas pelos auxiliares de enfermagem no período em que eles estão sozinhos.

Quando perguntados acerca de sua rotina de trabalho, há um certo descontentamento, uma vez que eles trabalham em tempo integral, enquanto o restante da equipe os não-índios vêm às aldeias apenas quinzenalmente.

Olha, eu quero dizer que aqui na área nos temos que estar vinte quatro horas e sete dias por semana dispostos a atender essas pessoas. (...) nos não temos uma rotina já traçada, a gente tem reivindicado isso. (A.E.C.)

Além disso, eles reivindicam melhores condições de trabalho e melhor remuneração, uma vez que faltam equipamentos adequados e eles trabalham em tempo integral, como já foi citado.

Nos não temos uma rotina já traçada a gente tem reivindicado sobre salário, essas coisas. A justificativa é que a gente mora na aldeia, mas não tem jeito. Eles estão descasando e a gente tem trabalhado aqui sábado, domingo, feriado. [...] Olha, na verdade aqui na área não tem AIS não (A.E. C.)

Os discursos citados acima foram analisados em um mesmo bloco por estarem em um mesmo conjunto de reivindicações, em que a falta de uma rotina de trabalho é a tônica nos dois discursos. Os auxiliares, ao se referirem a rotina de trabalho, referem-se à carga horária, abusiva em qualquer cultura, pois os auxiliares trabalham aos sábados, domingos e feriados. Diante dessa realidade, eles reivindicam melhores salários, já que cumprem uma carga horária de trabalho muito superior à dos demais profissionais de saúde.

Porque os direitos trabalhistas no caso dos auxiliares de enfermagem indígenas não são respeitados? Porque não recebem hora extra ou realizam sistema de plantão quando se tem mais de um auxiliar por aldeia, como em Pakuera? Não é por que esses profissionais moram nas aldeias que eles são obrigados a serem submetidos a uma relação de trabalho onde não são observados os direitos trabalhistas. Outro ponto importante nesta relação é o preconceito dos profissionais

de saúde não-índios para com os auxiliares de enfermagem tanto pela sua origem étnica quanto pela sua função dentro do modelo hospitalar instalado (função de subalternidade).

Esse preconceito fundamenta o discurso da não valorização dos auxiliares de enfermagem indígenas na equipe multiprofissional, valorização que eles merecem, pois, são profissionais bilíngües que fazem uma possível mediação cultural da equipe com a comunidade. São nas relações de trabalho que se percebe como as diferenças culturais são hierarquizadas se transformando em desigualdade na distribuição dos recursos no campo social.

Quando os auxiliares falam que não tem rotina, fica subentendido que eles atendem a demanda das aldeias, às urgências e emergências identificadas nas visitas. Identificamos que a promoção da saúde não está sendo implementada adequadamente. Nenhum programa de saúde está de fato sendo implementado na rotina de trabalho dos auxiliares de enfermagem. Foi observado, durante as visitas a campo, que os demais profissionais de saúde acabam também atendendo às demandas espontâneas. Em uma conversa informal com os membros da equipe de saúde, os profissionais demonstram vontade de implementar os programas de saúde tais como o pré-natal, doenças crônico-degenerativas, saúde da criança, etc. Por que os programas de saúde de fato não estão implantados e os que foram implantados, por que não estão sendo implementados? Infelizmente no âmbito desta dissertação não é possível responder essas questões cruciais que estão a merecer uma outra pesquisa.

Os auxiliares de enfermagem indígena, anseiam ser Técnicos de Enfermagem.

Ah, eu gostaria de estudar né? Fazer esse técnico de enfermagem, assim na cultura do branco. Porque esse aí é cultura de branco, eu queria conhecer, estudar ter esse papel, ter diploma na mão. (C.M.M.K.T.)

Eu queria tentar estudar. Como queria se como técnico fosse curso de Técnico de Enfermagem, né? Porque ser auxiliar de enfermagem já está quase acabando, né? Então eu queria subir mais [...]eu quero fazer curso de técnico de enfermagem, né? ou então mais trabalhar, estudar mais. Ainda quero continuar trabalhando. (B.H.P.X.)

Os auxiliares vêm reivindicando um curso de complementação para ascenderem a Técnicos de Enfermagem há seis anos. Eles perceberam que em nossa sociedade o diploma lhes confere capital cultural institucionalizado, capital econômico e perante sua comunidade, capital simbólico e capital cultural em estado objetivado através do domínio das práticas da biomedicina.

Outra reivindicação é referente à melhoria das condições de trabalho, isto é, acesso a equipamentos (estetoscópio, balança, termômetros, etc.), e respeito profissional, ou seja, se um auxiliar não-índio pode usar um determinado equipamento, por que um auxiliar de enfermagem índio, que possui, a mesma qualificação não pode usá-lo?

(...) falta muitas coisas no trabalho da gente aqui. Lá no posto tem que ser organizado, tem que ter material.(...) [mas] falta balança pras crianças, essa balança que nós temos é da época da FUNAI, até agora nós não conseguimos da equipe, tem um da equipe de uso, mas não deixam com a gente, trazem e levam. Enquanto estão aqui, nós trabalhamos. Faz falta a balança. (B.H.P.X.)

O que está implícito nos discursos acima é o descuido, o desrespeito, o descrédito para com esses profissionais e para com a comunidade indígena: por que não equipar adequadamente o posto de saúde? Por que os equipamentos não podem permanecer no posto para que os auxiliares possam utilizá-los quando necessitarem? Por que a Atenção Primária a Saúde não é implementada adequadamente nas aldeias? Por que não há programas de saúde implantados na comunidade tais como programa de pré-natal, doenças crônicas degenerativas, DST/AIDs, etc.? Percebe-se que falta planejamento, ou melhor, de direcionamento das ações de atenção à saúde indígena. Quando citamos os programas não estamos sugerindo uma assistência à saúde compartimentada, pois entendemos que o direito dos povos indígenas a saúde só pode ser bem compreendido na perspectiva do respeito às suas diferenças, sua existência, suas pretensões de desenvolvimento e sua autodeterminação.

Há um desejo generalizado entre os auxiliares, o de cursar o Técnico de Enfermagem em igualdade de condições com os não-índios, sem a separação entre formação para não-índios e formação para índio. Melhorar as condições de trabalho

também se constitui em reivindicações, bem como a necessidade de se desenvolver um trabalho verdadeiramente de equipe.

(...) Pra realmente ser uma profissão de técnico, nós estamos esperando faz tempo, estamos esperando por que tem a gente aqui faz projeto essas coisas é muita burocracia. (A.E.C.)

(...) deveria melhorar o trabalho de pajé com a equipe de saúde pra trabalhar tudo junto. (C.M.M.K.T.)

(...) eu penso é eles dá condições bom pra trabalhar porque as vezes, a casa aqui só uma aqui na aldeia eu penso assim que poderia está tudo junto, onde está o medicamento, essas coisas. Aí, eu gostaria que melhorasse a estrutura pra ter um bom funcionamento. (E.A. R.K.J.)

Poderia melhorar a situação dessa casa aí. Equipamento pra eu trabalhar porque eu não tenho equipamento, né? (...) Também não é de hoje que eu queria mais uma pessoa, uma pessoa pra treinar, pra ficar aqui no meu lugar, porque eu saio né? e ninguém atende aqui. É muito longe e também não tem AIS. (B.H.P.X.)

Mais uma vez vem à tona o discurso da necessidade do curso de Técnico de Enfermagem, mas também a consciência dos entraves burocráticos e a necessidade de melhoria no espaço físico do posto de saúde, a falta de equipamentos, bem como a falta de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) nas aldeias.

Há por parte dos auxiliares a necessidade de um trabalho em conjunto entre os profissionais de saúde não-índios, auxiliares de enfermagem e o xamã. Esse assunto se constituiu na saúde indígena em um nó crítico, já que deixa explícita a dificuldade de um trabalho em conjunto, de um diálogo intercultural dos saberes médicos tradicionais e a biomedicina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A constituição do campo da saúde indígena foi um processo crivado de grandes violências. Durante o longo período que abrange desde o início da colonização portuguesa até a metade do século passado, não se registram políticas públicas voltadas para o atendimento à saúde da população indígena, e quando elas foram constituídas, tinham um caráter tutelar, centradas em um modelo de atenção emergencial e assistencialista, com pouca resolutividade e sem articulação com o sistema de saúde a nível municipal e estadual, configurando-se em um modelo autoritário, sem espaço para o diálogo intercultural com as práticas de saúde dos povos indígenas assistidos. Esta postura política se evidenciou tanto no SPI, quanto na FUNAI, através das Equipes Volantes de Saúde (EVS).

O Subsistema de Saúde Indígena, implantado na década de 90, ainda não conseguiu superar o autoritarismo, pois continua não conseguindo propiciar o diálogo com as práticas de saúde dos povos indígenas, apesar de construção do discurso da alteridade posta na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, em sua operacionalização acaba tendo uma postura etnocêntrica e cientificista. Portanto, não implementou as preconizações da Conferência de Alma Ata referente à participação da comunidade na resolução de seus problemas de saúde, não conseguiu vencer o desafio do diálogo entre os saberes médicos tradicionais e o da biomedicina.

No campo social indígena, existem práticas de saúde próprias e agentes que as realizam. Essas práticas derivam de um conjunto de saberes próprios a esses especialistas (Xamãs, Curandeiros, Benzedeiras, etc.) que detêm capital cultural em todos os níveis bem como, capital simbólico e social, se olharmos pelo viés Bakairi, são agentes muito bem posicionados na correlação de forças que compõe o seu campo social.

No entanto, esse campo não existe como um sistema isolado em que apenas os especialistas em saúde da cultura Bakairi circulam. Existe uma outra correlação de forças gerada pela subalternidade dos Bakairi ao Estado Brasileiro, devido ao contato e as formas de domínio e exploração construídas historicamente.

Os saberes médicos tradicionais na sociedade Bakairi são constituintes do seu modo de viver e entender o mundo, quando ocorre na disputa entre os campos de força da biomedicina e da medicina tradicional Bakairi, os saberes tradicionais ficam em desvantagem sofrendo um processo de desvalorização dos capitais dos seus agentes. Quando ocorre o confronto entre os campos da medicina tradicional indígena e a biomedicina, mesmo no seu território, o xamã, estará em profunda desvantagem na correlação de poderes com os médicos, enfermeiros e dentistas legitimados e enviados pelo Estado Brasileiro. Os xamãs utilizam estrategicamente as categorias “Doença de Branco” e “Doença de Índio” para delimitar o espaço de cada saber, mediando o conflito, e determinando o lugar da biomedicina em sua cultura.

As relações interculturais entre os Auxiliares de Enfermagem Indígena Bakairi e a Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena, configura-se em relações pautadas pela subalternidade, relações etnocêntricas e cientificistas. Não há planejamentos das ações referentes à promoção da saúde nas aldeias, o trabalho da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena é pontual, assemelhando-se as práticas das antigas Equipes Volantes de Saúde na época da FUNAI.

A estratégia de usar indígenas como mediadores entre a biomedicina e as práticas de saúde indígena é controversa, já que, acaba por se tornar mais um instrumento de dominação do que de mediação. O Projeto Xamã não conseguiu por em prática a alteridade ao não possibilitar aos indígenas espaço para que eles pudessem fazer suas próprias escolhas, referente à sua formação profissional, não possibilitou o diálogo entre os saberes da biomedicina e da medicina tradicional Indígena, teve dificuldade de entender as particularidades dos impedimentos culturais Bakairi e em relacionar-se com as diferenças das culturas indígenas referentes aos procedimentos terapêuticos xamânicos, não conseguiu realizar o diálogo intercultural.

O Projeto Xamã, apesar dos descaminhos, possibilitou acúmulo de capital cultural em seus três estados, pois ao serem voluntários, adquiriram o capital incorporado; através da manipulação das técnicas da biomedicina objetivaram este capital; através do Projeto Xamã, o capital foi institucionalizado através do diploma e da carteira emitida pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

O diploma, para os Auxiliares de Enfermagem Indígena, construiu uma conquista, mas não legitimação, pois o processo de legitimação não se esgota com a institucionalização do capital cultural, nem na sociedade envolvente e muito menos na sociedade Bakairi.

A questão da formação em saúde para indígenas é polêmica, pois se tem dois pólos: (1) a necessidade da intervenção das práticas da biomedicina para tratar da diarreia, sarampo, tuberculose, etc., que foram adquiridos pós-contato, e (2) o risco de formar indígenas nas práticas da biomedicina e contribuir para maior desestruturação dos itinerários terapêuticos da medicina tradicional.

Formar indígenas para a assistência de saúde nas aldeias é inserir uma outra categoria de especialista de saúde que para a medicina tradicional é ilegítimo e está levando a desarticulação da lógica interna do cuidado com a saúde das etnias e em particular a Kurâ-Bakairi. O problema seria amenizado se os xamãs e outros especialistas tradicionais fossem respeitados e suas práticas consideradas como parte do tratamento de saúde.

É estritamente necessário que os profissionais de saúde não-índios tenham uma compreensão, mesmo que parcial, da cultura da etnia que estão trabalhando, observando suas particularidades culturais, respeitando os itinerários terapêuticos, tendo uma postura pelo menos respeitosa. Portanto a capacitação continuada de antropologia e pedagogia destes profissionais é condição *sine qua non* para trabalhar em área indígena, que a Escola Pública de Saúde de Mato Grosso e a FUNASA possam ampliar a oferta de cursos e que as conveniadas possam de fato levar a sério esta necessidade de capacitação da equipe se quiserem realizar uma atenção a saúde visando a integralidade e equidade, bem como viabilizar o tão falado diálogo intercultural.

Os discursos apontaram para questões que merecem um trabalho de pesquisa específico, como é o caso dos direitos trabalhistas dos auxiliares de enfermagem indígenas referentes a reivindicações salariais, horas extras e condições de trabalho, e também em relação à qualidade da atenção a saúde prestada a comunidade. Não me detive a problematizá-las profundamente, já que não teria como respondê-las. Seria necessário mais tempo e dedicação para analisá-las à altura.

É necessário que as instituições responsáveis pela atenção da saúde nas aldeias: FUNASA, Instituições Governamentais, Instituições Não Governamentais e os Conselhos Locais e Conselhos Distritais, bem com a Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, instituições responsáveis pela formação profissional em saúde, problematizem a implementação da promoção da saúde nas aldeias, reestruturem as matrizes curriculares dos cursos de formação profissional para indígenas, tendo como ponto de partida o diálogo entre os saberes da medicina tradicional e da biomedicina.

Olho para trás e vejo a estrada construída pelos nossos passos e na frente um horizonte de instigantes questões, revelando labirintos a serem conquistados, esfinges a serem decifradas, novas sementes lançadas para outras colheitas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI, V. **História Oral a experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1990.

ALEIXO, J. L.M. **Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio**. Revista Mineira de Saúde Pública, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, jun/jul. 2002.

ATHIAS, R, Machado, M. **A Saúde Indígena no Processo de Implementação do Distrito Sanitário: temas críticos e propostas para um dialogo interdisciplinar**. Card. Saúde Publica mar. /abr. 2001, Vol. 17, no 2,p. 425 – 431 ISSN 0102 – 311X

ARRUDA, M. B. **As engrenagens da cidade: centralidade e poder em Cuiabá na segunda metade do século XX. Dissertação de Mestrado**. Cuiabá: Instituto de Ciências Humanas e Sociais, 2002.

BARROS, EP, VIERTLER, B. **Estudo de Antropologia da doença entre os Bororo e os Kurâ-Bakairi**, Cuiabá: EdUFMT; 1997.

BARROS, EP. **OS Filhos do Sol: História e cosmologia na organização Social de um Povo Karib: Os Kura-Bakairi**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2003.

_____. **Vulnerabilidade social, aids e políticas públicas: uma contribuição da antropologia aos estudos de saúde indígena**. Relatório final de pesquisa de pós-doutorado em Antropologia Social da USP. São Paulo, 2002.

_____. **Saúde Indígena em Mato Grosso**. In Saúde Indígena: invisibilidade como forma de exclusão Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

BERBEL, N. A. N. **Metodologia da Problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior**. Londrina, PR: 1995 (mimeo).

BERTÚLIO, W. **A Reorganização da Atenção à saúde em Cuiabá / MT, 1986-1989; um Estudo de Caso**.Cuiabá; 2000 [Dissertação de Mestrado,- UFMT].

BONNEWITZ, P. **Primeiras Lições sobre a Sociologia de P. Bourdieu**. Petrópolis, RJ: Vozes; 2003.

BOURDIEU, P. **O campo econômico: A dimensão simbólica da dominação**. Campinas, SP: Papirus; 2000.

_____. **Meditações Pascalinas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001a.

_____. **A Economia das Trocas Simbólicas.** São Paulo: Editora Perspectiva S. A.; 2001b.

_____. **A miséria do mundo.** Petrópolis: Vozes, 2003a.

_____. **Razões Práticas: sobre a teoria da ação.** Campinas, SP.: Papyrus; 2003b.

_____. **Coisas Ditas.** São Paulo: Brasiliense; 2004a.

_____. **A produção da crença – contribuições para uma economia dos bens simbólicos.** São Paulo: Zouk, 2004b.

_____. **Escritos de educação.** (org. NOGUEIRA, M. A. e CATANI, A.). 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2004c.

_____. **Os usos sociais da ciência por uma sociologia clínica do campo científico.** São Paulo: Editora UNESP; 2004d.

_____. **As regras da arte.** São Paulo: Cia das Letras, 2005a .

_____. **O Poder Simbólico.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005b.

_____. **Esboços de auto-análise.** São Paulo: Cia. das Letras, 2005c.

BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à Análise do Discurso.** Campinas SP: Editora da UNICAMP, 2002.

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

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** Brasília (DF); 2002.

_____. Decreto Presidencial nº 3.156, de 27 de agosto de 1999 Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília, março 2002 p.29

_____. Lei nº 9836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília, março 2002 p.27

BUCHILLET, D. **Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia. Belém,** MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP; 1991.

CANCLINI, NG, **As Culturas Populares no Capitalismo.** São Paulo: Editora Brasiliense S.A; 1982.

_____. **Diferentes, desiguais e desconectados – mapas da interculturalidade.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2005.

CASTRO, C.M.G.L. **A inserção da Saúde indígena no Estado de Mato Grosso: o projeto Xamã e a comissão especial indígena.** Trabalho de conclusão da disciplina Seminário Avançado em Saúde Indígena, do Programa de Mestrado e Doutorado em Saúde e Ambiente, do Instituto de Saúde Coletiva – UFMT.

CONKLIN, BA. O Sistema Médico Wari (Pakaanóva). In: SANTOS, R. V. e COIMBRA Jr., C. A. (orgs) **Saúde e Povos Indígenas.** Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 1994, p 161 -186.

ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE –MT. **Projeto Xamã.** Cuiabá: ESP-MT, 1997.

_____. **Relatório Projeto Xamã.** Cuiabá: ESP-MT, 1998.

_____. **Proposta de ampliação do curso de formação em Auxiliar de Enfermagem para Indígenas,1999/2000.** Cuiabá:ESP-MT, 1999.

FUNASA. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

GALLOIS, D. T. A Categoria “Doença de Branco”: Ruptura ou Adaptação de um Modelo Etiológico Indígena?. In Medicina Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia. , MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP; 1991.

GARNELO, L. WRIGHT, R. **Doença, Cura e Serviços de Saúde. Representações, práticas e demandas Boniwa.** Cad. Saúde Publica mar. /abr. 2001, Vol. 17, no. 2, p 273 – 284 ISSN 012 – 311X.

GEERTZ, C. **A Interpretações das Culturas.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1978

_____. **Saber local – novos ensaios em antropologia interpretativa.** Petrópolis: Vozes, 2006.

LANGDON, J.E (org). **Xamanismo no Brasil – novas perspectivas.** Florianópolis: Editora da UFSC; 1996.

_____. **Representações da Doença e Itinerário Terapêutico dos Sione da Amazônia Colombiana.** In: SANTOS, R. V. e COIMBRA Jr., C. A. (orgs). **Saúde e Povos Indígenas.** Rio de Janeiro: Editora. FIOCRUZ, 1994, p. 115 – 141.

_____. **Salud y Pueblos Indígenas: Los Desafios en el Cambio de Siglo.** In Salud y Equidad: uma merada desde lãs ciências sociales. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

LAZANO, J.E.A. **Prática e estilo de pesquisa na história oral contemporânea**. In. Usos & Abusos da História Oral (orgs) Marieta de Moraes Ferreira e Janaina Amado. 5ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas Editora; 2002.

LUZ, M.T. **Novos Saberes e Práticas em saúde Coletiva: Estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. Ed. 2ª, São Paulo: Editora HUCITEC; 2005.

MAGALHÃES, ED. **O Estado e a Saúde Indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomani**. Brasília; 2001 [Dissertação de Mestrado- UNB].

MARQUES, I.M.S.F. **A Política de Atenção à Saúde Indígena: Implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá – Mato Grosso**. Rio de Janeiro; 2002. [Dissertação de Mestrado, Rio - Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz].

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**. São Paulo: HUCITEC; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, 1986.

_____. Relatório da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, 1993

_____. Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, 2001.

_____. (documento) **Formação de Agentes de Saúde – Propostas e Diretrizes**. FNS/CISAI – junho 1996.

_____. Resolução nº 57 de 6 de maio de 1993 [online] Brasília (DF) ; disponível em [2006 abr 5].

_____. Portaria nº 254 de 31 de janeiro de 2002 [online] Brasília (DF); disponível em <http://x3.saude.gov.br/mweb/PORTARIAS/Port2002/GM/GM-254.htm>, [2006 abr 5].

_____. Lei nº 8080

_____. Medida Provisória nº 1.911-8 aprovada em 29 de junho de 1999

MONTAGNER, M.A. **Peirre Bourdieu, o corpo e a saúde algumas possibilidades teóricas**. In Ciência & Saúde Coletiva v. 11 n. 2 abril/junho 2006.

NOVAES, S.C. **Jogos de Espelhos: a imagem da Representação de si através dos Outros**. São paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1993.

ORLANDI, E. P. **Discurso e leitura**. São Paulo: Cortez Campinas SP:Editora da Universidade estadual de Campinas, 1996.

NETO, R. B. G. *Vira mundo, Vira mundo: Trajetórias Nômades – As cidades na Amazônia*. Cuiabá: Mimeo, 2003.

NUNES, E.D. **As Ciências Sociais em saúde no Brasil: um estudo sobre sua trajetória** in Nunes E. D. *Sobre a Sociologia da saúde*. São Paulo: HUCITEC; 1999.

PAIM, J.S. **Atenção à Saúde no Brasil**. In Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil – Contribuições para a Agenda de Pesquisa*, Brasília; 2004.

PEREZ-GIL, L.. **O Sistema Médico Yawanáwa e Seus Especialistas: Cura, Poder e Iniciação Xamanica**. *Cad. Saúde Publica*, mar. /abr. 2001, Vol. 17, no. 2, p. 333 – 334, ISSN 0102 – 331X.

SANTOS, WG. **Cidadania e Justiça: a política Social Brasileira**. Rio de Janeiro: Campus; 1987.

SÓRIO, R. **Izabel do Santos**. In *Trabalho, Educação e Saúde*. – v.2, n.1 (2004) – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2004.

TOBAR, F. **Como Fazer Teses em Saúde Pública: coselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz; 2001.

TODOROV. T. **Nós e os outros: a reflexão francesa sobre a diversidade humana**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1993.

VASCONCELOS, C. A. **A questão indígena na província de Mato Grosso : conflitos, trama e continuidade**. Campo Grande, MS: Ed. UFMS, 1999.

VIANNA, A. **As Políticas de Saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas**. In CANESQUI, A. M. (org). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: HUCITEC/FAPESP, 2000p. 113-33 [Saúde em Debate – Série Didática].

VÍCTORA, C.G, KNAUTH D.R, HASSEN M.N. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: Uma introdução ao tema**. São Paulo: Editorial TOMO; 2000.

WACQUANT, L. **Mapeando o Habitus**. In *Habitus: Revista do Instituto Goiano de Pré-História e antropologia da Universidade Católica de Goiás*. V. 2 n. 1, jan/jun Goiânia: ed. Da UCG, 2004.

WEISS, M.C.V. **Contato Interético, Perfil Saúde-Doença e Modelos de Intervenção Em Saúde Indígena: O Caso Enaué-Naué, Mato Grosso**. In *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Coimbra Jr., Carlos EA (org) Rio de Janeiro: Ed. FIOPCRUIZ/ABRASCO, 2003.

ANEXOS

ANEXO Nº 01 – Roteiro orientador para entrevista

Roteiro orientador para entrevista semi-estruturada:

- 1 Como surgiu seu interesse em trabalhar com saúde indígena?
- 2 Como foi sua inserção na área de atenção à Saúde Indígena?
- 3 Como você foi selecionado para ser aluno do curso de Auxiliar de Enfermagem Indígena – Projeto Xamã?
- 4 Aponte os pontos bons e ruins do curso de Auxiliar de Enfermagem Indígena – Projeto Xamã.
- 5 Como é o trabalho do Auxiliar de Enfermagem Indígena na equipe multiprofissional de saúde do DSEI Cuiabá?
- 6 Qual sua relação como Auxiliar de Enfermagem Indígena com as práticas da medicina Kurâ-Bakairi?
- 7 Como você se vê trabalhando na saúde indígena?
- 8 Como é sua rotina de trabalho?
- 9 Quais suas perspectivas como trabalhador na Saúde Indígena?
- 10 Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

ANEXO Nº 02 – Termo de Esclarecimento às Lideranças Indígenas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE ESCLARECIMENTO ÀS LIDERANÇAS INDÍGENAS

Título da Pesquisa: A trajetória e atuação dos Auxiliares de Enfermagem Indígena da etnia Kura-Bakairi do Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá – DSEI Cuiabá/FUNASA

Orientador: Prof^a. Dr^a. Maria Clara Vieira Weiss

Pesquisador Responsável: Cláudia Maria Guimarães Lopes de Castro CREESS nº 1392

Esclarecimentos sobre a pesquisa: A pesquisa tem por objetivo analisar a saúde indígena na perspectiva da trajetória dos Auxiliares de Enfermagem Indígena da etnia Kura-Bakairi formados pelo Projeto Xamã e certificados pela Escola de Saúde Pública de Mato Grosso que atuam profissionalmente no Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá. Serão realizadas entrevistas diretamente com os Auxiliares de Enfermagem Indígena, será utilizado o recurso técnico do gravador para assegurar o conteúdo das fala dos auxiliares, bem como para evitar interpretações da pesquisadora.

Esclarecemos que a pesquisa não oferece nenhum risco para os entrevistados, se por ventura as perguntas causarem algum constrangimento asseguraremos que a mesma será interrompida. A pesquisa contribuirá para que os Auxiliares de Enfermagem Indígena (AEI) possam refletir sobre sua prática profissional e seu papel na equipe multidisciplinar do Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá. Será garantido total sigilo dos nomes dos auxiliares entrevistados, bem como total rigor em garantir o conteúdo das entrevistas.

Qualquer informação adicional sobre o estudo pode ser solicitada a qualquer momento para Cláudia Maria Guimarães Lopes de Castro, telefone 3686-1575/ 3615-2214/8402-9627 ou Prof. Dr^a Maria Clara V. Weiss telefone 3615-8881.

Tendo esclarecido os procedimentos da pesquisa e seus objetivos de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 item IV solicitarmos autorização do cacique _____ da aldeia _____ para que os auxiliares de

Enfermagem Indígenas de sua aldeia possam conceder entrevistas para participar do projeto de pesquisa intitulado “A trajetória e Atuação dos Auxiliares de Enfermagem Indígena da Etnia Kurâ-Bakairi do Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá”, que tem como pesquisador responsável a Sr^a Cláudia Maria Guimarães Lopes de Castro, deixando claro também que o entrevistado, ao aceitar o convite para fazer parte desta pesquisa, terá assegurado as seguintes condições e direitos, a seguir relacionados:

1. A garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa.
2. A liberdade que os Auxiliares de Enfermagem Indígenas possam retirar os seus consentimentos e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo.
3. A segurança de que os Auxiliares de Enfermagem Indígenas não serão identificados e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada à privacidade dos mesmos. O compromisso de que me será prestada informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a vontade de continuar dele participando.

Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, autorizo os auxiliares de enfermagem indígena da etnia Kura-Bakairi de minha aldeia a participar da pesquisa.

_____, _____ de _____ de _____
Local e Data

Assinatura do Cacique

Anexo N° 03 – Esclarecimento ao sujeito da pesquisa.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (A)

Nome da Pesquisa: A trajetória e atuação dos Auxiliares de Enfermagem Indígena da etnia Kura-Bakairi do Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá – DSEI Cuiabá/FUNASA

Orientadora: Prof^a. Dr^a Maria Clara Weiss

Pesquisador Responsável: Cláudia Maria Guimarães Lopes de Castro CREESS nº 1392

Esclarecimentos sobre a pesquisa: A pesquisa tem por objetivo analisar a saúde indígena na perspectiva da trajetória dos Auxiliares de Enfermagem Indígena da etnia Kura-Bakairi formados pelo Projeto Xamã e certificados pela Escola de Saúde Pública de Mato Grosso que atuam profissionalmente no Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá. Serão realizadas entrevistas diretamente com os Auxiliares de Enfermagem Indígena. Será utilizado o recurso técnico do gravador para assegurar o conteúdo das fala dos auxiliares, bem como para evitar interpretações da pesquisadora.

Esclarecemos que a pesquisa não oferece nenhum risco para os entrevistados, se por ventura as perguntas causarem algum constrangimento asseguraremos que a mesma será interrompida. A pesquisa contribuirá para que os Auxiliares de Enfermagem Indígena possam refletir sobre sua prática profissional e seu papel na equipe multidisciplinar do Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá. Será garantido total sigilo dos nomes dos auxiliares entrevistados, bem como total rigor em garantir o conteúdo das entrevistas.

Qualquer informação adicional sobre o estudo pode ser solicitada a qualquer momento para Cláudia Maria Guimarães Lopes de Castro, telefone 3- 686-15-75/ 3- 615-22-14/84-02-96-27 ou Prof. Dr^a Maria Clara Weiss telefone 3- 615-88-81.

Tendo esclarecido os procedimentos da pesquisa e seus objetivos de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 item IV convidamos ,

Auxiliar de Enfermagem Indígena da aldeia _____, abaixo assinado, para participar do projeto de pesquisa intitulado “A trajetória e Atuação dos Auxiliares de Enfermagem Indígena da Etnia Kurâ-Bakairi do Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá”. Que tem como pesquisador responsável a Sr^a Cláudia Maria Guimarães Lopes de Castro deixando claro também que o entrevistado ao aceitar o convite para fazer parte desta pesquisa terá assegurado as seguintes condições e direitos, a seguir relacionados:

- 1 -A garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa.
- 2 -A liberdade que tenho de retirar meu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para mim.
- 3 -A segurança de que não serei identificado (a) e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada à minha privacidade. O compromisso de que me será prestada informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade de continuar participando da pesquisa.

Eu _____ ,
 Auxiliar de Enfermagem Indígena da
 aldeia _____ abaixo assinado, tendo sido
 devidamente esclarecido (a) sobre todas as condições que constam deste termo
 em respeito ao que se trata do projeto de pesquisa intitulado “A trajetória e
 Atuação dos Auxiliares de Enfermagem Indígena da Etnia Kurâ-Bakairi do
 Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá”. Declaro, que aceito o convite dentro
 das condições que me foram apresentadas. .

Localidade, _____ de _____ de _____

 Assinatura do (a) Auxiliar de Enfermagem Indígena

**ANEXO N° 04 – Parecer da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa –
CONEP**

05/25/2006 16:02

0612266453

CONEP



PAGE 01



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER Nº 537/2006

Registro CONEP: 12805 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

Registro CEP: 246/CEP/HUJM/06

Processo nº 25000.036302/2006-41

Projeto de Pesquisa: "A trajetória e atuação dos auxiliares de enfermagem indígena da etnia Kurá-Bakairi do Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá: Saberes e Práticas".

Pesquisador Responsável: Dra. Cláudia Maria Guimarães Lopes de Castro

Instituição: Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI – Cuiabá, CEP do Hospital Universitário Júlio Muller – MT

Área Temática Especial: População Indígena

Objetivos

Analisar a trajetória do campo da Saúde Indígena na perspectiva da trajetória da formação profissional dos auxiliares de enfermagem indígena da etnia Kurá-Bakairi do Distrito Indígena de Cuiabá, considerando a sua formação e relação com os saberes tradicionais. Verificar a importância do Projeto Xamã para os auxiliares de enfermagem indígena da etnia Kurá-Bakairi, seus limites e avanços. Conhecer as relações estabelecidas entre os auxiliares de enfermagem indígenas e os profissionais da equipe multidisciplinar. Analisar a trajetória do campo da Saúde Indígena.

Sumário/comentários

Abordagem qualitativa, utilizando técnica da entrevista aberta e gravada. As entrevistas serão analisadas através de análise do Discurso.

Farão parte da pesquisa 9 auxiliares de enfermagem indígena da etnia Kurá-Bakairi que foram formados pelo Projeto Xamã e atuam profissionalmente no Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá. De acordo com a pesquisadora, busca-se "conhecer as tensões que estes profissionais sofrem nas relações interculturais a que estão expostos em seu trabalho, ou seja, suas visões de mundo e percepção do outro, suas posturas profissionais frente aos itinerários terapêuticos indígena".

O protocolo apresenta declaração de aceitação da pesquisa pela comunidade indígena, avaliação sobre o retorno de benefícios aos sujeitos pesquisados, cronograma de execução e currículo dos pesquisadores.

Considerações

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – foi elaborado todo ele em forma de declaração. O consentimento deve ser solicitado em forma de convite esclarecendo em linguagem acessível todos os procedimentos e garantias (Res. CNS 196/96, item IV) para, ao final, o sujeito declarar que está de acordo. É inadequado começar "Eu _____". Esse parágrafo deve finalizar o TCLE e as frases afirmativas devem ser do pesquisador e não do sujeito da pesquisa. Solicita-se, portanto, elaborar um novo TCLE e apresentar para avaliação do CEP antes do início da pesquisa.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto com a recomendação acima citada, devendo esta ser acompanhada pelo CEP, para posterior início da pesquisa.

Situação: Protocolo aprovado com recomendação.

Brasília, 22 de maio de 2006.

WILLIAM SAAD HOSSNE
Coordenador da CONEP/CNS/MS

ANEXO Nº05 – Fotos da Formatura do Projeto Xamã (Fotos do acervo da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso – ESP-MT)



Cerimônia de formatura do Projeto Xamã - Hotel Fazenda Mato Grosso-2001.

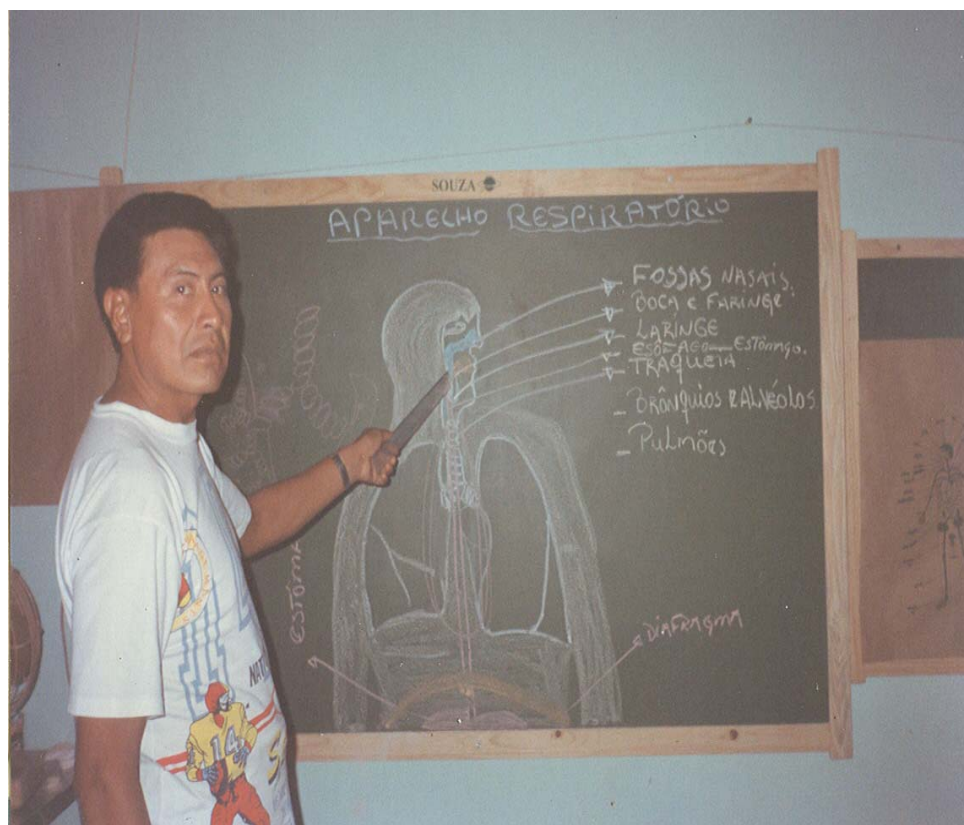


Formandos do Projeto Xamã - Hotel Fazenda Mato Grosso-2001.



Apresentação dos Kurâ-Bakairi na Cerimônia de formatura do Projeto Xamã-

ANEXO Nº06 – Fotos da Etapa de Concentração do Projeto Xamã (Fotos do acervo da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso – ESP-MT)





Alunos do Projeto Xamã durante a etapa de concentração

ANEXO Nº 07 – Fotos da Etapa de Dispersão do Projeto Xamã (Fotos do acervo da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso – ESP-MT)

