



UFRR

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E FRONTEIRAS**

FANIR NEVES AYRES ANDRADE

**PLURALISMO MÉDICO E ALTERNATIVAS PARA ATENÇÃO À SAÚDE ENTRE
INDÍGENAS NA CIDADE DE BOA VISTA/RR: PERSPECTIVA HISTÓRICA E DE
ANÁLISE DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS.**

**BOA VISTA, RR
2018**

FANIR NEVES AYRES ANDRADE

**PLURALISMO MÉDICO E ALTERNATIVAS PARA ATENÇÃO À SAÚDE ENTRE
INDÍGENAS NA CIDADE DE BOA VISTA/RR: PERSPECTIVA HISTÓRICA E DE
ANÁLISE DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociedade e Fronteiras da Universidade Federal de Roraima, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Sociedade e Fronteiras, na área de concentração: Fronteiras e Processos Socioculturais.

Prof. Dr. Maxim Repetto.

BOA VISTA, RR

2018

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

A553p Andrade, Fanir Neves Ayres.

Pluralismo médico e alternativas para atenção à saúde entre indígenas na cidade de Boa Vista/RR : perspectiva histórica e de análise dos itinerários terapêuticos / Fanir Neves Ayres Andrade. – Boa Vista, 2018.

153 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Maxim Repetto.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Fronteiras.

1 - Saúde-doença. 2 - Itinerários terapêuticos. 3 - Saúde-cultura.
4 - Saúde-indígena. I - Título. II - Repetto, Maxim (orientador).

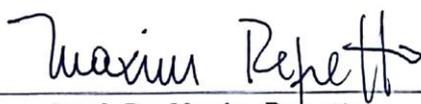
CDU – 614:397(=82)(811.4)

Bibliotecária responsável: Maria de Fátima Andrade Costa - CRB-11/453-AM

FANIR NEVES AYRES ANDRADE

**PLURALISMO MÉDICO E ALTERNATIVAS PARA ATENÇÃO À SAÚDE
ENTRE INDÍGENAS NA CIDADE DE BOA VISTA/RR: PERSPECTIVA
HISTÓRICA E DE ANÁLISE DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS.**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em
Sociedade e Fronteiras, para obtenção do grau de Mestre
em Sociedade e Fronteiras pela Universidade Federal de
Roraima. Área de concentração: Fronteiras e Processos
Socioculturais. Defendida em 08 de fevereiro de 2018 e
avaliada pela seguinte banca examinadora:

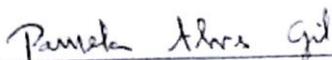


Prof. Dr. Maxim Repetto

Orientador/Coordenador do Mestrado em Sociedade e Fronteiras – UFRR



Prof. Dr. Marcos Antônio Pellegrini
Professor do PPGSOF - UFRR



Prof. Dr. Pamela Alves Gil
Curso de Psicologia - UFRR

Aos meus familiares, especialmente à minha mãe Sâmara, aos meus irmãos e sobrinhos. Dedico como homenagem aos que daí não tiveram a oportunidade de estudar, que sirva como exemplo de luta e possa causar inspiração aos demais. “Quem acredita, sempre alcança”; a vida recomeça todo dia de manhã.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho foi concretizada com financiamento da Coordenação de aperfeiçoamento pessoal de nível superior - CAPES que concedeu uma bolsa de estudos - tão importante porque garantiu meu auto-sustento no decorrer dos estudos.

Agradeço principalmente ao meu orientador, professor Maxim Repetto, pelo apoio e reflexões que puderam me motivar para desenvolver autonomia e determinação para construir esse trabalho dissertativo. Professor, receba as minhas saudações e muita gratidão!

Agradeço também a quem pôde contribuir com esse estudo objetivando auxiliar para que eu pudesse construir reflexões que possam trazer contribuições para as inquietações de pessoas indígenas na cidade portadoras de doenças crônicas. Nesse sentido, agradeço na pessoa de Dona Nelina e de Eliandro Souza, presidente da Organização de indígenas da cidade ODIC.

Agradeço, aos meus familiares pelas contribuições em todos os sentidos, no que puderam.

Agradeço aos meus colegas de turma pelas trocas de conhecimentos, na pessoa Ricardo de Toma companheiro de todas as longas horas de escrita.

Agradeço ao professor Marcos Pellegrini pelas contribuições realizadas na qualificação, pelos ensinamentos prestados no estágio docente, bem como, pelas aulas tão esclarecedoras que fizeram fluir ainda mais a minha vontade de aprender sobre Antropologia da Saúde.

Agradeço ao professor Éloi Senhoras pelo espaço de estudos cedido que surgiu como um apoio muito importante a nossos estudos.

Agradeço ao professor Kléber pelos debates realizados na sala de estudos e as conversas motivadoras comigo e com os colegas que frequentam esse espaço.

Agradeço ao professor Fábio Carvalho, pelas suas contribuições que vieram na hora certa, agradeço também pelos conhecimentos partilhados.

Agradeço a todos os professores do PPGSOF, na pessoa do professor Fábio Carvalho, pelas contribuições à minha formação.

Agradeço as minhas professoras do curso de Psicologia da UFRR professora Pamela Alves e Joelma Espídula por ter me iniciado na escrita científica.

Agradeço a E.T. que me incentivou a fazer o curso de mestrado e me inspirou nos primeiros passos deste estudo ainda no ano de 2015 através da indicação dos primeiros autores lidos e de reflexões que contribuíram para este resultado, Gratidão!

Agradeço finalmente, à Deus pai todo poderoso e aos espíritos da floresta, pela proteção e cuidados que me possibilitaram vencer cada uma das dificuldades e momentos difíceis que se impuseram a minha vida durante essa formação.

Os homens fazem sua própria história, mas não a fazem como querem: não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado.

(Karl Marx).

RESUMO

Este estudo aborda a situação em que se encontram os indígenas na cidade de Boa Vista e busca relacionar a sociopolítica desta localidade com os diagnósticos condicionantes dos processos saúde-doença de indígenas na cidade de Boa Vista/RR, sobretudo nas condições de adoecimento crônico, em que essas pessoas percorrem distintos sistemas de atenção à saúde e se tornam agentes na criação de alternativas plurais de saúde. Para tanto, adotamos os princípios da Etnologia Colaborativa, em concomitância com a proposta de análise da atividade de Vigostky e Gasché no que tange à explicitação do conhecimento indígena de saúde, bem como na perspectiva da Antropologia da Saúde de Kleinman e Langdon. De modo que esses autores permitiram evidenciar que os itinerários terapêuticos são formados pela rede de relações comunitárias na cidade, cujas atividades de busca por saúde se constituem com base nos campos políticos desta, abrangendo espaços intersocietários. Contrastamos estas percepções com as políticas de atenção a saúde oficial e constatamos que neste serviço, além da escassez de capacitação aos profissionais para lidar com as demandas socioculturais, foram apontadas dificuldades que se centram na postura Estatal quanto à implementação efetiva desta política, e também da incompatibilidade estrutural da organização da atenção a saúde indígena na cidade que mais reflete o meio de atenção (igual para todos). Contudo as relações saúde-cultura são figuradas por contextos intermédicos acessados pelos indígenas urbanos no andar pelos sistemas plurais de atenção, onde resgatam, por meio da agência social, saberes culturais de saúde pelas formas de autoatenção explicitadas.

Palavras chave: Saúde-doença. Itinerários terapêuticos. Saúde-cultura. Saúde-indígena.

RESUMEN

Este estudio aborda la situación en que se encuentran los indígenas en la ciudad de Boa Vista y busca relacionar la sociopolítica de esta localidad con los diagnósticos condicionantes de los procesos salud-enfermedad de indígenas en la ciudad de Boa Vista / RR, sobre todo en las condiciones de enfermedad crónica, que estas personas hacen en el paso por los distintos sistemas de atención a la salud y se convierten en agentes en la creación de alternativas plurales de salud. Para ello, adoptamos los principios de la Etnología Colaborativa, en concomitancia con la propuesta de análisis de la actividad de Vigostky y Gasché en lo que se refiere a la explicitación del conocimiento indígena de salud, así como en la perspectiva de la Antropología de la Salud de Kleinman y Langdon. De modo que estos autores permitieron evidenciar que los itinerarios terapéuticos son formados por la red de relaciones comunitarias en la ciudad, cuyas actividades de búsqueda por salud se constituyen con base en los campos políticos de ésta, abarcando espacios intersociales. Contrastamos estas percepciones con las políticas de atención a la salud oficial y constatamos que en este servicio, además de la escasez de capacitación a los profesionales para lidiar con las demandas socioculturales, se señalaron dificultades que se centran en la postura Estatal en cuanto a la implementación efectiva de esta política, y también la incompatibilidad estructural de la organización de la atención a la salud indígena en la ciudad que más refleja el medio de atención (igual para todos). Sin embargo, las relaciones salud-cultura son figuradas por contextos intermédicos accedidos por los indígenas urbanos en el andar por los sistemas plurales de atención, donde rescatan, por medio de la agencia social, saberes culturales de salud por las formas de autoatención explicitadas.

Palabras Clave: Salud-enfermedad, Itinerarios terapéuticos, Salud-cultura, Salud Indígena.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - A fazenda Boa Vista.....	32
Figura 02 - Indígenas no aterro sanitário.....	64
Figura 03 - O Abrigo indígena na Fronteira BR-VE	65
Figura 04 - Princípios organizativos da PNASI	74
Figura 05 – Ocupação <i>Yanomámi</i> do prédio da SESAI	76
Figura 06 - Condicionantes do surgimento de doenças crônicas	101
Figura 07 - Morbidades mais prevalentes de indígenas aldeados.....	103
Figura 08 - Ritual xamânico no meio urbano.....	113
Figura 09 – Estrutura da atividade humana	123

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - População indígena entrevistada	15
Tabela 02 – Especialistas de cura indígena.....	15
Tabela 03 – Profissionais de saúde Entrevistados	16
Tabela 04 - Cidades do Brasil com o maior quantitativo indígena.....	24
Tabela 05 - Locais de residências anteriores ao meio urbano.....	34
Tabela 06 - Concepções sobre saúde-doença	97
Tabela 07 - A urbanidade como condicionante social do Diabetes	104
Tabela 08- Itinerários terapêuticos	117
Tabela 09 – Explicitação dos conhecimentos culturais: elementos estruturantes....	124
Tabela 10 - Explicitação dos conhecimentos culturais: elementos de mediação.....	125
Tabela 11 - Explicitação dos conhecimentos culturais: passo a passo.....	126

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Autoreconhecimento dos entrevistados à povos indígenas.....	25
Gráfico 2 - Mobilidade indígena para a cidade.....	40
Gráfico 3 - Referente as ocupações dos participantes desse estudo.....	71
Gráfico 4 - Percentual de entrevistados relativo aos hábitos de pesca.....	71
Gráfico 5 - Perfil de Doenças crônicas mais prevalentes.....	100
Gráfico 6 - Identificação dos gêneros das pessoas analisadas.....	108

LISTA DE SIGLAS

AIS Agente indígena de Saúde
BR Rodovia Brasileira
CASAI Casa de Apoio a Saúde do Índio
CONDISI Conselho Distrital de Saúde Indígena
CRAS Centro de Referência de Assistência Social
DSEI Distrito Sanitário Especial Indígena na Cidade
ES Espírito Santo
FUNASA Fundação Nacional de Saúde
HGR Hospital Geral de Roraima
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG Minas Gerais
ODIC Organização de Indígenas na Cidade
OMS Organização Mundial de Saúde
PE Pernambuco
PNASI Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena
PNH Política Nacional de Humanização
PR Paraná
RJ Rio de Janeiro
RN Rio Grande do Norte
RR Roraima
SESAI Secretaria Especial de Saúde Indígena
SP São Paulo
SUS Sistema único de Saúde
TI Terra Indígena
UBS Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. REDES INTERSOCIETÁRIAS DE INDÍGENAS NA CIDADE: PERPECTIVA HISTÓRICA	21
2.1. A PRESENÇA INDÍGENA NAS CIDADES	25
2.2. DE MALOCAS KUWAI KÍRÍ À CIDADE DE BOA VISTA/RR	31
2.3. AS TRAJETÓRIAS INSTITUÍDAS PELO CONTATO	34
2.4. IDENTIDADE INDÍGENAS: AS IDAS E VINDAS	48
2.5. O PAPEL DO MOVIMENTO INDÍGENA ODIC: A LUTA POR DIREITOS.....	52
3. INDÍGENAS NA CIDADE: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	56
3.1. FACETAS DA INVISIBILIZAÇÃO DE INDÍGENAS NA CIDADE	58
3.2. NÃO EXISTE ATENÇÃO DIFERENCIADA, O QUE EXISTE É IGUAL PARA TODOS.....	74
3.3. OS ALCANCES E LIMITAÇÕES DA PNASI NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	83
3.4. BREVE DEBATE ACERCA DE POSSIBILIDADES DE AMPLIAÇÃO DA NOÇÃO DE INTERCULTURALIDADE NA PNASI: À INDÍGENAS NA CIDADE.....	89
4. PLURALISMO MÉDICO: ANÁLISE DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS	93
4.1. EXPLICAÇÃO SOBRE OS PROCESSOS SAÚDE-DOENÇA	96
4.2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SAÚDE DE INDÍGENAS NA CIDADE	100
4.4. ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE INDÍGENAS NA CIDADE DE BOA VISTA	110
4.5. A EXPLICITAÇÃO DO CONHECIMENTO INDÍGENA EM SAÚDE.	122
5. CONCLUSÃO	129
REFERÊNCIAS	134
ANEXOS	148
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	148
ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DA IMAGEM.....	151
ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DE INDÍGENAS DA CIDADE.....	152
ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	154

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem o objetivo de identificar e compreender os usos e modos de aplicação dos conhecimentos indígenas no processo de construção dos itinerários terapêuticos de pessoas indígenas que buscam por saúde no contexto urbano da cidade de Boa Vista/RR.

Em razão disso, a pesquisa não apenas busca aprofundar a compreensão das relações estabelecidas entre saúde-indígena e saúde-cultura nos itinerários terapêuticos de pessoas indígenas portadoras de doenças crônicas, mas também identificar os aspectos que facilitam ou dificultam o acesso de indígenas aos serviços de saúde e, por consequência, compreender melhor a aplicabilidade das políticas públicas de atenção à saúde indígena neste contexto urbano.

Nesse sentido, a pesquisa busca aprofundar, em última instância, a compreensão sobre o caráter desagregador da sociedade global sobre os modos tradicionais da vida indígena. A pesquisa parte do princípio de que as pessoas indígenas que necessitam de serviços de saúde no meio urbano de Boa Vista são influenciadas em suas atividades sociais como um todo no que tange ao *por que* e ao *que* fazem, mas também ao *como* fazem para conceber doenças e recuperar a saúde.

Assim, com o objetivo de compreender estes processos estudamos as experiências de adoecimento indígena visando explicitar seus conhecimentos culturais, suas crenças, seus valores e sua relação com a natureza. Nessa conformação é que o conceito de cultura se firma neste estudo.

A partir desse ponto de vista, envidamos esforços para entender os processos saúde-doença que ocorrem com indígenas em contexto urbano como parte da compreensão dos itinerários terapêuticos de pessoas indígenas portadoras de doenças crônicas¹. A finalidade é a de evidenciar alternativas que possam contribuir para a melhoria da atual Política de Atenção à Saúde Indígena, uma vez que pode ajudar a compreender de modo mais profundo as especificidades que envolvem as formas de conceber saúde-doença neste contexto.

¹ Historicamente, uma das definições de doença crônica mais amplamente aceita é aquela proposta em 1957 pela Comissão de Doenças Crônicas de *Cambridge*, na qual se incluíam todos os desvios do normal que tinham uma ou mais das seguintes características: permanência, presença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível no sistema corporal, necessidade de treinamento especial do paciente para a reabilitação e previsão de um longo período de supervisão, observação e cuidados (MARTINS, et. al, 1996, p. 6).

Para tanto, foi feito um levantamento de dados colhidos nos encontros realizados na ODIC, os quais possibilitaram o estabelecimento de diálogos com indígenas moradores da cidade. Também foram realizadas oficinas que tinham por base os fundamentos da Etnografia Colaborativa, que facilitou as trocas de experiências.

Os colaboradores desse estudo foram selecionados conforme o seguinte perfil: homens e mulheres indígenas urbanos na faixa etária de 50 à 115 anos, portadores de doenças crônicas há mais de dois anos, e que não buscam assistência à saúde apenas no serviço biomédico tradicional, subsidiado pelo sistema único de saúde brasileiro. Também sentimos necessidade de estabelecer um critério de exclusão: pessoas indígenas em qualquer faixa etária que não são portadoras de doenças crônicas e que não sejam falantes da língua portuguesa.

Para tanto, foram selecionadas para participar deste estudo 8 (oito) pessoas indígenas da cidade de Boa Vista portadoras de doença crônica:

Tabela 01: População indígena entrevistada

População	Pessoas Entrevistadas	Idade
Sequência Aleatória	Lua	59 anos
	Chuva	80 anos
	Vento	50 anos
	Trovão	53 anos
	Tempestade	53 anos
	Neve	64 anos
	Lua Cheia	43 anos
	Solstício	72 anos

Fonte: pesquisa de campo.

Além dessas pessoas, foram entrevistadas 02 (duas) especialistas em cuidados xamânicos, indenticadas no decorrer dos itinerários terapêuticos de indígenas da cidade:

Tabela 02: Especialistas de cura indígena

População	Pessoas Entrevistadas	Idade
Sequência Aleatória	Sol	53 anos
	Luz	100 anos

Fonte: pesquisa de campo.

Para além das pessoas indígenas acima indentificadas, houve a necessidade de incluir 04 (quatro) profissionais de saúde, que se dispuseram a contribuir com os debates levantados por esse estudo.

Tabela 03: Caracterização dos Profissionais de Saúde

Nº. Ordem	Profissionais Entrevistados	Especialidade profissional	Local De Atuação	Idade
1	Saturno	Médico de Saúde da Família	UBS União	37 anos
2	Plutão	Técnico de enfermagem	UBS União	31 anos
3	Vênus	Bióloga	UBS Buritis	33 anos
4	Marte	Profissional integrante	CONDISI DSEI/LESTE/RR	32 anos

Fonte: pesquisa de campo.

Ao todo foram entrevistadas 14 (quatorze) pessoas no contexto de suas próprias residências, para que se sentissem mais à vontade para conceder suas respostas. Também tivemos o cuidado de empregar um vocabulário de fácil compreensão para todos. A entrevista seguiu os pressupostos da entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas e fechadas².

A partir destas entrevistas, pudemos identificar as atividades realizadas no cuidado à saúde, principalmente aquelas que são fruto do conhecimento indígena, para posteriormente analisá-las seguindo a proposta da Teoria da Atividade (VYGOTSKY, 1998; REPETTO; CARVALHO, 2015).

Para que pudéssemos compreender de modo mais razoável o emprego dos *conhecimentos culturais* ativados por pessoas indígenas em busca de saúde, cujo conceito diz respeito a todos os saberes indígenas (incluindo atitudes, gestos e discursos que

² Ressaltamos que esta pesquisa foi submetida à aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Roraima, ao Comitê de Ética em pesquisa com Povos Indígenas e à autorização da ODIC. Logo após os resultados destes órgãos, forão iniciadas as coletas de dados. Os documentos comprobatórios dessa autorização seguem nos anexos 1 e 2.

pudessem ser visualizados enquanto atividades dotadas de motivações e finalidades sociais) recorreremos a (GASCHÉ, 2012).

As análises e debates também foram enriquecidos a partir de fundamentos teóricos selecionados da Antropologia da Saúde, com base em conceitos de Kleinman (1980) sobre o Pluralismo nos sistemas de atenção; de Langdon (2014a), sobre os itinerários terapêuticos e contribuições às políticas de saúde indígena; e de Menéndez (2003), sobre os padecimentos dos sistemas de atenção e as formas de autoatenção.

O trabalho foi estruturado do seguinte modo: no primeiro capítulo, Redes intersocietárias de indígenas na cidade: perspectiva histórica, estão contidas as estórias de vida das pessoas indígenas participantes desse estudo e uma breve análise da conjuntura histórica da cidade de Boa Vista/RR.

O capítulo é fruto do interesse em conhecer as experiências das pessoas influenciadas pelo fenômeno das mudanças seculares ocorridas nesse ambiente, que conformaram novas possibilidades de explicação e cura de doenças que se relacionam com a situação de urbanização, mas também com as mudanças de hábitos alimentares, devido ao maior acesso a alimentos industrializados, bem como, as formas de inserção social indígena – marcadamente periféricas –, a desigualdade social, dentre outros fatores que demarcam a atual situação sociopolítica de indígenas na cidade e que são, segundo entendemos, condicionantes de enfermidades.

É importante ressaltar que realçamos nesse passo a existência do protagonismo indígena através das relações de parentesco, que se estendem por meio de suas redes comunitárias, ou seja: realçamos as trocas de informações intersocietárias que se efetivam por meio dos prolongamentos dessa rede política que se estende da cidade de Boa Vista às comunidades indígenas e vice e versa.

No segundo capítulo, intitulado Indígenas na cidade: políticas públicas de saúde, foi lançado um olhar sociopolítico sobre o contexto social e sobre as vivências dessas pessoas indígenas em relação à busca pelo reconhecimento de suas identidades e acesso a seus direitos.

Para tanto, foram identificados os aspectos que facilitam ou dificultam o acesso aos serviços de saúde. No caso, foi apontado que as dificuldades não se centram nesta Política e sim na postura Estatal e Municipal quanto à implementação efetiva desta e também na incompatibilidade estrutural da organização da atenção a saúde indígena na cidade que, mais reflete o meio de atenção (igual para todos) do que, de fato, observa as especificidades concertantes à saúde indígena. Por outro lado, o movimento indígena da Cidade ODIC, se

apresentou como uma intuição que vem representando a autonomia indígena, cumprindo assim, o papel de facilitador de criação de possibilidades de acesso aos serviços de saúde.

No terceiro capítulo, intitulado pluralismo médico: análise dos itinerários terapêuticos foi abordada a situação de saúde indígena na cidade, numa perspectiva em que a questão socioeconômica prevalece como variável ambiental que favorece o surgimento das doenças.

Como consequência desse condicionante de saúde o perfil epidemiológico de maior prevalência entre os indígenas estudados portadores de doenças crônicas foi o diabetes. Demais, com foco na compreensão da pluralidade terapêutica acessada pelas pessoas indígenas desse estudo, verificou-se que as relações saúde-cultura presentes na cidade de Boa Vista se estabelecem associadas às dimensões simbólicas e sócio-culturais, que são identificadas através das experiências de adoecimento das pessoas, e, ainda, que estas percorram distintos territórios por onde se estende a rede de relações comunitárias na cidade, cujas atividades de busca por saúde, ou seja, os itinerários terapêuticos se constituem claramente com base nos campos políticos dessa rede de relações intersocietárias. Também foi feita nesse passo a explicitação dos conhecimentos indígenas, que consideramos crucial para a construção de novas propostas terapêuticas para indígenas citadinos.

Desse modo, compreender o processo de construção dos itinerários terapêuticos de pessoas indígenas portadoras de doenças crônicas se tornou possível porque permitiu visualizar que, apesar da existência de protocolos e fluxos de atendimentos bem estabelecidos pela rede assistencial do Sistema Único de Saúde - SUS, novos contextos intermédicos³ estão surgindo e, devemos acrescentar, estes não coincidem com estes fluxos corriqueiros (KLEINMAN, 1980; LANGDON, 1994; MENENDÉZ, 2003).

Para além dos serviços de atenção à saúde oficial, o trabalho evidencia a existência conhecimentos e práticas de cura como aspectos constituintes das cosmologias indígenas⁴, e estas, por conseguinte, traduzem os modos como as sociedades amazônicas lidam com encantos, espíritos, chás de folhas e rezas para explicar, reconhecer e tratar as doenças (PACHECO, 2013).

³ Os contextos intermédicos dizem respeito a “espaços em que tradições médicas interagem, possibilitando a criação de algo novo pelos povos indígenas” (Silva, 2008, p. 3).

⁴ São concebidas como unidades que retêm especificidades acerca das multiplicidades culturais. Ou seja, trata-se de um espaço subjetivo onde são agregadas as particularidades de cada povo, seus significados, bem como os da diversidade de corpos e modos de conceber a vida e a relação com as coisas do mundo (VIVEIROS DE CASTRO, 2002).

Diante dessas compreensões, creio se firmar a importância da realização deste estudo, que diz respeito à explicitação do uso dos conhecimentos culturais indígenas no trato das questões de saúde na cidade. Estes protocolos de busca de compreensão das doenças e de procura de processos de cura estão sendo produzidos, conforme entendemos, do ponto de vista da experiência indígena que, mesmo em meio ao urbano, possuem uma forte relação com a natureza.

2. REDES INTERSOCIETÁRIAS DE INDÍGENAS NA CIDADE: PERSPECTIVA HISTÓRICA

Las reflexiones actuales sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención surgen de una herencia compleja y antigua en la que se anudan diversas tentativas para su comprensión [...] describe la insuficiencia del modelo unicausal y se señalan otras explicaciones sobre los factores que intervienen en la génesis de las enfermedades [...] Asimismo, se menciona la situación sociopolítica como condicionante de la enfermedad (ALTAMIRANO, 2007, p. 63).

Neste capítulo, apresentamos histórias de vida das pessoas indígenas que se dispuseram a colaborar com nossa pesquisa, correlacionando-as com elementos da conjuntura histórica da cidade de Boa Vista/RR.

Por isso, é importante começar lembrando a ancestralidade de vários grupos étnicos indígenas no território que hoje é ocupado pela cidade de Boa Vista. A historiografia local tanto atesta que as ocupações indígenas remontam a épocas que antecederam à criação da cidade, quanto apresenta os contextos em que o processo de colonização regional promoveu diferentes levas de deslocamentos indígenas para o espaço em tela.

Em recente estudo sobre a presença indígena na cidade de São Paulo, Soave afirma:

São identificadas ao menos duas situações de inserção do índio nas cidades. Na primeira, as terras indígenas acabaram sendo inseridas na região metropolitana devido ao crescimento da cidade, caso das quatro aldeias guaranis localizadas na cidade de São Paulo. A segunda situação diz respeito à migração de membros de povos indígenas de outras regiões do país para os grandes centros urbanos, em busca de melhores condições de vida, como se verifica em São Paulo, Manaus, Boa Vista, Belém e Campo Grande (SOAVE, 2017, p. 60).

Desse processo de expansão territorial das cidades e da consequente inserção indígena em espaços citadinos interessa conhecer melhor os condicionantes para a configuração dos fenômenos de enfermidades que eles acarretam.

Tratando desse aspecto da questão, Trindade et al., (2015) afirmam que estes fenômenos são evidenciados a partir de situações risco social. Estas se relacionam com as consequências da vida indígena na cidade, que têm a ver com fatores históricos: violência instituída pelas limitações de usos territoriais; vivências de discriminação étnica; invisibilização étnica na cidade no que tange ao acesso a políticas públicas; mudanças no padrão alimentar; vida sedentária, dentre outros motivos. Esses fatores são associados às condições de inserção social periférica na cidade e à baixa renda das populações indígenas.

Ainda conforme esse autor é importante enfatizar que, nestes contextos, a vulnerabilidade social se relaciona aos aspectos sociais, econômicos, culturais, ambientais e de saúde, como, por exemplo, a exposição a condicionantes de saúde que comprometem as pessoas indígenas fazendo com que adoeçam devido à exposição aos agravos.

Neste estudo, baseado em Fidelis, buscamos não apenas reconhecer as trajetórias individuais de buscas e explicações sobre a doença e cura de pessoas indígenas, mas também demonstrar que as condições socioculturais presentes no meio urbano conformam uma condição de multicausalidade para as formas de adoecimento dessa população e, ainda, que estas abrangem gentes condicionantes e determinantes sociais de saúde (FIDELIS, 2014).

Outro ponto que merece destaque diz respeito ao conceito de *experiência* adotado nesse estudo, pois, esse conceito remete à ação dos sujeitos em relação a seu contexto social e, por meio desse agir no mundo, esses sujeitos delineiam suas trajetórias e dão sentido as suas ações em si. Remete também a constituição da subjetividade enquanto modos culturalmente constituídos de pensar e sentir, que animam os sujeitos em suas ações (REZENDE, 2017).

Ou seja, a doença é experienciada pela pessoa indígena no momento em que esta atribui sentido e significado aos sinais e sintomas que ela apresenta, e a partir daí incorpora o seu contexto social na construção das representações sociais sobre o seu adoecimento.

Para compreender esse processo, abordamos os conceitos de cultura e crenças como enfoques que foram substituídos pelas noções de práxis, atividade, experiência, com foco nas relações que o autor realiza as ações, ou seja, a pessoa indígena. De modo que, se tornou possível saber que a “cultura não é mais compreendida nem percebida como se tivesse fronteiras claras e definidas num território geográfico particular” (Langdon, 2014b, p. 1021).

Dito isto, vale lembrar que os estudos de itinerários terapêuticos demonstram que a relação entre as causas e os tratamentos das doenças é complicada e que vários fatores intervêm na escolha das terapias e, ainda, que não sobressai apenas a influência biologicista (LANGDON, 2014a). Trata-se de um princípio conceitual importante, uma vez que todo o foco de análise utilizado nesse estudo se instrumentaliza a partir dos processos experienciais das pessoas indígenas que hoje se encontram na urbanidade e constroem seus itinerários terapêuticos com base nos aparatos socioculturais disponíveis nesse contexto.

Para a compreensão de tais processos, me embaso em Kleinman (1980) que, mediante o conceito de “modelos explicativos”, pensou os itinerários terapêuticos como frutos de condutas das pessoas indígenas em busca de respostas para seus adoecimentos. Esse autor propõe uma espécie de relativização do processo biomédico: ele propõe que a rede comunitária⁵ seja acionada para estabelecer a relação entre o contexto sociocultural e a construção de itinerários de cura de pessoas de grupos étnicos específicos no meio urbano. Há, pelo menos cinco fatores envolvidos nesse modelo explicativo o sobre a doença:

1) Etiologia do problema; 2) duração e características dos sinais e sintomas iniciais; 3) fisiopatologia do problema; 4) evolução natural e prognóstico; e 5) tratamento indicado para o problema. Ou seja, utilizando o exemplo da pneumonia, poderíamos dizer que, quando ficamos doentes, procuramos identificar a causa do que nos aflige (“isso é gripe mal curada”, “foi praga de alguém” ou ainda “peguei uma friagem”); analisamos o que estamos sentindo (“febre, calafrios, tosse”); buscamos compreender quais os mecanismos fisiológicos (“o pulmão está ruim, cheio de catarro”, “meu pulmão está fraco por causa do cigarro”); fazemos uma análise da sua gravidade (“posso morrer disso?”); e, por fim, buscamos estabelecer um plano para que possamos retornar à situação anterior, sem a doença (“bom para curar isso é uma injeção”, “vou tomar um passe”) (OLIVEIRA, 2002, p. 67).

Esse tipo de modelo serve como um leque de possibilidades que a pessoa adoecida recorre visando entender o que está ocorrendo com ela, ou seja, explicar o adoecimento e identificar que meios utilizará para buscar a cura. Entretanto, Oliveira (2002) aponta ainda que nem sempre os elementos estão articulados ou apresentam sequência, pode ser que apresentem contradições diante do modelo de saúde dominante. É nesse sentido que o modelo, compreende os outros modos conceber saúde-doença, pois, se diferencia do modelo universal de caráter biomédico existente no SUS que se embasa somente um modelo explicativo. De modo que, quando os modelos explicativos são diferentes, para que o processo de cura tenha sucesso é preciso ocorrer uma negociação entre os sistemas de atenção.

Nesse sentido parte-se das condições socioantropológicas para explicar a doença e o tratamento, tendo em vista a elaboração do significado pessoal e social da experiência da enfermidade. E com base nos significados socioculturais, as pessoas indígenas fazem escolhas entre as terapias existentes; mas, a despeito da decisão do tratamento ser pessoal, estas demandam as explicações e conjuntura culturalmente admitidas por seu grupo social para realizar suas escolhas.

⁵ Nota da autora: Esse conceito foi abordado em profundidade na página 06 desse capítulo.

Desse modo, considerou-se nessa análise que o elemento cultural, ou seja, os valores, significados compartilhados e transmitidos tradicionalmente, não aparecem no contexto social de forma isolada, mas sim, relacionados a um contexto particular, formado por variáveis históricas, econômicas, sociais, políticos e geográficos da sociedade envolvente (HELMAN, 1994).

Sendo assim, pessoas que vivem nos grandes centros urbanos, dispõem de várias possibilidades para a construção de sua experiência.

Conforme Barsaglini (2008, p. 564):

Na sua singular trajetória de vida, se entrecruzam elementos culturais e sociais, estruturais e subjetivos, materiais e simbólicos, historicamente construídos, que informam, delimitam e imprimem sentido à sua experiência que, embora subjetiva, comporta e transcende os planos individual, situacional e imediato.

Nesse sentido, não focamos a análise na primazia da cultura ou do social e sim nas relações entre as categorias congruentes que foram identificadas. Desse jeito, foi possível compreender nesse estudo as experiências dos sujeitos ligada ao contexto sociocultural.

Levando em conta esses fatores, os conceitos que mais se evidenciaram quando do levantamento de dados sobre os processos experienciais das pessoas indígenas tinham a ver com o fato de que em *Boa Vista só tinha indígena*, bem como com os *deslocamentos* marcados por *idas e vindas na identidade indígena* em contato, por meio da análise da presença *indígena na urbanidade*.

Por isso, procuramos visualizar como são configuradas as relações interculturais nesse processo e o modo como se configuram os itinerários terapêuticos⁶, uma vez que os fenômenos que os definem hora são contraditórios e hora se estabelecem em relação de harmonia com seus recursos ancestrais.

Para tanto, na seção que segue trataremos da presença indígena nas cidades.

⁶ Este conceito abordado em maior profundidade no segundo capítulo deste estudo.

2.1. A PRESENÇA INDÍGENA NAS CIDADES

Para Nunes (2010), vivemos um cenário em que pessoas indígenas estão se apropriando cada vez mais das cidades e, por isso, a questão da urbanidade⁷ indígena começou a receber certa ênfase. Esse processo se acirrou a partir do trabalho de Cardoso de Oliveira (1968) sobre os indígenas *Terena* do Mato Grosso do Sul e, após esse período no ano 2000, esse tema voltou a surgir em palcos de debates sobre a relação indígena com a cidade.

Nesse sentido Melatti (2004) afirma que, de dentro de algumas terras indígenas, foi possível assistir as cidades nascerem e proliferarem em seu interior, gerando uma situação em que indígenas convivem próximos ou no meio de cidades.

De acordo com o último censo do IBGE (2010), houve um aumento relevante de pessoas indígenas nos centros urbanos e, por isso, Boa Vista, encontra-se na posição 04, se enquadrando entre as 10 capitais do Brasil com o maior quantitativo de pessoas indígenas vivendo em contextos citadinos:

Tabela 04 - Cidades do Brasil com o maior quantitativo indígena

CIDADES COM O MAIOR NÚMERO DE POPULAÇÕES INDÍGENAS Censo IBGE, 2010		
N. Ordem	Estado/Cidades	Quantidade
1.	SP – São Paulo	12.977
2.	AM - São Gabriel da Cachoeira	11.016
3.	BA – Salvador	7.560
4.	RR - Boa Vista	8.550
5.	DF – Brasília	5.941
6.	MS – Campo Grande	5.657
7.	PE – Pesqueira	4.048
8.	AM – Manaus	3.837
9.	PE – Recife	3.665
10.	RJ - Rio de Janeiro 15.622	6.764

Fonte: IBGE, 2010

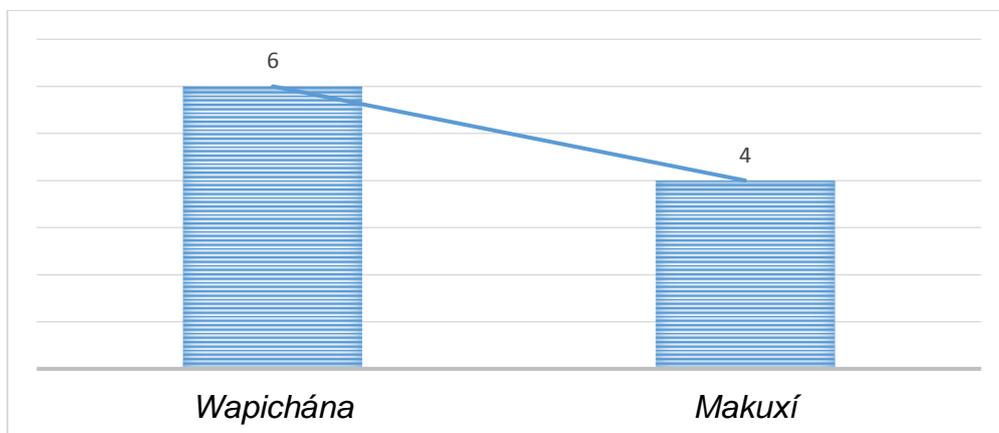
⁷ “A urbanidade seria então esse “modo de vida” – modo de existência, prefiro dizer – que se origina na cidade, mas não se confina a ela” (Nunes, 2004, p. 22).

Além disso, ainda que não sejam precisos, os dados do censo de 2010, apontaram que a população indígena de Boa Vista corresponde a 55.922 pessoas (IBGE, 2010).

Ainda convém ressaltar que no estado de Roraima a diversidade de povos indígenas é composta pelos seguintes grupos étnicos, *Makuxí*, *Taulipáng (Pemong)*, *Ingarikó*, *Waiwái*, *Yekuána (Mayongóng)*, *Waimirí-Atroarí* e *Patamóna (Kapóng)*. Estes são grupos de origem linguística da família de línguas *Karíb*; existem também os *Wapichána* pertencentes à família linguística *Arawák*, e os *Yanomámi*, cuja família linguística possui quatro ramificações ou “subfamílias” (*Yanomámi*, *Yanomám*, *Ninám* e *Sanumã*) e, nesta composição, são contabilizadas nove etnias (RODRIGUES, 2013).

Embora exista toda essa diversidade étnica circulando pelo estado de Roraima, nesse estudo os dois grupos mais prevalentes foram o *Makuxí* e o *Wapichána*. De acordo com o quantitativo detalhado neste gráfico, foram identificadas nesse estudo 04 (quatro) pessoas do povo *Makuxí* e 06 (seis) pessoas *Wapichána*.

Gráfico 01 –Autoreconhecimento dos entrevistados à povos Indígenas



Fonte: pesquisa de campo.

Esses dois grupos étnicos fazem parte de uma população que se distribui pelo Estado de Roraima com exceção da Terra indígena Yanomámi. Pelos municípios desse estado vivem em situações distintas: alguns vivem em comunidades nas terras indígenas (TI)⁸,

⁸ São terras tradicionalmente ocupadas pelos índios as por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias à sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições - Parágrafo 1º do Art.231 da Constituição Federal de 1988, (BRASIL, 1988).

outros em fazendas; na capital, Boa Vista, muitos desses se integram às organizações indígenas, visando reivindicar o acesso a Direitos Constitucionais (REPETTO, 2008; BAINES, 2004).

Entretanto, se faz importante situar que o conceito de comunidade que se aborda nesse estudo para explicar a rede comunitária de trocas de informações intersocietárias, que se estende até a cidade e ajuda a compreender os itinerários terapêuticos, difere da leitura do conceito que se faz das comunidades indígenas constituídas por um certo número de famílias, cada uma com um tuxaua que é o encarregado de relacionar a comunidade com o exterior. No nosso caso se aborda o papel de comunidades exercido pelas pessoas indígenas que residem na cidade (REPETTO, 2008).

Nesse contexto, em que são considerados os prejuízos seculares socioculturais sofridos, a noção de identidade étnica dos povos Makuxí e Wapichána vem sendo concebida antes como unidade sociológica do que como comunidade culturalmente distinta (BARTH, 1998). Nele, os indivíduos de diferentes povos se organizam e participam de movimentos sociais e de organizações indígenas na cidade, em função da necessidade de luta por demandas comuns, como por exemplo, a participação nos conselhos indígenas de saúde.

Para Barth (1998) nesse caso, a situação colonial definiu a etnicidade desses grupos, pois os membros indígenas pluriétnicos identificaram-se em função de suas escolhas e estratégias para alcançar os elementos comuns que ambicionam. Trata-se, pois, um fenômeno de natureza política e econômica em que a identidade étnica foi utilizada como forma de reforçar a solidariedade entre os povos. Nessa concepção, a continuidade da cultura tradicional de cura indígena na cidade pode ser explicada por essa relação estabelecida entre esses dois povos.

Assim como em Boa Vista/RR, em outras cidades brasileiras a presença indígena também é marcante, como ocorre na cidade de Benjamin Constant no Estado do Amazonas; próximo ao aeroporto de Tabatinga, na região que se localiza próxima a tríplice fronteira entre Peru, Brasil e Colômbia, reside um grupo *Tikuna*. Ainda também no Amazonas, na cidade de São Gabriel da Cachoeira, convivem indígenas de diferentes etnias. Também é marcante a presença de indígenas na cidade Belém, com os *Mundurucus* e *Jurunas* (NUNES, 2010).

Existe também o caso de um grupo *Sateré-Mawé* que vive às margens da cidade de Parintins, vivenciando situações de opressão, escassez de alimentos, poluição, riscos e agravos à saúde (SILVA; BARROSO, 2013). Esse mesmo grupo composto por cerca de 67

(sessenta e sete) pessoas, se faz presente na periferia da cidade de Manaus em condições semelhantes (BOTELHO; WEIGEL, 2011).

Entre indígenas no Brasil, a maior taxa de mortalidade por suicídio é do povo *Guarani Kaiowá*, no Mato Grosso do Sul: nos últimos anos, os casos vêm se propagando para outras localidades. Trata-se de um fenômeno que também ocorre na realidade dos povos *Tikuna* e *Yanomámi* da cidade de São Gabriel da Cachoeira, a recordista nas estatísticas de suicídio por habitante dos municípios brasileiros.

Esse fenômeno se relaciona, por exemplo, com o fato de indígenas sofrerem pressões de grandes fazendeiros e do agronegócio, que invadem seus territórios originais. A consequência de uma existência em conflito é que o suicídio não constitui simples escolha, haja vista que se trata antes de uma imposição a pessoas que não tiveram outras alternativas diante da escassez de políticas efetivas na prevenção e resguardo de direitos (GONÇALVEZ, 2018).

Além disso, foi verificada a massiva presença de indígenas *Guarani Kaiowá*, vivendo de trabalhos artesanais na cidade de Mato Grosso, já que tiveram suas comunidades cercadas por cidades, fazendas e rodovias. Digno de menção também é a realidade vivenciada pelos indígenas Chiquitanos que vivem nas periferias da cidade de Cárceres, na fronteira Brasil- Bolívia: frente às tensões entre o local e o nacional, a aldeia e a cidade, esse grupo vivenciou severos processos de desterritorialização instituída pelo processo civilizatório, prioritariamente com a evangelização e a urbanização, dada a ausência do reconhecimento legal de seus territórios ancestrais, hoje, ocupados pela cidade (PACINI, 2016).

Em Roraima, no município de Mucajaí, há também o caso de um grupo *Yanomámi* da região do Ajaraní que, após a construção da BR/210, passou a residir às margens desta rodovia, de onde constantemente se desloca para a periferia desta cidade. Eles vivem em contato com situações de alta vulnerabilidade em relação ao uso de álcool e exploração da força de trabalho por fazendeiros e comerciantes da região (SILVA, 2014).

No Acre, existe o caso dos *Yaminawa*, *apurinã*, *Kaxinawá* e *Manchineri* que vivem em constantes idas e vindas entre espaço urbano e comunidade. No caso de Águas Belas, Pernambuco, os indígenas *Fulni-ô* possuem sua TI encostada nesta cidade. Há décadas que índios *Pankararu*, *Pankararé*, *Terena*, *Kariri-xocó*, *Atikum* e *Potiguara*, também do nordeste brasileiro, migraram e se instalaram nas proximidades das periferias de cidades

como São Paulo e Rio de Janeiro, assim como os *Kaingáng* e *Guarani Mbyá*, no Rio Grande do Sul (MELATTI, 2004; SOUZA, 2010).

Estes exemplos são suficientes para que possa perceber as marcas históricas da invasão expansionista, gravadas na historiografia desse país, ao se perceber que as cidades vêm invadindo espaços anteriormente indígenas, ao mesmo tempo que os indígenas também invadem as cidades.

Baniwa (2011) reforça essa noção ao afirmar que é preciso considerar a história da colonização que subjugou às pessoas indígenas em todos os aspectos de suas vidas étnicas e lembrar que, desde o século XIX, com a conformação do Estado brasileiro, essa realidade não mudou: ao contrário, recebeu expressivo reforço, muitas vezes de forma velada, porém, dando expressão aos interesses das elites colonizadoras e deixando os povos indígenas fora da pauta dominante.

Trata-se de uma situação que adquire relevância ao se pensar na importância dos espaços territoriais como lugares de alteridade e manutenção da vida e saúde indígena. Dada a forte relação entre estas pessoas e seus territórios dotados de expressões cosmológicas acerca dos seus modos de existência que vêm sendo altamente impactados pelas ações expansionistas.

Diante dos percalços vivenciados por esses povos com o estreitamento das relações entre esses grupos locais com diferentes agentes da sociedade nacional, tais como o estado, as diversas frente de expansão, novas dinâmicas influenciaram a organização social desses grupos. Desta forma, as transformações das condições de vida impõem novas atividades, novos papéis sociais quem vem se estabelecendo especialmente através das redes de apoio e trocas (CARVALHO, 2015).

Para tanto, direciono as reflexões desse estudo para o esforço de pensar a cidade como um espaço análogo à comunidade indígena, pois se torna muito simplista a suposição de que, apenas porque as pessoas indígenas se utilizam de certos ambientes agora urbanizados, deixam de pensar a partir de sua lógica inicial indígena. Cito, como exemplo, a rede de relações existente entre os *Makuxí* e *Wapichána*: seja na comunidade em suas TI ou na cidade, estes povos, embora tenham diferenças linguísticas e tenham vivenciado conflitos históricos específicos, nas últimas décadas esses dois grupos partilham muito mais coisas, formando unidades sociológicas.

Portanto, é necessário entender o modo como mediam as relações saúde-cultura, lançando um olhar para os significados que as vivências urbanas traduzem. Dado o caráter

relativo, acerca da diversidade de atores sociais e comportamentos citadinos em Boa Vista, corroboramos o pensamento de Magnani:

Antropologia, lá ou cá, na floresta ou na cidade, na aldeia ou na metrópole, não dispensa o caráter relativizador que a presença do "outro" possibilita. É esse jogo de espelhos, é essa imagem de si refletida no outro que orienta e conduz o olhar em busca de significados ali onde, à primeira vista, a visão desatenta ou preconceituosa só enxerga o exotismo, quando não o perigo, a anormalidade (MAGNANI, 1996, p.5).

Conforme essa trama pode-se depreender que existem setores da sociedade que “coisificam” as culturas indígenas e as congelam no passado, dotando de exotismo algumas características culturais indígenas ou até visualizando seus ritos a partir de óticas outrora marginalizadas, por conta do racismo exacerbado pelo olhar excludente, diante da condição da pessoa indígena em situação de inferioridade socioeconômica nessas relações sociais (REZENDE, 2017).

Em meio a essas vivências, as pessoas indígenas na cidade vão se conduzindo diante dos desafios representados pelo “manejo do mundo” do branco, visto que, para conseguirem se apropriar das formas como este se organiza é preciso domesticar-se às condições de dominação e subalternização (BANIWA, 2011).

Entretanto, o fato de haver essa condição de domesticação que se impõe nas relações assimétricas no meio urbano, não significa que as pessoas indígenas abram mão de suas concepções tradicionais de vida e sim que se utilizam dos conhecimentos do mundo dos brancos para aperfeiçoar as condições de vida indígena citadina.

É nesse âmbito que se situam as formas de resistência indígena citadino⁹: através da manutenção de seus conhecimentos culturais, que, mesmo diante de condições desiguais, utilizam sua autodeterminação¹⁰ para constituir novas relações saúde-cultura. Nesse sentido, visando elucidar essas relações, é preciso conhecer os marcos históricos que as configuram.

⁹ Refere-se ao indígena que não vive mais na sua comunidade de origem, e mora na cidade onde a organização social difere do indígena aldeado (Ponte, 2009).

¹⁰ Trata-se do maior direito humano indígena sobre a sua liberdade para se alterar política e economicamente, trata-se assim, de um valor elementar que fundamenta a decisão indígena de como quer viver (RESENDE, 2017).

2.2. DE MALOCAS KUWAI KÎRÎ À CIDADE DE BOA VISTA/RR

A historiografia oficial acerca do surgimento da cidade de Boa Vista aponta que esta nasceu de uma fazenda de gado no século XIX, localizada numa região antes habitada por indígenas *Paraviana*, *Makuxí* e *Wapichána*. Esses antigos habitantes afirmaram que, antes, havia no local em que hoje se vê essa cidade, um conjunto de malocas denominadas *Kuwai Kîrî*¹¹, cuja tradução refere à *teso* de buritizais, conforme a concepção indígena *Wapichána* (OLIVEIRA, 2010).

Em face dessa conjectura, as memórias das indígenas Lua e Sol, relatadas sobre as vivências de seus parentes mais velhos, a luz do surgimento da cidade de Boa Vista, apontam que;

“Quando eu cheguei aqui, era só lugar de *Wapichána*, não tinha *Makuxí* nem nada, quando eu vim morar aqui, não tinha esse barulho rá rá rá, de carro não, não tinha casa só a nossa assim de madeira. Quando eu veio para cá eu era cunhantã, foi meu pai fazendeiro que me criou” (Sol, 100 anos) [...] Antes eles levava gado de cavalo para Manaus e durava duas semana” (Lua, 59 anos).

A vista disso, desde o século passado, Boa Vista já era terra de muitos indígenas. Ao mesmo tempo, essas memórias retratam a existência de fazendeiros na região, bem como, a presença marcante da pecuária como um forte instrumento colonial.

Baines (2004) também afirma que, dentre os antepassados das pessoas indígenas que na atualidade se identificam como *Makuxí* e *Wapichána*, alguns foram colonizados pelos fazendeiros que ocuparam a região do lavrado de Roraima e transformados em funcionários braçais de fazendas.

Além disso, considerando a concepção de indígenas *Makuxí* e *Wapichána*, que viviam nesse espaço territorial, antes da criação da fazenda Boa Vista, estes também afirmam que nesse espaço, já existiam várias malocas assim como faz o viajante Hamilton Rice, que também relata ter visto uma vila semelhante a estas na fronteira norte do Brasil (MELO, 2012; RICE, 1978).

Por isso, se confere a essas pessoas indígenas o reconhecimento como residentes originárias desse espaço. Dado que, embora tenham em suas origens conflitos históricos, as circunstâncias decorrentes dos aldeamentos coloniais promoveram suas relações diplomáticas, por conta da necessidade de unir-se em prol da defesa de suas necessidades

¹¹ Conceito pertencente a língua indígena *Wapichána*, referente a palavra malocas em português (OLIVEIRA, 2010).

de resistência às formas de opressão.

Relacionando esses dados à concepção de nossa entrevistada, a indígena *Wapichána* Lua, percebe-se que se trata de uma realidade que possui relação com suas vivências acerca do surgimento da cidade de Boa Vista, assim como explicita o seguinte trecho de sua fala: “Meu pai conheceu isso daqui tudinho falava que antigamente, aqui, essa Boa Vista era terra de índio, aqui tinha pé de buriti e já cortaram tudo” (Lua, 59 anos).

Corroborando essa concepção, o estudo de Souza & Repetto (2007, p. 10), afirmou que “temos a consciência de que, nós indígenas, não estamos invadindo a cidade. Pelo contrário, foi à cidade que invadiu o nosso território, os antigos territórios das comunidades indígenas”.

Além do mais, faço a analogia desses relatos com o estudo arqueológico datado de aproximadamente, 3.000 a 4.000 anos AP¹², antes da chegada dos europeus, sobre achados de instrumentos como cestarias, líticos, ossos, pontas de flechas, pinturas, sepultamento em urnas indígenas. Recolhidos na década de 1980 e relacionados a historiografia da região onde atualmente se localiza a cidade de Boa Vista, estes foram atribuídos aos povos *Macuxí*, *Wapichána* e *Taulipáng* nesta região, desse modo, essa presença vem se confirmando por diferentes modos (MELO, 2012).

Dado o exposto, a criação da cidade de Boa Vista representa o desenvolvimento que contém em sua estrutura sócio-histórica¹³ suas subjetividades: trata-se de uma cidade que resulta de processos de formação dinâmicos que mantêm por de traz de sua constituição diversos atores sociais e com distintas motivações (NUNES, 2010; CORRÊA, 1995).

Por tudo isso, percebe-se a importância da reflexão acerca das relações que se estabeleceram nas relações de contato entre indígenas e não-indígenas e seu caráter dominador que, não mediou consequências a fim de “domesticar” e subalternizar as pessoas nativas da região, utilizando para isso, o poder do capital.

Todavia convém demarcar na historiografia a grande presença de nordestinos nessa região, sendo interessante pensar acerca das relações de contato interétnicos entre estes e os indígenas que já habitam esse espaço.

¹² Nota da autora: AP é um termo usual que se refere ao espaço temporal e significa antes do tempo presente.

¹³ A perspectiva sócio-histórica, tendo o materialismo histórico-dialético como pano de fundo, expressa em seus métodos e arcabouço conceitual as marcas de sua filiação dialética. Trata – se de uma perspectiva que se mostra na produção de autores sócio-históricos como Vygotsky, Bakhtin e Luria, baseia-se na tentativa de superar os reducionismos das concepções empiristas e idealistas” [...] “Aponta uma outra forma de fazer ciência, envolvendo a arte da descrição complementada pela explicação, que pode ser encontrada na pesquisa qualitativa desenvolvida a partir de uma orientação sócio-histórica. Enfatiza nessa abordagem a compreensão dos fenômenos a partir de seu acontecer histórico no qual o particular é considerado uma instância da totalidade social” (Freitas, 2016, p. 21-22).

Porquanto, visualizo que dentre as misturas ocorridas entre esses povos durante os três últimos séculos, me apoio nos postulados de Pacheco de Oliveira (2011) que sustenta a visão de que, nessas relações, ocorrem trocas de saberes, negociações de conceitos que, partem sobretudo da tradição indígena, haja visto que, estes povos, possuem uma tendência a reafirmar sua identidade a partir de memórias de seus fatos culturais ancestrais partilhados em momentos de encontros propiciados pelas organizações indígenas ou idas a suas comunidades.

Acrescento, todavia, que outra parte do perfil populacional da região foi incentivada por conta de eventos de ordem política e econômica que propiciaram o contexto mais favorável à migração, cujo percurso de expansão da cidade, esteve relacionada a necessidade de administração política da fronteira setentrional (RODRIGUES, 2006; VERAS, 2009).

Contudo, o Vale do Rio Branco possui em suas raízes, marcas implementadas com finalidades que apontam a criação de gado empreendida nesta região, como uma estratégia de ocupação deste território.

Desta conjuntura, nasceu a fazenda Boa Vista, que posteriormente foi transformada numa Vila, que em 1911, foi descrita pelo viajante etnólogo alemão Koch-Grünberg, como um espaço que continha casas brancas enfileiradas, localizadas num ponto alto da margem direita do Rio Branco (KOCH-GRÜNBERG, 2006). Conforme a imagem demonstra:

Imagem 01 - A fazenda Boa Vista no ano de 1905.



Foto: do acervo de Tiago Orihuela *apud* VERAS (2009).

Assim, a criação do espaço urbano de Boa Vista esteve relacionado a uma complexa rede de interesses composta por atores de distintos grupos sociais incluindo pecuaristas, religiosos, fazendeiros, estados nacionais, dentre outros (VERAS, 2009).

Desse modo, o resultado foi a sua regulação estatal em 1943, quando a cidade de Boa Vista foi emancipada como a capital do então território e quando este foi transformado em estado de Roraima, em 1988, quando foi intitulada a capital do estado de Roraima, como se vê na contemporaneidade. O aumento de sua população foi incentivada através da criação de projetos de assentamentos e de colonização agrícola, com a criação do Estado de Roraima em 1988 (RODRIGUES, 2006; VERAS, 2009).

Entretanto, apesar desse papel estatal no incentivo ao crescimento populacional de Boa Vista, o garimpo também teve a sua parcela significativa nesse processo.

Lemos (1998) pontuam que o garimpo foi responsável pelo crescimento urbano em cerca de 43%, no período de 1970 a 1995, onde apesar da atividade garimpeira fixar sua ação na região de floresta, foi na cidade de Boa Vista que a grande massa de migrantes se instalou. O acesso aos garimpos clandestinos ocorria principalmente pela BR 174 que liga Manaus a Venezuela.

Todos esses aspectos históricos foram elencados dada a relevância de seus componentes para pensar, na contemporaneidade, os processos saúde-cultura, considerando as transformações socioculturais que se personificam por meio da historicidade das pessoas indígenas em Boa Vista, tendo como *lócus* a experiência da doença.

2.3. AS TRAJETÓRIAS INSTITUÍDAS PELO CONTATO

Em virtude dos marcos histórico da colonização nos territórios tradicionais de povos indígenas que na contemporaneidade se situam na cidade de Boa Vista é importante evidenciar a situação que configurou essa realidade.

Como uma herança desse histórico “os *Makuxí* e *Wapichána* são os que mais deixam as comunidades para arriscar uma vida melhor na cidade” (Almicar, 2017, p. 3). Pensando nisso, elenquei as localidades de residência anterior ao contexto urbano evidenciadas por meio da história de vida dos participantes desse estudo, como um parâmetro de análise, conforme indica a tabela abaixo:

Tabela 5 - Locais de residências anteriores ao meio urbano

NOMES FICTÍCIOS ENTREVISTADOS	LOCAL DE ORIGEM
Lua	Serra da Lua
Sol	Alto Cotingo
Chuva	Xumina
Vento	<i>Waruanauana (Guyana Inglesa)</i>
Trovão	Antiga fazenda São Marcos
Luz	Serra da Lua
Tempestade	Lago Grande
Neve	Jabutí
Lua cheia	Xumina

Fonte: à pesquisa de campo

Analisando esses dados em contraponto com os estudos de Oliveira (2010, acerca da presença de indígenas na cidade de Boa Vista, percebi que ficou evidente que estas pessoas residiam anteriormente em suas comunidades tradicionais, pois todas pessoas investigadas são de origem externa ao contexto desta cidade. Nesse sentido, é preciso enfatizar que, em alguns desses casos, a vinda para o contexto urbano foi motivada pela experiência da doença adquirida, dado que, com a doença, a vida muda e a pessoa passa a viver em torno da cura desta. Para tanto, esse fundamento leva-nos a compreensão da cidade como um campo de andar indígena em busca de cura.

Além disso, é preciso considerar nessa análise que, conforme a realidade dessas pessoas, neste espaço territorial já haviam indígenas antes mesmo de deste virar fazenda, ou seja, desde o surgimento da então da cidade, há evidências da presença indígena. E segundo Souza, et al., (2017) apontam, os grupos indígenas *Makuxí* e *Wapichána* estão associados ao maior perfil o de *deslocamentos*, marcados por *idas e vindas* de suas comunidades para o centro urbano de Boa Vista.

Para além desses fatores, vale a pena lembrar que quase concomitantemente à criação da cidade de Boa Vista, o garimpo se inseria nas terras de Roraima, assim como os fazendeiros, e que, por isso, pude compreender que há casos que apontam uma espécie de relação entre as trajetórias instituídas rumo a cidade e suas motivações ancoradas nos conflitos e violências decorrente da invasão de terras.

Conforme Santilli:

Uma vez decorrido o momento inicial do contato, não tardou a eclosão de conflitos entre os Macuxi e os pecuaristas, garimpeiros e demais colonos brancos. Entre outros motivos, pelo término dos presentes ofertados a princípio pelos forasteiros recém chegados aos índios; pela devastação das roças indígenas progressivamente invadida pelo gado; pelo cerceamento da mobilidade dos índios, da pesca com o timbó, do acesso às fontes perenes de água, pelo escasseamento da caça pelos campos naturais desde então pretensamente convertidos em pastagens exclusivas para o gado; ou ainda, pelas violências cometidas nas relações de trabalho e abusos sexuais contra as mulheres (SANTILLI, 2001, p. 63).

Fatos confirmados por Clementino:

Nossa terra foi invadida por fazendeiros, garimpeiros, marreteiros e outros. Nossos antepassados foram cruelmente escravizados e prostituídos por esses invasores, passando a depender dos brancos. A invasão provocou desunião, ameaças de morte, brigas, doenças, racismo, preconceitos, bebedeiras e festas de bagunça promovidas por não-indígenas. A maioria dos nossos parentes trabalhava para os não indígenas no garimpo, na empreitada como vaqueiro, e tinha muitas dívidas com os fazendeiros. Só lhe restava pobreza, fome, miséria. Nossos parentes eram proibidos de tirar palha, madeira, pescar, caçar, construir retiros e curral. Os não indígenas provocaram a destruição dos nossos lugares mais ricos em caça e pesca. (CLEMENTINO, 2004, p. 25).

No Brasil, esse tipo de violência instituída pela colonização foi muito usual e ocorreu também com os Chiquitanos que vivem no estado do Mato Grosso na cidade de Cáceres, na fronteira com a Bolívia:

Nesse quadro, pressionados por fazendeiros maiores, muitas famílias mudaram-se para a cidade, enquanto poucas comunidades resistiram. O fato do INCRA ter conservado as terras das comunidades, intituladas agora de "assentamentos", leva a crer que o movimento de regularização dos títulos assegurou pequenos bolsões de mão-de-obra para garantia da continuidade dos trabalhos nas fazendas (PACINI, 2016, p. 40).

Além das expressões apresentadas por esses autores supramencionados, julgo importante evidenciar as vivências do povo *Yanomámi*, acerca do garimpo e a invasão de suas terras, contaminação de seus rios e as doenças levadas:

Começaram a revirar a terra como bando de queixadas. Sujaram o rio com lamas amareladas e os enfumaçaram com a epidemia *xawara* de seus maquinários. Então, meu peito voltou a se encher de raiva e de angústia, ao vê-los devastar as nascentes dos rios com voracidade de cães famintos [...] entendi logo que os garimpeiros eram verdadeiros comedores de terra que iam devastar tudo na floresta [...] se deixarmos os garimpeiros cavarem por toda parte, como porcos do mato, os rios da floresta logo vão se transformar em poças lamacentas, cheias de óleo de motor e lixo. Eles também lavam o pó do ouro misturando-o com o que chamam de azougue. Os outros brancos chamam isso de mercúrio. Todas essas coisas sujas e perigosas fazem as águas ficarem doentes e tornam as carnes dos peixes mole e podre. Quem os come corre risco de morrer de disenteria, com violentas dores de barriga e tontura [...] é por tudo isso que não queremos garimpeiros na floresta [...] o pensamento desses brancos está obscurecido por seu desejo de ouro [...] As coisas que os

brancos extraem das profundezas da terra com tanta avidez, os minérios e o petróleo, não são alimentos. São coisas maléficas e perigosas, impregnadas de tosses e febres (KOPENAWA; ALBERT, 2015, p. 335-334-336-356).

Em virtude dessa invasão a territórios ancestrais, o xamã *Yanomámi* Davi Kopenawa afirma que em meados de 1940 e 1945 estrangeiros tidos por esse grupo étnico como sendo os *nãpe*, começaram a entrar em suas florestas para explorar as seringueiras. Davi afirma que eles tinham facas e panelas enormes que faziam barulho e de dentro saia fumaça preta que, na visão *Yanomámi*, representa a presença de *xawara*, ou seja, doenças que entram no corpo causam dor e podem provocar até a morte se o *xamã* não conseguir expulsar esse mau (LIZOT, 1988).

Todos esses aspectos se repetiram na realidade dos povos *Makuxí* e *Wapichána* residentes na cidade de Boa Vista. Como se vê, o histórico de invasão provocou influências na organização social dessas pessoas, com o cenário de sedentarismo em espaços territoriais reduzidos, por causa da presença dos fazendeiros e garimpeiros, resultando em violências e doenças que causaram mobilidade indígena para as margens citadinas.

Conjuntura também evidenciada no estudo de Souza & Repetto (2007, p. 10);

Por esses e motivos e por outros mais, os indígenas saíram buscando alternativas de vida e, depois de passar por fazendas e/ou garimpos, chegaram à periferia da cidade para morar nas casas de parentes e amigos.

Desse modo, se torna possível visualizar a magnitude desses impactos na vida indígena e as implicações diretas nas possibilidades de se manterem autônomos nas suas comunidades de origem, visto que estes conflitos influíram e continuam a influir na contemporaneidade na produção de alimentos, diante da limitação territorial, tornando os sedentários e mais vulneráveis a doenças.

Exemplo disso foi à construção da BR-174, entre 1970 e 1977, período em que houve a ligação entre Boa Vista e o território de Roraima ao resto do Brasil, fato que acelerou o crescimento da população não indígena e o desenvolvimento econômico na região. Posteriormente, a partir da década de 1980, essa região, assim como todas as fronteiras da Amazônia Legal, tornou-se alvo do Projeto Calha Norte que, intensificou a parte de infraestruturas para abrir a região ao desenvolvimento econômico (BAINES, 2004).

Diante dessas possibilidades, houve ainda mais a entrada de estrangeiros a essa região e as pessoas indígenas que ali habitavam foram obrigadas a se deslocar de seus territórios tradicionais. Desse modo, passou a ocorrer uma espécie de distanciamento de

parte dos seus laços históricos, gerando fronteiras entre espaços culturais e espaços gerados pela sociedade dominante, fazendo suscitar novos signos à identidade indígena (JECUPÉ, 1998). Haja vista que, para as pessoas indígenas o território é condição vital para a manutenção da vida, cultura e ressignificação das relações sociais.

Diante da presença de invasores vindos de diversas localidades, incluindo agentes enviados pelo estado, soldados, missionários, comerciantes, professores e administradores, os indígenas foram obrigados a negociar seus territórios em condições desiguais e, na maioria das vezes, devastadoras (BECKER, 1990; BAINES, 2004). Dessa situação de exploração extensiva dos territórios indígenas, os mesmos foram diminuindo as possibilidades de exercer seus modos autônomos de vida (RAMOS, 1986).

Além disso, com a presença de todos esses estrangeiros, também vieram várias doenças, como a varíola, que dizimou milhares de índios no Brasil. Ademais, houve uma série de violências a que estes foram expostos com a escravização pela força de trabalho, pela imposição religiosa, através da catequização da Igreja Católica que via as pessoas indígenas, como seres sem valores e sem leis. Infelizmente, por conta dessa devastadora atuação colonial muitos grupos indígenas foram totalmente dizimados, não só a nível nacional, mas também local (FARAGE, 1991; JECUPÉ, 1998).

Pela observação desses aspectos o estudo de Galeano (1984) afirma que as vivências desagregadoras decorrentes do contato pelos indígenas da cidade de Boa Vista não se dissociam da luta pela terra, tal como a realidade experienciada pelos indígenas Guarani que atualmente vivem na cidade de Guaíra.

Tratam-se de grupos étnicos que passaram por situações de genocídio de suas populações indígenas que morriam como moscas nos contatos promovidos pela colonização da América, pois seus organismos não dispunham de defesas contra doenças novas e os que sobreviviam ficavam debilitados e impossibilitados de seguir fazendo trabalhos em suas roças.

Nesses cenários percebe-se que as transformações territoriais empreendidas a partir das ações colonialistas das frentes de expansão, nos últimos séculos, se chocaram com as territorialidades das pessoas indígenas residentes desses espaços à medida em que estas se mostraram resistentes as invasões estrangeiras (LITTLE, 2000).

Acerca dessa resistência indígena, Viveiros de Castro (2016, p. 8) afirma:

Os índios são nosso exemplo. Um exemplo de resistência secular a uma guerra feroz contra eles para desexistí-los, fazê-los desaparecer, seja matando-os pura e simplesmente, seja desindianizando-os e tornando-os “cidadãos civilizados”, isto é, brasileiros pobres, sem terra, sem meios de subsistência próprios, forçados a vender seus braços - seus corpos - para enriquecer os pretensos novos donos da terra.

Refletir acerca da relação entre a terra e o corpo indígena possibilita compreender o quanto é grave está situação de usurpação de suas territorialidades, pois trata-se de uma relação indissociável. Conforme Viveiros de Castro (2016), na cosmologia ameríndia a terra é parte intrínseca do corpo indígena, assim como se sentem pertencentes a ela, porém, não numa visão coisificada e sim numa perspectiva visceral.

Essa distinção é importante, pois ajuda a compreender que na visão estatal, as terras são concebidas como “propriedades¹⁴” passíveis de comercialização a outrem (VIVEIROS DE CASTRO, 2016). Já na visão ameríndia esse conceito possui distinta representação. Essa visão é reforçada pela concepção de Ramos (1986, p. 18):

Para os povos indígenas, a terra é muito mais do que simples meio de subsistência. Ela representa o suporte da vida social e está diretamente ligada ao sistema de crenças e conhecimento. Não é apenas um recurso natural e tão importante quanto este é um recurso sociocultural.

No sentido de ressaltar a importância da relação de pessoas indígenas com sua terra, a OIT, reconhece esse direito indígena:

A convenção dedica uma especial atenção à relação dos povos indígenas e tribais com a terra ou território que ocupam ou utilizam de alguma forma, principalmente aos aspectos coletivos dessa relação. É nesse enfoque que a Convenção reconhece o direito de posse e propriedade desses povos e preceitua medidas a serem tomadas para salvaguardar esses direitos, inclusive sobre terras que, como observado em determinados casos, não sejam exclusivamente ocupadas por eles, mas às quais tenham, tradicionalmente, tido acesso para suas atividades e subsistência (OIT, 2011, p. 8).

A mesma OIT indica aos Estados as providências a serem tomadas, no sentido de garantir que realmente sejam de usufruto indígena. No entanto, na realidade de constituição da cidade de Boa Vista, essa normativa não passou de mera “ficção”, pois o Estado possui

¹⁴ “As terras que ocupam não são sua propriedade — não só porque os territórios indígenas são terras da “União”, mas porque são eles que pertencem à terra e não o contrário. Pertencer à terra, em lugar de ser proprietário dela, é o que define o indígena” (Viveiros de Castro, 2016, p.2)

artimanhas políticas para suplantar tudo aquilo que na sua concepção liberal obsta o desenvolvimentismo.

Dessas reflexões, analiso que o ato da separação, ocasionada pelas invasões das terras, entre as pessoas indígenas e seus corpos, em detrimento da forte ligação, o distanciamento de suas terras, enfim, vem acarretando desagregações que se mostram na situação de precariedade socioeconômica em que vivem os indígenas que se deslocaram para as margens das cidades.

Esse cenário de invasão dos espaços tradicionais veio causando impactos à saúde indígena e, por isso, nos interessa pontuá-lo como marco de reflexão em alusão aos objetivos primários desse estudo, pois, neste cenário, as relações saúde-cultura de indígenas na cidade vem se delineando.

2.4. O MOVIMENTO REVERSO: A CIDADE COMO ALTERNATIVA DE VIDA INDÍGENA

Nesse contexto de expropriação territorial indígena é importante considerar aspectos como a presença de instalações militares, a garimpagem, bem como a criação de projetos de assentamentos e de áreas de comércio, mas também o turismo e as demais ações de interesse estatal que criaram espaços de interesses de investimentos, promoveram a migração e a mobilidade do trabalho para atender as demandas empresariais na constituição da cidade de Boa Vista (BECKER, 1990, OLIVARES, et al, 2008). Ou seja, todos estes fatores estão associados ao aumento de problemas nos modos de vida e saúde entre os povos indígenas.

Na perspectiva da entrevistada Lua, que morava numa fazenda na Serra da Lua, a cidade se mostrou como um local de busca de cura, sendo esta a justificativa para a sua vinda para morar na cidade.

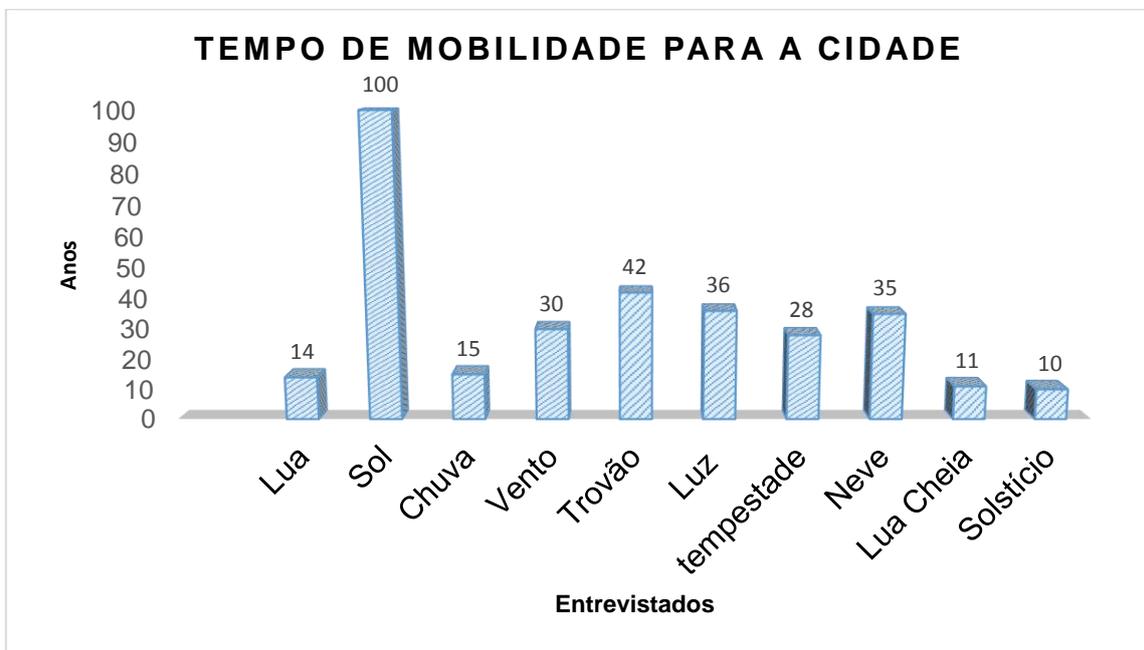
Por que a cobra me mordeu, aí ficamos para lá e para cá, era só eu e ele e não havia ninguém para tomar de conta das nossas coisas no interior, aí nós decidimos morar para cá porque tinha mais recurso para curar (Lua, 59 anos).

Nesse sentido, é importante refletir sobre a experiência da doença como um fator que propicia a mobilidade, principalmente diante das possibilidades de cura visualizadas nos centros urbanos, seja por meio de hospitais com remédios alopáticos, pela busca do sistema xamânico ou outras alternativas.

Em vista disso, os modos pelos quais essa mobilidade veio se constituindo ao longo do tempo foi identificado como um conceito de importância para compreender o arranjo situacional em que essas pessoas convivem na contemporaneidade nessa cidade (OLIVARES, et al., 2008).

Demostramos no gráfico abaixo o tempo de mobilidade das pessoas indígenas investigadas nesse estudo para Boa Vista/RR. Trata-se de uma informação que aponta que, nos períodos indicados pelos entrevistados, foi possível visualizar uma analogia com a concepção de Cardoso de Oliveira (1968), tendo em vista que, na visão desse autor, somente a partir de 1960 a mobilidade indígena para as cidades se intensificaram.

Gráfico 02 - Mobilidade indígena para a cidade



Fonte: pesquisa de campo.

Desse modo, pude compreender de forma relacional que os períodos de 1920 e 1960, citados por Cardoso de Oliveira, possuem confluência com o período em que as pessoas indígenas deste estudo relataram que passaram a residir em Boa Vista, cuja data mais antiga de presença na cidade de Boa Vista, situa-se em 1917 e a data mais recente o ano de 2007, constituindo uma pequena margem média de distinção.

Sobre isso Tarragó (2016) afirma a etnogêse identitária de indígenas na cidade de Boa Vista, que se trata de um movimento populacional que possui relação com o surgimento dos direitos e cidadania indígenas, promovidos a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, fato que influenciou a criação de novos espaços de interesse comum em busca da conquista destes.

No entanto, considerando o espaço temporal mencionado pelo participantes e os vieses históricos analisados, visualizo que trata-se de uma presença cidadina promovida inicialmente pela política expansionista, suas consequências e posteriormente com a influência da criação de Direitos indígenas, em 1988.

Levando em conta essa observação, afirma uma das moradoras da cidade de Boa Vista há 36 anos: segundo ela, seus avós, pais e tios, deslocaram-se da Serra da Lua/BR para a *Guyana*, diante da oportunidade de trabalho e renda visualizada na fazenda de americanos. Porém, como o passar dos anos, uma parte dessa família, retornou ao Brasil, para as terras de Roraima, cujo motivo se deu porque todas as suas irmãs se casaram com fazendeiros desta região, quando então essa entrevistada passou a residir em Boa Vista:

Eles moravam no Serra da lua e tinha ali fazenda na divisa da *Guyana*, ai meu avô atravessou e foi para lá trabalhar nessa fazenda, depois voltou e veio buscar os irmãos dele, porque lá tinha fazenda dos americanos que tinha muito gado, o comunidade de lá tinha o gerente, aí ele disse que meu avô fosse buscar mulher dele, a vovó aqui no Serra da Lua, aí levou para lá, aí começaram a casar, aí meu pai conheceu minha mãe índia pura lá da *Guyana*, aí eles ficaram lá trabalhando, aí eu nasceu na beira do Rio Tacutú e também minha irmã. Agora os outros filhos nasceram na fazenda, eles morava assim para lá e para cá. Nós era 15 irmão. Aí ficou uma irmã minha na *Guyana*, as outras minhas irmãs tudo casaram como fazendeiro. Aí minhas irmãs começaram a atravessar de novo pro lado do Brasil e me trouxeram para cá” (Luz, 53 anos).

Essa conjectura demonstra que as redes de parentesco se distribuem entre localidades dos dois lados da fronteira, entre os estados nacionais até a cidade de Boa Vista (SOUZA, 2010). Se visualiza, também, as influências ocasionadas pela presença dos fazendeiros, de garimpeiros, etc, contribuindo para a desorganização da vida dessa família indígena. Esses avanços coloniais a trouxeram para a cidade e a colocaram em uma situação de exploração da força de trabalho, e também causaram a mobilidade entre as fronteiras, conforme esse relato:

Aí quando completei 14 anos eu já estava aqui do lado do Brasil. Aí veio uma mulher daqui do Brasil que era dona da fazenda lá e ela me trouxe para cá, nesse tempo eu fiquei perdida já em Boa Vista, eu não conhecia a cidade, e só falava Wapichána e um pouco de inglês, aí nisso passava dois anos, três anos, aí eles me davam para outra pessoa e iam embora lá pro Belém, Brasília (Luz, 53 anos).

Esse cenário de exploração da força de trabalho infantil que, se expõe nesse contexto como uma violação de direitos, diante do longo histórico de ocorrência dos mesmos.

Na contemporaneidade a OIT prevê medidas de proteção contra esses danos:

A Convenção, no âmbito da competência da OIT, insta os governos a garantirem a esses povos os direitos e princípios fundamentais do trabalho e as mesmas condições de trabalho decente e justiça social desfrutadas pelos demais trabalhadores, assim como a proteção de suas crianças contra quaisquer formas de exploração (OIT, 2011, p. 10).

Diante desse cenário, enfatiza o Centro de Informação da Diocese de Roraima:

Ainda mais delicada é a situação das moças Wapixana que, cada vez mais empregam-se em lojas ou como empregadas domésticas. É normal encontrar casos de senhoras brancas que pedem as meninas a seus pais para “estudarem na cidade”, ajudá-las nos trabalhos de casa, cuidarem das crianças, etc (CIDR, 1989, p. 74).

Diante desse relato, verifica-se que, além dessa situação de uso da força de trabalho infantil e violação de direitos mediante a promessa de inserção escolar visando constituir uma empregada doméstica, se apresenta o cenário de migração internacional.

Desse modo, na visão do Estado se configura o contexto de migração internacional quando se constitui o movimento de ida a outro país. Entretanto sob a ótica da pessoa indígena, esse fato ganha outra significação, pois, o conceito de migração se estabelece como algo que não se aplica a realidade indígena e sim, o conceito de *deslocamentos*, entre seus territórios ancestrais.

Trago o exemplo dos Guarani, residentes na tríplice Fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai, numa área limítrofe que se situa justamente entre as cidades de *Puerto Iguazú*, Foz do Iguaçu e *Ciudad del Este*, conforme apontam Gonzáles; Webber (p. 39, 2018):

Os Guarani se mobilizam constantemente, por questões religiosas, práticas, entre outras, que nesta vê-se limitada ante a marcação de fronteiras burocráticas que lhes são impostas, gerando assim a fragmentação de seus territórios e a interrupção de suas práticas [...] partimos então da premissa de que, as fronteiras vão além do nacional, passando por questões identitárias, linguísticas e culturais, buscando refletir sobre práticas de violência que iniciam e são legitimadas pela exclusão praticada pelos Estados relacionados, os quais sistematicamente suprimem as diferenças culturais no interior do território nacional.

Desse modo, se pode compreender que assim como os povos *Makuxí* e *Wapichána*, os povos Guarani, vivenciam o conceito de deslocamento de forma similar, entretanto, o não reconhecimento por parte dos Estados Nacionais, quanto às especificidades culturais desses povos, vem resultando em práticas que geram violência e imposição de regras que afetam diretamente os costumes indígenas, bem como causam um desequilíbrio em seu modo de vida habitual.

Nessa perspectiva, a identidade étnica se sobrepõe a identidade nacional, de modo que, para as pessoas indígenas entrevistadas neste estudo, mesmo que elas sejam

oriundas das regiões fronteiriças como, a República Corporativista da Guyana ou a Bolivariana da Venezuela, estas pessoas resistem à ideia de serem consideradas migrantes de fronteira internacional e sim que, são habitantes tradicionais da região que migram dentro seus territórios (BAINES, 2004).

Nisso, evidenciou-se o conceito de deslocamentos entre países como uma possibilidade de reforço identitário pelo caráter de idas e vindas em seus espaços ancestrais, espaços que, na visão estatal, representam fronteiras políticas e administrativas. Além disso, Ferri (1990) assim como Garcia (2015), afirmam que os *deslocamentos* são exacerbados por conta dos vínculos étnicos.

Nesse sentido, diversos estudos acerca dessa temática, vem apontando o centro urbano como uma possibilidade, com o intuito de poder ter acesso a mercadorias, dinheiro, empregos, casamentos interétnicos, por conta do convite de parentes, necessidades de saúde e escolarização, desentendimentos ou conflitos com lideranças ou membros da comunidade, entre outros motivos (ALBUQUERQUE, 2015; TEIXEIRA, et al., 2009; NASCIMENTO; VIEIRA, 2015; OLIVEIRA; CARDOSO DE OLIVEIRA; BAINES, 2005; FERRI, 1990).

Entretanto, de acordo com essa informação jornalística, muitos indígenas vêm para a cidade de Boa Vista motivados pela perspectiva de obter oportunidades; porém, “quando percebem que o negócio está ruim, alguns retornam para sua comunidade, pois, vieram iludidos e passam por grandes dificuldades” (VERPA, 2017).

Sendo assim, a busca de indígenas pelo centro urbano de Boa Vista se relaciona com o anseio por conquistas que já não conseguem visualizar em seus locais de origem. Entretanto, no contexto urbano nem todos conseguem realizar suas perspectivas.

Em acréscimo as reflexões sobre essas mobilidades, Golgher (2004) afirma que o perfil de pessoas migrantes ou, nesse caso, de pessoas indígenas que se mobilizam no Brasil, está relacionado à evasão de situações de baixa renda e às condições precárias de sobrevivência. Por conta disso, muitas pessoas deslocam-se deixando seus lares nas comunidades.

Essa noção se compatibiliza com o que aponta Souza et al. (2017), que afirma que um dos elementos que pode explicar o aumento da presença de indígenas nas cidades é a busca por Programas Sociais criados pelo Governo Federal como uma forma de auxílio as

peças de baixa renda: auxílio doença e até mesmo pagamento de salários a indígenas que são professores, ou agentes de saúde. Sobre esse contexto, Trovão se refere a momentos de mobilidade entre aldeia-cidade:

“Cheguei em Boa Vista em 1975, aí depois voltei em 1983 aí depois fui para maloca, retornei de novo em 2009 e não voltei mais para morar lá, fiquei aqui, precisei vir para Boa Vista porque já era hora de me aposentar” (Trovão, 53 anos).

Nesse caso, Trovão por ser portador de uma deficiência física inata, foi aposentado¹⁵ passando a obter uma renda mensal por conta de suas condições de saúde.

Além disso, é possível evidenciar a criação de Cargos públicos dentro das comunidades, fenômeno este que garante o trabalho e o recebimento de salários na cidade como um dos pontos de reflexões, pois propiciam a monetarização da cultura indígena (SOAVE, 2017).

Numa condição semelhante, se situam os *Yanomámi* da região do Ajaraní que se deslocam até a cidade de Mucajáí/RR, que fica próxima a sua TI, visando receber o benefício social chamado de Bolsa Família¹⁶. Alguns acabam vivenciando situações de vulnerabilidade diante do risco de explorações e violências na cidade.

Para Soave (2017) essas situações acontecem porque os benefícios sociais são ofertados às populações indígenas sem que haja reflexão sobre os impactos que essa forma monetária de prestar assistência impacta sobre as populações indígenas. Falta compreender melhor, segundo esse autor, como se organiza a cosmopolítica dessas pessoas.

Nesse sentido, o Benefício Social precisa ser melhor pensando para essa população. Pois, conforme os parâmetros estabelecidos pelo guia de cadastramento de famílias indígenas, o Cadastro Único para Programas Sociais, antes de se cadastrar uma família é preciso conhecer a organização social desses povos, bem como quais são as suas atividades produtivas e como estão inseridos no mercado de consumo.

¹⁵ Nota da autora: Benefício pago pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INSS).

¹⁶ O Bolsa Família é um programa que contribui para o combate à pobreza e à desigualdade no Brasil, tem por objetivos principais; o complemento da renda e combate imediato da pobreza e o acesso a direitos, cujas condicionalidades são, a manutenção da criança na escola, na utilização dos serviços de saúde e à assistência social. Gerando mais oportunidades de inclusão social. Este programa criado no Governo de Dilma, pertencente ao Partido Trabalhadores (PT) e é implementado pelo Ministério do Desenvolvimento (MDS) (BRASIL, 2015).

Além disso, vale acrescentar, muitas vezes os critérios utilizados para definição de situações de pobreza e extrema pobreza nos programas sociais não se aplicam a esses povos. Daí a importância de pensar esses aspectos para não incluir de forma equivocada de famílias indígenas em programas sociais, visando minimizar consequências desagregadoras sobre as formas organizativas tradicionais (BRASIL, 2018).

Para tanto, pensar essas questões requer ampliação da participação indígena nesses campos de debate político relativos à proteção social para o desenvolvimento de possibilidades que realmente propiciem a ampliação do acesso à cidadania.

Na vivência cidadina em condições de desigualdade social, e, portanto, de uma alta vulnerabilidade, não somente as condicionantes de adoecimento são afetadas, pois outros fenômenos acontecem, tal como a aproximação com facções criminosas.

Essa conjuntura resulta em índices de violência que muitos indígenas não só na cidade, mas também nas TI, têm sofrido com roubos, furtos, estupros e até tráfico de drogas. Tais, crimes em alguns casos, são cometidos por jovens indígenas que são aliciados e quando veem já estão envolvidos nesse caminho que muitas vezes, resulta em tragédia familiar (SILVA, 2018).

Conforme Soave (2017), somando-se a isso, vem ocorrendo altos índices de suicídio, alcoolismo, violência etc., entre alguns povos indígenas. Estas são apenas algumas consequências de inúmeras pressões sofridas.

Nesse sentido, penso que essa situação ocorre por causa da à ausência de políticas que visualizem as especificidades indígenas, pois as políticas assistencialistas existentes geram agravos negativos às condições de vida dessa população (SOAVE, 2017). Sobre essa temática, o capítulo 2 desse estudo traz uma análise mais profunda.

Coimbra (2001), que estudou a Saúde de minorias e desigualdade, com ênfase nos povos indígenas, atestam que, no Brasil, se situa a existência de altos coeficientes de morbi-mortalidade, fome e desnutrição, bem como riscos ocupacionais e violência social, como fenômenos gerados por múltiplos reflexos oriundos da desigualdade sociocultural. Entretanto, persiste uma espécie de invisibilidade demográfica e epidemiológica resultante da ausência de interesses políticos sobre esses indicativos.

Por esses aspectos, Viveiros de Castro (2016) pontua que a cidade representa um espaço de metamorfoses, onde o “índio” passa ao nível de “cidadão” e, nessa condição, o Estado o visualiza como alguém “não-pobre”. Porém, na realidade, ele acrescenta, o índio passa a viver às margens da sociedade, nas periferias, a depender dos programas do governo ditos “sociais”.

E esses programas são supostamente usados para sanar as diferenças. Mas, que diferenças? A pobreza?

A pobreza é condição que deve ser remediada, é diferença injusta que deve ser abolida. Mas um índio é outra coisa que um pobre. Ele não quer ser transformado em alguém “igual a nós”. O que ele deseja é poder permanecer diferente de nós — justamente diferente de nós, em todos os sentidos do advérbio. Ele quer que reconheçamos e respeitemos sua distância (VIVEIROS DE CASTRO, 2016, p. 7).

Não. Não é só questão de pobreza, pois o indígena quer exercer a sua alteridade, quer poder viver de seus meios autônomos na cidade, e mesmo que haja mazelas, quer poder usufruir dessa condição de cidadão, para poder delinear sua história e suas “diferenças”. Diante das redes comunitárias de trocas, que propiciam o resgate e o fortalecimento de suas especificidades culturais, os indígenas vêm resistindo e se transformando de modo a agregar novos valores à identidade indígena.

Baines (2001) afirma que, desse modo, estabelecem suas vidas na cidade, mediados por relações de consumo altamente desiguais. Por conta da forte pressão econômica, se situam historicamente em condição de vulnerabilidade, no sentido de sinalizar a adesão a hábitos não-indígenas, nas relações de contato interétnico que estabelecem.

Desse modo, para poder pensar a natureza das doenças como experiência humana foi preciso evidenciar os aspectos sociais que vem resultando nos índices epidemiológicos.

Pra tanto, foi necessário identificar os locais de residências dos participantes *Makuxí* e *Wapichána* desse estudo, que habitam em três bairros da Zona Oeste de Boa Vista/RR: Cauamé, União e Caraná.

A estrutura destes três bairros apresenta condições ruins de moradia, bem como problemas com a coleta de lixo, com a eletricidade e com o saneamento básico; eles são habitados por classes populares e, nos estudos realizados sobre a situação de indígenas na cidade, foram apontados como bairros de alta densidade de pessoas indígenas. (SOUZA; REPETTO, 2007; OLIVEIRA, 2010).

No entanto, já se passaram 10 (dez) anos desde que Souza & Repetto fizeram o Diagnóstico que apontou a situação acima descrita, em 2007, e, ao que parece, a situação

melhorou um pouco naquele local, ainda que não tenha sido sanada em sua totalidade. Prova disso é que os entrevistados Lua Cheia, Vento, Trovão e Luz concordam que “tem esgoto a céu aberto, mas ainda não está funcionando¹⁷, agora, coleta de lixo e água tratada tem”. Já outros dois entrevistados, Sol e Solstício, foram mais positivos em suas avaliações e opinaram que “tem tudo e é bom”, se referindo aos serviços de coleta de lixo e ao saneamento básico.

Mas isso demonstra que, embora tenha ocorrido esse pequeno avanço em relação as instalações de saneamento básico, ainda é visível a falta de consenso entre as concepções dos entrevistados acerca da conclusão dessas instalações e a efetividade de suas ações. Nesse sentido, não se pode desconsiderar o risco de ocorrência de doenças endêmicas a que essas pessoas indígenas classificadas como menos favorecidas diante de suas condições de inserção social urbana estão expostas.

Nesse sentido, o presente trabalho tem a obrigação de alertar para a necessidade de um olhar diferenciado sobre a necessidade de políticas públicas específicas para indígenas, principalmente quando inseridos na realidade citadina, visto que estabelecem constantes relações interculturais e vivenciam dificuldades sociais que os tornam bastante vulneráveis.

2.4. IDENTIDADE INDÍGENAS: AS IDAS E VINDAS

Em virtude do que vem se debatendo, foi observado que nesse fluxo de *idas e vindas* entre o espaço urbano e as comunidades, as pessoas “misturam-se em vez de reproduzirem as distinções necessárias para tornar permanentes identidades contrastantes” (Barth, 1998, p. 24). Nesse sentido, por meio das relações sociais, essas pessoas produzem trocas de experiências, onde os valores e crenças são partilhados na dimensão social desses sujeitos.

Almeida (2008) afirma que a consequência do contato direto de indígenas *Makuxí* e *Wapichána* com a sociedade envolvente acarretou a atualização de suas organizações política e social; também trouxe novos hábitos que os indígenas passaram a utilizar, como; remédios e alimentos industrializados, roupas iguais às dos brancos, bem como todo tipo de quinquilharia tecnológica, tais que aparelhos celulares, dentre outros.

¹⁷ Nesse tópico, os informantes tratam do fato de que a cidade de Boa Vista passa por um processo de oferta de saneamento básico muito agudo e que praticamente todos os bairros da capital acabaram de ganhar rede de coleta de esgoto; mas muitas casas ainda não fizeram a ligação dos esgotos das residências com a dita rede.

Ao abordar essa situação de sincretismo¹⁸ vivenciada por indígenas citadinos Canevacci (1996) adverte que nessas relações ocorre uma espécie de não aceitação pacífica de tudo o que lhes é imposto, fazendo com que gerem uma espécie de reesignificação das relações interculturais: ou seja, são criados espaços de trocas.

Em virtude disso, a adesão às coisas do branco, não faz as pessoas indígenas perderem seus hábitos culturais, pois, a prática de seus rituais religiosos e danças, resistem, mesmo em meio a chegada de outros valores não-indígena. Apesar de muitos acreditarem o contrário e afirmarem a existência de perdas culturais, porém, nessa análise não se visualizou desse modo, embasando no que afirma Trovão (53 anos); “se tem, uma coisa que não dá para negar é a identidade indígena, porque ela se mostra no cabelo, nas expressões do rosto, na comida, no sangue”.

Nesse sentido, discordo da concepção de Trovão, ancorando na premissa de que pensar a identidade indígena somente a partir da ênfase na dimensão física/biológica, de pessoas indígenas é uma compreensão limitada. E discordo por considerar que as dimensões genéticas e socioculturais no encontro interétnico se mostram em constante interação. Um exemplo claro disso é a existência de indígenas de pele branca.

De acordo com Kent e Santos (2012, p. 343) “se, por um lado, as afinidades culturais podem facilitar o intercâmbio biológico, por outro a transmissão cultural é pouco provável sem que também aconteça mistura”. Nessas mudanças as mesclas de elementos culturais e genéticos se mostram indissociáveis e podem seguir continuamente se reatualizando.

Além desse caso, Trovão relatou que, conheceu um homem que veio residir na cidade, arrumou um emprego num banco, passou a negar sua identidade étnica e por meio de um diálogo, esse senhor fez a seguinte afirmação:

“Eu não sou indígena trabalho no banco do Brasil e tenho vários cartões de créditos, tenho isso e tenho aquilo” [...] “e aí para você não chegar muito além da verdade, eu penso que nem por isso ele deixou de ser indígena, porque isso é uma coisa que você não muda nunca, você pode ter um alto cargo do governo, você pode ser um médico, um coronel, um presidente da república mais você nunca vai deixar de ser indígena. Esse burro trocou de nome, mas não trocou o jeito de falar, o sangue, e aí eu lhe pergunto, onde é que ele mora agora? Na maloca. Deixou de ser indígena? Não” (Trovão, 53 anos).

Essa situação de *negação da identidade*, também foi evidenciada nos estudos sobre o diagnóstico da situação de indígenas citadinos Souza & Repetto (2007), uma vez que

¹⁸ “O sincretismo ocorre porque os seres humanos não aceitam automaticamente os novos elementos; eles selecionam e recombinaem itens no contexto do contato cultural” (Canevacci, 1996, p. 21).

muitos indígenas têm medo de assumir sua identidade étnica por medo de sofrerem preconceitos. Muitos se envergonham de falar sua própria língua. Conforme Barth (1998), esse caso representa o caráter conflitivo da identidade diante do medo.

Como no caso de Trovão: “hoje não falo *Makuxí* por causa da vergonha mesmo de falar, e é mais fácil falar o castelhano do que minha língua materna”. Isso reflete o que afirma Athias (2007, p. 121) “os índios interiorizam a ideologia discriminatória dos membros da sociedade regional, o que os coloca em posição de inferioridade e enfraquece sua capacidade de resistência à opressão que suportam”. Trata-se de uma ideologia carregada de estigmas, presentes em uma camada da sociedade envolvente que se nega a perceber o indígena como gente do presente, o que acaba gerando preconceitos e, por parte do indígena, medo de sofrer com isso.

Coimbra (2001) assegura que vivências de situações discriminatórias podem ser, por si, um artifício desencadeador de enfermidades e isso é ainda mais grave quando a experiência se passa no contexto de serviços destinados à atenção em saúde. Como no caso vivenciado por Lua: “Porque índio não sabe de nada, então eles (*os médicos*) gritam com a gente e não sabem cuidar, porque sabem que a gente não tem dinheiro né, então tratam a gente assim, tem que ter mais um pouco de carinho com os índios” (Lua, 59 anos).

Nesse sentido, esse tipo de vivência pode gerar fortes emoções, como por exemplo, medo, desconfiança, raiva e frustração, afetando não somente a condição e a credibilidade dos serviços oferecidos, mas a saúde emocional das pessoas indígenas.

De acordo com Ferri (1990), a dificuldade também está na própria realidade da cidade que é estruturada pelos brancos e para os brancos. Assim, os espaços para a manifestação e o desenvolvimento das características e costumes do mundo indígena, ficam mais restritos.

Por isso, Soave (2017) afirma que o drama dos indígenas em trânsito começa, desse modo, quando chegam na cidade e se deparam com muitas dificuldades, principalmente para se estabelecer. No entanto, mesmo assim essas pessoas indígenas resistem para sobreviver no meio dos brancos.

Além disso, foi possível evidenciar nesse estudo, o caráter de fluxo contínuo entre aldeia-cidade subsidiado pela rede comunitária que, facilitou o acesso recursos financeiros, oriundos de salários pagos, seja por meio do benefício social ou por motivos trabalhistas. Esse estado de coisas corrobora situação do contexto apresentado no estudo de Soave (2017), que aponta que, das 45 pessoas entrevistadas, 90% vieram à cidade em busca de

benefícios sociais e, conseqüentemente, dos documentos pessoais, necessários para receber os recursos do programa.

Ademais, Almeida (2008) afirma a existência de transportes disponíveis entre as comunidades e a cidade diariamente, seja por meio de ônibus ou táxis que cruzam as malocas em horários fixos para se deslocarem entre esses destinos.

Nesse sentido, Trovão, residente na cidade há cerca de 42 anos, atesta:

[...] “Indígena quando vem para a cidade, a gente acha que já vai deixar de ser indígena né, eu digo porque lá no São Marcos tinha meus pais e também vários funcionários que eram indígenas, mas por se aposentar ou ser funcionário federal, saíram de lá e analisando, parece que esses fatos tem uma certa contribuição” (Trovão, 53 anos).

Por isso, Trovão avalia que o fato de indígenas possuírem um salário ou se tornarem funcionários possui um certo impacto na identidade da pessoa indígena. Ademais, embora se perceba na avaliação de Trovão uma afirmativa que remete a influência dos salários na identidade indígena e na permanência de indígenas na cidade, me apoio no que afirma Barth (1998, p. 188), que sustenta que, mesmo que ocorra essa “interação entre sistemas culturais distintos, este fato, não leva ao desaparecimento identitário, as diferenças culturais podem permanecer apesar do contato interétnico e da interdependência dos grupos”.

Considerando o debate acima esboçado, faço uma analogia com a realidade dos indígenas Kaingáng do Rio Grande do Sul que também perfazem caminhos de *idas e vindas* entre as suas comunidades de origem e o contexto urbano, conforme afirma Garcia:

Observa-se que o deslocamento cidade-aldeia torna-se muito importante, como no momento de renovação da identidade: volta-se para lembrar de quem se é, para lembrar pelo quê se luta, para estabelecer os mais pequenos conhecimentos e saberes, que tanto os avós quanto os pais aprenderam no contexto das aldeias, e que são constitutivos do ser Kaingáng. A circulação contínua entre a aldeia e a cidade cria um elo, reforçando laços e recriando memórias importantes que lhes permitem se renovar, se reafirmar e conseguir permanecer como indígenas no mundo dos não índios (GARCIA, 2015, p. 264).

Nesse sentido, o espaço urbano é o local onde as relações sociais são estabelecidas entre saberes urbanos e indígenas, numa espécie de reelaboração de subjetividades.

Nesse contexto, a noção de cultura que se pode considerar predominante na vivência de indígenas citadinos diz respeito a uma cultura de base assimétrica, que se estabelece em contextos de dominação/subalternização, que são evidentes a partir as vivências que se mostraram nas relações de contato desse estudo (SOUZA, 2010).

Portanto, considerando essa realidade, ocorre a reafirmação de identidades mediadas pela memória de fazeres cotidianos oriundos das vivências nas comunidades que, mesmo quando se entrelaçam a atividades urbanas, não deixam de lado a mesma lógica identitária cultural de fases iniciais da vida humana (BARTH, 1998; SOUZA, et al., 2017).

Assim, se percebe melhor a importância dos debates sobre as identidades indígenas nas cidades, a partir da análise dos processos de contato interétnico que vem se delineando em Boa Vista.

2.5. O PAPEL DO MOVIMENTO INDÍGENA ODIC: A LUTA POR DIREITOS

Diante disso, embasados na realidade de dificuldades do reconhecimento de Direitos, diante da postura etnocêntrica¹⁹ do Estado que, adota a percepção de que toda a diversidade de povos indígenas deve ser norteadada pelas regras do seu grupo hegemônico, que dessa forma se situa como o centro de tudo. Por isso, os povos indígenas passaram a se mobilizar devido à necessidade de busca sua alteridade política.

Graças aos desdobramentos políticos adquiridos pelos movimentos indígenas que lutam desde a década de 1960 para construir uma cultura política embasada em sua própria experiência histórica, vem ocorrendo ampliação de direitos e fortalecimento frente ao Estado. Nesse embate, os movimentos sociais vêm se fortalecendo rumo consolidação e posicionamento político em relação aos interesses indígenas (ALMEIDA, 2004).

Desse modo, com os avanços propiciados pela força do Movimento Indígena em Boa Vista foram motivados pela necessidade de mapeamento das demandas políticas, que foram levantadas através de encontros sociais. Nestas ocasiões as discussões foram fortalecidas pela relação de pertencimento étnico.

De acordo com Baniwa (2006) o Movimento indígena vem cumprindo o papel de resgate da autonomia indígena que nos dois séculos anteriores foi subalternizada e rechaçada pela agência colonial e Estatal, conforme elucida neste trecho:

¹⁹ Refere-se a uma visão do mundo onde o nosso próprio grupo é tomado como centro de tudo e todos os outros são pensados e sentidos através dos nossos valores, nossos modelos, nossas definições do que é existência. No plano intelectual, pode ser visto como a dificuldade de pensarmos a diferença; no plano afetivo, como sentimentos de estranheza, medo, hostilidade, etc (BATISTA, 2010).

A luta contemporânea do movimento indígena brasileiro por autonomia significa a luta pela emancipação social, política e econômica dos povos indígenas, capaz de tirá-los das péssimas condições de vida a que estão submetidos como resultado de séculos de dominação e exploração colônial (BANIWA, 2006, p. 93).

Nesse sentido, embora o cenário em relação a formulação de políticas públicas que respeitem a etnicidade dos grupos que vivem nas cidades, seja um tanto quanto pessimista, indígenas da cidade de Boa Vista organizaram uma entidade, com a pretensão de propiciar maior visibilidade as demandas de pessoas indígenas cidadinas.

De acordo com Souza & Repetto (2007), o movimento foi ganhando apoio, por conta da necessidade de garantias legais quanto a meios de inserção social e resolução de demandas relacionadas ao ingresso em universidades públicas e também o acesso a direitos básicos, como por exemplo, os serviços de saúde.

Como resultado, vem se implementando a luta por acesso a Direitos que, são vistos como possibilidade de se obter cidadania, ou seja, conseguir acessar políticas públicas, assim como outros brasileiros (BANIWA, 2006).

Esse movimento indígena iniciou em Boa Vista, principalmente por conta desses fatores enfatizados por Melo (2012, p. 75).

Sendo o amparo municipal ineficiente ao indígena que reside em Boa Vista, este procura outros meios para fazer valer o direito ao acesso aos serviços públicos básicos, tais como saúde, educação escolar básica e superior. Os órgãos de promoção das políticas, direitos e proteção dos indígenas em Roraima, como a FUNAI, não possuem ações específicas voltadas para os povos que moram nos núcleos urbanos, o que gera uma enorme demanda sem acesso às diversas políticas públicas. Vale lembrar, que o posicionamento da FUNAI diante dessa questão se encerra em sua jurisdição que, compreende as Terras Indígenas demarcadas e que não contempla o que a Fundação chama de “não-aldeados”.

Por conta dessa ineficiência do poder municipal e devido à ausência de políticas públicas e amparo por parte da FUNAI para com as demandas indígenas – dado que esta encontra-se administrativamente fechada a abrir-se ao acatamento de demandas de indígenas cidadinos, limitando-se apenas a atender com seus escassos recursos as demandas de indígenas residentes em suas TI –, vem crescendo nas pessoas indígenas habitantes da cidade a clareza quanto à necessidade de lutar por direitos. O ponto de apoio para essa luta se dá a partir do apoio das organizações indígenas.

Nesse contexto foi criada a Organização dos Indígenas da Cidade (ODIC), que busca promover a articulação entre anseios indígenas e as ações do poder público, visando garantir que os direitos constitucionais desses povos sejam também válidos também para

os indígenas da cidade, uma vez que os “índios da cidade” passam por dificuldades são tremendas (MELO, 2012; BAINES, 2012).

Com a criação da ODIC em 2005 foi reforçada a luta pela ampliação dos Direitos indígenas (SOUZA; REPETTO, 2007). Essa entidade surgiu em detrimento de reivindicação e agência de pessoas indígenas em busca de seus direitos básicos na cidade, assim como reafirma Oliveira (2010, p. 62):

Organização dos indígenas na cidade (ODIC) é uma entidade não governamental sem fins lucrativos que tem por objetivo dar visibilidade a voz dos indígenas moradores na cidade de Boa Vista. Buscar alternativas para melhorar as condições de vida do indígena na cidade é uma das principais metas da ODIC, por meio de realização de oficinas culturais e debates sobre políticas de direitos indígenas, através de parcerias com instituições e órgãos, procurou definir conceitos que auxiliassem no entendimento das trajetórias históricas dos indígenas urbanos.

Trata-se de um surgimento que esteve atrelado a coparticipação da Universidade Federal de Roraima, através da organização de reuniões mensais promovidas em conjunto com a Organização dos Indígenas da Cidade, com uma programação voltada para a realização de atividades voltadas para os *Makuxí* e *Wapichána* que residem em Boa Vista.

Embasando em Langdon (2014a), me proponho a sinalizar que esses momentos de agência indígena, de organização em busca de autonomia para abrir espaços de diálogo interdisciplinar junto as entidades governamentais é onde se situa a maior contribuição antropológica para o desenvolvimento de políticas públicas em Saúde.

Além disso, concordo com Melo (2012) quando afirma que, a ODIC pode ser considerada uma nova forma de conformação comunitária, dado que, as pessoas indígenas na cidade fazem dela um grande aldeamento. Embora neste espaço não haja *tuxaua*, há nesse papel as entidades organizadas voltadas para atender a esses indígenas.

Entretanto, embora haja avanços produzidos pelos movimentos indígenas, a estrutura político-administrativa Estatal apresentem dificuldades para contemplar a camada populacional indígena cidadina.

Mesmo assim, Melo (2012) assevera que os *Makuxí* e *Wapichána* estão utilizando-se da resistência indígena, agora fortalecida pela luta, e estão construindo, em Boa Vista, caminhos de pertencimento que se inter-relacionam com aspectos socioculturais engolidos pela história oficial e, posteriormente, pela sociedade detentora do poder público e, desse modo, vão ampliando suas possibilidades de acesso a direitos.

No caso do acesso ao direito à saúde numa perspectiva diferenciada, conforme Helman (2009), a agência indígena vem acontecendo em prol dessa necessidade,

propiciada pela rede comunitária de trocas que vem possibilitando a compreensão dos itinerários terapêuticos na cidade de Boa Vista.

Através dessa rede, as relações com os múltiplos setores de cuidado são estabelecidas. As explicações das doenças e escolhas são influenciadas pelos contextos social em que estas ocorrem, mas também pelos tipos de auxílio que estão disponíveis, pelas necessidades de pagar por esses auxílios, pelas condições financeiras do paciente arcar com essas despesas e, ainda, pelo modelo explicativo que este paciente tem para explicar a origem da má saúde.

Dentre estas possibilidades, o paciente, em conjunto com a família, escolhe o que lhes parece ser o recurso mais apropriado para o tratamento e quando não consegue respostas para seus anseios, seguem circulando pelos setores de cuidado, visando sanar seus problemas, conforme demonstram os capítulos subsequentes desse estudo.

3. INDÍGENAS NA CIDADE: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

(...) nega-se a identidade aos índios. E, se não há índios, tampouco há direitos” (Carneiro da Cunha, 2009, p. 265).

Neste capítulo discutiremos a complexidade que demanda compreender as relações sociais e institucionais que permeiam a concepção hegemônica Estatal de prestar serviços de saúde. Tal serviço se pauta num modelo reducionista, herdado pelo Positivismo, cujo foco principal é o paciente individual, que deixa de lado as bases constitutivas sociais para concentrar-se em um órgão doente particular ou um grupo de células ou região dentro do corpo (HELMAN, 2009).

A efetivação dessa concepção por meio da atuação biomédica no sistema de saúde oficial, e que se caseia numa compreensão limitada do processo de adoecimento e cura, considera a doença como uma unidade universal, ou seja, igual para todos, e, assim, deixa de lado à compreensão dos aspectos do adoecimento humano ligados ao fenômeno da diversidade cultural. Ancorando numa visão reducionista que pouco explica o sofrimento singular do ser humano em adoecimento, essa perspectiva se compara “a miopia frente ao social, a falha do recorte social da realidade a ser estudada” (ALVES;MYNAYO, 1994).

Em contraponto a essa concepção, tem-se pouco a pouco buscado lançar um olhar sociopolítico sobre o contexto social, de modo que se considere devidamente as vivências das pessoas indígenas e a busca pelo reconhecimento de suas identidades. Enfim, nesse modelo, a cosmologia indígena que envolve os modos de cura e adoecimento entram em cena e se instituem como garantia de acesso a Direitos a pessoa indígena.

Essa perspectiva renovada de compreensão dos fenômenos de adoecimento e cura busca considerar as demandas indígenas em contraposição à estreiteza da concepção Estatal – herança dos prejuízos culturais causados pelo processo colonial. Conforme Bocara (2017), dessa conjuntura visualiza-se dois fundamentos analíticos culturalmente heterogêneos que se encontram dentro de um campo de debates.

Langdon (2014b) aponta a importância dessa compreensão sociopolítica para a situação da saúde indígena, haja vista a escassez de estudos que debatem sobre as influências sociais e ambientais de saúde no meio urbano.

Ainda assim, a atual política de saúde tem sido aplicada em condição de desigualdade, que acarreta situação de sujeição da população indígena. Desse modo, as condições de saúde e doença dessas pessoas vêm sendo duplamente determinadas. E nessa

perspectiva não há como desconsiderar as perdas territoriais e as mudanças delas decorrentes em termos nutricionais e de qualidade de vida dessas na cidade (GOLDENBERG, et al., 2003).

Nesse sentido, observando as categorias de análise abaixo classificadas, não desenvolveremos um debate minucioso sobre o histórico de formulação da atual Política nacional de atenção a saúde dos povos indígenas²⁰ (PNASI), em razão de que, embora essa política não tenha efetivo alcance sobre os indígenas citadinos, ela representa grandes avanços a saúde indígena.

Sendo assim, a dificuldade não se centra nesta Política e sim na postura Estatal e Municipal quanto a implementação efetiva desta, ou até mesmo, na incompatibilidade estrutural da organização da atenção à saúde indígena na cidade que, mais reflete o meio de atenção (*igual para todos*) do que, de fato, observa as especificidades concertantes à saúde indígena.

Enfatizo ainda que se trata de uma temática que vem recebendo especial atenção nos recentes debates levados a cabo pela literatura por nós revisada. Principalmente diante do *contexto de violação de Direitos Humanos* em que se situam muitos indígenas citadinos, caracterizado pela condição de alta vulnerabilidade social.

Embora o Estado forneça serviços de saúde oficiais (SUS) aos indígenas citadinos, existem facetas enraizadas pela historicidade colonial do Brasil que se apresentam como dificuldades, quando são implementadas pelas instituições, assim como acontece com o racismo expresso pelo imaginário da sociedade envolvente atrelada à figura da pessoa indígena. Estes se configuram como ferramentas de *negação da identidade*²¹ e se não há indígenas, tampouco há Direitos, ou seja, com base nessas prerrogativas *negam* – se *Direitos* oficiais.

Por outro lado, o *movimento indígena* da Cidade ODIC, se apresenta como uma intuição que vem representando a *autonomia indígena* por meio da organização dessas pessoas, em busca de representatividade ante as esferas federativas, visando requerer Direitos ou ao menos estabelecer campos de diálogo.

Acrescento que foi possível considerar que a gênese dos níveis de desigualdade social entre povos indígenas e a sociedade envolvente em Boa Vista advém da herança

²⁰ Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002).

²¹ (Em itálico) Categorias de análise mais prevalentes: *a negação da identidade, nega-se também Direitos; o contexto de violação de Direitos Humanos; o movimento e autonomia indígena; atenção igual para todos; os alcances e limitações da PNASI.*

desagregadora deixada pelas marcas da *historicidade* colonial na vida indígena. Consequentemente os determinantes socioculturais de saúde-doença, também possuem a mesma causalidade.

3.1. FACETAS DA INVISIBILIZAÇÃO DE INDÍGENAS NA CIDADE

Até aqui, viemos tratando de Direitos Indígenas, ou seja, dos Direitos criados pela Constituição Federal (1988), enfatizados também pela Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas (2008), vigentes na contemporaneidade, ou, ainda, dos Direitos que vem sendo violados por conta da violência colonial instituída nos séculos passados, e que deixaram marcas visíveis até os dias atuais, causando limitações que impactam na autodeterminação dos povos indígenas.

Por isso é importante pensar sobre a constituição da história do Direito no Brasil e direcionar as reflexões sobre o fato dessa história ter sido constituída a partir de prerrogativas determinadas pelo Estado que, de certa forma, institucionalizou normativas que não amparam os valores e modos de existência de outras organizações sociais, a não ser a colonialista.

De modo que, considerando o caráter cíclico da história colonial instituída, podemos afirmar que o Direito contemporâneo representa sua herança. Conforme explica Dantas (1989, p. 19);

A apreensão parcial que o direito positivado faz da realidade social, por meio de mecanismos de poder que valoram e privilegiam uma determinada forma de vida e práticas sociais como boas, com a consequente juridicidade amparada pelo Estado, institucionalizou, ao longo da história do direito no Brasil, a exclusão do espaço jurídico-político nacional, das pessoas indígenas e suas sociedades, suas vidas, seus valores e suas formas diferenciadas de construção social da realidade [...] A formulação jurídica moderna do conceito de pessoa enquanto sujeito de direito, fundado nos princípios liberais da igualdade e liberdade que configuram o individualismo, modelo adotado pela juridicidade estatal brasileira e estampado no Código Civil de 1916, gerou o sujeito abstrato, descontextualizado, individual e formalmente igual, e classificou as pessoas indígenas, não como sujeitos diferenciados, mas, diminutivamente, entre as pessoas de relativa incapacidade, ou pessoas em transição da barbárie à civilização. Esta depreciação justificava a tutela especial exercida pelo Estado, os processos e ações públicas voltados para a integração dos índios à comunhão nacional, o que equivale dizer, transformar os índios em não índios.

Dessa concepção abstrata e descontextualizada do Direito em suas bases, existe uma espécie de incompatibilidade historicamente moldada que, na contemporaneidade, se inseriu ao campo das políticas indigenistas.

Nesse sentido, esse fenômeno resultou na formulação de políticas públicas de caráter homogeneizante e homogeneizador. Ela é marcada pela ausência de estudos antropológicos que possam subsidiar, de forma adequada, a formulação de tais diretrizes, mas também pelo despreparo de profissionais que atuam na definição dessas políticas e em sua aplicação (GOLDENBERG, et al., 2003).

Levando em conta esses fatores é importante ressaltar que, no usufruto de seu papel deliberadamente protecionista, o estado implementou políticas de reorganização dos espaços territoriais determinados pelo valor comercial da terra e dos recursos naturais existentes. Por isso, atualmente assiste-se, a abertura e mudança de espaços anteriormente indígenas, para palco do desenvolvimentismo (ALMEIDA, 2012). Fato ocorrido no espaço em que hoje se localiza a cidade de Boa Vista por exemplo.

Em vista dessa postura Estatal, as mudanças e movimentos presentes no pensamento da sociedade envolvente, estão moldadas pelo processo de criação dos Estados nacionais na América Latina e as consequências sobre a etnicidade de povos indígenas e seus meios de autodeterminação podem ser caracterizadas pelo fato de que as ações indigenistas contemporâneas revelam mais rompimentos do que descontinuidades do passado colonial.

De modo que isso se verifica na realidade do Brasil que, embora tenha sido definido pela constituição de 1988, como um estado de caráter pluriétnico e multicultural, o respeito à diversidade dos povos indígenas nesse país, depende de uma espécie de adequação do poder público à realidade contemporânea.

Dado que este, ainda se encontra engessado por concepções ultrapassadas, antes existentes no Código Civil de 1916, que mantém o conceito de que o indígena integrado a sociedade envolvente perde a identidade étnica (DANTAS, 1989; RODRIGUES, 2006).

Essa estratégia mantém estreita relação com a proposta Estatal predominante, haja vista que pouco se fala sobre a temática indígena no contexto urbano, e parte desse pouco ocupa-se da negação da etnicidade desses grupos e, por consequência, pouco se fala também da negação das formas de organização dos povos indígenas e de sua cidadania. Situa-se aqui a grande maioria da população brasileira que carrega no discurso o preconceito e a discriminação contra a população indígena, seja rural ou urbana (NASCIMENTO; VIEIRA, 2015).

Desse tipo de postura, marcada pela ideia da existência de subalternização das diferenças culturais, surge o tipo de noção “indígena não tem cultura”, temos que domesticar, ensinar valores. Dessas raízes incoerentes, vem se delineando as situações de conflitos identitários corriqueiramente vivenciados por indígenas na cidade.

Corroborando esse estado de coisas, Rodrigues (2006) afirma que no estado de São Paulo houve a necessidade de criação de uma Jurisprudência no Superior Tribunal de Justiça, como uma forma de aquisição e manutenção do direito ao acesso a serviços de saúde, por parte de indígenas citadinos.

Além disso, chama a atenção, a situações dos indígenas Chiquitanos do Mato Grosso que, há séculos, vêm sofrendo impactos gerados pelos campos políticos e econômicos dos detentores de poder que se embasam em pressupostos de base expansionista, orientados pelos interesses ruralistas.

Pacini (2016) afirma que esse grupo étnico que habita a Fronteira Brasil-Bolívia desde antes de ela ser delimitada por esses países é alvo de uma resistência deliberada do poder público em termos de reconhecimento, no Brasil, da nacionalidade e da identidade étnica desse grupo.

A consequência disso é que esses povos convivem, por um lado, com a certeza de que sua identidade étnica e nacional foi reafirmada pelos seus ancestrais, e, de outro, com a certeza da repressão dessa identidade e a negação dos Direitos constitucionais, que deveriam ser garantidos pela nacionalidade brasileira (dentre estes, o direito de acesso aos serviços de saúde do SUS, que outrora foram negados quando estes indígenas precisaram utilizá-los, porém, não puderam, por conta da ausência da identidade e do cartão SUS, resultando no cenário de adoecimento e morte de alguns).

Pacini (2016) afirma ainda que, na contemporaneidade na cidade de Cáceres, existem adultos de 60, 80 anos e crianças que nasceram há cerca de 10 anos e até que nasceram ontem, que também não possuem documentos nacionais. E isso ocorre porque alguns deputados e vereadores da região negam o reconhecimento da identidade desse povo.

Conjuntura similar é evidenciada na realidade dos povos Guarani, residentes na tríplice Fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai, conforme aponta estes autores como Gonzáles & Webber:

Há resistências por parte da população local em reconhecer e respeitar os Guarani da região, principalmente ao serem criminalizados pela mobilidade que exercem, vistos muitas vezes como uma ameaça à segurança nacional. Tornam-se então estrangeiros dentro de seu próprio espaço, em razão da não-identificação cultural/política com o país onde residem (GONZÁLES & WEBBER, p. 39, 2018).

Desse modo, evidenciam-se dificuldades quanto ao reconhecimento destes indígenas enquanto cidadãos brasileiros, fato que torna mais propícia a sua invisibilização. Pacini (2016) também evidencia a conjuntura em que o poder público não quer que eles assumam

a identidade étnica, não quer que sejam vistos ou aceitos para tirar seus registros e serem reconhecidos como cidadãos brasileiros.

Para Rodrigues (2015), nesse campo de acesso a Direitos, mesmo com os avanços ampliados pela constitucionalização dos direitos dos povos indígenas, há entraves para a concretização prática desses. E especificamente sobre o acesso à saúde indígena esclarecem Langdon & Cardoso:

Em linhas gerais, as políticas nacionais de saúde indígena se diferenciam em função do modus operandi da máquina estatal. Isto é, do grau de incorporação dos direitos indígenas na normatização jurídica nacional, inclusive infraconstitucional; em função da maior ou menor incorporação do programa nacional de saúde a um sistema de proteção social; da composição dos serviços públicos e privados nas políticas de saúde; de variações na relações interfederativas em termos de atribuições e responsabilidades na administração do sistema de saúde; e, das diferentes abordagens nas políticas de atenção primária à saúde direcionadas aos índios (LANGDON; CARDOSO, 2015, p. 138).

Desse modo, há a variação da operacionalização e adesão das políticas de saúde por parte dos entes administrativos pertencentes às localidades federativas e isso torna a aplicabilidade prática dessa política enviesada por lacunas demarcadas pelas ações estatais em supremacia em relação à real proposta da política de saúde indígena.

Para Langdon (2017), esse fato é comum dentre as políticas sociais no Brasil, onde existe uma lacuna entre a garantia jurídica de um direito e seus resultados na vida cotidiana dos cidadãos indígenas. De modo que, nas prerrogativas do subsistema de atenção à saúde, vem tendo pouco alcance na melhora das condições de saúde de indígenas citadinos.

Como resultante desses enlacs neoburocráticos, se constituíram políticas indigenistas altamente paternalistas, no sentido de que as capacidades autônomas das pessoas indígenas se autogerirem em seus espaços territoriais foram desconsideradas, doando ao Estado sua autonomia.

No contexto urbano de Boa Vista/RR, esses conflitos também se remontam haja visto que, neste, nascem muitas pessoas indígenas filhas de relacionamentos entre *Makuxí*, *Wapichána* ou brancos, gerando assim pessoas mestiças, caracterizadas pela população local como “índios civilizados” ou “caboclos”.

Para Baines (2012) e Krenak (2015), esse imaginário social persiste porque as pessoas indígenas possuem capacidades adaptativas que nem sempre são compreendidas pela sociedade envolvente. Essa reflexão é importante, pois, torna possível pensar a presença de indígenas nas cidades, buscando visualizar a imagem indígena no presente,

integrado a sociedade envolvente, mas que, nem por isso deixa de ser indígena, mesmo que haja a existência de concepções em que muitos percebem o indígena contemporâneo como gente do passado.

De modo que isso influi no atendimento à saúde, como Amoroso e Santos (2013, p. 52) afirmam: “hoje os indígenas tem acesso à saúde, enquanto os caboclos não têm”. Fato que se evidencia na realidade das cidade Manaus e Boa Vista resultado da situação de preconceito e estigmas de uma gama da sociedade (ANDRADE; GIL, 2015). Considerando “a situação de povos indígenas no Brasil marcada por relações sociais de dominação-sujeição altamente assimétricas entre índios e brancos” (Baines, 2001, p. 45).

Nessa conjuntura há que se considerar que, assim como os povos indígenas do maciço guianense, esses dois grupos estão sendo constituídos historicamente através desses processos de mistura étnica (BAINES, 2004). Porém, indígenas frutos desse processo, relatam vivências de preconceito e estigmas relacionados à sua identidade, conforme exemplifica essa autora:

Existe por parte da sociedade civil, a repressão das culturas indígenas existentes em Roraima e, mais agudamente, na capital, materializada sob a forma de discursos que enfatizam a “desqualificação” dos índios perante a dinâmica urbana. Tais discursos se fazem ativos nos mais diversificados atores e setores sociais, de modo que há um engajamento na tentativa de esfacelamento das identidades indígenas presentes na cidade, quando as mesmas são transfiguradas para a identidade do “caboclo”. Nesse contexto, o termo “caboco”, ou “caboclo” é utilizado para fazer referência ao indígena que reside na cidade, sendo este estigmatizado por uma tendenciosa ausência de capacidade intelectual e de pouca sociabilidade (MELO, 2016, p. 7).

O mais alarmante nesse contexto é que o não reconhecimento étnico se apresenta como um impedimento para o acesso a Direitos básicos, como por exemplo, o Direito de serem tratados como indígenas e, principalmente, de terem assegurados seus Direitos à terra, à saúde indígena diferenciada e o acesso a cotas universitárias, estando estes, disponíveis apenas para indígenas aldeados (SOUZA, 2016). Langdon & Cardoso (2015) apontam que essa tendência vem sendo evidenciada, no campo do Indigenismo latino-americano, como fator gerador de discrepância entre avanços na ordem jurídica e reveses nas práticas estatais.

Contudo um dos principais fatores que originam a invisibilidade e a desconfiança que marca o imaginário social acerca da presença indígena na cidade é:

O fato de os povos indígenas serem, equivocadamente, colocados como prisioneiros de suas ancestralidades também em termos de territorialidade: eles são quase sempre vistos como pertencentes exclusivamente à floresta, ao mato, a zonas rurais. Não há, via de regra, espaço no imaginário nacional para índios “legítimos” em avenidas, shoppings, universidades – esses seriam espaços exclusivamente de “brancos”, de não índio [...] O que “eles” esperavam era, muito provavelmente, ver uma mulher usando adereços de pena, pintada de urucum em uma aldeia isolada, distante de qualquer centro urbano e falasse exclusivamente uma língua indígena (MAHER, 2016, p. 62).

Esse tipo de imaginário ancorado na percepção de que a identidade indígena é situada na imagem do indígena residente na terra indígena que, vive conforme suas tradições intactas às transformações globais é uma compreensão desapropriada da realidade social. Tendo em vista que, traduz um pensamento equivocado acerca da identidade indígena, como se essa não se transformasse, a partir da apropriação de novos significados nas experiências cotidianas. Haja visto que considera que, estas pessoas não podem se integrar se não, perdem sua identidade.

Desse modo, esta visão equivocada se apresenta como um entrave que provoca contradições que aparecem na compreensão de parte da sociedade envolvente que, por ver o indígena da cidade usando roupas, aparelhos celulares ou outros hábitos adotados, os julga como se estes já não tivessem direito a sua identidade sociocultural. E isso, dificulta na hora da identificação da pessoa indígena cidadina para acessar os serviços de atenção à saúde diferenciada previstos na PNASI (2002), de modo que esta política vem se tornando cada vez mais acessada apenas por indígenas residentes nas TI.

Portanto, essa invisibilização indígena diante das contradições implícitas nas políticas públicas vem provocando dificuldades que torna os “índios da cidade” inaptos para receber o suporte destas, ao mesmo tempo em que estas políticas públicas não possuem alcance para incluir as especificidades dos indígenas da cidade. Isso é o que se percebe na situação contemporânea de indígenas na cidade de Boa Vista.

É importante ressaltar que, de acordo com os dados da Secretaria de Saúde (SESAU), neste ano de 2017 a cidade de Boa Vista lidera o Ranking Estadual de doenças endêmicas, com total de 279 casos confirmados de Chikungunya, 1.596 casos notificados de Dengue e 277 casos notificados de Zika. Este cenário configura uma situação que coloca essa cidade em estado de alerta de saúde pública. Além desses registros, historicamente Boa Vista apresenta um aumento significativo no número de casos de todas as doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*²² em épocas de chuva (COSTA, 2017).

²² Mosquito transmissor de doenças como; a dengue, a zika e Chikungunya (COSTA, 2017).

De modo que, no imaginário expresso por uma das indígenas entrevistadas, essas doenças endêmicas se mostram muito presente em seu cotidiano: “agora já inventaram um monte de doença, já tem Chikungunya e um monte de gunha, um dia desses tratei meu filho, mas foi com remédio caseiro” (Vento, 50 anos). Apareceram alguns tipos de doenças que não eram muito comuns há tempos atrás, conforme a mesma relata: “meus pais nunca foram para o hospital, eles nunca adoeciam, a doença deles era diarreia, gripe, malária e tratava em casa mesmo”.

Trata-se de um contexto social que, de certa forma vem gerando situações de adoecimento urbano, diante da falta de conclusão dos serviços de saneamento e a ineficácia de política de prevenção à saúde.

Outro fenômeno que vem gerando repercussão nas mídias locais e nacionais é o caso reportado por Santiago (2016), em relação aos indígenas que estão se deslocando do país vizinho, como é o caso dos indígenas *Warao*²³ Venezuelanos que, diante da crise vivenciada em seu país originário, vem se mobilizando rumo a Boa Vista. Eles buscam melhorias de vida nesse centro urbano. Diante disso esse autor afirma que:

Tal perfil se configura na medida em que se forjam memórias, obscurecendo ou aniquilando outras. Em Boa Vista, particularmente, tais ações produzem efeitos que repousam na deliberada condição de invisibilidade social com a qual os povos da cidade estão sujeitos (MELO, 2012, p. 50).

Muitos desses indígenas vêm para a capital e passam a viver nas periferias, nas feiras, às margens dos rios que rodeiam a cidade, nos semáforos mais movimentados, onde vendem seus produtos artesanais; além disso, muitos trabalham no aterro sanitário da cidade (SANTIAGO, 2016). Conforme evidencia essa imagem:

²³ “Os *Warao* são a segunda maior população indígena da Venezuela, somando cerca de 49.000 indivíduos e encontram-se distribuídos em centenas de comunidades situadas na região caribenha do delta do Rio Orinoco, no litoral venezuelano, e em diversas cidades do entorno deste delta, em uma região que abrange todo o estado de Delta Amacuro e zonas dos estados de Monagas e Sucre [...] Os dados arqueológicos apontam que os ancestrais dos *Warao* podem ter tido uma territorialidade e mobilidade bem mais amplas em tempos pré-coloniais, baseando-se em informações sobre os padrões de enterramento de mortos *Warao*” (TARRAGÓ, et al., 2017).

Imagem 02: Indígenas no aterro sanitário.



Fonte: VERPA, 2017.

Essa situação degradante nos leva a perceber que, influenciados pela situação de alta vulnerabilidade socioeconômica indígenas na cidade, esses indígenas desenvolvem qualquer atividade para sobreviver, ficando expostos a inúmeras doenças nessa conjuntura.

É importante destacar o mapeamento realizado pela Cartografia da Violação dos Direitos Indígenas de Boa Vista, realizado no ano de 2012, que reafirma essa situação e atesta que essa realidade possui relação com a inabilidade do Estado brasileiro no trato desta questão. Ela atesta que o Estado acaba promovendo a negação dos direitos indígenas e dificulta o acesso a políticas públicas (LIMA, 2012).

Embasando no cenário exposto pela imagem do lixão, pode-se perceber o quão preocupante é a situação dessas pessoas. Nesse espaço conviem não só *Warao*, mais também, *Wapichána* e *Makuxí*, que disputam comida com os urubus. Além disso, de acordo com Verpa (2017), ocorrem disputas entre indígenas pelo primeiro lugar na fila de espera do caminhão de lixo que, chega de Boa Vista, pois há uma ansiedade por conseguir acesso às coisas que chegam.

Também há também cerca de 330 (trezentos e trinta) indígenas da etnia *Warao* morando num abrigo para refugiados localizado na cidade de Pacaraima/RR, na fronteira com a

Venezuela. Trata-se quase do triplo da capacidade do abrigo, que é de 150 (cento e cinquenta) pessoas. Lá vivem adultos e crianças num espaço cedido pelo Governo Estadual.

Trata-se, de um grupo de pessoas que vem fugindo das condições de escassez alimentar no país vizinho e que, embora estejam sendo acompanhados por órgãos como, a agência da ONU para refugiados, convivem em situações de alta vulnerabilidade ao contato com substâncias ilícitas, risco a doenças e explorações, seja sexual ou pela força de trabalho (FIGUEIREDO, 2017).

Ainda de acordo com essa mesma reportagem, mesmo após 1 (um) ano dessa crise migratória da Venezuela, ainda não há nenhum apoio financeiro e de logística do governo federal. Desse modo, neste abrigo, eles partilham um pequeno espaço que, mais parece uma lata de sardinha, passando a viver em condições muito diversas a seus meios de vida habituais:

Imagem 03: O Abrigo indígena na Fronteira



Fonte: Figueiredo (2017).

Outro fator que merece destaque sobre os *Warao* diz respeito à estadia na cidade de Boa Vista, onde residem em condições sub-humanas no aterro sanitário desta cidade. Conforme um dos relatos colhidos na pesquisa de campo: “Algumas delas moram numa espécie de condomínio, com 35 barracos que existe dentro do aterro sanitário dentro de Boa Vista (RR)” (Verpa, 2017, p. 3).

Estas desigualdades históricas se originam da falta de comprometimento do poder público, do caráter individualista de setores estatais responsáveis pela aplicação das políticas sociais e, sobretudo, da ausência de políticas específicas focada nas necessidades de

indígenas cidadãos. Essas políticas não contemplam as especificidades indígenas, assim sendo, somente agravam uma questão que não é fácil de resolver.

Nesse sentido, se faz importante sinalizar que não é só na realidade de Boa Vista que essas dificuldades se apresentam, mas também nas cidades de vários estados brasileiros, como no caso do Amazonas:

Nas calhas dos rios amazônicos, como Juruá e Purus (onde localizadas, entre outras, as cidades de Eirunepé-AM e Ipixuna-AM), no rio Negro (onde localizadas as cidades de São Gabriel da Cachoeira-AM, Santa Isabel do Rio Negro-AM e Barcelos-AM), a ausência do acesso às políticas públicas assistenciais para indígenas ou, quando existentes, sua aplicação universalizante e não diferenciada, assumem contornos dramáticos (SOHEN, 2017, p. 69).

Nesse sentido visualiza-se que as políticas assistenciais não têm conseguido alterar a situação de vulnerabilidade social dos povos indígenas por não serem específicas para esse grupo social.

Dentre as iniciativas Estatais realizadas pelo Núcleo de Políticas Públicas para Povos Indígenas para resolver as questões de habitação de indígenas urbanos cito o exemplo da cidade de Campo Grande/MS: esta cidade tem população de quase 6.000 indígenas, segundo o Censo de 2010. Uma ação que pode ser apontada como muito positiva ocorreu em fevereiro de 1999 e resultou do empenho e da mobilização do movimento indígena e da pressão sobre o poder público: daí se conseguiu criar algumas “aldeias urbanas”, estruturadas em conjuntos habitacionais. Nesse contexto, foi também construído um centro cultural e uma escola na área (SOHEN, 2017).

Desse modo, fica evidente a força da atuação política de povos indígenas e de suas organizações, que têm força para elaborar estratégia para definir políticas para orientar o poder público em suas atuações.

Entretanto, nem sempre as políticas públicas foram constituídas para atender demandas indígenas e um exemplo claro disso é o programa Bolsa família e demais políticas de desenvolvimento urbano²⁴ que, inseridas na vida de povos indígenas sem consulta e conscientização da população, causa impactos relevantes nas vidas das pessoas.

Nesse cenário se visualiza as políticas públicas sendo constituídas como simples dispositivos do poder político e administrativo do Estado. Quando impostas, elas são

²⁴ É função do Ministério das Cidades a capacitação de agentes sociais para a criação de políticas que gerem a promoção do Direito à Cidade e da inclusão social (BRASIL, 2017d).

apropriadas pelos povos indígenas e revertidas para atender a seus próprios desígnios. E o mais alarmante nesse cenário é que as políticas públicas possuem potencial para reordenar as relações sociais em âmbito local ao conectá-las a uma escala mundial mais abrangente (FERREIRA, 2013).

Como consequência dessas formas de políticas que afetam diretamente a vida das pessoas nos distintos locais em que habitam, tocante é o trânsito de povos indígenas dentro de seus antigos territórios, gerados pela necessidade de reordenação de seus processos socioculturais gerados pelas políticas desenvolvimentistas.

Em consequência, Melo (2012) afirma que antes de haver o tipo de deslocamento indígena por motivos monetários predominante, já era costume entre os *Makuxí* e *Wapichána* a mobilidade por motivos de trocas de mercadorias e também pela busca de rezadores, buscando sanar problemas de saúde.

Esse último caso, reflete o motivo pelo qual ocorre o trânsito de indígenas entre fronteiras, assim como aponta o médico da Unidade de Saúde da Família do Posto de Saúde União em Boa Vista em depoimento colhido para nossa pesquisa.

Recebemos alguns, assim como outros brasileiros e estrangeiros, agora, tem muitos dentre esses que são estrangeiros, muitos são indígenas da Venezuela, outros são da Guiana (Saturno, Médico de Saúde da Família, 37 anos).

Desse modo, se percebe que as pessoas indígenas quando não conseguem resolver seus problemas de saúde nas Unidades básicas dos municípios fronteiriços, se direcionam ao centro urbano de Boa Vista.

Complementar a isso devemos afirmar, em conformidade com informações do Ministério da Saúde (2009), que nas regiões de fronteira, um grande fluxo de estrangeiros busca tratamento no território brasileiro. Esse fenômeno resulta em uma sobrecarga aos atendimentos na área da saúde, tendo em vista que a demanda extra atendida não é incluída nas despesas, pois, os repasses de verbas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para custeio destas seguem o pressuposto de base populacional da localidade.

Outro dado que influi nesse indicativo é a presença dessas pessoas historicamente excluídas do fluxo desenvolvimentista nessas regiões de fronteira e que passam a viver nessas margens em busca de oportunidades e à mercê, no que concerne à saúde, de uma infraestrutura insuficiente e com acesso precário a serviços e tecnologias de saúde (CARVALHO, 2014).

Por isso, constatou-se que a demanda por serviços de atenção à saúde requerida por estrangeiros residentes nas regiões de fronteiras, tem ocasionado aos gestores SUS nos municípios fronteiriços repercussões negativas sobre o financiamento das ações de saúde.

Visualizando esse contexto, para melhorar o atendimento à população nessas localidades, o SUS criou em 2009 o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS), um programa que deveria suprir seus objetivos (BRASIL, 2009). Porém, devido ao quadro de escassez de recursos humanos, físicos e materiais, os municípios não conseguem atender as necessidades da demanda.

Por isso, apesar dessa implementação, a dificuldade continua, conforme se pode depreender no trecho abaixo:

Existem protocolos internacionais tanto com a Venezuela quanto com a Guiana, abrindo a possibilidade de atuações conjuntas para melhorar a situação de saúde nos municípios de fronteira do Estado. Boa Vista, Bonfim e Pacaraima possuem uma localização geográfica que as transforma em polo de atração para a busca de serviços de saúde e, devido a demanda que a eles acorrem, tem sido onerados na quantidade e qualidade dos serviços oferecidos (CARVALHO, 2014, p. 100).

Nesse sentido, há de se chamar a atenção para a boa intenção do Brasil, que implementou o SIS e as iniciativas de busca por cooperação internacional, como a criação dos protocolos englobando as necessidades bilaterais (CARVALHO, 2014). Ainda assim, o alto custo das ações de saúde afeta a qualidade e efetividades dos serviços prestados às populações que se deslocam, configurando situação em que muitas pessoas residentes nesses contextos migram para a capital de Boa Vista, na busca por serviços de saúde de maior abrangência tecnológica.

A situação demonstra que o sofrimento social dessas pessoas se apresenta por meio do desamparo produzido pela ambígua aplicação de Leis que protegem os direitos indígenas à terra, à moradia, à saúde e ao bem-estar e as distorções presentes nas ações institucionais políticas e econômicas na aplicabilidade desses mesmos direitos (VICTORA; NETO, 2011). Isso reflete um contexto de estratégias do Governo Federal para silenciar os indígenas urbanos, uma vez que a estratégia os mantém invisíveis e, assim, a estrutura Estatal expressa sua postura de subalternização de povos indígenas.

Nesse sentido, o que em princípio deveria amenizar as dificuldades indígenas, acaba gerando ainda mais sofrimento social (VICTORA; NETO, 2011). Assim como demonstra esse caso relatado em uma reportagem recente sobre a situação de indígenas na cidade de Boa Vista:

Vendo lixo e não tenho vergonha de falar, na minha caminhada foi fome, violência, pobreza e roubar. Nasci pra sofrer, pode crer, pra cair, levantar, errar e aprender. A caminhada é dura, tudo é fase. Zona oeste é meu lugar, nesse canto da cidade. Eu sou a voz ativa da periferia, a voz dos oprimidos, a voz dos loucos, das minas e dos bandidos, dos esquecidos pela sociedade, dos humildes que não têm vez aqui nessa cidade (HEINEN, 2017, p. 2).

Esse trecho é melodia de uma música de *Rap*, de autoria de um indígena *Wapichána*, integrante da Organização de indígenas da cidade (ODIC) sobre suas vivências, dentre as poucas possibilidades de inserção social. Desse modo, por estarem cansados da exploração de sua força de trabalho, muitos indígenas, buscam o lixão dentre as poucas opções visualizadas para ganhar a vida.

Similar situação é vivenciada por indígenas periféricos da cidade de Manaus, cujas condições de vida não distoam da realidade dos indígenas de Boa Vista (AMOROSO; SANTOS, 2013; OLIVEIRA, 2010; SOUZA; REPETTO, 2007). Nesse sentido é preciso entender como as situações de desigualdade, pobreza e desemprego produzidas pelos processos econômicos e políticos do capitalismo moldam as experiências, realidades e corpos dos sujeitos (SOUZA, 2010). Disso resultam índices de maior vulnerabilidade a doenças.

Tal é o que ocorre na cosmologia dos Kaxinawá, em que o corpo é construído nas experiências, e o conhecimento é uma construção oriunda da experiência diretamente vivida pelo corpo, numa relação em que a natureza é modelada pela cultura, pois, a cultura vai se estabelecendo conforme as influências externas (MCCALLUM, 1998; GASCHÉ, 2012).

A partir de suas formas de resistência, os indígenas *Makuxí* e *Wapichána* foram se modificando e incorporando coisas novas aos seus sistemas culturais, através de negociações estabelecidas entre seus agentes interculturais e os grupos de poder, numa perspectiva de reconstrução de seus sistemas políticos e de seus jogos de construção de identidades.

Para tanto, faço uma analogia dessas construções identitárias com o processo de metamorfoses, ou seja, nas relações sociais: as pessoas indígenas agem assim como o sol

amanhece e a noite escure, modificam-se e numa dupla dialogia funcionam também como peneiras que absorvem novos conteúdos e agregam aos seus pré-existentes.

Nesses contextos, na cidade vivenciam desafios para poder colocar em prática seus hábitos culturais e através da ressignificação de seus costumes tradicionais, através da busca por empregos, como possibilidades de acesso a rendas fixas: muitos conseguem, outros não, assim como aponta esse autor:

Dentre as dificuldades enfrentadas pelos indígenas na cidade, o desemprego tem maior incidência com cerca de 29,0 %. Neste sentido o principal motivo da migração para a cidade continua sendo uma frustração para eles. A falta de moradia, o desejo de ter um lugar para morar é outra dificuldade apontada com 21,0%, o preconceito e discriminação correspondente a 18,2% das dificuldades desse povo. Fator como baixa renda, falta de atendimento à saúde, falta de alimento, alcoolismo, dentre outros, intensificam as dificuldades dessas pessoas (SOUZA, 2010, p. 99).

De modo que nas cidades a luta por uma oportunidade de emprego não é fácil e muitos que se estabelecem às margens destas cidades não conseguem ingressar no mercado de trabalho e, desse modo, se tornam vulneráveis às mazelas do lixão, a doenças, ao mundo do crime, à exploração da força de trabalho, ao mundo das drogas. Ou seja, convivem com tipo de dificuldade, com discriminação e preconceito.

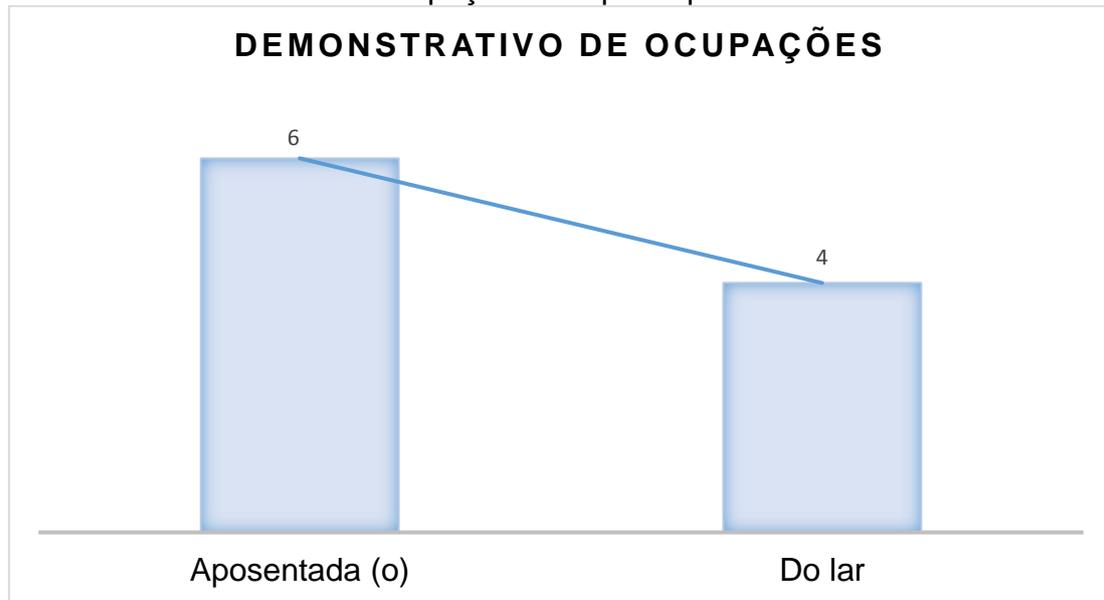
Além disso, nesse meio, desempenham também tipos de trabalhos inseridos no perfil de baixa classificação social, dentre estas, os serviços gerais, garçom, pedreiro, serventes, doméstica e babá, dentre outras (OLIVEIRA, 2010).

Conforme Souza (2010), 43,9% dos indígenas citadinos em Boa Vista embolsam até meio salário mínimo, e cerca de 86,0% ganham no máximo até um salário mínimo. Esses valores apontados, quando são analisados em relação as condições socioeconômicas dos participantes desse estudo, apontam certa disparidade, pois, a maior parte das pessoas entrevistadas recebe até um salário e a outra parte não possui renda comprovada.

Das 10 (dez) pessoas em análise no nosso estudo, 6 (seis) sobrevivem da aposentadoria paga pelo INSS, recebendo mensalmente um salário Mínimo, no valor de 937,00 (novecentos e trinta e sete reais), enquanto outras (04) quatro pessoas não possuem renda fixa; porém, outras pessoas da família desenvolvem atividades informais e exercem outros meios de sustentabilidade.

Conforme o gráfico demonstrativo que segue:

Gráfico 04 - Referente às ocupações dos participantes

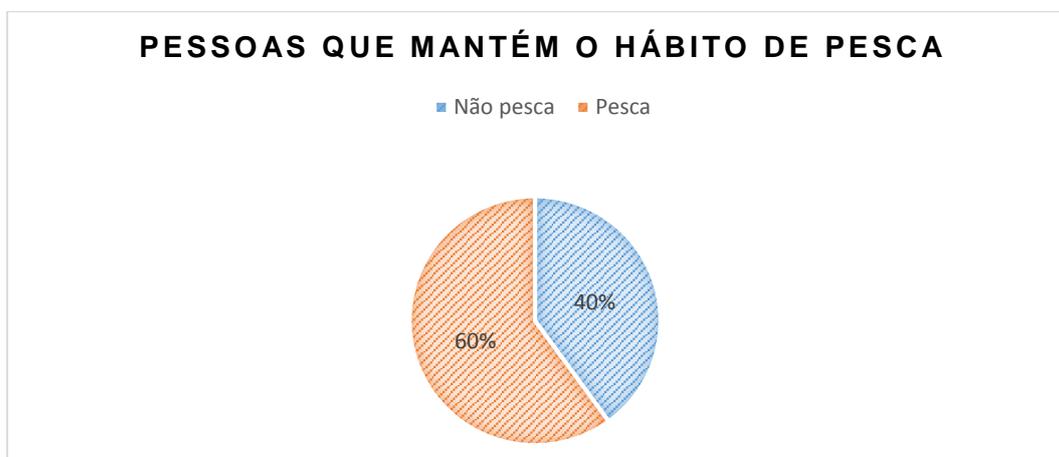


Fonte: pesquisa de campo.

Por residirem estrategicamente às margens do Rio Cauamé, que se localiza em torno dos bairros Cauamé, Caranã e União, os entrevistados desse estudo informaram que costumam realizar atividades de pesca nesse rio.

Para o Conselho indigenista missionário (2016) essa realidade possui semelhança com situação dos povos *Kaingáng*: pelo menos 22 (vinte e duas) comunidades *Guarani* do Rio Grande do Sul sobrevivem encurralados no entorno de Porto Alegre e no litoral, buscando na pesca meios de manter a própria subsistência.

Gráfico 04 - Percentual de entrevistados relativo aos hábitos de pesca



Fonte: pesquisa de campo.

Para esta maioria representada neste gráfico, a pesca é concebida como uma possibilidade de alimentação *in natura*²⁵ e também como complemento da renda mensal através da comercialização do pescado, que é associado a um salário mínimo proveniente da previdência social. E desse modo, essas pessoas configuram a renda fixa.

Em relação a essa conjuntura, Verpa (2017, p. 2) evidencia numa de suas matérias que “o índio citadino não quer mais sobreviver apenas da agricultura de subsistência. Os jovens indígenas, principalmente, estão procurando outro estilo de vida, de consumo”. Analisando esse conceito e relacionando com a historicidade presente na vida de indígenas urbanos, penso que, a tendência apontada pela reportagem não se remonta como uma escolha por parte desses jovens e sim como uma imposição.

De modo que, cabe aqui mencionar a relação dessa conjuntura com a famosa frase de Marx (1956, p. 224): “os homens fazem sua própria história, mas não a fazem como querem: não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado”.

Nesse sentido, visualizamos as transformações nos modos de vida dessas pessoas, como imposições que aparecem nas opções que lhes são impostas, como modos de reorganização das formas de subsistência.

A demanda crescente na busca por emprego fixo surge como oportunidade de sanar as carências de moradia, de alimentação, de acesso à saúde e educação. Sendo assim, mesmo que as pessoas indígenas tenham hábitos de subsistência distintos dos costumes da sociedade globalizada, na cidade estas pessoas se veem limitadas pela falta de espaço para plantar, coletar e caçar, visto que a cidade invadiu seus espaços e influiu em seus meios de subsistência, moradia e saúde, principalmente, restando apenas a opção de adaptação ao que impõe esse meio social.

Contudo, o contexto contemporâneo que motiva indígenas a continuarem na cidade se justifica pela influência da perspectiva de vencerem na vida, pois alguns se veem em situações precárias em suas comunidades, diante do cenário de invasão das TI e dos impactos causados. Sintomático desse estado de coisas é o seguinte depoimento:

²⁵ Nota da autora: Natural.

Lá na maloca não tem educação, não tem saúde, não tem emprego. Então, outros parentes vieram pra cá e conseguiram se estabelecer. Então, decidi vir também. O dinheiro que ganho com as vendas dá para meu sustento porque divido aluguel com mais dois parentes. Também já comecei a estudar. Aqui a gente tem chance de trabalhar e vencer. Lá, não. Não quero mais aquela vida, de roça. Aqui a gente se alimenta melhor, tem médico (SANTIAGO, 2016, p. 6).

Desse contexto, surgem as motivações e justificativas para a permanência na cidade e, mesmo em meio a situações difíceis, visualizam a disponibilidade de maiores possibilidades de acesso a educação e opções de cuidado a saúde. Nesse sentido, foi possível orientar o olhar quanto às principais dificuldades enfrentadas na cidade e destacar algumas das razões pelas quais os *Makuxí* e *Wapichána* e os outros grupos étnicos da região, enxergam na cidade uma possibilidade de dias melhores e optam pela mobilidade entre seus territórios.

Portanto, esses aspectos remetem a compreensão de que, infelizmente, as políticas expansionistas e a urbanização modificaram seus modos tradicionais de vida dos indígenas e o Estado não implementou políticas públicas que pudessem abarcar as demandas de indígenas citadinos. De modo que, a situação socioeconômica passou a torná-los vulneráveis a muitas e diversas doenças.

3.2. NÃO EXISTE ATENÇÃO DIFERENCIADA, O QUE EXISTE É IGUAL PARA TODOS.

Até aqui foi possível evidenciar o contexto que demonstra que, de certa forma, as instituições estatais internalizaram concepções equivocadas e que, por isso, continuam a perpetuar atitudes contraditórias sobre a situação do indígena citadino e que isso tem impactado no acesso a Atenção à Saúde indígena diferenciada na cidade.

Por outro lado, foi apontado o potencial indígena quanto à força de suas organizações, que se dá por meio das reivindicações e dos avanços conduzidos durante o último século, efetivadas na participação indígena nos Conselhos de Saúde. E, embora essa participação ainda ocorre de forma deficitária, há de se reconhecer as melhorias na saúde indígena apontadas por meio da redução do perfil de morbi-mortalidade.

Entretanto, foi evidenciado também que, em se tratando da realidade dos indígenas citadinos, o conceito de acesso a uma atenção à saúde indígena diferenciada não se efetiva.

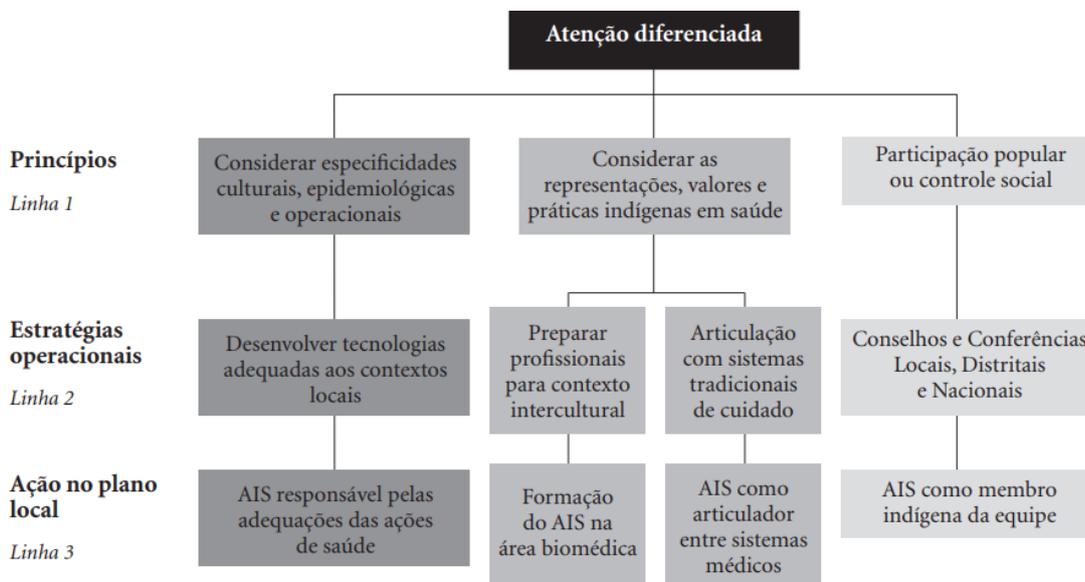
Os indígenas participantes desse estudo foram indagados a respeito desse conceito de saúde diferenciada e esboçaram a consciência de que na prática ele não se operacionaliza.

Conforme Trovão (53 anos):

O indígena ele tem o direito dele, mas no caso é só no papel né, a não ser que seja o indígena no caso, o *Yanomámi*, o *Waimirí-atroarí*, desses que moram assim é dentro de uma aldeia né, onde não existe contato, porque até hoje existe contato desses com civilizados, mais, assim quando chega mesmo para colocar em prática, não tem, temos aí uma lei de saúde indígena que é para ser diferenciada, temos o CASAI onde chegam muitos indígenas para ser tratados de várias doenças, mas no entanto, quando chega aqui tem que vir para o HGR e quando chega no HGR é tratado com outro paciente qualquer mesmo (Trovão, 53 anos) [...] Essa lei de saúde diferenciada só serve para indígenas de maloca, nós que somos indígenas de Boa Vista, não temos prioridade, ninguém nem liga para indígenas da cidade, só para indígenas da maloca, aí, pessoal vem da maloca doente e entra tudo junto com FUNAI, aqueles enfermeira de lá e não sei o que, aí entra tudo junto na nossa frente (Lua, 59 anos) [...] Acho ruim, eles não cuida de índio da cidade só de indígena do interior (Chuva, 80 anos).

As diretrizes da atual PNASI preconizam a existência de um “modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde”. A operacionalização deste sistema ocorre através de 34 (trinta e quatro) Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI (PONTES, et al. 2015), que seguem a seguinte estrutura operativa:

Imagem 04: Princípios organizativos da PNASI (2002)



Fonte: PONTES, et al. 2015.

Observa-se que os termos estruturantes da PNASI se direcionam rumo à intenção de manter a atenção diferenciada da saúde indígena mediante a preparação de profissionais

e suas tecnologias para que possam lidar com as singularidades culturais da população atendida e, por conseguinte, propiciar a inclusão da participação indígena nesse sistema (PONTES, et al., 2015).

Nessa perspectiva, a política pode ser entendida como elemento estruturante não só dos DSEI, mas de toda uma rede de atenção à saúde que não apenas pode, mas, sobretudo, deve ser estendida também a indígenas citadinos.

Entretanto, para que isso possa ocorrer de fato seria necessário que houvesse a clara delimitação da necessidade de aplicabilidade deste tipo de atenção às pessoas indígenas habitantes do contexto urbano – que como vimos é parte considerável da população indígena brasileira e roraimense.

Mas ocorre que as diretrizes que delineiam as condutas médico-hospitalares não especificam em nenhum grau como deverá se organizar a prestação dos serviços de atenção à saúde destas pessoas. Sem isso, as pessoas indígenas da cidade ficam relegadas à situação de invisibilidade, sendo atendidas pelo SUS, que é um programa universal e que, portanto, pressupõe o acesso apenas a serviços de saúde *igual para todos*.

De modo que, para alguns autores, o modelo de atenção diferenciada da Política de Saúde Indígena apresenta muitas limitações para ser operacionalizada. E, mesmo após alguns anos de funcionamento, o subsistema de saúde indígena ainda está longe de colocar em prática um modelo de atenção diferenciada, haja vista que a articulação entre os saberes biomédicos e tradicionais ainda não ocorre de maneira a contemplar as especificidades das populações indígenas (LANGDON; GARNELO, 2004).

Além disso, apesar da Carta Magna Brasileira de 1988 assegurar a saúde enquanto direito universal a ser garantido pelo Estado, foi possível também evidenciar que a implementação da PNASI apresenta limites na garantia de acesso universal quando se trata de caso de indígenas urbanos. E essa limitação, podemos acrescentar, está claramente associada com a questão da identidade dos indígenas que moram em centros urbanos. Ocorre que, como vimos anteriormente nesse trabalho, a identidade indígena muitas vezes é invisibilizada e mesmo negada nesse contexto (ASSIS; JESUS, 2012).

Com o objetivo de subsidiar a compreensão sobre as limitações a que me refiro nesse passo, lembro, a título de exemplo, a situação dos *Yanomámi* que, insatisfeitos com os serviços de saúde que vêm recebendo, ocuparam mais de uma vez o prédio do DSEI/*Yanomámi*: esse grupo de índios argumentava, quando da ocupação, que a oferta de saúde que vem recebendo tem piorado paulatinamente nos últimos anos e que, em

decorrência disso, tem também gradualmente aumentado o nível de mortalidade do povo *Yanomami* (COSTA, 2015).

Trata-se de um fato que vem ocorrendo com certa frequência: esse grupo mobiliza-se para requerer melhoras nas questões de saúde, bem como solicitar a saída de gestores.

Figura 07 – Ocupação *Yanomami* do prédio da SESAI/RR.



Foto: Emilly Gosta repórter do G1, tirada no ano de 2015.

Nesse sentido, esse tipo de mobilização entre os indígenas do DSEI/*Yanomami* e Leste de Roraima vem ocorrendo devido ao descontentamento quanto à efetividade e qualidade da oferta dos serviços de atenção à saúde diferenciada oferecida pela PNASI. É importante apresentar e elencar esses fatos enquanto elementos que podem subsidiar a reflexão em relação às limitações apresentadas por essa política de atenção à saúde indígena.

Para, além disso, a pesquisa de campo tornou possível verificar que, no contexto urbano, a invisibilidade na área de saúde indígena pode ser resultado de uma correta notificação de casos de atendimento a pessoas indígena. Prova disso é que, quando os profissionais de saúde colaboradores da presente pesquisa foram indagados sobre a forma como é feita a identificação dos pacientes indígenas que chegam a UBS União em busca de atendimento, ambos afirmaram o seguinte:

A gente não possui dados quantitativos sobre a quantidade de indígenas que a gente atende, porque a gente não faz essa distinção. Eu atuo aqui como clínico geral e nessa condição a gente atende a tudo que chega, não tem distinção entre indígenas ou brancos, ou que seja (Saturno - Médico de saúde da família, 37 anos).

Aqui na nossa área da União, a identificação de indígena é autodeclarável pelo paciente, mas eu reconheço pelas características físicas, e sei que temos alguns pacientes diabéticos, mas o trato com eles é normal, igual como dos demais do posto (Plutão - Técnico de enfermagem, 31 anos).

Em relação a esse aspecto da questão, podemos perceber que o problema se localiza na rede estrutural de atendimento da atenção básica e em como ela se organiza na cidade, haja visto que não há uma preocupação em adequá-la à realidade social da região. Em suma: não há protocolos de identificação do pertencimento étnico das pessoas.

Analisando a percepção das pessoas indígenas sobre o atendimento que elas vêm recebendo na UBS União e relacionando-a com o que preconiza a PNASI (que enfatiza que as práticas de saúde devem ser norteadas com base na oferta conjunta dos modelos de atenção oficial e tradicional indígena e com a realidade vivenciada por esses indígenas citadinos) é possível perceber que ela vem sendo obstaculizada de diferentes formas.

Para a prova disso encontramos no depoimento da colaboradora Lua (59 anos), que afirma: “eles (os profissionais de saúde) não pergunta se sou indígena, então eu acho meu atendimento igual do branco”. De modo semelhante, afirma Trovão (53 anos):

Não. Não tem diferença não. Não só indígenas, mas pessoas brancas que estão ali isoladas no corredor, falta remédio, falta médico, falta tudo. No entanto, eu comentando sobre o acesso (aquele negócio que serve para botar soro) com uma moça da pastoral da criança, ela disse que quando acaba isso, na farmácia da frente custa 3 (três) reais, já em outro lugar custa 150 (cento e cinquenta) reais, então vejo que os enfermeiros têm boa vontade, mas não tem com o que atender, muitas vezes falta até dipirona.

Desse modo, pode-se conceber que no campo de debates sobre saúde as enfermidades podem ser derivadas do próprio sistema de atenção²⁶ (MENÉNDEZ, 2003). E, mais que isso, que surgem como reflexo da gama de contradições geradas por fenômenos de ordem política, econômica e ideológica, haja visto o cenário da supremacia biomédica.

Solstício (72 anos) afirma que: “Quando eu tenho dor eu vou logo lá no médico, peço remédio pra dor, tomo logo o remédio que passa”. Nesse contexto fica clara a relação de

²⁶ Nota da autora: Quando me refiro à Sistema de Atenção, e refiro ao Sistema oficial de Saúde (SUS).

alta eficácia medicamentosa, a precariedade acerca da disponibilidade de materiais hospitalares, remédios, recursos humanos e o desprezo ao modelo de atenção tradicional.

Conforme Trovão (53 anos):

Existe também aqueles assistentes sociais para acompanhar vários indígenas, mas são poucos né. Então, para indígenas que mora aqui na cidade que são bastante o tratamento mesmo diferenciado, existe mais só no papel.

Desse modo, os padecimentos do sistema de atenção se estendem também à escassez de recursos humanos. Para Andrade e Gil (2015), associado a isso, somam-se outros aspectos como a precariedade dos serviços públicos de saúde, as limitações e barreiras linguísticas, as situações de preconceito e, ainda, a falta de profissionais habilitados para a oferta do atendimento diferenciado.

Para esses autores, as realidades vivenciadas por indígenas urbanos apresentam ambiguidades que ocorrem no campo da interpretação da política pública. Para eles, parte das entidades que atuam no campo (e, como visto, atuam com base em valores impostos pelos Estados nacionais) não conseguem visualizar que as pessoas indígenas – mesmo as que moram em contextos citadinos –, mantêm suas especificidades, quanto aos modos de buscar saúde e cura (BAINES, 2004; NASCIMENTO; VIEIRA, 2015).

Outro fator que pode ser pensado para explicar esse descompasso entre o atendimento à saúde indígena em suas comunidades tradicionais e na cidade pode ser apontado na esfera de responsabilidades da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Embora tenha sido substituída pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), em 2011, a FUNASA continua com a responsabilidade de formular e implementar ações de promoção e proteção à saúde estabelecidas pelo Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SOAVE, 2017). E, ao que parece, a FUNASA ainda encontrou o passo correto quanto ao atendimento aos índios na cidade.

Assim, a concepção de que é necessária a articulação entre os diferentes conceitos e práticas ligadas à saúde-doença de indígenas e que estas devem propiciar um caminho de inclusão da agência indígena parece ainda longe de ser efetivada, como fica patente no depoimento de Trovão (53 anos):

Se eu for dizer que é igual ou diferente, eu crio limitação para meu tratamento, porque eu posso estar com a diabetes, muito embora eu seja indígena, mas meu tratamento tem que ser feito na Unidade Básica [...] o tratamento só para indígenas era para ter, mais não tem. Se no geral está tendo dificuldade, imagina só para indígenas (Trovão, 53 anos).

Desse modo, a percepção de Trovão corrobora a de Langdon (2014), pois ambos afirmam que os modos de fazer saúde indígena na cidade devem ser construídos por meio da interação entre as representações simbólicas de dois campos – o indígena e o biomédico –. Para tanto, deve-se incluir a ação dos atores com a natureza e com a cultura, que podem e devem ser delineadas pelas interações dos agentes sociais, ou seja, os profissionais de saúde e as pessoas indígenas.

Ancorando em Menéndez (2003), outra compreensão que se pode ter sobre esse contexto relatado por Trovão é a dependência desse indígena em relação ao sistema de saúde biomédico, ao assinalar a necessidade da manutenção do serviço. Esse protocolo de atendimento foi condicionada pelo incremento de técnicas oriundas de indústrias químico farmacêuticas, na inserção do medicamento controlado para sanar problemas de saúde. Nesse sentido, se torna possível visualizar a hegemonia da biomedicina através da relação de alta eficácia e de dependência percebida pelo paciente.

Entretanto cabe salientar que, o uso da tecnologia médica pode ser utilizada para o bem ou para o mau ou ao mesmo tempo para as duas coisas (MENÉNDEZ, 2003). O problema do uso abusivo de medicação não é o seu uso em função da eficácia, mas a alta dependência gerada. A medicação pode ser usada por puro interesse mercantil, o que pode produzir uma espécie de alienação quanto à manutenção do uso e, demais, causar uma concepção de uso massiva quanto à supremacia desse tipo de tecnologia, ante os cuidados tradicionais.

Um exemplo claro disso é enfatizado por Soave (2017, p.33):

Mesmo que a rede de atendimento fosse boa, não iam respeitar nunca a medicina tradicional. Se aqui na cidade um indígena fica doente, o hospital não permite rede no hospital, garrafada de chá, pajé. Porque às vezes a gente adoce de espírito, e médico não descobre. A gente busca, não importa onde se esteja, a valorização da medicina tradicional.

A vista desse contexto percebe-se as formas de imposição do modelo hegemônico biomédico persistem e, mesmo com a existência de uma agência como a PNASI, ele é imposto, negando, assim, as formas habituais de cura. Desse modo nem sempre é possível estabelecer relações intermédicas no meio urbano. Assim, cabe as pessoas indígenas urbanas conviverem com a opressão de suas expressões culturais, dificultando o uso de sua *autonomia*.

Esses fatos contrariam as diretrizes das políticas indigenistas já existentes porque impedem que indígenas utilizem seus conhecimentos culturais nos processos de cura como, por exemplo, o uso de medicinas xamânicas em outros espaços que não sejam os oficiais oferecidos pelo SUS. O Capítulo 03 (três) desse estudo volta a tratar dessa questão.

Para Langdon (2012) os xamanismos são usados como a expressão da medicina tradicional e constituem uma alternativa de afirmação identitária. Através da análise das percepções das pessoas indígenas colaboradoras deste estudo, sobre os modos de conceituar o que é o serviço de atenção em saúde diferenciada para povos indígenas, podemos afirmar que é exatamente o que acontece na cidade de Boa Vista. Conforme afirma Sol: “isso aí é só negócio de reza dos pais, dos velhos índios e parece que eles querem mais saúde do indígena” (Sol, 100 anos).

Por outro lado, devemos apontar que existe a falta de conhecimento de parte das pessoas indígenas citadinas acerca do que significa Direito à Saúde indígena diferenciada, é o que se pode depreender da seguinte afirmação do colaborador Vento (50 anos): “acho que tem que ser igual, tanto para branco como para índio, todos têm que ser bem atendidos”.

Como se pode visualizar na fala dessa indígena *Makuxí*: “Não, não existe nada diferenciado, porque quando a gente chega lá na (UBS²⁷) atrás do atendimento, eles veem a gente como branco porque diz que quem vive na cidade não é índio, é branco, e isso não tem nada a ver” (Lua, 59 anos).

Essa situação vivenciada por Lua é similar ao caso dos indígenas urbanos do Rio de Janeiro e São Paulo: nessas cidades, grupos étnicos que sofreram com o estereótipo sedimentado pelo fato de estarem residindo em grandes cidades, foram qualificados como pessoas civilizadas e integradas à sociedade nacional e, por esse motivo, não devem ter acesso a direitos específicos previstos nas legislações indigenistas (NASCIMENTO, 2015; VIEIRA, 2011).

Além disso, na pesquisa de campo, foi possível investigar como vem se estabelecendo as relações médico-paciente. Sendo assim, foi verificado que estas continuam a representar desafios, não só para a atuação profissional, dadas as

²⁷ “A Unidade Básica de Saúde é o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. É instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem e, com isso, desempenha um papel central na garantia de acesso à população a uma atenção à saúde de qualidade. Na UBS, é possível receber atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica” (Brasil, 2017, p. 2).

especificidades culturais, mas também para as pessoas indígenas que sofrem com a falta de acolhimento humanizado, inclusive expresso pela postura profissional e institucional.

Conforme:

Lá eles não perguntam nada, só se a gente for com a assistente social da CASAI, aí eles perguntam, mas se for sozinho eles não perguntam nada, atendem pela cor, amarelo, vermelho, se tu é urgente, mas se a pessoa é indígena eles não perguntam não pontua (Trovão, 53 anos).

As vezes a gente entra no sala e eles não fala nada. Um dia eles disse assim, tu não quer nem melhorar isso aí também não é para médico não, tá tomando tanto soro mais nunca melhora, cada vez piora mais (Sol, 100 anos).

Tem que ter mais um carinho no atendimento, porque sabe como é que é [...] sabe como seria bom, assim, se tem índio doente, como eu uma índia velha doente os médicos têm que vim em casa consultar, aí índio fica jogado doente e nem uma atenção não tem (Lua, 59 anos).

Desse modo, essa relação vem sendo marcada pela ausência da aplicabilidade das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). Ou seja: a política é marcada exata e contraditoriamente pela falta de cuidado humanizado (BRASIL, 2003). Diante das limitações de saúde individual, também se visualiza o anseio da pessoa indígena por cuidados domiciliares, o que evidencia ainda mais as limitações da atual oferta de cuidados que o SUS vem oferecendo a indígenas urbanos portadores de doenças crônicas.

Diante de todos esses dados pensamos que para que se possa sanar esses entraves há de existir uma maior articulação entre as estratégias de saúde biomédicas e a práxis indígena, visando criar um processo que possa buscar a resolução destes. De modo que essa aproximação só se tornará possível a partir de ações políticas de saúde com potencial transformador da noção de interculturalidade na saúde indígena (LANGDON, 2016).

Para Gasché (2009) essa noção pode ser inserida na organização dos serviços de saúde indígena. Mas, para tanto, é necessário considerar as práticas sociais das pessoas indígenas em seu cotidiano, a fim de que se possa reestabelecer a saúde por meio das relações entre a pessoa e a natureza.

Nesse sentido, torna-se imprescindível reafirmar a importância de se valorizar a noção de interculturalidade²⁸ nos aspectos protocolares da saúde diferenciada. Essa noção pode dar melhor suporte para uma atitude mais colaborativa no desenvolvimento de

²⁸A interculturalidade ocorre quando os conhecimentos são organizados a partir da vivência, das situações concretas, do que as pessoas fazem em seu cotidiano e de suas relações entre si e com a natureza (GASCHÉ, 2009).

iniciativas institucionais de saúde. Ela pode propiciar a parceria com a Organização de indígenas na cidade e pode melhorar o quadro de invisibilidade dos indígenas citadinos quanto ao acesso à atenção diferenciada (BOCCARA, 2008).

Desse modo, quem sabe possam se abrir espaços mais amplos de relacionamentos e de aprendizagens mútuas entre as distintas culturas de saúde-doença.

3.3. OS ALCANCES E LIMITAÇÕES DA PNASI NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Nesse passo, torna-se importante enfatizar que, dos três profissionais de saúde entrevistados nessa pesquisa, pertencentes a distintas categorias (um médico de saúde da família, uma técnica de enfermagem responsável pelo setor de triagem e uma bióloga que atua nas visitas domiciliares a pacientes crônicos na Unidade Básica de Saúde União em Boa Vista), apenas 01 (um) possui capacitação para atuar segunda a proposta de atenção diferenciada a saúde indígena.

Conforme Saturno (Médico de Saúde da Família, 37 anos):

Eu vim pelo Programa Mais Médicos²⁹, e a gente recebeu uma capacitação deste programa e outra da prefeitura de Boa Vista sobre os costumes e coisas que a gente precisa respeitar de povos indígenas, mas esse conteúdo foi menor do que as orientações biomédicas ligadas ao perfil epidemiológico da região.

Além disso, tivemos a preocupação de averiguar a concepção desses três profissionais de saúde entrevistados sobre as dificuldades encontradas no trato à saúde ancorando nos pressupostos da atual PNASI.

Conforme Saturno, foi possível visualizar que “a questão da linguagem dificulta bastante os atendimentos, nesses casos, mesmo que haja tradutor muitas vezes, ainda assim não ocorre compreensão mútua, aí predomina o exame físico”. Do mesmo modo afirma Plutão (Técnico de enfermagem, 31 anos): “A comunicação é bastante complicada”.

Quando indagados sobre a preconização da PNASI acerca do trato diferenciado à saúde indígena na cidade, todos os profissionais investigados foram enfáticos ao afirmar que não há a necessidade dessa abordagem, como fica claro no depoimento de Saturno (Médico de Saúde da Família, 37 anos): “Realmente não, para mim, não precisa não”.

²⁹ Trata-se de um conjunto de ações e iniciativas do governo para o fortalecimento da Atenção Básica do país, que visa levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais; prevê ainda mais investimentos para construção, reforma e ampliação de (UBS), além de novas vagas de graduação, e residência médica para qualificar a formação desses profissionais (BRASIL, 2017c).

Plutão (Técnico de enfermagem, 31 anos) complementa: “a maioria dos atendimentos aqui, a cultura já está bem evoluída igual do homem branco mesmo”. Para Langdon (2016), esse contexto demonstra que guiados pela ideologia hegemônica da biomedicina os próprios profissionais de saúde, não reconhecem as dinâmicas e a agência expressada pelas práticas indígenas de saúde.

De modo que, ainda conforme essa autora, essa situação ocorre por conta das contradições e tensões que estão presentes entre a organização estrutural do sistema de atenção à saúde indígena em nível nacional e as práticas cotidianas das equipes de saúde em nível local. De modo que isso se perpetua por conta desse tipo de postura institucional:

O indígena morador da cidade já está integrado a vida na cidade e os que não estão, buscam ajuda com seus parentes que já moram na cidade, aqui na cidade nenhum indígena fica desassistido e eu acho que esse negócio de indígena buscar ajuda na pajelança é mentira, isso é coisa ultrapassada inventada pelos antropólogos, pois muitos não querem que o indígena se integre a sociedade e evolua, índio na cidade vai no posto de saúde, se vai ou não em pajé eu não sei, mas nisso eu já não acredito (Marte, 32 anos, integrante do CONDISI do DSEI/Leste De Roraima).

Nesse sentido, verifica-se o contexto em que a instituição perpetua a partir da concepção do Conselho Indígena de Saúde/DSEI/LESTE/RR uma visão um tanto quanto contraditória quanto à realidade de busca por saúde de povos indígenas citadinos, conforme se debaterá no capítulo 3 (três) desse estudo.

Para Menéndez (2006), isso ocorre porque as relações culturais constituídas em ambientes institucionais tendem a gerar mecanismos de dominação e de sujeição a mediar as relações dos envolvidos no processo. E, por essa razão, os elementos de aparelho de estado quase sempre se ungem de uma forte tendência alienadora, que penetra em camadas profundas da consciência daqueles que vivenciam essas relações.

E, desse modo, no caso em análise, torna-se dificultosa a ação mais equilibrada dos agentes sociais envolvidos – mesmo quando se trata de representante indígena, como fica patente na fala acima reproduzida, em que o agente indígena demonstra grande dificuldade para ver além daquilo que lhe é imposto pela posição dominante. Talvez isso ocorra por ser mais cômodo não reconhecer o fato de que existe saúde indígena para além do conhecimento biomédico. O resultado disso é o descrédito e a subalternização da posição da saúde tradicional.

Essa situação foi reafirmada numa entrevista concedida pelo representante do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) do DSEI Leste³⁰ de Roraima, que afirma o seguinte:

Indígenas da cidade vem em busca de serviços de saúde, mas isso depende muito, as vezes por meio do contato com os indígenas das comunidades, aí ocorrem alguns atendimentos na atenção básica, nas comunidades mesmo porque aqui, não tem como eles fazerem esse atendimento, pois o DSEI Leste é específico para atender as demandas do indígena aldeado conforme a política de saúde indígena (Marte, 32 anos, integrante do CONDISI – DSEI LESTE DE RORAIMA, 2017).

O depoimento sinaliza para as limitações das ações institucionais em relação ao atendimento da população indígena pelo DSEI LESTE/RR: por questões contingenciais, que tem a ver com a parentela que mora na cidade e que acolhe os parentes que buscam por cura de doenças, o atendimento é permeado por restrições às etnias³¹ que residem nas comunidades.

Além desses dados é importante ressaltar, em conformidade com o que diz a Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que, o Subsistema de Atenção à Saúde indígena atua em conjunto com seus entes subordinados, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, e que estes têm por objetivo: coordenar, supervisionar e executar as atividades em suas respectivas áreas de atuação (BRASIL, 1999c).

Embasando nessa política, Hayd *et al.* (2008) afirma que o tipo de atendimento ofertado aos indígenas aldeados e que é operacionalizado pelo SASI em Boa Vista/RR se organiza da seguinte forma: os casos de maior gravidade, que não podem ser resolvidos na área indígena, são deslocados para a cidade de Boa Vista para a Casa de Saúde do Índio (CASAI), onde recebem os cuidados ou são encaminhados para outras unidades de atendimento. Já os casos que demandam o cuidado especializado são encaminhados para as unidades de pronto atendimento (Hospital Santo Antônio, Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, Hospital Geral de Roraima entre outros).

³⁰ Distrito Sanitário Especial indígena do Leste de Roraima/DSEI Leste, atende cerca de 40.059 (Quarenta mil e cinquenta e nove) pessoas indígenas, distribuídas em 11 (onze) municípios (OLIVEIRA, 2017). Os serviços de saúde no DSEI Leste se organizam através da rede de atenção básica de assistência que conta com 34 polos-base, totalizando 290 postos de saúde e 84 laboratórios de microscopia, onde atuam 350 agentes indígenas de Saúde (AIS), dos quais 26 são agentes indígena de endemias, 184 são capacitados como agente de microscopia (FUNASA, 2010)

³¹Etnias atendidas pelo DSEI Leste: “Ingaricó, Macuxi, Patamona, Taurepang, Saporá, WaiWai, Wapixana” (DSEI-LESTE-RR/2012).

Em contraponto, no caso dos indígenas citadinos a organização das ações de saúde ofertadas ocorrem rotineiramente nas UBS, enquanto os casos de maior gravidade são atendidos no HGR ou são encaminhados para clínicas terceirizadas conveniadas do SUS.

Sobre essa situação, Trovão (53 anos) afirma que procura a UBS porque “tem que ser no posto primeiro, porque tem que pegar encaminhamento e ser encaminhado para lá, para o hospital geral”. Além disso, de acordo com Saturno, médico de Saúde da família, 37 anos:

Nessa UBS, não fazemos essa identificação do (paciente indígena). O paciente chega passa por uma triagem, escuta qualificada, após se marca uma consulta agendada conforme a demanda que se apresenta, segundo os critérios de idade, gestante, idoso e por dia e perfil do paciente, a gente agenda os atendimentos.

O atendimento obedece os pressupostos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pactuada em 2006, em que as ações de saúde ofertadas devem abranger a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Entretanto, nessa estrutura não foi possível identificar os requisitos de atendimento embasado na PNAB, política de saúde que deveria ser ofertada segundo os critérios de integralidade das ações socioculturais.

Saturno (médico de saúde da família de 37 anos) afirma que:

Para o atendimento a gente não faz diferença nenhuma, a gente atende da mesma forma de atendimento que a outras pessoas, agora a gente presta maior atenção no procedimento que a gente faz com esses pacientes, porque nós sabemos que algumas dificuldades a gente pode encontrar porque há indígenas que não gostam de fazer uma adesão adequada ao tratamento na sua casa, mas nós já os conhecemos e sabemos onde moram, aí a gente faz o procedimento padrão de visitas e orientação, por outro lado, temos indígenas que fazem o tratamento melhor do que outra pessoa.

Em depoimento, Plutão, técnico de enfermagem, de 31 anos, corrobora essa posição quando afirma:

Não existe uma identificação diferenciada, todas pessoas que chegam na unidade são identificadas através do cartão do SUS e elas são incluídas no sistema e chegam aqui na triagem, não existe nenhuma identificação específica não. Não temos orientações sobre esse tipo de atendimento diferenciado.

Além disso, embora seja possível destacar as visitas e o acompanhamento de rotina (mensal) ao paciente indígena que não adere ao tratamento, foi possível identificar a

ausência de acompanhamento específico ao paciente indígena portador de doenças crônicas, assim como a ausência de agente indígena de saúde (AIS) na equipe de Saúde da Família no contexto urbano, mesmo em bairros onde há bastante pessoas indígenas. A estrutura oficial da atenção básica, não contempla essa especificidade.

Conforme Plutão “tem um cronograma mensal de visitas do médico e da enfermeira do posto, com debilidade de andar e doenças crônicas, mas específico para pessoas indígenas não tem”. De acordo com Barcellos et al. (2009), essas visitas vêm ocorrendo conforme o que é estipulado pelas ações de promoção a saúde do SUS.

Ademais, foi possível tomar conhecimento do Programa a Hora do Chá³², que vem sendo realizado pela Bióloga da UBS por meio de encontros que ainda não possuem calendário fixo de ocorrência, mas que são realizados através de parcerias com a escola do bairro, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) da região ou através de alguma parceria na comunidade.

Para Barcellos, et al. (2009, p. 19) “a formação de parcerias com outras instituições, segue a proposta de intersetorialidade preconizada pelo SUS”. Conforme contextualiza Vênus (bióloga, 33 anos) acerca da experiência de atuação nesse programa:

Eu fui atrás e vi que existe uma cartilha sobre fitoterápicos medicamentos dentro da saúde básica e essa cartilha auxilia na implantação da farmácia viva [...] a primeira modalidade é a horta medicinal onde as pessoas podem pegar as mudas de plantas dentro da UBS de camomila, erva cidreira e levar para plantar na sua casa e tem a modalidade número dois que é onde essas ervas são separadas dentro da unidade e vão para uma estufa, elas vão ser secadas numa estufa, depois vai pesar, identificar o nome a posologia e quantas vezes que deve usar e essa vai ser dispensada junto com os medicamentos da farmácia e tem a farmácia na modalidade três que é onde eu já preciso de uma estrutura e um laboratório onde e vá produzir os fitoterápicos, pomadas, xaropes, cremes [...] foi feito um projeto, dentro desse projeto eles tem uma verba, esse ano já houveram os contemplados, aqui da região norte, Manaus é a primeira vez que foi contemplado nós vamos tentar ano que vem [...] essa cartilha para resgatar possibilidades de se tratar um chá de uma erva sem que haja necessariamente o uso de medicação alopática [...]E o que eu pude observar é que muitos deles, faziam uso de ervas medicinais mais de forma incorreta. Aí a gente disse que não é porque é natural, que não tem contra indicação e nem efeito colateral, por aí já começamos a tirar algumas dúvidas, tipo, orientação sobre algumas plantas que são tóxicas, algumas ervas deve ser feita a infusão porque não se pode ferver o tipo de princípio ativo, tem determinadas partes da planta que a gente usa de modo específico, por exemplo a raiz que a gente ferve, diferente da folha e da flor que a gente não pode ferver, temos que fazer a infusão, tem a quantidade certa, para a quantidade certa de água. Nesse dia eles trouxeram uma mudinha de planta de casa, e houve a troca de plantas entre eles, aí entra a

³² “O programa a “Hora do Chá”, tem como objetivo a promoção do uso de plantas medicinais de maneira orientada por meio de encontros, discussões e de uma cartilha didática que traz informações sobre as formas de preparo, uso, colheita, armazenamento, secagem e riscos da utilização inadequada das plantas medicinais mais utilizadas pela população local” (Maringá, 2012, p. 42).

questão do cuidado com a nomenclatura. O que a gente quer aqui é trabalhar com o nome científico da planta. Tipo, capim santo, capim limão. Por exemplo a Citrolena é muito parecida com o capim santo e a citronela é planta tóxica é o capim santo na Venezuela, como agente está tendo muita migração, já tivemos que alertar essa diferença. Então essa troca de saberes com a comunidade, nessa relação existem alguns idosos indígenas com bastante conhecimento nessa área de ervas e a gente quer atraí-los para que haja realmente essa troca de saberes e assim, a melhora na atenção à saúde.

Nesse sentido, verificou-se que esse projeto se situa como um avanço rumo à concretização de diálogos com a forma de cura indígena, no sentido de englobar plantas medicinais aos modos de cura. Entretanto, embora a iniciativa desta profissional de saúde tenha sido um passo positivo, há de considerar a ausência da participação indígena na formulação desse projeto e tendo em vista a importância dessa contribuição quanto aos usos culturais de ervas para cura.

Ainda assim, ressalto que vem sendo possível perceber a essa conjuntura de implantação desse programa como uma possibilidade que possa abrir espaços em que relações intermédicas possam ser construídas no campo da Saúde indígena na atenção básica prestada a indígenas cidadãos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde o uso desordenado de plantas medicinais para fins de tratamentos, cura e prevenção de doenças pode levar a severos danos ao organismo. De modo que cerca de 80% da população faz uso de plantas medicinais para esses fins.

Desse modo, o SUS agrega esse programa a sua oferta de serviços de promoção da saúde e sobretudo presta orientações aos usuários, quanto ao uso adequado de determinadas plantas medicinais, numa perspectiva de diálogo e trocas de experiências acerca dos usos habituais.

Entretanto Langdon (2016) pontua que o sistema oficial possui uma estreita visão sobre a medicina tradicional, de modo que a percebe de forma limitada a um xamanismo genérico, acerca do uso de plantas medicinais sem levar em conta a variedade de sistemas indígenas de cuidado e formas de cura que são regidas por cosmologias específicas. Fato que pôde ser verificado no caso em análise. Porém, mesmo assim essa já é uma aproximação para ao estabelecimento de relações intermédicas.

Ademais é importante reconhecer e ressaltar os avanços da PNASI produzidos a saúde de indígenas cidadãos, de modo que os avanços produzidos pelas atuais políticas concernentes à ampliação da cobertura e de acesso a serviços de saúde, como também à melhoria de alguns indicadores de saúde do segmento indígena da população de seu país.

Contudo, ainda permanecem lacunas entre o perfil de morbi-mortalidade das populações indígenas latinoamericanas em relação às populações nacionais, com indicadores de condições de saúde ruins entre os povos indígenas, não só no Brasil, mas em âmbito mundial (LANGDON; CARDOSO, 2015).

3.4. BREVE DEBATE ACERCA DE POSSIBILIDADES DE AMPLIAÇÃO DA NOÇÃO DE INTERCULTURALIDADE NA PNASI: À INDÍGENAS NA CIDADE

Diante do cenário apresentado sobre os alcances e limitações até aqui evidenciados pela PNASI, percebe-se a necessidade de se abrir mais espaço para as esferas de participação indígena quanto à reformulação da atual PNASI. Talvez desse modo, a política possa ser apropriada e indigenizada por estes povos, passando a obter novo sentido e ganhando, assim, maior especificidade quanto à organização sociocultural do cuidado a saúde (FERREIRA, 2013).

Em contraponto, havemos de chamar a atenção para a situação atual do PNASI e ao distanciamento que mantém das práticas de saúde instituídas, no que se refere à incorporação de elementos da diversidade cultural indígena no trato das questões de saúde. A noção de interculturalidade presente nas estratégias de saúde ancoradas no SUS se mantém muito mais no campo dos discursos e das diretrizes genéricas do que no campo da prática e da operacionalização.

Conforme explicam Boccara & Bolados (2008, p. 221):

A noção da saúde intercultural promovida por políticas de saúde neoliberais responde a uma visão funcionalista e reeditoria da cultura, eliminando-a de dinâmicas relacionais entre coletividades / nações; eliminando a análise da complexa saúde / doença / cuidado de sua determinação material sobre o território e as relações sócio-espirituais e políticas que existem combinar.

Pois a noção de interculturalidade que predomina dentre as ações de saúde oferecida aos indígenas citadinos, corresponde diretamente ao interesse neoliberal, visando cada vez mais a medicalização e o distanciamento dos conhecimentos tradicionais de saúde e dos contextos intermédicos.

Essa configura uma questão bastante relevante no palco de formulação de políticas públicas. Por isso, é preciso estar atento para esse cenário de constituição de políticas públicas que vem agregando em suas ações características da política emergente na modernidade, onde o advento do moderno se impõe à frente ao tradicional (FERREIRA,

2013). Essa perspectiva enviesa a política pela hipertrofia da dicotomia tradição/modernidade, que subordina os saberes locais a uma ordem biomédica universal, que é estruturante dos discursos oficiais.

Desse modo, o Estado vem acenando com a construção de objetos híbridos de políticas públicas, mas que ainda assim constitui uma política deslocada da realidade vivencial de pessoas indígenas. Isso acontece principalmente em meio as vivências urbanas, onde se evidencia a persistência de altos níveis de enfermidade, conforme se pode depreender nos trechos abaixo:

Su situación continúa siendo precaria, marcada por la persistencia de enfermedades parasitarias e infecciosas que coexisten con una acelerada transición nutricional y epidemiológica en la que surgen nuevas enfermedades, incluyendo síndromes crónicos, sobrepeso y obesidad, trastornos mentales y del comportamiento, y causas externas de enfermedad y muerte (LANGDON; GARNELO, 2016, p. 459).

Adiante esses autores acrescentam que:

Este compromiso de articulación entre las prácticas indígenas y las oficiales se reafirmó en 2004, con la Ordenanza No. 70 "Directivas para el Modelo Administrativo de Salud Indígena" y en el Proyecto VIGISUS II sobre Medicina Tradicional (2004-2008). Apesar de su carácter dialógico y participativo, estos proyectos tuvieron poco impacto en las acciones del subsistema mayor (LANGDON; GARNELO, 2016, p. 459)

Os autores situam a necessidade de maior articulação entre a PNASI e as cosmologias indígenas, pontuando a criação desses espaços de intermedialidade como elementos que realmente poderão produzir interculturalidade no campo da saúde indígena.

Para tanto, me ancoro no exemplo do modelo de atenção intercultural adotado pelo Ministério da Saúde do Chile:

O modelo de atenção à saúde e interculturalidade no Chile aborda a "integração da abordagem intercultural" através de ações como "nutrição tradicional" nos centros de saúde, "harmonização de modelos médicos" que inclui a incorporação de curandeiros Mapuche tradicionais nos centros de saúde e a promoção de "jardins medicinais" nas comunidades (BOCCARA & BOLADOS, 2008, p. 221).

Nesse cenário, fica evidente o modo que conhecimentos indígenas podem ser empedados enquanto estratégia de recuperação da saúde. Desse modo, há de se considerar que com um pouco de conhecimento e de sensibilidade, espaços intermédicos podem ser construídos a fim de possibilitar uma Política de Saúde Indígena brasileira.

Tratam-se de espaços onde a pessoa indígena, a partir de sua agência, percorre negociando e renegociando suas lógicas de compreensão de mundo nos modos de curar e perceber a doença. Nestes, deve ocorrer o encontro de saberes, em meio a diversidade de possibilidades médicas. Por meio da fusão interepistêmica pode-se tornar possível romper com a visão eurocêntrica e ocidental dominante nas ações de saúde oficiais (WALSH, 2010).

E é dessa maneira que o presente trabalho busca fornecer subsídios que possibilitem a existência de outras alternativas para refletir sobre questões de saúde indígena no meio urbano. Ou seja, apontamos para algo que está além da dimensão biológica para explicar esses processos, passando a identificar os fatores de adoecimento e enfermidades em explicações provenientes das ciências sociais.

De modo similar, afirma Langdon (2016, p. 13):

“la medicina social, llamada *salud colectiva* en Brasil, ha surgido en América Latina como un campo distinto al de la salud pública característica de los países del norte, al ir más allá de la dimensión biológica del proceso de la enfermedad y pasar a centrarse en las condiciones sociales de la producción de la salud. Este movimiento ha sido receptivo a las contribuciones de las ciencias sociales para la comprensión del proceso salud-enfermedad y para la organización de los servicios de salud”.

Nesse sentido, o campo da saúde coletiva, vem recebendo especial atenção em razão da percepção da necessidade de olhar as ciências sociais como bases que poderão auxiliar na compreensão dos fatores ambientais e sociais que possuem potencial contribuição para a percepção dos caminhos de prevenção a doenças e também de organização dos serviços de saúde, visando a ampliação do acesso a atenção diferenciada no âmbito do SUS aos indígenas citadinos.

Langdon e Cardoso (2015) reafirmam essa importância da participação indígena plena na formulação das políticas, visando sanar essas lacunas que politicamente inviabilizam a visibilidade das demandas de cura indígena, bem como limitam o alcance das políticas de saúde existentes.

Nesse sentido, desenvolver ações que realmente alcancem as especificidades que envolvem a assistência à saúde desses povos é preciso articular as políticas públicas de uma forma mais ampla, visando direcionar para a redução das desigualdades históricas envolvendo tanto os valores sociais e políticos, quanto à diversidade de modos de viver na aplicação destas. Mas isso não é tarefa fácil de resolver, pois depende, sobretudo, da força dos movimentos sociais, visando superar as dificuldades políticas de cunho econômicas.

Contudo, em alusão aos objetivos desta dissertação, pontuo a situação em que se evidencia o campo de luta indígena atualmente em Boa Vista, em relação às dificuldades de acesso aos serviços de atenção à saúde indígena diferenciada, que vem explicar a configuração dos itinerários terapêuticos de indígenas nessa cidade. Isso poderá ser visualizado no capítulo subsequente deste estudo.

4. PLURALISMO MÉDICO: ANÁLISE DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Tendo como objetivo identificar e compreender os usos e modos de aplicação dos conhecimentos culturais indígenas no processo de construção dos itinerários terapêuticos de pessoas indígenas, até esse ponto discutimos os fenômenos de adoecimento e cura em relação com o conceito de cultura e de diversidade e, apoiados nessa discussão, realizamos o diagnóstico da situação dos indígenas na cidade de Boa Vista.

Doravante, trataremos de relacionar os dados obtidos a partir desse diagnóstico com a situação socioeconômica (aqui tratado como aspecto prevalente enquanto variável ambiental que favorece o surgimento das doenças) dos indígenas colaboradores da pesquisa. Para tanto, focaremos na identificação da pluralidade terapêutica que permeia as relações das pessoas indígenas, bem como nos sistemas de cuidado a saúde utilizados por elas.

Verificamos que as relações saúde-cultura vivenciadas por indígenas na cidade de Boa Vista se estabelecem associadas a dimensões simbólicas e socioculturais, as quais podem ser identificadas através das experiências de adoecimento das pessoas.

Em se tratando das condições e situações de adoecimento crônico, vimos até então que essas pessoas percorrem distintos territórios – por onde se estende a rede de relações comunitárias que se estabelece da comunidade para a cidade. Onde se pôde concluir que as atividades de busca por saúde, ou seja, os itinerários terapêuticos vivenciados se constituem claramente com base nos campos políticos dessa rede de relações intersocietárias.

A compreensão desse estado de coisas permitiu ter clareza de que mesmo as pessoas indígenas se encontrando em territórios urbanos/citadinos mantêm relações estruturadas a partir de fundamentos sociais e históricas, uma vez que estas se fundamentam em aspectos políticos, econômicas e culturais compartilhados (GASCHÉ, 2012; REPETTO, 2008).

Desse modo, pudemos vislumbrar que as redes terapêuticas são em grande parte movimentadas por trocas mediadas pelos movimentos indígenas em Roraima, que possuem uma força capaz de propiciar não somente o acesso às formas de atenção em saúde disponibilizada pelo SUS, mas também às redes terapêuticas agenciadas por pessoas indígenas. Nesses contextos intermédicos criam-se zona de contato em que a biomedicina e o conhecimento tradicional indígena interagem de forma dinâmica. Além

disso, foi identificado o uso de conhecimentos culturais nos diferentes modos de andar livremente e fazer escolhas em busca de saúde (FÓLLER, 2004; SILVA, 2015).

A importância das práticas de autoatenção e intermedicalidade terem sido exploradas neste estudo surgem como contribuições da Antropologia para as políticas públicas de Saúde, pois com base nessas propostas as práticas de saúde devem ser entendidas a partir da autonomia e agência indígena que se evidenciam em oposição a perspectiva biomédica, caracterizada como universalista e biologicista.

Nesse sentido, é importante sinalar como marco diferencial de contribuições da antropologia da saúde neste estudo, a distinção entre os termos do “**autocuidado**” e a **autoatenção**, o primeiro desenvolvido nos ramos da biomedicina e o segundo, associado ao estilo de vida. Nesse sentido, como “**autocuidado**” compreende-se as ações desenvolvidas no campo individual para prevenir a propagação de certos adoecimentos. O emprego deste conceito pelo setor da saúde **diferencia-se** do conceito de autoatenção cujo caráter é basicamente grupal.

Entretanto, é importante pontuar que diante destes aspectos, prevalece a importância de se considerar o conceito de “autocuidado” como uma variante do conceito de autoatenção, tendo em vista que este último foi impulsado por meio de determinantes ideológicos, não somente técnicas, mas também sociais. Em consequência, as atividades de automedicação e autocuidado são abrangidas pelo processo de autoatenção, mas não são equivalentes, já que a autoatenção constitui um conceito mais amplo no sentido de abarcar especificidades plurais de tratar a saúde. Assim é preciso esclarecer que conforme a visão de alguns autores, o autocuidado possui implicações basicamente preventivas, tendentes a potencializar a saúde no plano da denominada “saúde positiva”, e a autoatenção implica ações mais voltadas ao estilo assistencial; enquanto que para outros, tanto a autoatenção quanto o autocuidado, podem desenvolver ambos tipos de atividades, e a diferença radica nas ênfases individual e grupal. Situando-se o autocuidado impulsado pelas políticas ideológicas, enquanto que, o conceito de autoatenção, refere-se mais a uma concepção compreendida pela saúde coletiva (MENÉNDEZ, 2003).

Considerando essas compreensões, pontua-se as formas autoatenção que as pessoas indígenas utilizam, como uma ferramenta capaz de elucidar os determinantes de saúde e de adoecimento, sendo esta, uma estratégia de contribuição diretrizes de saúde que efetivamente possam dialogar com as necessidades dessas pessoas na cidade.

Nesse sentido, esse estudo aponta a importância da mudança de olhar do corpo das ciências médicas para o campo da construção social e relacional do corpo e dos diversos

modos acionados para produzir saberes sobre processos saúde-doença, de modo que se possa compreender melhor os modelos de atenção a partir da perspectiva dos povos indígenas da cidade (LANGDON, 2014).

Dentre os caminhos dessas pessoas na cidade motivadas por questões de saúde é importante enfatizar a agência destas e de seus grupos sociais na escolha das diferentes alternativas de cuidado, assim como as negociações, misturas e até uniões entre estas. Além disso, é por meio dessa agência indígena que se reconstroem e regulam esses saberes acessados por meio da autoatenção (MENÉNDEZ, 2009, LANGDON, 2014).

Ou seja:

Por autoatención nos referimos en este trabajo a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. Es decir que la autoatención refiere a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto de sus padeceres, incluyendo las inducidas, prescriptas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los sujetos conduce a que una parte de dicho proceso de prescripción y uso se autonomice, por lo menos en términos de autonomía relativa (MENÉNDEZ, 2003, p. 199).

Nesse contexto, autor acima citado situa a autoatenção como o eixo central onde se desenvolvem as atividades dos sujeitos sociais, ou seja, a *práxis* das pessoas indígenas. Estas atuam de forma autônoma e elegem como secundária ou decisiva as outras formas de atenção, agindo de acordo com suas decisões ponderadas por mais de uma lógica.

Desse modo, para compreender as estratégias de agência e cura utilizadas pelas pessoas indígenas dentro dos três setores de cuidado à saúde: 1) setor profissional, 2) setor popular e 3) setor familiar, foi necessário tomar esse conceito como o principal núcleo de articulação prática da atenção, uma postura que tornou possível visualizar as possibilidades de oferecer atenção à saúde de um modo simétrico.

Menéndez (2003) assevera que para construir essa forma de atenção à saúde foi necessário seguir os seguintes passos: identificação e descrição das formas de atenção e depois, a identificação das ações dos sujeitos sociais para superar seus adoecimentos. Nesse sentido, se faz atenção à saúde e não a partir do que os curadores, biomédicos ou tradicionais, alternativos impõem como modelo certo.

Visando explicitar esses itinerários e elucidar esses elementos supramencionados foram identificadas as seguintes categorias de análise; processo saúde-doença, a busca por saúde, os conhecimentos culturais e contextos intermédicos acessados.

A seguir trataremos de cada uma delas separadamente.

4.1. EXPLICAÇÃO SOBRE OS PROCESSOS SAÚDE-DOENÇA

Conceber saúde-doença, bem como compreender os fatores que podem explicar suas causas, é por si só uma tarefa complexa, haja vista que estão envolvidos nesse fenômeno várias causalidades ou modos de perceber esses conceitos. Para tanto, utilizando as contribuições de Menéndez (2009), nesse estudo foi indispensável partir do ponto de vista das pessoas indígenas na descrição do que estas percebem como saúde-doença, bem como delinear o que fazem, o que usam, o que e onde vão para resolver seus problemas de saúde.

Nesta proposta foi adotada uma postura que tomou como fundamentos de análise a perspectiva antropológica que requer um olhar neutro quando se depara com culturas diferentes, visando aproximar-se dos valores e conhecimentos que orientam e possibilitam a compreensão da explicação das doenças e cura indígena, numa perspectiva que não descarta as contribuições do modelo biomédico e que por meio do relativismo cultural percebe a vertente biológica da doença em relação a construção social desse processo (LANGDON, 2010).

Langdon (2010, p. 178) acrescenta sobre esse relativismo cultural que: “é ele que permite compreender o porquê das atividades e os sentidos atribuídos a elas de forma lógica, sem hierarquizá-los ou julgá-los, mas somente, e sobretudo, reconhecendo-os como diferentes”

Nesse sentido, esse conceito, foi analisado através de processos vivenciados pelas pessoas em análise, em busca de cura na interação com os distintos sistemas médicos existentes na sociedade urbana de Boa Vista.

Desse modo, com base na proposta de Langdon (1994; 2014a) e Buchilet (1991), analisou-se a percepção saúde-doença como processo e como experiência das pessoas indígenas em adoecimento e visou-se inicialmente identificar os critérios de reconhecimento da doença, a avaliação e o diagnóstico.

Para Fóller (2004) esse tipo de abordagem é importante, uma vez que existe a necessidade de superação das zonas de soberania dos saberes biomédicos e a relação de

subalternização dos conhecimentos indígenas por parte da atuação de instituições e profissionais de saúde que vem tratando-os como não médicos, definindo apenas a medicina oficial o *status* de verdadeira medicina curativa. Nesse sentido essa abordagem oferece contribuições que poderão tornar possível pensar uma saúde indígena numa vertente intercultural.

Em razão disso, decidiu-se estudar as experiências de adoecimento das pessoas, visando conhecer melhor os conceitos indígenas de saúde e doença para que se possa pensar políticas públicas de saúde voltadas para as populações culturalmente diferenciadas. O objetivo é refletir principalmente sobre o caso de indígenas na cidade.

Langdon (2004) e Pellegrini (2004) enfatizam que considerar a compreensão desse processo saúde-doença na visão indígena é um passo importante para implementar a inserção da antropologia social como ferramenta de compreensão da alteridade da pessoa indígena frente às políticas de saúde pública, conforme foi esboçado no capítulo 2 (dois) desse estudo.

Nesse sentido, seguindo os parâmetros analisados nesse estudo em conformidade com o que preconiza Langdon (1994), visualizou-se que as pessoas percebem a vivência de adoecimento e reagem a ela, e assim, vão interagindo segundo suas interpretações da doença. Nessa conjuntura, decidir estar doente configura-se como um processo construído junto ao grupo social, haja vista que isso envolve noções compartilhadas sobre o corpo, o modo como este reage normalmente e que sinais podem ser interpretados como doença. Desse modo, a partir do momento em que a pessoa percebe que não está bem e começa a investigar os sintomas do corpo, a depender do ambiente cultural, ela vai diagnosticar seus sinais. Nessa perspectiva os processos saúde-doença são construídos na vida social envolvem interação e negociação do grupo social.

Para entender a influência desses processos, foram examinadas as histórias de vida das pessoas entrevistadas, numa perspectiva que compreende o ser humano como um ser psicobiológico, formado por uma complexa gama de fatores tanto biológicos, como socioculturais (LANGDON, 2010).

Sendo assim, conforme a perspectiva dessas pessoas indígenas cidadinas, pudemos identificar nas entrevistas diferentes ideias e compreensões desses processos saúde-doença, os quais apresentamos a seguir de forma resumida na tabela 06.

Tabela 06 - Concepções sobre saúde-doença

Entrevistados	Conceito de Saúde	Conceito de Doença
Lua (59 anos)	“Quando tenho saúde me sinto alegre, animada, saio para pescar e andar por aí, fazer minhas coisas”.	“A doença é muito triste, maltrata as pessoas, quando a gente quer comer, não come e fica aquela fraqueza no corpo da gente”.
Sol (100 anos)	“Saúde é força para ajudar os outros é a promessa do senhor que coisa na gente e a gente vê o que é a doença, eles os caboco, através da promessa do senhor fazem a cura”.	“A doença é coisa ruim que jogam para cima das pessoas, eu perdi a minha filha há dois meses, foi uma mulher que estragou minha filha, jogou macumba para cima dela, ela caiu não levantou mais, não andou mais, não falava, só vivia no fundo da rede”.
Chuva (80 anos)	“É estar bem, não sentir dor”.	“É coisa ruim demais”.
Vento (50 anos)	“Eu nunca tive nem saúde, desde que eu era jovem peguei diabetes, porque nunca tem cura”.	“É ruim demais, não posso ir pescar porque dói muito minha cabeça”.
Trovão (53 anos)	“Saúde é a pessoa se cuidar, procurar o máximo se cuidar. É também muita coisa, começando pela alimentação, você enche o prato de comida não quer dizer que está comendo bem, como comer, na hora certa, mastigar bem, aprendi uma nova reeducação alimentar para adequar a quantidade de comida”.	“A doença é uma coisa que muda a rotina da pessoa, então se você trabalha, dependendo da gravidade, você muda toda o seu sistema de viver”.
Luz (53 anos)	“Saúde significa muita coisa, médico bom no hospital, mas é difícil a gente ir no hospital, é difícil a gente adoecer também, a gente não é de ir em médico”	“Doença é malária, e essas doenças que estão vindo agora Chikungunya, dengue”.
Tempestade (53 anos)	“É uma coisa boa”.	“É febre, dor de cabeça, a doença vem pelo vento porque o pessoal quando está falando a nossa língua <i>Makuxí</i> fala que vem pelo vento.
Neve (64 anos)	“Ter a visão boa, porque eu nem enxergo direito por causa da diabetes, é andar, fazer tudo, trabalhava muito, quando adoeci deixei de fazer tudo”.	“Diabetes, pressão, alta, pedra nos rins, tontura, deixei de fazer muitas coisas, eu tinha uma vida muito ativa, andava ia por aí, agora não aguento andar longe, fico só aqui”.
Lua Cheia	“Coisa muito importante”.	“Atrapalhava a vida e quando a gente se entrega e não faz nada”.

(43 anos)		
Solstício (72 anos)	“Há ter ânimo para fazer as coisas, para trabalhar”.	“É coisa que aparece na velhice, eu nunca tive dor de cabeça, me atacou agora esses dias, fui parar no hospital”

Fonte: pesquisa de campo.

Os depoimentos elencam alguns pontos significativos quanto ao conceito de saúde para essas pessoas, de modo que saúde na visão delas é ter a “alegria para andar por aí e fazer o que se gosta sem as limitações das doenças, é ter força para ajudar os outros, é ter acesso a modos de se alimentar saudável, é sobretudo ter bom ânimo”.

De outra perspectiva, o conceito de doença se relaciona com “ter a vida limitada pelos sintomas físicos e a velhice ajuda, é deixar de fazer muito do que se gosta por isso, e tem também a causalidade relacionada ao vento, ou seja, inclui a forte relação com a natureza como um fenômeno que pode influir no estado de saúde da pessoa”. Nesse passo é importante enfatizar que a doença também foi conceituada como algo externo ao corpo, e não apenas como um mal funcionamento interno, o que evidencia a relação dos condicionantes sociais de saúde.

Segundo Langdon (1996), a doença é um processo construído através de contextos socioculturais e vivenciado pelas pessoas em adoecimento. Ela, a doença não se configura como um conjunto de sintomas físicos universais observados numa realidade empírica, mas como um processo subjetivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura. De modo que a perspectiva dessas pessoas em análise visualiza essas prerrogativas.

Ao se comparar esses pressupostos sobre saúde-doença com o conceito definido pela OMS (2016), que define que “ter saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”, podemos perceber melhor quão limitado é este conceito quando relacionado com as concepções de saúde-doença defendidas por alguns autores;

Como Silva (2015) concebe saúde-doença do ponto de vista sociocultural, de modo que esta prerrogativa está aberta a receber várias denominações visando contemplar a multiplicidade de sentidos que adquirem ao longo da experiência de adoecimento humano. Minayo (1994), por seu turno, percebe essa noção como fruto de uma realidade construída, em que o doente é um ator que se movimenta no meio social conforme as regras criadas dentro da sociedade, de modo histórico e culturalmente influenciado e, por meio desses fazeres das pessoas, se percebe a relação da cultura e a importância de sua expressão

para mapear modos mais efetivos de compreender os adoecimentos e elaborar estratégias de prevenção e cura.

Nesse sentido, os conceitos frutos de concepções das pessoas entrevistadas se assemelham muito mais aos debates abordados por esses dois autores.

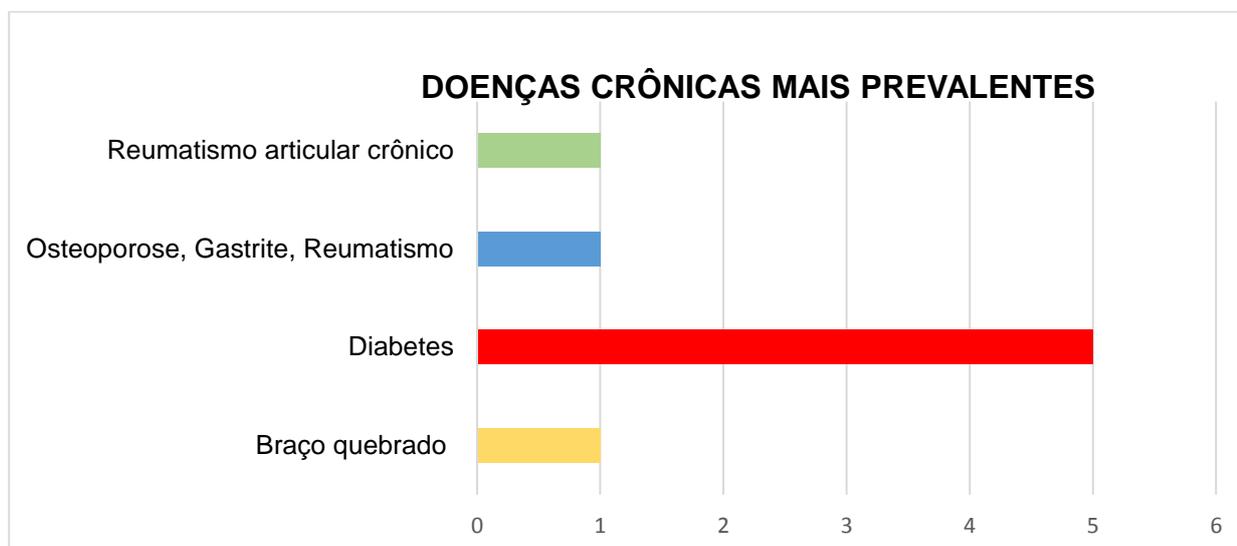
Corroborando esse debate, Viveiros de Castro (2002) e Brasil (2010), asseveram a importância dessas concepções indígenas, pois justificam que estas possuem influências das crenças e saberes de cura de povos indígenas com aspectos constituintes de suas cosmologias, que abarcam espaços onde ocorrem influências de seres sócio-espirituais e de outros atores que podem causar desordens, como doenças individuais e comunitárias.

Por isso, foi interessante estudar a percepção dessas pessoas, considerando as influências plurais de fatores socioculturais como elementos fundamentais para a compreensão das redes de itinerários terapêuticos que estas trilharam. Para tanto, na sequência analisamos o perfil epidemiológico prevalente entre as pessoas em análise.

4.2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SAÚDE DE INDÍGENAS NA CIDADE

Considerando o diagnóstico realizado no primeiro capítulo desse trabalho, assumimos a posição de que a saúde indígena precisa ser entendida numa perspectiva sociopolítica, tendo em vista a compreensão dos condicionantes sociais de saúde-doença. Nesse contexto compreendemos de forma mais clara elementos determinantes das condições de adoecimento experienciadas pelas pessoas em análise a partir da identificação dos fatores causais biológicos e sociais e culturais existentes. Para tanto, traçamos o perfil diagnóstico das doenças crônicas mais prevalentes, conforme indica o gráfico abaixo.

Gráfico 05 - Perfil de Doenças crônicas mais prevalentes



Fonte: pesquisa de campo.

O gráfico permite visualizar que as doenças crônicas não-transmissíveis, caracterizadas como patologias que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração, são muito presentes na população indígena urbana. Para Carrasco *et al.* (2004), as pessoas da cidade apresentam maiores índices de incidência desse tipo de doenças, uma vez que apresentam taxas duas vezes maior que as pessoas que vivem em áreas rurais.

Conforme a OMS (2017), são concebidas como crônicas as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, isquêmicas, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e diabetes. Nessa categoria, estão incluídas também as doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, cujas desordens também envolvem a parte mental e neurológica, além de doenças bucais, ósseas, articulares, patologias genéticas oculares e auditivas.

Ainda conforme essa Organização, o crescimento global dessas doenças crônicas não-transmissíveis é um desastre que vem ocorrendo lentamente, porque muitas destas doenças estão afetando não só a pessoas indígenas, mas a população geral. Eles aparecem com o envelhecimento e são influenciadas também pelos hábitos. Estudos estimativos demonstram que nos próximos 20 (vinte) anos as doenças crônicas não-transmissíveis serão responsáveis por gastos de cerca de US\$ 30 (trinta) trilhões para a economia global.

Nesse sentido é importante pensar nos determinantes socioculturais, políticos e ambientais dessas doenças crônicas, conforme se vê se abaixo:

Figura 06 - Condicionantes do surgimento de doenças crônicas

Causas das doenças crônicas

DETERMINANTES SOCIOECONÔMICOS, CULTURAIS, POLÍTICOS E AMBIENTAIS BÁSICOS	FATORES DE RISCO COMUNS MODIFICÁVEIS	FATORES DE RISCO INTERMEDIÁRIOS	PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS
Globalização	Alimentação não saudável	Pressão sanguínea elevada	Doença cardíaca
Urbanização	Inatividade física	Glicose sanguínea elevada	AVC
Envelhecimento da população	Consumo de tabaco	Concentração anormal de lipídios sanguíneos	Câncer
	FATORES DE RISCO NÃO MODIFICÁVEIS	Sobrepeso/ Obesidade	Doenças respiratórias crônicas

Fonte: OMS, 2017.

Ao observar esses determinantes e relacionar com a doença crônica mais prevalente apontada nesse estudo, conforme o gráfico 05, no caso, a diabetes, verifiquei que seus fatores condicionantes, sejam socioeconômicos, culturais, políticos, ambientais, e, ainda, relativos à urbanização, estão presentes na situação dos indígenas da cidade acima analisada, conforme se visualizou no capítulo 01 (um) desse estudo. Para uma maior compreensão desse fenômeno foi esboçada uma caracterização de suas determinantes.

Nesse sentido primeiramente, é importante conceituar o que é a diabetes: conforme a OMS (2017) é uma patologia caracterizada pela elevação nos níveis de glicose no sangue, ou seja, do açúcar. Esta elevação é resultado da falta do hormônio insulina, que controla os níveis de glicose no sangue, ou de uma incapacidade dos tecidos do corpo em responder de modo adequado à insulina. O mais comum é o diabetes do tipo (2), que corresponde a cerca de 90% de todos os diabetes e é causado, principalmente, pelo sobrepeso e falta de atividade física. Já o diabetes do tipo (1) ocorre menos e é provocado pela falta total de insulina, sem insulina, esse tipo de diabetes causa mortalidade rapidamente. De modo, que se faz importante atentar os determinantes dos riscos dessa doença:

Os fatores de risco para diabetes mellitus, podem ser, de forma simplificada, determinados desta forma: história familiar de diabetes, como pais, irmãos com diabetes; obesidade, com 20% ou mais acima do peso ideal ou IMC maior ou igual a 27kg/m² raça ou etnia, como os afrodescendentes, hispânicos, indígenas, orientais e nativos das Ilhas do Pacífico; idade maior ou igual a 45 anos; comprometimento da glicose em jejum ou comprometimento da tolerância à glicose identificados previamente; hipertensão com valores maiores ou iguais a 140/90 mmHg; nível de colesterol HDL menor ou igual a 35 mg/dl e/ou níveis de triglicérides maior ou igual a 250 mg/dl e; história de diabetes gestacional ou parto de recém-nascido com mais de 4,5 kg (QUEIROZ, et al., 2017, p. 14).

Nesse sentido, diante da identificação da alta prevalência da diabetes na população indígena citadina, os debates se direcionam para os condicionantes de saúde que vem resultando neste cenário:

Além disso, de acordo com Carrasco et al. (2004), se as tendências atuais persistirem, no ano de 2025 a maioria das pessoas com diabetes nas cidades desenvolvidas tenderão em média 65 (sessenta e cinco anos) ou mais.

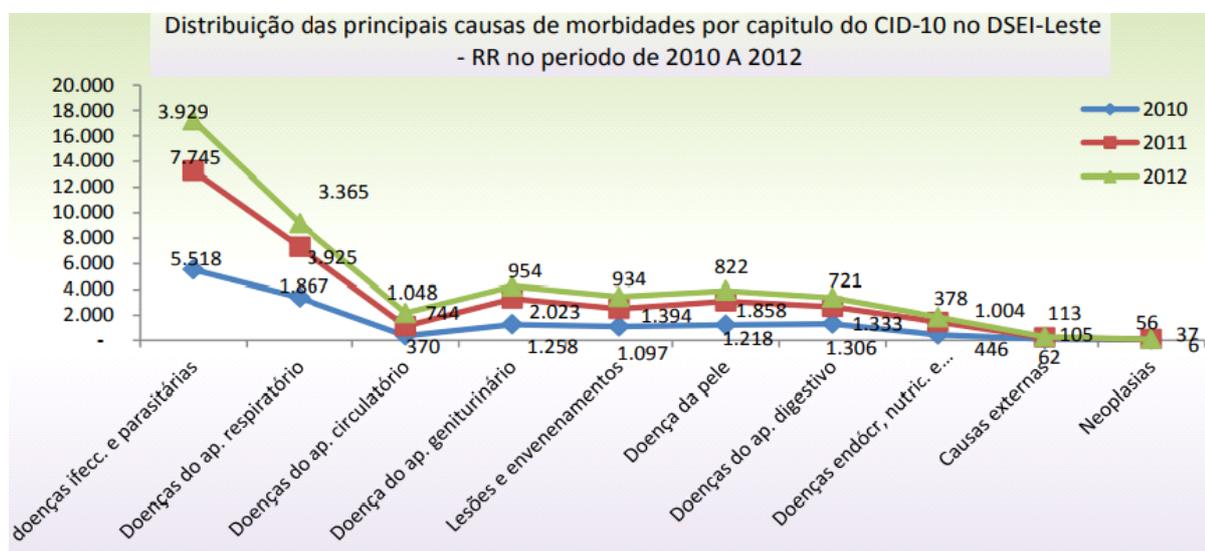
Pensando na gravidade dessas estimativas, foi possível elencar alguns dos determinantes desse quadro clínico, a iniciar pelo estudo de Freitas et al. (2016), que investigou a prevalência da diabetes mellitus e sua associação com os fatores socioeconômicos, demográficos, antropométricos e clínicos em mulheres indígenas do Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil.

Neste, foram investigados os estados de saúde de 385 mulheres indígenas na faixa etária de 18 a 59 anos, residentes nas aldeias *Bororó* e *Jaguapiru*. Quando avaliados os hábitos de vida, aproximadamente, 10% referiram tabagismo e consumo de bebida alcoólica. A presença de familiares de primeiro grau com diabetes mellitus foi referida por 20% das mulheres do estudo, e o uso de medicamentos para o diabetes mellitus, por 5,5%. Dentre as indígenas que apresentaram glicemia capilar casual alterada, 42,8% não faziam uso de medicamentos para a diabetes mellitus, e 57,1% possuíam entre 40 e 49 anos.

Em outro estudo realizado com os indígenas Yanomámi em Roraima, apenas um caso 1,4% de glicemia alterada foi encontrado. Nesse caso, a prevalência da doença foi semelhante à encontrada nos indígenas *Khisedje* 3,8%, do Parque Xingú, na Região Central do Brasil. Quando estes casos foram comparados aos dos indígenas norte-americanos *Cocopah* (34%) e *Cherokee* (10%), a prevalência de glicemia alterada foi maior do que as dos *Yanomámi* e a dos *Khisedje*. Esse perfil se explica, pelas características étnicas e ambientais, pois os norte-americanos tiveram um contato intenso e precoce com os povos não indígenas, fato que contribuiu para a modificação dos hábitos tradicionais (FREITAS, et al., 2016).

Numa situação de condicionantes do perfil de adoecimento semelhante à desse grupo indígena norte-americano, estão os indígenas latino-americanos do Leste de Roraima, conforme aponta a Cartografia de Saúde do DSEI/Leste (2012), dado que as doenças crônicas prevalentes entre os indígenas residentes nas comunidades indígenas cobertas por esse Distrito aparecem como as principais patologias geradoras de morbidade, conforme aponta a seguinte imagem:

Figura 07 - Morbidades mais prevalentes de indígenas aldeados atendidos pelo DSEI/LESTE de Roraima



Fonte: EPIDEMIOLOGIA/SIASI/2012.

As principais causas de morbidade observadas foram as mesmas em todos os anos avaliados, estando as doenças mais prevalentes no grupo das infectos parasitárias, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório e do aparelho circulatório, dentre outras. Desse modo, pode-se compreender que as doenças crônicas se fazem presentes nesse indicativo.

Apesar deste indicativo referente à presença dessa doença na realidade de indígenas aldeados do DSEI Leste/RR, a cidade de Boa Vista aparece no *ranking* com o menor índice a nível nacional desta patologia, com apenas 5,3 de casos para cada 100 mil habitantes, ficando o estado do Rio de Janeiro (RJ) com a maior prevalência, com 10,4 diagnósticos confirmados para cada 100 mil habitantes, seguida de Belo Horizonte (MG) e Natal (RN), ambas com 10,1; Curitiba (PR), Recife (PE), São Paulo (SP) e Vitória (ES), com 9,6 cada (LOPES, 2017).

Talvez esse indicativo possa ser explicado pelo fato de que a cidade de Boa Vista tenha sofrido processo de urbanização mais recentemente e tenha a população bem menor, quando comparada com o período de urbanização e o quantitativo populacional da cidade do Rio de Janeiro e das demais cidades mencionadas. Assim como atesta Laurenti (1975), a rápida urbanização que vêm ocorrendo nas cidades latino-americanas tem resultado em alguns problemas de saúde para as suas populações.

Para esses autores os resultados da crescente urbanização, se estendem para diversos graus de modificação dos padrões de vida, dos níveis de exposição a fatores de agravos a saúde. Essa mudança resulta em alterações metabólicas que estariam vinculadas a predisposição genética identificada em povos indígenas e devido às condições adversas de ocidentalização e, ainda à desnutrição causada pela escassez de alimentos nutritivos (CARDOSO, 2005; BRASIL, 2000; GUERREIRO, 2013; OLIVEIRA, et al., 2011).

Em consequência de tanta urbanização foi evidenciado que a vida a urbana se apresenta como um condicionante social que propicia o desencadeamento da doença crônica diabetes, conforme foi evidenciado por esses 8 (oito) estudos investigados abaixo:

Tabela 07 - A urbanidade como condicionante social do Diabetes

QUANTO MAIS URBANIDADE MAIS DIABETES			
N. Ordem	Estudos verificados	Autor	Ano
1	<i>Prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en dos poblaciones aborígenes de Chile en ambiente urbano.</i>	CARRASCO, et al.	2004
2	Integralidade e indígenas urbanos: análise dos relatos de profissionais de uma unidade básica de saúde no município de São Paulo.	FIDELIS	2014
3	Perfil Epidemiológico da População Indígena no Brasil: Considerações Gerais.	COIMBRA;SANTOS	2001
4	<i>Prevalencia de diabetes mellitus y dislipidemias en indígenas del resguardo Cañamomo-Lomaprieta , Colombia.</i>	ARIAS, et al.	2012
5	<i>Prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en comunidades Pehuenches, Alto Biobio.</i>	VELÁSQUES; NAVARRETE	2012
6	Saúde do idoso indígena no brasil: revisão integrativa	REIS	2016
7	Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados em mulheres indígenas do Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil.	FREITAS, et al.	2016
8	<i>Estudio descriptivo de factores de riesgo cardiovascular a una muestra de la población de una comunidad indígena de honduras</i>	REYES	2011

Fonte: pesquisa bibliográfica.

Para Reis et al. (2016), a diabetes é resultado desse excesso de urbanização evidenciado na tabela e é reflexo de algumas alterações de hábitos e costumes indígenas na cidade, devido ao constante contato com os brancos, como já foi mencionado. Além disso, em relação à alimentação, hoje indígenas consomem comidas industrializadas.

Essa mudança resulta em alterações metabólicas que estão vinculadas a predisposição genética identificada em povos indígenas, por conta das condições adversas de ocidentalização (CARDOSO, 2005; BRASIL, 2000; GUERREIRO, 2013).

Outro ponto abordado por Guerreiro (2013) acerca dos hábitos indígenas na vida urbana é o fato dele afirmar que os indígenas de hoje não caçam, não pescam e muito menos sobrevivem do sustento da natureza. Nesse sentido, no capítulo 2 (dois) desse estudo, o gráfico - 04 evidencia o fato de 6% das pessoas entrevistadas possuírem um forte hábito de pesca, mesmo residindo nas periferias da cidade. Assim, enfatizo o caso de Trovão (53 anos) que somente pela incapacidade gerada pela doença não mantém esse hábito na atualidade.

Além disso, Lopes (2017) destaca o fato de a diabetes possuir duas classificações e nas duas a base genética ser pontuada como condicionante da doença tanto quanto a ambiental/social: o primeiro tipo é o mellitus 1 (um), o mais comum entre os jovens; enquanto o segundo, tipo 2 (dois), é adquirido através da alimentação numa relação com fatores genéticos e se desenvolve no decorrer dos anos.

Essa concepção de que o fator genético é um condicionante determinante para o desencadeamento do diabetes é muito frequente na literatura revisada. Por outro lado, penso na importância de dar maior ênfase aos fatores ambientais envolvidos nessa relação de adoecimento, como por exemplo, defende Barsaglini (2008), que reconhece a importância das práticas alimentares de pessoas pertencentes a setores sociais mais vulneráveis socioeconômicamente, como é o caso dos indígenas em análise neste estudo.

É importante destacar para reflexão dos condicionantes sociais de saúde o cenário de dificuldades de acesso a direitos abordado pelo capítulo 2 (dois) desse estudo. O fato de ser difícil possuir recursos para se alimentar faz com que o estado nutricional colabore para a determinação social da doença e com a relação dialética com as condições materiais da vida. Além disso, Barros, et al., (2003) apontou a influência da desigualdade social na prevalência de doenças crônicas: pessoas indígenas apresentaram maiores frequências para a maioria das doenças pesquisadas.

Nesse sentido, visualiza-se que as características socioeconômicas desse grupo determinam os seus estilos de vida e podem ser um dos obstáculos para a mudança de comportamentos alimentar, pois, mesmo que eles tenham consciência dos condicionantes de adoecimento, eles não possuem condições materiais de transformar essa realidade social (LIMA, et al., 2004). Rocha demonstra que:

Os indígenas com diabetes tinham uma dieta pouco saudável, com baixo consumo de vegetais, frutas e legumes e nível de atividade física, alto consumo de doces e refrigerantes e alta prevalência de obesidade. Em relação à etnia, participaram 119 Kaingangs (79,2%) e 31 (20,8%) Guaranis. A diabetes foi detectada em 79 (66,1%) Kaingangs e 19 (61,3%) Guaranis. No grupo de indígenas residente no Rio Grande do Sul com idade superior a 40 anos teve maior prevalência, considerando o sexo feminino. A educação e a motivação para a saúde dos indígenas é possivelmente o melhor caminho para o controle e para a promoção da saúde nessa população ainda ignorada pelas políticas de saúde pública. É preciso desenvolver políticas de prevenção e de saúde voltadas especificamente às necessidades dos indígenas nesta cidade (ROCHA, et al., 2011).

Nesse sentido, o autor pontua a necessidade de desenvolver estratégias de educação alimentar para sanar os males à saúde causados por essa questão. Para Queiroz, et al., (2017), neste contexto as pessoas indígenas precisam de uma atenção especial de uma equipe multiprofissional de saúde que lhes forneçam as orientações adequadas para um autocuidado eficiente e um manejo adequado da doença.

Entretanto, assim como foi observado nas análises produzidas no capítulo 2 (dois) desse estudo, observou-se as dificuldades dos profissionais de saúde e das políticas públicas de saúde para se adequar às realidades indígenas na cidade. Evidenciando uma situação que não ocorre só em Boa Vista, mas também, no extremo sul do Brasil.

Pensando justamente na necessidade de devolver estratégias de prevenção em saúde envolvendo a questão alimentar. Duran (2013) afirma que o padrão de alimentos consumidos por uma família pode sofrer influência da disponibilidade dos tipos de alimentos oferecidos nos supermercados locais, pois, este autor verificou que: moradores residentes próximos à pontos com variedades de frutas as consomem mais, enquanto os que residem próximos a *fast foods* tendem a consumir mais refrigerante, açúcar, dentre outros alimentos processados.

Apesar dessas tendências, penso que em se tratando da realidade das pessoas indígenas em análise, a questão da escassez material acaba possuindo maior influência nesse contexto de escolha de alimentos, pois os alimentos processados são menos

custosos e na sociedade urbana altamente industrializada são de mais fácil acesso. Na visão de Duran (2013), esse padrão de alimentar é conceituado como deserto alimentar.

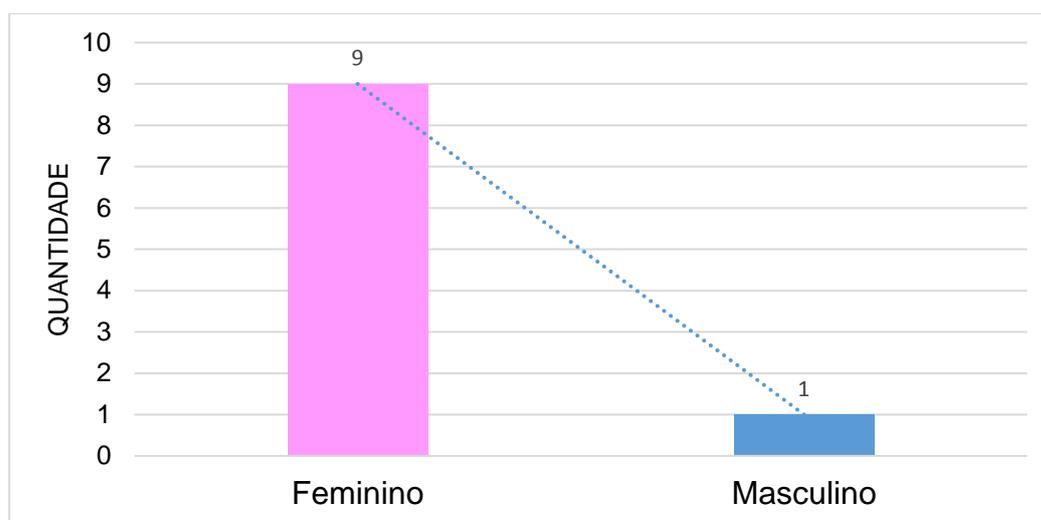
Para incentivar a reflexão acerca dessa questão, numa perspectiva de maior aproximação à vertente sociocultural de conceber esses condicionantes de saúde na realidade de povos indígenas, considero neste debate o estudo realizado por Pellegrini (1998) com povos *Yanomámi* mostra como a comida aparece como tema central e possui relação com o processo de adoecimento que aparece como uma ruptura nas regras de comer, envolvendo índios, garimpeiros, profissionais de saúde e suas relações com a natureza. Nesse contexto o comer aparece ligado ao conceito de saúde-doença, servindo como um símbolo chave para a compreensão de diversos aspectos ligados a estes processos.

Entretanto, é importante refletir que a maior adesão a produtos industrializados e a adaptação ao modo de comer dos brancos por parte das pessoas indígenas se relaciona com dominação simbólica dos brancos e a supervalorização das coisas dos brancos, dadas as relações de supremacia e adestramento de hábitos que foram sendo inseridas historicamente na vida desses povos.

Para além da questão cultural presente nos modos de comer está o hábito urbano de comer que vem gerando influência na questão alimentar indígena e que vem aparecendo como condicionantes de adoecimento. Essa incidência é apontada no estudo de Fóller (2004), que considera também a escassez alimentar, como um evento desencadeante de doenças.

Trata-se de um dado importante de se considerar, visto que, o diabetes vem afetando principalmente as mulheres indígenas investigadas nessa análise, conforme indica o gráfico abaixo:

Gráfico 06: Participantes identificados por Gênero



Fonte: a pesquisa de campo.

Nesse gráfico, verificou-se a maior prevalência da diabetes em mulheres do que em homens, assim como ocorreu na realidade dos indígenas *Mapuche*, conforme aponta Carrasco:

El estudio de Larenas y Cols, en 1985, en una comunidad rural Mapuche del sur de Chile, mostró una prevalencia de diabetes de 0,4% en hombres y 1,4% en mujeres, sin embargo, la repetición de esta encuesta en 1999, arrojó una prevalencia de diabetes de 3,2% en hombres y 4,5% en mujeres [...] y probablemente de otras enfermedades crónicas. Considerando el mayor riesgo de ECN en zonas urbanas, se espera que estas patologías afecten en mayor proporción a estos grupos cuando viven en ciudades grandes (CARRASCO, et al., 2004, p. 1190).

Com relação à prevalência de diabetes mellitus encontrada na população estudada considera-se essa doença um grande problema de saúde pública e que afeta principalmente a idosos, de modo que já é considerada como uma doença esperada para a fase do envelhecimento (REIS, et al. 2016).

Victoria e Knauth (2004) apontam a importância da relação entre gênero, saúde e doença como elementos importantes para o estudo dos fatores protetores ou de risco ao desencadeamento de determinadas doenças.

Ainda conforme essas autoras se faz importante enfatizar o papel da mulher na percepção dos sintomas e na definição de itinerários terapêuticos no ambiente familiar. Nesse sentido, há uma espécie de classificação de alguns padrões de adoecimento. Assim, por exemplo, as mulheres adoecem mais dos nervos, já os homens de problemas musculares, nesse sentido, o primeiro grupo, constrói sua trajetória de busca pela cura utilizando especialistas de áreas como psicologia, religiões, enquanto os homens usam a

medicina familiar, cuja gama de conhecimentos é no geral feminino, e também a biomedicina. Essas concepções foram visualizadas na análise sobre os itinerários terapêuticos desse estudo.

Por conta da importância do gênero na determinação dos processos saúde-doença, os programas de atenção à saúde desenvolvidos pelo SUS podem ser influenciados de modo a englobar formas de pensar os programas de atenção à saúde da mulher na cidade em detrimento de suas especificidades. Nesse sentido, pontuo essas considerações buscando dar visibilidade à participação das mulheres indígenas nas ações operativas da PNASI na cidade.

Contudo, estão em curso mudanças nos perfis de morbi-mortalidade de indígenas na cidade, de modo que ficou evidente que o adoecimento vem se constituindo a partir dos sentidos agregados pelas experiências da vida, fato que segue relacionado às transformações socioculturais, globais. Eles têm a ver condições sociais favoráveis ao desencadeamento da doença dos indígenas citadinos para a viver, tanto por conta da mudança na dieta, quanto por conta do sedentarismo e a predisposição genética.

4.4. ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE INDÍGENAS NA CIDADE DE BOA VISTA

Embasados em Kleinman (1980) e Menéndez (2003), seguimos os caminhos de investigação dos processos de saúde-doença das pessoas indígenas moradoras de espaços urbanos com o intuito de buscar explicações para os diagnósticos das doenças que lhes acometem.

Buscamos, demais, explicitar as representações e práticas indígenas de cura relacionando aspectos tradicionais, biomédicas e outras opções alternativas, com vistas a configurar os itinerários terapêuticos dos indígenas na cidade. Para tanto, delineamos as trajetórias dessas pessoas dentre os sistemas de cuidados a saúde em três setores: o profissional, o popular e o familiar.

Desse modo que foi possível delinear o perfil epidemiológico e os condicionantes de saúde na realidade urbana, que vem tornando essa população indígena mais vulnerável a doenças crônicas.

Conforme Kleinman (1980) o primeiro setor de cuidado a saúde é formado pelos sistemas médicos reconhecidos e organizados em categorias *profissionais*, cada um com suas próprias percepções sobre a má saúde e formas de tratamento definidas conforme sua área de atuação, sendo estes, médicos de família, paramédicos, médicos hospitalares,

enfermeiros psiquiátricos, distritais, hospitalares, comunitários; fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, técnicos hospitalares entre outros.

Nessa categoria os itinerários terapêuticos se configuraram prioritariamente quanto aos movimentos que as pessoas fazem pelo sistema de saúde oficial em seus processos de saúde-doença.

Neste âmbito, os indígenas participantes desse estudo percorreram itinerários que levam a hospitais, UBS e farmácias – estando o Hospital Geral de Roraima, Francisco Elesbão, bem como as farmácias participantes do Programa popular de distribuição de remédios gratuitos do Governo Federal e o Hospital Coronel Mota dentre as unidades representativas do SUS mais acessadas na busca por saúde.

Podemos afirmar que na maioria das vezes esse movimento ocorre por conta do surgimento de alguma dor ou de outros sintomas, ou em detrimento do acesso a receitas, encaminhamentos ou mesmo consultas de rotina.

A principal motivação para esse itinerário terapêutico no espaço biomédico tem a ver a relação de alta eficácia creditadas às concepções acerca do remédio e da medicina biomédica. Porém, embora decidam utilizar esse sistema, nem sempre suas decisões coincidem com a estrutura de oferta dos serviços de saúde pensados para elas. Diante disso, as pessoas são obrigadas a negociar suas cosmologias. Conforme os exemplos que podem ser visualizados na tabela 08 desse trabalho - categoria profissionais.

Para melhor demonstrar a situação comum às vivências de pessoas indígenas nos itinerários do sistema profissional de saúde nos grandes centros urbanos, cito o estudo sobre o Itinerário terapêutico de mulheres indígenas na cidade de Recife, que chegam até esses locais com o intuito de fazer os tratamentos de saúde e retornar a suas comunidades, mas precisam se estabelecer por muito mais tempo na cidade do que aquele que imaginavam inicialmente (MENEHINI; ATHIAS, 2016).

Nessa experiência da doença, elas muitas vezes já são aposentadas ou se aposentam por invalidez e, por isso, trazem consigo alguns membros da família que acabam por trabalhar com artesanatos indígenas. Para além dessa realidade, ocorre ainda a questão já debatida pelo capítulo 2 (dois) desse estudo, consubstanciada nessa fala a seguir reproduzida: “Muitas vezes é negada a elas a assistência em relação à saúde e educação por não estar em suas aldeias de origem” (Meneghini; Athias, 2016, p. 6).

Além dessa falha quanto ao reconhecimento do indígena cidadão para receber o acesso à saúde indígena diferenciada, há também que se perceber a ação institucional do sistema médico oficial quanto às transformações do ambiente de residência anterior da

pessoa em tratamento, pela relação de dependência gerada. Assim, se percebe a importância da crítica em relação ao sistema médico, uma vez que ele possui um sistema de poder capaz de produzir ações de controle e manipulação do comportamento social, principalmente através da medicalização (HELMAN, 2009).

Essa mesma autora afirma ainda que a medicina moderna de alta tecnologia tornou-se cada vez mais perigosa para a saúde da população ao reduzir sua autonomia, torná-la dependente da profissão médica e lesar sua saúde pelos efeitos colaterais de drogas e intervenções cirúrgicas. Além disso, acrescenta que o sistema médico possui uma relação direta com os fabricantes dos produtos farmacêuticos e equipamentos médicos, essa relação não necessariamente atende os interesses do paciente. Em se tratando de indígenas, que passam por um histórico de marginalização observado na história colonial da América, menos ainda.

Diehl & Grassi demonstram que outro fenômeno frequente é o uso de medicamentos, seja por indicação médica ou por automedicação, como ocorre entre indígenas Guarani Mbyá das aldeias distribuídas às margens da BR 101, no litoral de Santa Catarina. Em estudo que visava conhecer a percepção dessas pessoas sobre o uso dos medicamentos, estes autores verificaram que essa população recorre à automedicação, que é o uso autônomo de medicamentos, e que tais usos ocorrem de forma articulada com outras formas de atenção local por meio da estratégia de autoatenção.

Acerca dessa realidade, foi identificado que as pessoas indígenas investigadas nesse estudo, no uso de sua agência, realizam estratégias de autoatenção, quanto ao uso de medicamentos seguindo a mesma regra da experiência dos Guarani.

Por isso, conforme Langdon (2010) é interessante estudar a ação dessas pessoas considerando as influências plurais de fatores socioculturais, tornando-se fundamental compreender as redes de negociações, renegociações e ressignificações destes itinerários: nessas relações, o processo terapêutico é representado justamente por essas negociações e interpretações entre pessoas com seus conhecimentos culturais e em posições de poder diferenciadas, dada a soberania biomédica. (Vide tabela 08 - categoria porque utiliza esse sistema).

Kleinman (1980) aponta ainda a existência do *setor popular* formado por clarividentes, astrólogos, curandeiros psíquicos, quiromantes, curandeiros, médiuns, celtas, tarólogos, ciganos, leitores da sorte e videntes entre outros. Neste setor, as ações de cura são de caráter eminentemente “leigo”, onde a doença começa a ser definida por vários processos terapêuticos.

Diante dos dados obtidos neste estudo referente esta categoria verificou-se que os itinerários dessas pessoas partem inicialmente do uso de remédios caseiros, chás, benzimentos, bem como do acesso a especialistas de cura indígenas, como por exemplo xamãs e pajés.

De acordo com Langdon (2014) e Menéndez (2003), é nesse setor que a autoatenção se efetiva a partir do reconhecimento da autonomia e da criatividade das famílias ou coletivo social, como eixo de articulação dos diferentes modelos de atenção. Enfatizando que de forma distinta ao conceito médico de "autocuidado", no conceito de autoatenção a atuação prática dos profissionais de saúde é visualizada por meio da agência indígena ou do grupo social. Enquanto, que o autocuidado aparece mais vinculado à incorporação dos valores e códigos da biomedicina para obter recursos de saúde.

Entretanto, essa não é uma regra fixa, haja vista que as pessoas andam livremente dentre os diferentes sistemas de saúde e acessam a mecanismos que ajudam a sanar seus problemas de saúde: caso não resolvam suas demandas, continuam a circular pelos sistemas, como agentes em busca da construção de espaços intermédicos, quando é necessário para poder sanar suas inquietações geradas pelo processo de adoecimento e de busca de cura. Como exemplo, menciono o caso de Lua (59 anos), "uso remédio do Hospital se não resolver eu vou atrás de fazer garrafada". Ou seja, essa produção de sentido se configura a depender da experiência vivenciada. Visando ampliar tais compreensões, recomendo observar a tabela 08.

Langdon (2012) explica que a adesão a esse sistema médico popular ocorre justamente por ele ser popularmente conhecido como curandeirismo tradicional indígena e que há maior afinidade quanto à representação simbólica da eficácia de suas técnicas de cura. Dessa conjuntura, surge a explicação da existência de redes xamânicas mesmo em meio ao urbano, na cidade de Boa Vista, conforme se visualiza na imagem:

Figura 08 - Ritual xamânico na casa de cura no meio urbano de Boa Vista/RR.



Fonte: pesquisa de campo.

Nessa imagem, Luz (53 anos) está iniciando os trabalhos de cura, realizados na varanda de sua própria casa. Nesta seção, a benzedeira, utilizou vestes brancas, os pés descalços ao toque da terra, uma planta conhecida popularmente como peão roxo, bem como utilizou a planta de tabaco para fumar no cachimbo e realizar o ritual.

Entretanto, esse não foi o único local de cura indígena encontrado nos itinerários terapêuticos dos usuários, uma vez que foi possível presenciar a chegada de quatro pessoas indígenas, componentes do mesmo grupo familiar, que já haviam ido no Hospital Geral de Roraima e não conseguiram respostas positivas para o tratamento de sua filha. Nesta comitiva, estavam a mãe, o pai, a avó e a criança que precisou do tratamento oferecido pela Xamã e pelo Pajé Sol (100 anos), que se auto intitula benzedeira, xamã e pajé, e é de origem étnica *Wapichána*.

Em entrevista sobre os modos de cura popular oferecidos, a Xamã e Pajé Sol (100 anos) foi indagada sobre como é a atenção à saúde que ela presta e se os parentes da cidade buscam a saúde indígena, ao que respondeu:

“Tudo o que é problema os parentes vêm é para cá, até os recém-nascido eles traz [...] aqui vem muita gente, vem muitos parentes, vem do hospital para cá, vem gente de Manaus e vem também os brancos. Aqui no bairro tem muito rezador, mas sabe porque eles preferem vir aqui? Porque os outros cobram de 100 reais, 150 reais só para rezar em criança, por isso eles não vão nesses rezadores, só vem para cá. [...] Agora, tem uma mulher branca que um dia desses veio para cá e me perguntou,

porque que a senhora não cobra igual os doutor que trata da saúde? Eu respondi, não é assim, eles cobram porque eles têm pensamento do diabo sei lá, não presta para ajudar não, por tudo tem que cobrar [...] dia de sexta feira, toda sexta 17h, eles chega aqui porque eu trabalho no espiritual, eles vêm aqui e os caboco vê se eles tem doença, eu não sei o que é doença deles só eles mesmo que vê.

Assim como Sol e Luz (53 anos) relatam suas vivências quando atua como benzedeira e pajé curadora nas seções espirituais que realizam em suas residências, que ocorre todas as sextas-feiras às 16:30 (quatro e trinta) horas, quando abre as portas de sua casa para receber os parentes indígenas residentes da cidade que necessitem de cuidados tradicionais de saúde:

Muita gente vem aqui atrás de rezas, remédio caseiro, banho, alguns deles vem aqui e chegam ruim, mau mesmo, aí ficam internados aqui dois, três meses, até cinco meses, aí fazem tratamento aqui e depois vai embora, vem de Normandia, vem de alto Alegre, vem do Moscou, do Tabalascada, do Pium, é muita gente que vem para cá. É chá, remédio caseiro, esse bem aqui da frente é o cipó de alho, é muito bom para quando os bebês estão gripados, põe na água e banha o bebezinho. Na verdade, eu nunca comprei remédio da farmácia, criei meus filhos com remédio caseiro mesmo.

Além disso, foi investigado sobre o momento em que as curadoras entrevistadas receberam o dom para curar as doenças: foi possível identificar a herança ancestral como origem desse dom:

Meu avô pai da minha mãe era pajé forte, ele dizia pra mim quando eu era pequena, essa minha neta eu gosto dela, eu amo ela, um dia se eu piscar meus olhos, eu vou dar minhas coisas tudo para ela, aí veio os xerimbabos dele tudo para mim (Sol, 100 anos).

Luz (53 anos) depõe que:

Isso vem da minha mãe, eu via ela fazendo para as pessoas o tratamento. Eu não sabia, mas com o tempo foi avançando aquela coisa e um dia eu adoeci, tinha muita dor na vesícula e os médicos não sabia o que era, aí diziam que era pressão e só dava normal. Aí um dia eu fui procurar benzedeira, aí ela disse, olha você não tem pressão alta não é alguma coisa, aí o rezador fez cirurgia em mim e ficou mais forte o negócio, fechei o corpo, vai fazer 08 anos que eu fiz cirurgia espiritual.

Sol (100 anos) e Lua (53 anos) recebem as pessoas em adoecimento e passam receitas distintas das receitas médicas, mas que possuem a mesma finalidade, visto que nestas, são receitadas coisas que possuem potencial para sanar as enfermidades: como fica claro no trecho do depoimento que segue: “os cabocos passam para eles, aí eu vou explicar para eles, são receitas de chás e banhos de ervas” Sol (100 anos).

Na atividade de cura dessa Pajé verifica-se a negociação de significados entre os dois sistemas de atenção à saúde, o oficial e o tradicional, numa relação de intermedicalidade construída a partir dos encontros entre estes dois modelos.

A depoente também atesta haver diferença nas atividades de cura: ela explica que há uma distinção entre o trabalho de cura que se faz durante o dia e o que se faz a noite:

“Xamã faço de dia, mas eu faço trabalho de pajé também de noite, mas esses dias não tô fazendo trabalho à noite porque não tá chegando gente já morrendo, chega do hospital já passando muito mal, aí faço no escuro. Agora no claro, no luz, eu trabalho com os cabocos mesmo. Uns chega com tuberculose, passando mal, câncer, pneumonia, o que vem mais é do hospital para cá. Aqui os cabocos são curador, eles cura até câncer. O caboco diz assim, que trabalha para quem tem fé na promessa do senhor. Tem também os que faz para o mau, para matar mesmo, mas nós não, só trabalha no luz, na promessa do senhor, mas tem que acreditar” (Sol, 100 anos).

Sobre a distinção entre o xamanismo realizado de dia e o da noite, Carneiro da Cunha (1998) explica que é característica do xamanismo ameríndio e que é um fenômeno que possui a capacidade de tradução de novos contextos e de recriação ou transformação de seus meios de adquirir expressão de suas possibilidades de interação ligado a seu modo religioso indígena. Langdon (2012) reafirma essa concepção, ao afirmar que essas distinções no papel xamânico ocorrem por conta da relação de construção contínua, experienciada em meio ao urbano.

Esse contexto de uso da medicina popular indígena no meio urbano, referencio ao caso dos *Sateré-Mawé*, residentes na periferia da cidade de Manaus: essas pessoas, costumam utilizar o guaraná como fonte de saúde, enfatizando a ligação deste com a terra cultivada, conforme explicita o tuxaua:

O guaraná é bom para fazer chover, para proteger a roça, para curar doenças e prevenir outras, para vencer a guerra, no amor, quando dois rivais pretendem a mesma mulher” (Pereira, 2003). Também se verifica, de modo ainda mais especial, no registro mítico da origem, no conflito entre três irmãos, dois deles homens, Ocumáató e Icuaman, e uma mulher, Onhiámuáçabe. O relato mítico da origem do guaraná explicita, fortemente, a relação com a terra cultivável como o melhor caminho para a cura das doenças (BOTELHO; WEIGEL 2011, p. 729).

Nesse sentido, verifica-se a forte presença dos modos de cura popular indígena no meio urbano. Langdon (2012) afirma que o xamanismo, atualmente considerado curandeirismo no meio urbano, deve ser visto como um fenômeno que passa por constantes transformações que se organizam a depender das situações de interação social.

Sobre esse xamanismo urbano Langdon (2012) afirma que se trata de uma realidade que ocorre como uma forma de rede na região Amazônica, que se articula com os serviços de saúde urbanos oferecidos pelo SUS. O tratamento das doenças é eclético e incorpora produtos farmacêuticos, medicina convencional, assim como ervas e rituais. Ele pode envolver uma variedade de curandeiros diferentes, refletindo o esquema conceitual mais amplo da medicina popular.

De acordo com Helman (2009), circulação dentro dos sistemas de atenção ocorre porque o sistema de atenção à saúde de qualquer sociedade não pode ser estudado isoladamente dos outros aspectos dessa sociedade, em especial sua organização social, religiosa, política e econômica, pois ele está entrelaçado nelas. Então, à medida que as pessoas indígenas foram encontrando afinidades nesse sistema, sejam elas religiosas, como por exemplo, a presença nas igrejas como estratégia para aliviar o sofrimento, então elas foram aderindo a essa possibilidade.

Fenili (2009) afirma que, a busca pelo sagrado ou por aspectos espirituais tem sido uma opção de pessoas em vivências com problemas de saúde e em situação de angústia, medo e desespero, frente a doenças que ameaçam a vida ou o modo de vida. Nesse caminho, aproveitam a oportunidade para repensar seus locais de busca por saúde, passando a lançar um olhar para as práticas alternativas de cura. Trata-se, da opção por um tipo de estratégia que acaba por minimizar a medicalização exacerbada.

Nesse sentido, concordo com Menéndez (2003) quando afirma que atualmente as diversas formas de atenção que operam em determinadas sociedades tem a ver com as condições religiosas, econômicas, políticas, econômicas e científicas que em dado momento deram espaço para a entrada de modos de atenção diferentes, como por exemplo, a biomedicina e outras formas de atenção. E isso explica o andar das pessoas em busca de cura, dada a incapacidade de apenas o sistema de saúde, cujo modelo é único, de absorver as especificidades culturais que envolvem oferecer saúde e cura.

Para além do setor popular, Kleinman (1980) menciona ainda a existência do *setor familiar*, neste, o uso da medicação autoprescrita é duas vezes mais comum do que a medicação prescrita, ficando a automedicação como uma estratégia mais utilizada nos casos de febre cefaleia, indigestão e dor de garganta. Sendo que, a ideia de automedicação costuma vir de pais, avós, parentes, médicos e até do farmacêutico local, através dos aconselhamentos recebidos, ocorre o compartilhamento de medicamentos, com parentes e amigos com sintomas similares.

Nesse sentido, nesta análise foi possível identificar que, as pessoas indígenas na cidade utilizam esse setor predominantemente através das redes terapêuticas comunitárias que estão conectadas não só via setor familiar, mas através dos três setores de cuidado a saúde, onde os conselhos e tratamentos percorrem as ligações dessa rede, através dos familiares, parentes, sobrinhas, vizinhos, estendendo-se até a herbalistas da vizinhança.

Para além desses três setores, de acordo com Helman (2009), é tendência contemporânea, a existência de uma vasta gama de opções terapêuticas para o alívio e prevenção dos sintomas físicos ou emocionais. De modo que, nos últimos anos assim como crescem as críticas à medicina convencional, também é expressivo esse aumento no uso da medicina complementar alternativa, assim, vem surgindo organizações especializadas em educar médicos e estudantes de medicina com base na medicina holística, visando oferecer esse último tipo de alternativa em saúde. Entretanto essa tendência apresentada não foi identificada dentre os itinerários terapêuticos percorridos pelas pessoas desse estudo. Sendo uma das justificativas para esta não adesão, a questão socioeconômica, dado que essas opções são acessíveis por uma gama da sociedade mais favorecida economicamente.

Portanto, demonstro a tabela que elucida os itinerários terapêuticos através dos movimentos que as pessoas fazem dentro dos três setores supramencionados:

Tabela 08 – Itinerários Terapêuticos dentre os Setores de Cuidado a Saúde

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS				
DENTRE OS SISTEMAS DE CUIDADO A SAÚDE				
ENTREVISTADOS	PORQUE UTILIZA ESSES SISTEMAS DE ATENÇÃO?	ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS		
		POPULAR	PROFISSIONAL	FAMILIAR
Lua (59 anos) Diagnosticada em 2015, convive com Reumatismo Articular Crônico há 12 anos.	“Uso os dois porque, tem vez que um ou outro resolve junto”.	“Uso remédio do Hospital se não resolver eu vou atrás de fazer garrafada”. “Um dia eu fui numa rezadeira que faz garrafada para curar os velhos”.	“Quando eu vou no Hospital Pronto Socorro (HGR), resolve alguma coisa”. “Eu vou na Farmácia e compro remédio passa a dor”.	“Os meus colegas falam muito no Douradão e eu não sabia que era esse tipo de folha, depois foi que eu soube que aquele Douradão curava, aí vou buscar bem ali onde tem na invasão no Bom Entento, outras matas que eu vou é nas comunidades indígenas vou no

				Suíço, na Serra da Lua”.
Sol (100 anos) Curadora tradicional: Xamã de dia e Pajé de noite. Não possui diagnóstico.	“Imagina se levam eu pro hospital, dá remédio e ali mesmo mata agente, tu é doido é, vou não, é melhor morrer na minha casa do que morrer lá”.			“Remédio caseiro, os parentes que vão atrás, na casa deles, na comunidade, nas casas dos parentes”.
Chuva (80 anos) Diagnosticada em 2012, possui o braço-quebrado e nunca conseguiu meios de cirurgiar, há 10 anos.	“Não posso ficar sem remédio (<i>alopático</i>) eu uso pra dor, mas resolve só um pouco, depois a dor volta de novo, tomo também chá de Capim Santo, remédio caseiro faz melhorar mais”.		“No Hospital Pronto Socorro (<i>HGR</i>), passei 04 (quatro) meses internada, não resolveu” “Aí minha filha viu médico lá no Venezuela, <i>Hospital de Santa Elena</i> de <i>Uairén/VE</i> , mas não resolveu porque já tinha ido embora”	“Tomo chá de capim santo”.
Vento (50 anos) Diagnosticado em 1997, convive com a doença Diabetes há 10 anos.	“Tomo remédio antes do café aquele píula grande e um pequenininho, doutor fala assim para mim, tem que tomar remédio [...] bebo também remédio caseiro de abacaxi pequenininho”	“Uma vez eu fui na rezador aqui no Cauamé, ela é Wapichána, meu pé estava pinicando, mas não resolveu não, mas lá tem outro curador mais forte”	“ Lá no posto do União (<i>UBS</i>) eu pego remédio e tomo de manhã”	“Eu vou ali na velhinha da frente, uma amiga que mora ali e ela faz remédio caseiro, eu encontro lá na Feira do Passarão o abacaxi pequenininho.
Trovão (53 anos) Diagnosticado em 2015, convive com a doença Diabetes há 12 anos.	“Para nós que estamos na cidade ou por vergonha, ou já esquecemos de procurar a medicina caseira, a gente procura a (<i>UBS</i>), o remédio da farmácia. Porém, o remédio caseiro é muito mais eficaz, porque tudo vem da medicina caseira, por exemplo, eu tomo Metformina para diabetes, com certeza foram pesquisar alguma	“Frequento a igreja, eu sempre digo, a pessoa que ama Jesus, pela fé ela pode ser curada. Tem também a Pastoral da Saúde que trabalha com medicina caseira, fica ali no Pintolândia na comunidade de Santana”.	“Quase não sinto dor, só umas pontadas, quando sinto, vou ao Hospital Pronto Socorro (<i>HGR</i>) e tomo remédio da farmácia mesmo”. “Eu vou até a farmácia São Camilo, e lá ela tem distribuição de remédio aqui para a população e lá você leva a receita e faz a ficha, com	“Às vezes as pessoas conseguem, alí em baixo tem uma senhora que tem uma horta lá, tem também ali na rua 24 a dona Ângela Flores lá ela também faz homeopatia da medicina caseira”.

	raiz para fazer esse remédio”.		atestado de residência e aí a gente recebe de três em três meses o medicamento, aí terminou os três meses a gente leva a receita e assim renova para pegar remédio de novo”.	
Luz (53 anos) Curadora tradicional: Pajé e Benzedeira. Não possui diagnóstico.	“Eu uso só caseiro. Se for usar remédio da farmácia tem que ser só da farmácia, se for caseiro, tem que ser só caseiro. Eu acho que mistura faz mal”.	“Quando meus filhos adoecem ou quando vem gente aqui, eu corro logo para o mato, para pegar folhas para fazer banho, chazinho e pronto. [...] Tem que ir no lavrado conseguir Caimbé, eu encomendo, eles acham na mata”.	“Eu não vou a Hospital (HGR), aqui ninguém fica doente, mas dessa vez meu marido foi com diabetes. Há tem que ser no Posto (UBS) primeiro, porque tem que pegar encaminhamento, e ser encaminhado para lá, para o (HGR)”.	
Tempestade (53 anos) Diagnosticada em 1999, convive com a doença Diabetes há 17 anos.	“Minha avó ensinava remédio caseiro e a gente nunca procurava remédio do posto e nem doutor, a gente só tomava remédio caseiro, agora é que a gente está tomando esse remédio aí”.		“Eu toma minha remédio Ocilina, mas eu quase não tomo não, eu tomo é remédio caseiro é tudo misturado, só as vezes eu tomo”.	“É minha cura mesmo, porque nós como indígenas, nós temos nossos remédios e aí tudo que minha mãe ensinou, eu vou na mata, no Lago Grande, la onde nós temos minha lote na Vila Equador eu busco casca de pau e faz assim remédio”.
Neve (64 anos) Diagnosticada em 2010, convive com a doença Diabetes há 28 anos.	“Não tem problema, eu toma remédio do médico e tomo caseiro também, pra mim faz é bem”.		“Eu vou no posto União (UBS), com o médico. Aí ele passou remédio para diabetes e pressão alta. Só tomo quando a pressão alta está muito forte, tomo aquele Enalapril, eu deixei de tomar, eu tomei aí vi	“Uma Makuxí lá da rua 20 (vinte) me deu para plantar pra saúde, ela tem muitas plantas lá assim para curar agente e também busco ervas no meu quintal”.

			estrelas, fiquei ruim, agora só tomo para diabetes”.	
Lua Cheia (43 anos) Diagnosticada em 2002, convive com a doença Diabetes há 04 anos.	“Eu tomo chá de amora, mas para mim, o remédio é melhor, ajuda”.	“Fui no rezador, mas esse não resolveu, ele disse que eu não tinha diabetes, aí não fui mais, eu vou na igreja”	“Há eu sempre vou ali no posto (UBS) Caraná e eles me tratam ótimo”, vou também ali no Hospital Coronel Mota e (HGR), fiquei lá ano passado”.	“Quando minha mãe era viva, agente tomava remédio caseiro”.
Solstício (72 anos) Diagnosticada em 2007, convive com a doença Osteoporose, há 10 anos.	“A doutora disse que eu tenho que operar, aí eu respondi que não, aí ela disse, porque quer morrer? Aí eu disse não, quem vai me operar é aquele la de cima”. “Eu tomo chá e muitos remédios caseiros, acho que ajuda um pouco, mas é médico é quem resolve”.		“Há no posto (UBS) União, porque tenho além das dores de coluna, tenho gastrite, mas eu não fiz o exame porque tenho medo”.	“Antes de ir ao médico a primeira coisa que faço é tomar aguardente quando eu sinto dor. Ou tomo chá de amora para Osteoporose, eu encontrei lá no Caraná, minha sobrinha ensinou”

Fonte: à pesquisa de campo.

Nesse sentido, os itinerários podem ser compreendidos como experiências oriundas da circulação das pessoas indígenas dentre os três sistemas de atenção. Sendo que a definição da alternativa terapêutica a ser adotada depende da experiência, ou seja, se nesta, houver uma relação de eficácia do problema de saúde vivenciado, está é mantida como opção de cura mesmo que tenham que negociar cosmologia. Como exemplo do primeiro caso, me referencio a concepção de Lua Cheia (43 anos), “fui ao rezador, mas esse não resolveu, ele disse que eu não tinha diabetes, aí não fui mais, eu vou à igreja” e do segundo a Lua (59 anos) “uso os dois porque, tem vez que um ou outro resolve junto”.

Entretanto, nesses itinerários foi possível evidenciar a influência do conflito interétnico que interfere nesse itinerário, conforme Trovão (53 anos) pontua “para nós que estamos na cidade por vergonha ou já esquecemos de procurar a medicina caseira”. Assim

como se visualiza também que o conflito, se constitui como uma experiência que impõe a negação do uso conhecimento indígena de saúde em alguns casos.

Além desses aspectos, foi possível observar que a fé em Deus, demarcada pela presença secular do catolicismo na vida indígena, foi evidenciada como uma possibilidade de eficácia ante a vida com a doença crônica. Assim como, a forte relação com a natureza um fenômeno originário dos povos indígenas, se apresenta como ferramenta de constante acesso em detrimento da fé cosmológica e do resgate de conhecimentos ancestrais partilhados que se mantém no meio urbano por meio das redes comunitárias de trocas e das práticas populares de cura indígenas.

Contudo, pelo viés das práxis a importância de estudar esta temática, permitiu compreender que há a necessidade de pesquisas interdisciplinares, no campo de estudo das ciências sociais e da antropologia, que busquem uma maior aproximação com os conhecimentos locais, como os conhecimentos indígenas e desse modo contribuir para a construção de alternativas de saúde mais efetivas a estes contextos.

Visando ampliar a perspectiva de pensar a atenção à saúde para além das limitações produzidas pela biomedicina que por longo período se situou e se situa ainda, como zona fronteiras das formas de conceber e tratar a saúde, por consequência da existência de um modelo de atenção à saúde oficial que vem se constituindo historicamente de forma hegemônica, em detrimento dos enclaves desse sistema por relações de cunho capitalistas, por meio das indústrias, tecnologias de saúde e posturas políticas Estadais. De modo a gerar uma espécie de subalternização de outros plurais sistemas de cuidado.

Diante disso, produzir novos conhecimentos, desde uma perspectiva interdisciplinar das ciências Sociais e da antropologia, para compreender as realidades socioculturais plurais, torna possível compreender o mundo real e sua relação com a vida das pessoas.

4.5. A EXPLICITAÇÃO DO CONHECIMENTO INDÍGENA EM SAÚDE.

Visando aproximar-nos ainda mais dos saberes locais que as pessoas indígenas manejam para tratar suas questões de saúde e, nesse sentido, propor meios de pensar a constituição de itinerários terapêuticos a partir da autonomia e decisão dessas pessoas, passamos a analisar as entrevistas realizadas, focando na explicitação dos conhecimentos indígenas.

Para tanto adotamos a perspectiva teórica de Jorge Gasché, antropólogo e linguista, que a partir de uma perspectiva *suigéneris* vincula os aspectos centrais da Teoria da

Atividade, dos autores da escola da psicologia histórico cultural, com suas experiências de pesquisa de mais de 40 anos na Amazônia peruana.

Nesta perspectiva Gasché (2012) identifica e analisa as atividades e ações que as pessoas realizam, explicitando os diferentes conhecimentos implícitos nelas. Isso nos ajudará a compreender a busca por saúde e as visões que as pessoas indígenas têm desse processo.

De modo que, para poder identificar esses conhecimentos indígenas, foi preciso percorrer os caminhos pelos quais, povos indígenas na cidade constroem seus itinerários terapêuticos.

Para tanto, a análise da atividade social exige distinguir os aspectos relacionados à sua finalidade social.

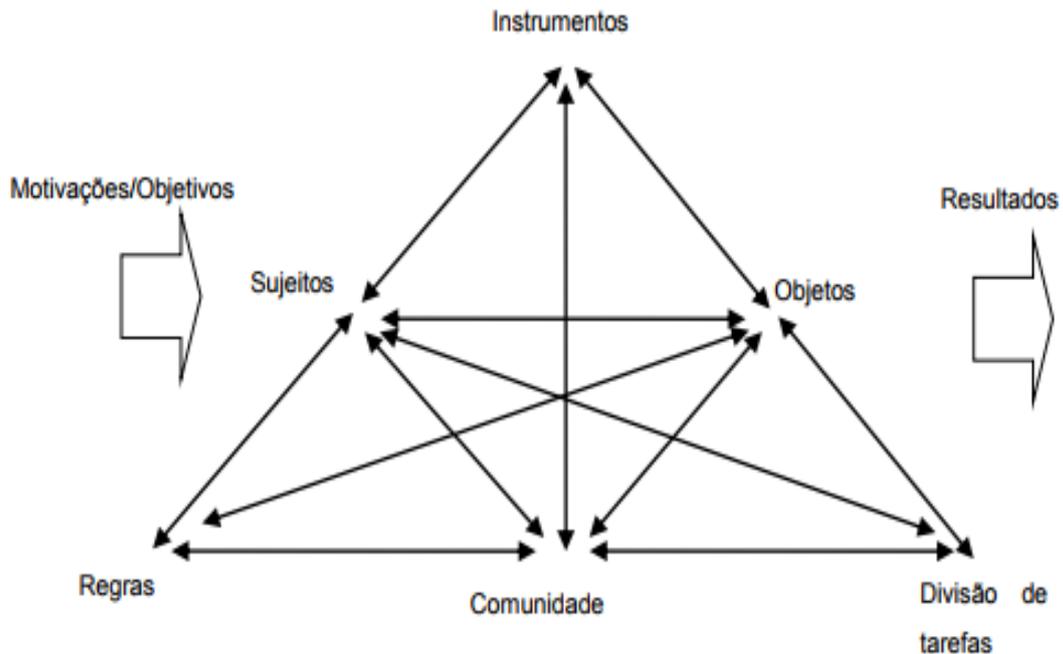
Seguindo os pressupostos de Repetto e Carvalho (2015), em primeiro lugar, para analisar as atividades sociais, identificamos: a) elementos estruturantes: as **necessidades** que propiciam a atividade; os **motivos** pontuais das pessoas indígenas para realizar uma atividades; o **objeto** (seja um produto ou um processo), é o resultado concreto que as atividades buscam efetivar para esclarecer seus significados e sentidos e responder ao fim social.

Para isso, seguimos o modelo de Engeström (1999), porque permitiu analisarmos e explicar a estrutura da atividade tipicamente humana, a partir da compreensão de que estas devem ser estudadas como um sistema que contempla alguns componentes: objeto, sujeito, mediação (instrumentos: físicos ou abstratos) e se completa com os elementos de vida comunitária; as regras, a divisão de trabalhos, todos juntos e articulados, visando concretizar os resultados.

Nesse sentido, embasando nessas prerrogativas considerou-se que, os autores da teoria da atividade identificam que há diferenças em seus *níveis de compreensão*, os quais podem subdividir-se em: *atividades, ações e operações*. A atividade é determinada pelo objeto e pelo motivo no seu sentido mais amplo e se refere à finalidade social que a comporta. As ações em seu sentido e sequência lógica formam uma atividade social que se orienta através do objetivo que segue a pessoa ou grupo social (REPETTO; CARVALHO, 2015).

Podemos sintetizar isto nesta figura:

FIGURA 09 – Estrutura da atividade Humana



Fonte: (SOARES, 2017).

Ainda conforme esses autores, a identificação desses aspectos implícitos nas atividades é o que se denomina, análise das atividades, sendo o que nos leva a explicitação dos conhecimentos indígenas. Em estudos com pessoas indígenas essa abordagem nos possibilita compreender pelas explicações específicas de cada elemento referente a vida social e a compreensão da visão de mundo destas pessoas. Desse modo análise da *atividade social* requer a distinção entre os aspectos implícitos e relacionados com a sua finalidade social: permitindo-nos compreender os elementos de mediação entre os sujeitos que realizam a atividade e sua relação com a natureza.

Nesse sentido, estes foram os procedimentos adotados para a explicitação dos conhecimentos indígenas de saúde. Conforme a tabela 09 exemplifica:

Tabela 09 – A explicitação dos conhecimentos culturais: Elementos estruturantes

	SUJEITOS	NECESSIDADE	MOTIVO	OBJETO
ELEMENTOS ESTRUTURANTES	Lua (59 anos)	A mordida da cobra	Piora na dor da perna	Alívio das dores
	Chuva (80 anos)	Quebrou o braço e precisou de uma Cirurgia.	Dói muito	Estar bem para fazer as coisas em casa
	Vento (50 anos)	Adquiriu a diabetes	Dor de cabeça	Alívio dos sintomas que causa limitações à sua rotina.
	Trovão (53 anos)	Se não tomar o remédio, corre risco de morte.	A doença pode parar causar morte.	Minimizar os impactos da doença e prolongar a vida.
	Tempestade (53 anos)	Sintoma de desconforto causado pela diabetes	Dor de cabeça	Obter bem-estar, relacionado ao modo de viver tradicional
	Neve (64 anos)	Fraqueza e febre	Fica só deitada sem conseguir levantar e fazer as atividades cotidianas.	Viver bem e conseguir realizar suas tarefas
	Lua Cheia (43 anos)	Amanhece os dias cheia de dor.	Vive tomando a insulina, toma 10mg todo dia antes de dormir.	Ter um controle para comer porque isso provoca bem-estar.
	Solstício (72 anos)	Dores de coluna, queimação da gastrite, labirintite.	Usa remédio para dor e chás.	Melhorar os sintomas.

Fonte: à pesquisa de campo.

Esta tabela nos mostra diferentes perspectivas de como se originam e desenvolvem em primeira instância as ações por busca de saúde. Uma necessidade inicial gera um esforço. Este se concretiza a partir da uma motivação pontual, pois muitas vezes podemos arrastar uma necessidade, uma dor, mas em um momento determinado algo nos leva a agir. Este é o motivo, o qual depende de diferentes fatores. Estes elementos nos levam a buscar um resultado, neste caso a busca por melhoras na saúde.

Tabela 10 – A explicitação dos conhecimentos culturais: Elementos de mediação

	SUJEITOS	INSTRUMENTOS	REGRAS	RESULTADOS ESPERADOS
ELEMENTOS DE MEDIAÇÃO	Lua (59 anos)	Remédio, pomada em gel, sebo de carneiro, garrafada de casca de Caimbé.	Só toma remédio quando sai a lua, só pode tomar a garrafada depois que cria sumo. Se isso não resolver vai atrás de mais remédio caseiro.	Voltar a caminhar.
	Chuva (80 anos)	Remédio para dor e chá de capim santo.	Não pode ficar sem remédio, nem chá.	Parar de sofrer com dores.
	Vento (50 anos)	Chá de Jenipapo e remédio as vezes.	Acha que nunca teve saúde, porque tomava muito suco de pacote doce, por isso crê que adquiriu a diabetes.	Parar de sentir dor de cabeça e de cair os cabelos.
	Trovão (53 anos)	Pomada de papaia, pomada feita no leite de mamão. Uso da folha de crajirú, de babosa que tira o vermelhão, e garrafada. Idas ao médico pelo costume de ir lá.	Acha que o esquecimento de procurar a medicina caseira ocorre por causa do preconceito.	Minimizar os impactos da doença ao organismo e prolongar a vida.
	Tempestade (53 anos)	Sumo de pé de Sucuba, garrafada de salva do campo e casca de pau.	Procura ir na UBS porque acha esse local mais eficaz.	Ter saúde para poder sair por aí e dançar, correr.
	Neve (64 anos)	Remédio caseiro mastruz e suco de limão.	Acha que usar o remédio e o chá resulta em melhora imediata.	Viver bem.
	Lua Cheia (43 anos)	Remédio	Percebe o remédio da farmácia como o mais efetivo.	Seguir a dieta alimentar para ter saúde.
	Solstício (72 anos)	Chá de caninha da índia de amora.	Concebe que o médico só da remédio para dor, por isso acha melhor usar remédio caseiro.	Melhorar os sintomas, visando manter um ritmo de vida.

Fonte: à pesquisa de campo.

Sintetizamos aqui os elementos de mediação, colocando foco na reflexão sobre os instrumentos ou materiais, as regras que devem ser respeitadas e os resultados esperados. Ao analisar desta forma vão aparecendo diversos conhecimentos indígenas, os quais são pescados como por uma rede, como afirma Gasché, pois é difícil colocar eles totalmente estruturados. Esta forma de análise nos permite identificar aspectos que como os peixes presos em uma rede, vão nos mostrando o caminho as concepções, visões de mundo e caminhos percorridos pelas pessoas.

Neste percurso concepções indígenas se associam com perspectivas populares e biomédicas, mostrando uma riqueza de perspectivas, espertezas e esperanças.

Tabela 11 – A explicitação dos conhecimentos culturais: sequência lógica

SUJEITOS	ATIVIDADES/ AÇÕES	SIGNIFICADOS DO CONHECIMENTO
Lua (59 anos)	Consegue remédio popular com seus colegas, e compra também na farmácia.	Uniu o remédio do SUS e o conhecimento culturais sobre saúde, fato que recebe maior significância por meio de sua agência para a recuperação da saúde.
1º	Passar o gel	
2º	Tomar remédio	
3º	Tomar garrafada	
Chuva (80 anos)	Internação Hospitalar	A experiência não foi agradável e a paciente, mantém um sentimento de recusa ao hospital que não supriu suas necessidades de recuperação da saúde.
1º	Furarão seu pescoço para tirar sangue	
2º	Ela desmaiou	
3º	Criou a percepção de que doutor quase à matava	
4º	Pediu sua alta do hospital	
Vento (50 anos)	Vai no posto (UBS) e pega os remédios.	Não faz a adesão medicamentosa conforme prevê o sistema oficial. Porém adere conforme percebe a necessidade, utilizando sua agência nesse processo.
1º	As vezes toma e se deita.	
2º	Não aguenta nem levantar	
3º	Depois vai passando o mal-estar e ela fica bem.	
Trovão (53 anos)	Vai ao Hospital (HGR) e farmácia	Os saberes culturais de cura são utilizados mesmo diante da supremacia biomédica.
1º	Passa pomada na lesão aberta no pé.	
2º	Ida ao médico	
3º	Bota a folha de cajuru encima do pé.	
4º	Toma garrafada e fica bem.	
Tempestade (53 anos)	No posto de Saúde ou no quintal	Utiliza de forma sazonal os medicamentos e não sente a doença de forma incapacitante.
1º	Toma remédio as vezes	
2º	Sai para dançar	
3º	Anda bastante para estar bem e animada	
Neve (64 anos)	Vai no quintal da casa na UBS	Na busca por saúde faz negociações entre os dois sistemas de saúde de modo criar contextos intermédios a partir de sua agência.
1º	Pega a erva no quintal	
2º	Faz o chá	
3º	Pego o remédio no posto	
4º	Utiliza os dois recursos	
Lua Cheia (43 anos)	Vai no Hospital e farmácia	Tem consciência dos fatores que causam saúde-doença, porém percebe que não consegue seguir a dieta alimentar.
1º	Vai ao médico de 6 em 6 meses	
2º	Toma insulina todo dia e fica bem	

3º	Tenta manter a dieta alimentar para estar bem	Usa todas as alternativas possíveis de ser acessadas, para resolver suas dores.
Solstício (72 anos)	Vai ao próprio quintal de casa e a UBS União.	
1º	Toma chá	
2º	Toma remédio para dor	

Fonte: à pesquisa de campo.

Nesta última tabela podemos ver as ações que as pessoas vão desenvolvendo, nelas há uma sequência, uma lógica. Cada passo tem seu momento, uns primeiro e outros depois. É nesta sequência de passos que podemos ver a concretização dos itinerários, as vezes começa na procura na UBS, depois no sistema popular ou familiar, volta as UBS, volta no rezador, no chá, no remédio. Estes são os aspectos mais interessantes para serem analisados e nos oferecem importantes pistas sobre como as pessoas compreendem o significado de saúde e doença, assim como as visões e explicações delas sobre a busca por saúde. Ainda temos muito para aprofundar neste estudo, o que esperamos possamos fazer em trabalhos futuros.

Traçar esse percurso detalhado foi importante, pois, conforme Vygotski (2007), para compreendermos o *processo*, se faz necessário percorrer o caminho pelo qual este se construiu.

Neste sentido as reflexões sobre os processos saúde-doença das pessoas em análise na cidade, apontaram os conhecimentos indígenas sobre saúde, a compreensão dos conceitos presentes nas experiências de vida relacionados à cultura indígena e sua forte relação com a natureza. Tendo em vista, o uso bastante corriqueiro de suas práticas de tradicionais de cura.

Desse modo enfatizo as contribuições do Método Indutivo Intercultural Gasché (2012) para o efetivo reconhecimento e valorização dos conhecimentos culturais indígenas de saúde, pois, foi possível criar consciência de que há distinção entre os conhecimentos culturais próprios e os acumulados pela humanidade.

Contudo, considerarmos que, a atividade social das pessoas indígenas é o ponto de partida para se chegar a uma abordagem verdadeiramente intercultural de saúde, dada a percepção de que, é através da interação que ocorre entre estas pessoas e o meio urbano que, vem se produzindo nesse processo vivencial formas de cooperação entre os saberes indígenas de saúde e os conhecimentos da sociedade dominante sobre saúde, por meio das negociações empreendidas.

5. CONCLUSÃO

Este estudo foi desenvolvido com a finalidade de refletir sobre os processos de saúde-doença presentes nos itinerários terapêuticos de indígenas na cidade de Boa Vista/RR.

Para tanto, considerou a agência dessas pessoas em busca de saúde, que ocorre estabelecendo diálogo com o pluralismo de formas de atenção presente dentre os sistemas de saúde existentes na cidade, ou seja, considerou as relações saúde-indígena e saúde-cultura, que vem se estabelecendo diante da emergência de redes comunitárias de saúde e a partir do andar indígena por entre esses sistemas plurais, como forma de sanar suas demandas de saúde.

As análises e debates foram enriquecidas a partir de fundamentos teóricos selecionados a partir do campo da Antropologia da Saúde, com base em conceitos cunhados por Kleinman (1980), sobre o pluralismo nos sistemas de atenção; Langdon (2015), sobre os itinerários terapêuticos e as contribuições para as políticas de saúde indígena; Menéndez (2003), sobre os padecimentos dos sistemas de atenção e as formas de autoatenção, bem como, Gasché (2009), Vygotsky (1998) e Repetto & Carvalho (2016), sobre a teoria da atividade e a explicitação do conhecimento indígena.

Nesse sentido, visando compreender esse objeto de estudo, os objetivos dessa pesquisa foram delineados para conhecer os itinerários terapêuticos de pessoas indígenas portadoras de doença crônicas, tendo em vista que os doentes crônicos já possuem uma larga experiência com a doença – conjuntura que possibilitou visualizar as relações estabelecidas no acesso aos plurais sistemas de saúde acessados, bem como, as atividades de saúde realizadas com base no uso de conhecimentos culturais.

A delimitação que me propus a compreender ocorreu no espaço-tempo do andar indígena pelos setores: profissional, popular e familiar de atenção à saúde na cidade. Para isso, a etapa relativa à pesquisa de campo foi realizada junto das pessoas envolvidas na (ODIC) e a partir de trocas de experiências foram selecionados os membros desse estudo, com base em fundamentos da Etnografia colaborativa. Esses membros são pessoas residentes nos Bairros, Caraná, União e Cauamé da cidade de Boa Vista/RR.

Além disso, para enriquecer os debates desse estudo, foram realizadas visitas às Unidades Básicas de Saúde nos bairros apontados como itinerários dos membros do estudo e no DSEI/Leste/RR. Nestas unidades foram selecionados 04 (quatro) profissionais de saúde, que contribuiriam com suas concepções acerca dos objetivos desse estudo.

Por último, no decorrer das entrevistas nas residências das pessoas indígenas, foram surgindo fontes relacionadas aos caminhos de cura popular indígena na cidade que levaram a incluir nas entrevistas 2 (duas) curadoras tracionais do povo *Wapichána*.

É válido mencionar ainda que esta proposta de pesquisa foi influenciada por indagações que vieram à minha mente durante experiência pessoal como indígena da cidade em um momento de necessidade de recuperação da saúde vivenciada no Hospital Geral de Roraima.

Nesta experiência de adoecimento, entrei em contato com vivências que eram análogas as minhas, no que se refere a questão do atendimento diferenciado em saúde indígena, onde muitas vezes ocorre a dificuldade de acesso pelo indígena urbano, seja pela opção de negação da identidade étnica, em virtude do medo das situações de preconceito ao se identificar ou por conta da postura excludente do poder público de negação do direito do indígena urbano aos serviços de saúde diferenciados, seja por considerar que, ao se integrar a sociedade envolvente, a pessoa indígena deixa de ser "índio".

Nesse contexto se faz importante mencionar a existência de uma Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas (2002) que é operacionalizada prioritariamente pela Política Nacional de Atenção Básica na cidade (2012), haja vista que os subsistemas de atenção à saúde indígena, que é o modelo assistencial baseado dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, não oferecem cobertura para as demandas de indígenas citadinos.

A dificuldade de acesso mencionada foi identificada na pesquisa de campo conforme debate realizado no capítulo 2 (dois) desse estudo e cujas considerações apontam para a respostas os objetivos específicos secundário e terciário que são: "identificar os aspectos que facilitam ou dificultam o acesso aos serviços de saúde e compreender a aplicabilidade das políticas públicas de atenção à saúde indígena no contexto urbano". Enfatizo que o terceiro objetivo se evidencia pelas dificuldades de acesso e possibilidades evidenciadas.

As dificuldades não se centram nesta Política e sim na postura Estatal e Municipal quanto à implementação efetiva desta e também na incompatibilidade estrutural da organização da atenção à saúde indígena na cidade, que mais reflete o meio de atenção (igual para todos) do que, de fato, observa especificidades concernentes à saúde indígena.

Existem facetas enraizadas pela historicidade colonial do Brasil que se apresentam como dificuldades expressas pelo racismo existente no imaginário da sociedade envolvente atrelada à figura da pessoa indígena e que se configuram como ferramentas de negação

da identidade. Trata-se de caso de violação de Direitos Humanos que afeta a muitos indígenas citadinos, caracterizados pela condição de alta vulnerabilidade social.

Além disso, há dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde se relacionam com a escassez de capacitação profissional para lidar com as demandas socioculturais e com a dificuldade no campo da linguagem, que resultam em prejuízos para os atendimentos.

Outra compreensão que foi evidenciada é o fato de que os próprios profissionais de saúde conseguem reconhecer as dinâmicas e a agência expressada pelas práticas indígenas de saúde. Ademais, conforme a análise da atuação desses profissionais, não foi possível identificar os requisitos de atendimentos embasados na PNASI.

Por outro lado, o movimento indígena da Cidade, ODIC, se apresenta como uma instituição que vem representando a autonomia indígena, cumprindo, assim o papel de facilitador de criação de possibilidades de acesso aos serviços de saúde, à medida que fomenta a luta pelo acesso à Direitos.

No campo de atuação profissional, foi identificado que Vênus (33 anos) desenvolve estratégia que pode vir a somar como meio de promoção da saúde através do incentivo ao uso de plantas medicinais, numa dialogia e resgate das compreensões culturais indígenas acerca desses usos. Isto evidenciou a necessidade de se abrir mais espaço para as esferas de participação indígena quanto a reformulação da atual PNASI para englobar indígenas citadinos.

No terceiro capítulo desse estudo, foi possível conhecer os “Itinerários terapêuticos de pessoas indígenas portadoras de doença crônica” em alusão ao objetivo específico primário. Neste, a conceituação acerca dos processos saúde-doença dessas pessoas foi construídas a partir de suas na perspectivas.

De modo que, as experiências de adoecimento puderam explicar os fatores que geram as patologias, evidenciando os eventos ambientais, associados à alimentação, à vida urbana, bem como à condição socioeconômica em que se inserem e vivem os indígenas da cidade, numa relação com condicionantes de saúde genéticos indígenas, que são propícios as situações de adoecimento, caso sejam expostos ao uso de determinados alimentos, ou à escassez destes.

Como consequência desses determinantes de saúde, o resultado foi a confirmação do perfil epidemiológico da alta prevalência do diabetes entre pessoas indígenas. Este alto índice se efetiva não só nessa realidade contextual, mas também na de outros povos da América latina.

Sobre a circulação pelos sistemas de atenção à saúde, os três setores (Profissional, Popular e Familiar) vem sendo utilizados pelas indígenas da cidade.

No **setor profissional** as principais motivações quanto a utilização desse sistema estão relacionadas à dependência biomédica gerada as custas da relação de alta eficácia medicamentosa. No **setor popular** verificou-se que os itinerários dessas pessoas partem inicialmente do uso de remédios caseiros, chás, benzimentos, bem como do acesso a especialistas de cura indígenas, como por exemplo xamã e pajé. Os indígenas identificam a existência desses especialistas no meio urbano graças à rede comunitária do **setor familiar**, de onde surgem as indicações de algum parente ou amigo e continuam a utilizar as formas de cura, mesmo em meio urbano.

Nesse contexto, as redes de negociações e ressignificações identificadas nos itinerários foram evidenciadas no sentido de que, por meio da agência indígena, essas pessoas realizam misturas que configuram zonas de intermedicalidade, através da autoatenção, por exemplo: *tomam chá com remédio da farmácia para passar a dor*. Desse modo, nessas experiências, vão circulando pelas alternativas encontradas entre os plurais sistemas para sanar suas inquietações.

Nos capítulos 1,2,3 desse estudo, com base na análise da estória de vida das pessoas em relação a conjuntura histórica de formação da cidade de Boa Vista/RR, foi possível conhecer o campo de possibilidades terapêuticas que se delinearam a partir das opções socioculturais representadas pelos plurais sistemas de atenção à saúde presentes nesse meio urbano.

Nesse sentido, em alusão ao objetivo geral desse estudo, pude alcançar compreensões acerca das relações saúde-cultura presentes nos processos de busca por saúde. De modo que, pude verificar que estas se estabelecem mediadas por dimensões simbólicas que são identificadas através das experiências de adoecimento das pessoas e buscas por saúde. A vista que os significados das vivências dessas pessoas evidenciaram a importância dos espaços territoriais como lugares de alteridade e manutenção da vida e saúde indígena.

Contudo, mesmo em espaço urbano, há uma luta simbólica indígena que se situa como uma espécie de resistência para manter o uso de seus conhecimentos culturais para tratar questões de saúde: muitos são os que trilham itinerários de busca de ervas para remédios em outras regiões, próximas a Boa Vista, numa via de acesso fortalecida pela rede comunitária de parentesco entre os povos *Macuxí e Wapichána*.

Portanto, as relações saúde-cultura e saúde-indígena são figuradas como contextos intermédicos acessados pelos indígenas urbanos. Este se constitui no andar indígena pelos plurais sistemas de atenção identificados, onde fazem negociações de suas cosmologias e misturas entre as distintas alternativas de cura, bem como, também resgatam, por meio da agência social, saberes culturais de saúde pelas formas de autoatenção explicitadas.

Em suma, os itinerários terapêuticos das pessoas indígenas na cidade, situam-se na circulação pelos três sistemas, partem inicialmente do uso de remédios caseiros, chás, benzimentos, cura indígenas, e por conta do surgimento de alguma dor ou de outros sintomas, partem para o sistema oficial de saúde. Neste, quando não sentem suas necessidades de atenção contempladas pelo sistema oficial igual para todos, então as pessoas são obrigadas a negociar suas cosmologias, acessando a estrutura existente. Quando, mesmo assim, não resolvem seus problemas de saúde, acessam a automedicação. E, tais usos ocorrem via rede comunitária articulam-se com outras formas de atenção local por meio da estratégia de autoatenção, nessa dinâmica de circulação.

Nesse sentido, concluo o presente estudo deixando essas compreensões como possibilidades que possam, quiçá, contribuir para pensar políticas de atenção e inclusão social do Direito à saúde de indígenas citadinos.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Marcos Alexandre dos Santos. Indígenas na Cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos do Desenvolvimento Fluminense**, n. 7, p.151-167, 30 dez. 2015.
- ALMEIDA, Alfredo Wagner Berno de. Terras tradicionalmente ocupadas: processos de territorialização e movimentos sociais. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, [s.l.], v. 6, n. 1, p.9-32, 31 maio 2004.
- ALMEIDA, Alfredo Wagner. Territórios e territorialidades específicas na Amazônia: entre a "proteção" e o "protecionismo". **Caderno CRH**, Salvador, v. 25, n. 64, p.63-72, abr. 2012.
- ALMEIDA, V. G. Relações interétnicas em conflito entre Makuxí e Wapichána na terra indígena Raposa Serra do Sol. 2008, 154 f. Dissertação. (Mestrado em Antropologia Social). Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2008.
- ALMICAR, J. Indígenas buscam melhorias de vida nos centros urbanos. **Folha de Boa Vista**, Boa Vista, 12 de julho de 2017. Migração dos índios, p. 1. Disponível em: <http://www.folhabv.com.br/noticia/Indigenas-buscam-melhorias-de-vida-nos-centros-urbanos/18121>. Acesso em 24 de dezembro de 2017.
- ALTAMIRANO, M. L. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. **Salud Pública**, México,;49:63-70, 2007.
- ALVES, C; MINAYO, M (org.) **Saúde e doença: um olhar antropológico** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 174, 1994.
- AMOROSO, M.; SANTOS, G. M.(Org.). **Paisagens Ameríndias, Lugares, Circuitos e Modos de Vida na Amazônia**. São Paulo: Terceiro nome, 2013.
- ANDRADE, Fanir Neves Ayres; GIL, Pamela Alves. A percepção dos profissionais de saúde sobre o cuidado à saúde dos pacientes indígenas. **Examãpaku**, Boa Vista, v. 8, n. 3, p.81-97, 2015. Disponível em: <<https://revista.ufrn.br/examapaku/article/view/3119>>. Acesso em: 19 ago. 2017.
- ARIAS, Jaiberth Antonio Cardona et al. *Prevalencia de diabetes mellitus y dislipidemias en indígenas del resguardo Cañamomo-Lomaprieta*. **Investigaciones Andinas**, Colômbia, p.414-426, nov. 2012.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Feira de Santana, v. 11, n. 17, p.2865-2875, 14 out. 2012.
- ATHIAS, Renato. **A noção de identidade étnica na antropologia brasileira: de Roquette Pinto à Roberto Cardoso de Oliveira**. Recife, UFPE: 2007.
- BAINES, Stephen Grint. A fronteira Brasil-Guiana e os povos indígenas. **Revista de Estudos e Pesquisas**, FUNAI, Brasília, v.1, n.1, p.65-98, jul. 2004.

BAINES, Stephen Grant. As chamadas "aldeias urbanas" ou índios na cidade. **Revista Brasil Indígena**, Brasília, v.1, n.7, p.15-17, nov./dez. 2001.

BAINES., Stephen Grant. O movimento político indígena em Roraima: identidades indígenas e nacionais na fronteira Brasil-Guiana. **Caderno Crh**, Salvador, v. 25, n. 54, p.33-44, 2012.

BANIWA, Gersem José dos Santos. **Educação para manejo e domesticação do mundo**. Entre a escola ideal e a escola real. Os dilemas da educação escolar indígena no Alto Rio Negro. 2011. Tese de doutorado, Orientador: Professor Doutor Stephen Grant Baines. Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília.

BANIWA, Gersem José dos Santos. **O Índio Brasileiro**: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil hoje. Brasília: MEC/UNESCO/ LACED/Museu Nacional, 2006.

BARROS, M. B. A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Departamento de Medicina Preventiva e Social**, Campinas, v. 4, n. 11, p. 911-926, nov. 2006.

BARSAGLINI, Reni Aparecida. Análise socioantropológica da vivência do diabetes: um estudo de caso. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 12, n. 26, p.563-577, set. 2008.

BARTH, F. **Grupos Étnicos e suas fronteiras**. In: POUTIGNAT, P. Teorias da etnicidade. Seguindo de grupos étnicos e suas fronteiras de Fredrik Barth, Philippe Poutignat, Jocelyne Streiff-Fenard. Tradução de Elcio Fernandes. São Paulo: UNESP, 1998.

BASTA, Paulo Cesar. A aldeia está doente. **Associação brasileira de Saúde coletiva**. Manguinhos: Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://ram2017.com.ar/> Acesso em: 20 de dezembro de 2017.

BATISTA, Juliana De Paula. **Cultura e Etnocentrismo**: os Direitos territoriais Indígenas em Uma Perspectiva Contra-Hegemônica. Resumo: apresentação. Universidade Federal De Santa Catarina, 2010.

BECKER, Berta. K. **Amazônia**. Editora Ática, São Paulo, série Princípios, 1990.

BERNAL, Roberto. **Índios Urbanos**: Processos de Reconformação Social das Identidades Étnicas Indígenas em Manaus. Manaus: UFAM, 2009.

BOCCARA, G.; BOLADOS, P. "Gobernar a través de la Participación": La Fábrica del Neoliberalismo Multicultural en Chile". **Memoria Americana**. Universidad de Buenos Aires. Cuadernos de Etnohistoria, Vol. 16, 2008.

BOCCARA, Guillaume. "Mundos nuevos en las fronteras del Nuevo Mundo". In: Nuevo Mundo Mundos Nuevos, n. 1, **Revues**. Disponível em: https://pdflegend.com/download/guillaume-mundos-nuevos-en-las-fronteras-del-nuevo-mundo-guillaume-boccaro-_5a13c09fd64ab2084776d904_.pdf. Acesso em 22 de dezembro de 2017.

BOTELHO, B. J; WEIGEL, V. A. Comunidade sateré-mawé Y'Apirehyt: ritual e saúde na periferia urbana de Manaus História, **Ciências, Saúde** - Manguinhos, vol. 18, núm. 3, julio-septiembre, 2011, pp. 723-745 Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro, Brasil.

BRASIL. Constituição Federal (1988). Lei nº 231 e 232 de 1988. **Capítulo VIII - dos índios**. Brasília, Distrito Federal, Disponível em: <<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/constfed.nsf/16adba33b2e5149e032568f60071600f/93b6718ed334dc14032565620070ecfc?OpenDocument>>. Acesso em: 19 ago. 2014.

BRASIL. **Política Nacional de atenção a saúde dos povos indígenas**. Portaria nº. 245 de 31 de Janeiro de 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 20 de janeiro de 2018.

BRASIL. **Guia de cadastramento de famílias indígenas**. Cadastro Único para Programas Sociais. Ministério do Desenvolvimento. 2ª Edição Revisada, p. 1-80, Brasília, 2018. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cadastro_unico/guia-de-cadastramento-de-familias-indigenas.pdf Acesso em 02 de Janeiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Abordagem nutricional em Diabetes Mellitus**. Brasília, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abordagem_nutricional_diabetes_mellitus. Acesso em 20 de dezembro de 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. *HumanizaSUS* - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério à Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério das Cidades. **Planos de urbanidade**. Brasília, 2017d. Disponível em: <http://www.capacidades.gov.br/pg/oprograma/quemsomos> Acesso em 20 de dezembro de 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento. **Bolsa Família Brasília**, 2015. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e>. Acesso em 20 de dezembro de 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento. **Saúde Nas Fronteiras**, 2009. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2009/12/saude-nas-fronteiras>. Acesso em 20 de dezembro de 2017.

BARCELLOS, et al. Mudanças climáticas e ambientais e as doenças infecciosas: cenários e incertezas para o Brasil. **Epidemiologia Serviços Saúde**, Brasília, v.18, n.3, p.285-304, jul-set. 2009.

BUCHILLET, Dominique (Org.). A Antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: BUCHILLET, Dominique. **Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia**. Belém: p. 21-44, 1991.

CANEVACCI, M. **Sincretismos uma exploração das Híbridações culturais**. Stúdio Nobel: São Paulo, p.21,1996.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. **Urbanização e tribalismo: a integração dos índios Terena numa sociedade de classe**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1968.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto; BAINES, Stephen G. (Org.). **Nacionalidade e etnicidade em fronteiras**. Brasília: Editora UnB, Coleção Américas, p. 278, 2005.

CARDOSO, A., M. et al. **Diabetes melitus em índios Guarani**. In: COIMBRA, J., SANTOS, R.V. and ESCOBAR, AL. (org.). Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

CARRASCO, E. P. et al. *Prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en dos poblaciones aborígenes de Chile en ambiente urbano*. **Rev. Méd Chile**, v. 132, n. 2, p.1189-1197, nov, 2004.

CARVALHO, Francisco de Assis Lima. **Atenção à saúde nas cidades fronteiriças de Bonfim e Pacaraima: implementação do SIS-Fronteiras em Roraima**. 2014. 122 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Roraima, Boa Vista.

CARVALHO, M. A. Os movimentos políticos Yanomami: análises da construção de suas demandas e reivindicações. 124 f. Dissertação. (Mestrado em Sociedade e Fronteiras). Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Fronteiras, Boa Vista, 2015.

CIDR. **Índios de Roraima: Macuxi, Taurepang, Ingarikó, Wapixana**. Coleção histórico-antropológica n. 1. Boa Vista: Editora Gráfica Coronário, 1987.

CIMI. Conselho indigenista Missionário. **Marcas do Genocídio que acompanhou a criação do Rio Grande Do Sul**. Conselho indigenista Missionário, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://www.sul21.com.br/jornal/marcas-do-genocidio-que-acompanhou-criacao-do-rs-seguem-presentes/>. Acesso em: 20 de dezembro de 2017.

CLEMENTINO, Alcelino. et al. **Os Filhos de Macunaíma - Vida, História, Luta - ou vai ou racha, a luta continua**. São Paulo: Loyola, 2004.

COIMBRA, C. E.A. J. Perfil Epidemiológico da População Indígena no Brasil: Considerações Gerais. **Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ**, Rio de Janeiro e Museu Nacional/ UFRJ, v. 8, n. 3, p. 345-567, out, 2001.

CORREIA, R. L. **O espaço urbano**. Editora: Ática, série princípios, 3a edição, 1995.

COSTA, Emily. Índios ocupam SESAI e pedem a saída da coordenadora. **G1 Jornal Hoje**. Boa Vista, 07 de novembro de 2017. Roraima Rede Amazônica, p. 1. Disponível

em <http://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2013/12/em-rr-indios-ocupam-predio-da-sesai-e-pedem-saida-de-coordenadora.html> Acesso em 23 de dezembro de 2017.

DANTAS, Fernando Antonio de Carvalho. **Relatório de Identificação da terra indígena Guarani-Mbyá da Ilha da Cotinga**. Curitiba: FUNAI, 1989.

DIEHL, Eliana Elisabeth; GRASSI, Francielly. Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p.1549-1560, ago. 2010.

DURAN, Ana Cláudia da Fonseca Leitão. **O deserto alimentar: comida saudável é comida de verdade. Mas quem tem acesso a ela?** 2013. 210 p. Tese (Doutorado em Nutrição em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo.

ENGESTRÖM, Y. *Perspectives on activity theory*. New York: Cambridge University Press, 1999.

FARAGE, Nádia. **As muralhas dos sertões: povos indígenas no Rio Branco e a colonização**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; Anpocs, 1991.

FERREIRA, Luciane Ouriques. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, jan-mar. 2013, p.203-219.

FIDELIS, Juliana Gonçalves. Integralidade e indígenas urbanos: análise dos relatos de profissionais e usuários de uma unidade básica de saúde no município de São Paulo. 2014. 105 f. Dissertação. (Mestrado em Filosofia) - Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

FERRI, Patrícia. Achados ou perdidos? – A imigração indígena em Boa Vista. Goiânia: MLAL, 1990.

FIGUEIREDO, Érica. Cidade em Roraima inaugura abrigo para índios refugiados venezuelanos. **G1 Jornal Hoje**. Boa Vista, 07 de novembro de 2017. Roraima Rede Amazônica, p. 1. Disponível em: <http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2017/11/cidade-na-fronteira-com-venezuela-inaugura-abrigo-para-refugiados-venezuelanos.html>. Acesso em 23 de dezembro de 2017.

FOLLÉR, M. L. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In LANGDON, E. J. e GARNELO, L. (org.) **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: ABA/Contracapa, 2004. pp. 129-147.

FREITAS, Glênio Alves de; SOUZA, Maria Cristina Corrêa de; LIMA, Rosangela da Costa. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados em mulheres indígenas do Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p.2-12, 11 dez. 2016.

GARCIA, S. C. P. **Circulação e permanência de indígenas Kaingang e Guarani na cidade de Florianópolis, Santa Catarina: desafiando ausências, paradoxos e outras**

imagens. 319 p. (Tese) apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

GASCHÉ, J.; MENDONZA, N. **Sociedad bosquesina:** Ensayo de antropología rural amazónica, acompañado de una crítica y propuesta alternativa de proyectos de desarrollo. Iquitos: Instituto de Investigaciones de la Amazonia Peruana, 2012.

GASCHÉ, Jorge. **Qué son 'saberes' o 'conocimientos' indígenas, y qué hay que entender por 'diálogo?': Memórias Primer Encuentro Amazônico de diálogos de saberes.** 17 p. Letícia: Editorial Universidad Nacional de Colombia Sede Amazonia, 2009.

GOLÇALVES, J. Suicídio indígena bate recordes. Mais do que opção, morte voluntária é consequência de uma existência em conflito, uma vida de quase-nada. **Trip/índio.** São Paulo: Trip, 09 jan. 2018.

GOLDENBERG, Paulete (org.). **O Clássico e o Novo:** tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

GOLGHER, A. B. **Fundamentos da Migração.** Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, Texto para Discussão no 231, maio, 2004.

GONZÁLEZ, L.; WEBBER, M. Quando “o outro” está em casa: mobilidade guarani na tríplice fronteira entre Argentina, Brasil e Paraguai. Iberoamérica Social: **revista-red de estudios sociales IX**, pp. 39 – 54, 2017. Disponível em: <https://iberoamericasocial.com/quando-outro-esta-em-casa-mobilidade-guarani-na-triplicefronteira-argentina-brasil-e-paraguai>.

GUERRERO, Ana Felisa Hurtado. et al. (Org.). **Condição nutricional de um grupo de idosos indígenas no Distrito Sanitário Leste de Roraima.** In: COIMBRA, Carlos. A; ESCOBAR, Ana Lúcia (org.). Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro, p. 260, 2005.

HAYD, R. N. L. et al. Um olhar sobre a saúde indígena no estado de roraima. **Revista Mens Agitat**, Roraima, v. 3, n. 1, p.89-98, 2008.

HEINEN, Maíra. Indígenas catadores contam com angústia de viver no lixão. **Agência Brasil e Rádio Nacional da Amazônia.** Brasília, 19 de abril de 2017.

HELMAN, C. G. **Cuidado e cura: os setores de atenção à saúde.** In: Cultura, saúde, doença; tradução Ane Rose Bolner. 5. Ed - Porto Alegre Artmed, 2009.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença.** Trad. Eliane Mussnich. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HELMAN, C. G. **Migração, globalização e saúde.** In: Cultura, saúde, doença; tradução Ane Rose Bolner. 5. Ed - Porto Alegre Artmed, 2009. Cap. 12, p. 270-298.

IBGE. **Censo Demográfico 2010** - Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 03 de Maio de 2015.

JECUPÉ, Kaka Werá. *Oré awé roiru`a ma: Todas as vezes que dizemos a deus*. São Paulo, **Phytoervas**, 1988.

KLEINMAN, A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: *University of California Press*, 1980.

KOCH-GRÜNBERG, Theodor. *Do Roraima ao Orenoco*. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

KOPENAWA, Davi; ALBERT, Bruce. *A queda do céu: palavras de um xamã yanomami*. São Paulo: Companhia das Letras. 729 p., 2015.

KRENAK, Ailton: **Encontros**. (org) COHN. S. Brasília: Azougue Editorial: 2015.

KENT, M.; SANTOS, R. V. Os charruas vivem” nos Gaúchos: a vida social de uma pesquisa de resgate genético de uma etnia indígena extinta no sul do Brasil. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 18, n. 37, p. 341-372, jan./jun. 2012.

LANGDON, E. Jean. **La Negociación de lo Oculto: Chamanismo, Medicina y Familia entre los Siona del Bajo Putumayo**. Popayán: Universidad del Cauca, 2014a.

LANGDON, E. Jean. **Representações de doença e itinerário terapêutico entre os Siona da Amazônia Colombiana**. In: SANTOS, Ricardo; COIMBRA, Carlos (Org.). *Saúde dos povos indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

LANGDON, Esther Jean et al. **Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde**. 2010. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 23 fev. 2016.

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 4, p.1019-1029, abr. 2014b.

LANGDON, Esther Jean. Redes xamânicas, curanderismo e processos interétnicos: uma análise comparativa. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**, Londrina, v. 17, n. 1, p.61-84, 19 jul. 2012.

LANGDON, Esther Jean; CARDOSO, Marina Denise (Org.) **Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. 310p.

LANGDON, Esther, Jean. **Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde**. In: LANGDON, E. J. E GARNELO, L. (Orgs.) *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia, contra capa, 2004.

LAURENTI, Rui. O problema das doenças crônicas e degenerativas e dos acidentes nas áreas urbanizadas da América Latina. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 9, p.239-48, 22 out. 1975.

LEMONS, A. *The Macuxí Indians of Roraima*. Cattle Raising, Land, and Ethnic Identity, University of Florida – EUA, 1998.

LIMA, Márcia. et al. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.1079-1087, ago. 2004.

LIMA, Rodrigues. **Cartografia da Violação os Direitos dos Indígenas de Boa Vista (RR)**: Ministério Da Educação – PROEXT, 2010. Universidade Federal De Roraima, 2012.

LIMA, V. S. **O calendário cultural e a teoria da atividade na educação escolar indígena: fazer xarope para doenças respiratórias na comunidade Pedra Preta, T.I. Raposa Serra do Sol**. Trabalho de Conclusão do Curso de Licenciatura Intercultural – Instituto Insikiran de Formação Superior da UFRR. Boa Vista, 2014.

LIMA, Zeneida. **O mundo místico dos caruanas e a revolta de sua ave**. Belém: CEJUP, 1993.

LIZOT, Jacques. **O Circulo dos fogos: feitos e ditos dos índios Yanomami**. Tradução de Beatriz Perrone Moysés. São Paulo, Martins Fontes, 1988.

LITTLE, Paul Elliot. **Territórios Sociais e Povos Tradicionais no Brasil: Por uma antropologia da territorialidade**. Universidade de Brasília. Série Antropologia – Brasília, 2002.

MAHER, Terezinha Machado. Sendo Índio Na Cidade: Mobilidade, Repertório Linguístico E Tecnologias. **Revista da Anpoll**, Campinas, v. 1, n. 40, p.58-69, Jun. 2016.

MARINGÁ, Secretaria Municipal de Saúde. **Programa a hora do chá: resgatando o poder das plantas**. Cartilha, 2012. Disponível em Acesso em 03 de dezembro de 2017.

MARRONI. D. A importância da antropologia na Saúde. **Ensaio em saúde coletiva**, v. 4, nº. 16, p. 103. Editora: Bolina, 2007.

MARTINS, L.M.; FRANÇA, A.P.D. ; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 5-18, dezembro de 1996.

MARX, Karl. **O 18 Brumário de Luis Bonaparte**, in: Marx-Engels, obras escolhidas, Rio de Janeiro, Vitória, p. 224, 1956.

MCCALLUM, C. O corpo que sabe: da epistemologia kaxinawá para uma antropologia médica das terras baixas sul-americanas. In: ALVES, P. C. e RABELO, M. C. (org.) **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Editora FIOCRUZ, 1998. p 215-245.

MEDEIROS, B. T. Quando busca de saúde e religião se entrecruzam: um estudo de caso. **ANTHROPOLÓGICAS**, pós-graduação em Antropologia (PPGA)/ UFPE, ano 6, volume 13(1): 75-90, Recife, 2002.

MELATTI, Júlio Cezar. **População indígena**. Brasília: DAN/UnB, Série Antropologia, p. 345, 2004.

MELO, Luciana Marinho. **Fluxos Culturais e os povos da cidade: Entre os Macuxí e Wapichána de Boa Vista-Roraima**. 2012. 156 f. Dissertação (Mestrado Patrimonio Historico) Instituto do Patriminio Historico, Rio de Janeiro.

MELO, Luciana Marinho. **Populações Indígenas na Cidade de Boa Vista – Roraima: Dinâmicas Sociais e processos de (re)significação identitária em contexto urbano (Associação Brasileira De Antropologia) Resumo: apresentação**. João Pessoa, 2016.

MENÉNDEZ, Eduardo. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p.185-207, 2003.

MENÉNDEZ, Eduardo. **De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva**. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

MINAYO, Maria. Cecília. **“Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro”**. In: ALVES, P.C. & RABELO, M.C. (orgs.): **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998.

MAGNANI, José Guilherme C.; TORRES, Lilian de Lucca (Orgs.) **Na Metrópole - Textos de Antropologia Urbana**. EDUSP, São Paulo, 1996.

CARNEIRO DA CUNHA, Manuela. **Cultura Com Aspas**. São Paulo: Cosac Naify, 2009.

NASCIMENTO, Adir Casaro; VIEIRA, Carlos Magno Naglis. **O índio e o espaço urbano: breves considerações sobre o contexto indígena na cidade**. 2015. 19 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de História, Ucdb, São Paulo, 2015.

NASCIMENTO, Adir. O índio e o espaço urbano: breves considerações sobre o contexto indígena na Cidade. **Cordis. História: Cidade, Esporte e Lazer**, São Paulo, n. 14, p. 118-136, jan./jun. 2015.

NUNES, Eduardo Soares. Aldeias Urbanas Ou Cidades Indígenas? Reflexões Sobre Índios E Cidades. **Espaço Ameríndio**, Universidade de Brasília, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 9-30, jan./jun. 2010.

OLIVEIRA, F. A. Anthropology in healthcare services: integrality, culture and communication, **Interface**, v.6, n.10, p.63-74, 2002.

OLIVARES. A.I. et. al. Um olhar sobre a saúde do indígena em Roraima. **Revista Mens Agitat**, volume III, n. 1, p. 89-98. Curso de Medicina – Centro de Ciências da saúde. Boa Vista: UFRR, 2008.

OIT. **Convenção n°.169 sobre povos indígenas e tribais**. Resolução referente à ação da OIT / Organização Internacional do Trabalho. - Brasilia, 2011.

OLIVEIRA, Geraldo Ferreira de et al. Prevalência de diabetes melitos e tolerância à glicose diminuída nos indígenas da Aldeia Jaguapiru, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Mato Grosso do Sul, v. 29, n. 5, p.315-321, maio 2011.

OLIVEIRA, João Pacheco de (Org.). Uma etnologia dos “índios misturados”?: situação colonial, territorialização e fluxos culturais. **Mana**, Manaus, v. 1, n. 4, p.47-77, jan. 2014.

OLIVEIRA, R. G. (Org.) **Projeto Kuwai Kiri: A experiência Amazônica dos índios urbanos de Boa Vista – Roraima**. Boa Vista: Ed. Da UFRR, 2010.

OLIVEIRA, R. G. **A cidade de Boa Vista e os índios urbanos em áreas de fronteira**. In: CIRINO, C. M; LIMA, C. Moradores da Maloca Grande: reflexões sobre os indígenas no contexto urbano. Editora da UFRR: Boa Vista, 2016.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de; BAINES, Stephen Grant (Org.). **Nacionalidade e etnicidade em fronteiras**. Brasília: Editora Unb, 2005. 278 p. (Coleção Américas).

OLIVEIRA, Valéria. Abrigo para Venezuelanos começa a funcionar na fronteira de Roraima. **G1 Roraima**. Boa Vista, 03 de novembro de 2017. Roraima Rede Amazônica. Disponível em: <https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/abrigo-para-venezuelanos-comeca-a-funcionar-na-fronteira-de-roraima.ghtml>. Acesso em 23 de dezembro de 2017.

OMS. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: **Declaração de Alma-Ata**, 1978. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude>. Acesso em 20 de dezembro de 2017.

OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.paho.org/bra>. Acesso em 26 de dezembro de 2017.

OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Rápida Urbanização leva ao aumento de doenças crônicas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.douradosagora.com.br/noticias/ciencia-e-saude/oms-diz-que-rapida-urbanizacao-leva-a-aumento-de-doencas-cronicas>. Acesso em 20 de dezembro de 2017.

PACHECO, Agenor Sarraf. Religiosidade afroindígena e natureza na Amazônia (Afroindigenous Religiosity and Nature in the Brazilian Amazon, **Horizonte**, v. 11, n. 30, p.476-508, 27 jun. 2013.

PACINI, A. **Os Chiquitano na fronteira. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social**. (Associação Brasileira De Antropologia). João Pessoa, 2016. Disponível: http://www.29rba.abant.org.br/resources/anais/1/1402014448_ARQUIVO_ArtigoLucianaMeloABA.pdf. Acesso em 20 de dezembro de 2017.

PALHETA, R.P.; COSTA, R.J . Para Além do Direito à Saúde: Diversidade Cultural e a Questão Indígena no Processo de Internação Hospitalar da Fundação Hospital Adriano Jorge. **Revista de Ciências Humanas e Sociais da FSDB** – ano IV, volume VIII, 2008.

PELLEGRINI, Marcos Antônio. **Falar e comer: um estudo sobre os novos contextos de adoecer e buscar tratamento**. 1998. 159 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Antropologia Social, Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

PELLEGRINI, Marcos. **As equipes de saúde diante das comunidades indígenas:** reflexões sobre o papel do antropólogo nos serviços de atenção à saúde indígena. In: LANGDON, E. J. e GARNELO, L. (orgs.). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa livraria / Associação Brasileira de Antropologia, p.233-243, 2004.

PONTES, Laura Arlene Saré Ximenes. A população indígena da cidade de Belém, Pará: alguns modos de sociabilidade. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, Belém, v. 4, n. 2, p.261-275, ago. 2009.

QUEIROZ, D. H. S. et. al. a percepção do autocuidado em portadores de diabetes mellitus atendidos na atenção básica de saúde. **Revista Uningá**, Terezina Piauí, v. 53, n. 2, p.12-17, 20 set. 2017.

RAMOS, Alcida. A importância dos territórios. In: **Sociedades indígenas**. São Paulo: série princípios, 1986, p.13-59.

REIS, Araújo et al. Saúde Do Idoso Indígena No Brasil: Revisão Integrativa. **Revista de Enfermería UFPE**, Recife, v. 10, n. 8, p.3077-3089, out. 2016.

REPETTO, Maxim; CARVALHO, Fabiola. Experiencias de investigación educativa intercultural en la formación de maestros indígenas en Roraima, Brasil. **Desacatos**, Boa Vista, v. 4, n. 48, p.50-55, 12 out. 2015.

REPETTO, Maxim; SILVA, Lucilene Julia da. Experiências inovadoras na formação de professores indígenas a partir do Método Indutivo Intercultural no Brasil. **Tellus**, Campo Grande, n. 30, p.39-60, 25 jul. 2016. Universidade Católica Dom Bosco. <http://dx.doi.org/10.20435/tellus.v0i30.402>.

REPETTO. M. **Movimentos indígenas e conflitos territoriais no estado de Roraima**. Boa Vista: Editora da UFRR, 2008.

RESENDE, Ana Catarina Zema. Autonomia Indígena no Pensamento Político de Taiaiake Alfred, Floriberto Díaz e Gersem Baniwa. **Revista de Estudos e Pesquisas Sobre As Américas**, Brasília, v. 11, n. 2, p.23-92, 30 ago. 2017.

REYES, G. et al. *Estudo descritivo de factores de riesgo cardiovascular a una muestra de la población de una comunidad indígena de Honduras*. **Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana**, v. 16, n. 1, p. 32-37, nov, 2011.

REZENDE, C. B. Métodos e técnicas em Antropologia da Saúde a narrativa como forma de análise da experiência do parto. **Reunión de Antropología del Mercosul. Experiências etnográficas desafíos y acciones para el siglo 21**, RAM, Misiones: 2017. Disponível em: <http://ram2017.com.ar/> Acesso em: 20 de dezembro de 2017.

RICE, Alexander Hamilton. **Exploração na Guiana Brasileira**. São Paulo: Ed. Da Universidade de São Paulo, 1978.

ROCHA, A. K. et al. Prevalência da síndrome metabólica em indígenas com mais de 40 anos no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 21, n. 1, p. 87-98, dez, 2011.

RODRIGUES, Aryon Dall'Igna. **Línguas indígenas brasileiras**. Brasília, DF: Laboratório de Línguas Indígenas da UnB, 2013. 29p.

RODRIGUES, Francilene. Migração transfronteiriça na Venezuela. **Estudos Avançados**, v. 20, n. 57, p.197-207, ago. 2006.

SANTIAGO, Isac. Índios Yanomami são acusados de promoverem desordem em Mucajaí. **Folha de Boa Vista**, Boa Vista, 05 de janeiro de 2016. Cidades/Capital, p. 1. Disponível em: <http://www.folhabv.com.br/noticia/Indios-Yanomami-sao-acusados-de-promoverem-desordem-em-Mucajai/12798>. Acesso em 02 de dezembro de 2017.

SANTILLI, Paulo. **Pemongon Patá: Território Macuxi, rotas de conflito**. São Paulo: UNESP, 2001.

SILVA, Aislan Assis Martinho. **“Viver livremente”**: trajetos e passagens de uma fuga do cuidado. In: GERHARDT, Engel; PINHEIRO, Roseni; RUIZ, Elisiane; JÚNIOR, Aluísio (Org). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2015.

SILVA, Georgia. Negociações em Pauta: Práticas de Auto-atenção Conhecimento e poder no contexto Atikum, **IV Encontro Nacional**, ANPPAS, Brasília, 2008.

SILVA, Elizene Miranda da Silva. Processo de Alcoolização em uma comunidade Yanomami de Roraima: o caso dos Yawaripê de Xikawa. 2014. 88 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Roraima, Boa Vista.

SILVA, S. H. C. et al. Plantas medicinais: tradições e saberes de mulheres de uma comunidade urbana do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Espacios**, v. 35, n. 4, p. 12, 2014.

SILVA. Alfredo. Comunidades indígenas sofrem com violência, tráfico e alcoolismo. **Folha de Boa Vista**, Roraima. 22 de Jan. de 2018. Caderno de Política, p.11. Disponível em: <http://www.folhabv.com.br/noticia/Comunidades-indigenas-sofrem--com-violencia--tráfico-e-alcoolismo/36125>. Acesso em: 22 de Janeiro de 2018.

SOARES, Leonardo. **Etnoastronomia, Interculturalidade E Formação Docente Nos Planetários Do Espaço Do Conhecimento**. UFMG do Parque Explora.Tese (Doutorado LatinoAmericano apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Educação) - Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Belo Horizonte, 2017.

SOAVE, Fernando. Índios e cidade: quando a igualdade descaracteriza. **Boletim Científico ESMPU**, Brasília, n. 49, p. 49-78 – jan. /jun. 2017.

SOUZA, E.; REPETTO, M. (Org.) **Diagnóstico da situação dos indígenas na cidade de Boa Vista**. Boa Vista: Ióris, 2007.

SILVA, L. F.; BARROSO, M. Das margens da Floresta Amazônica à margem da sociedade: o caso dos Sateré-Mawé residentes em Parintins/AM. Relem - **Revista Eletrônica Mutações**, julho – dezembro, 2013.

SOUZA, M. H. C. Indígenas Urbanos de Boa Vista/RR: aspectos de migração e estado de pobreza. **Seminário Internacional Sociedade e Fronteiras**, Boa Vista: 2010. Disponível em: <http://ufr.br/ppgsof/index.php/i-seminario-internacional.html>. Acesso em: 22 de dezembro de 2017.

TARRAGÓ, Eduardo; RAMOS, Luciana; BOTELHO, Emília. **Parecer Técnico/SEAP/6ªCCR/PFDC**: Sobre a situação dos indígenas da etnia Warao, da região do delta do Orinoco, nas cidades de Boa Vista e Pacaraima. Boa Vista: Ministério Público Federal Procuradoria Geral da República, p. 110, 2017, (Nº 208).

TARRAGÓ, Eduardo. **Etnogênese dos índios residentes em Boa Vista/RR**. In: CIRINO, C. M; LIMA, C. Moradores da Maloca Grande: reflexões sobre os indígenas no contexto urbano. Editora da UFRR: Boa Vista, 2016.

TEIXEIRA, Perry et. al. Migração do povo indígena Sateré-Mawé em dois contextos urbanos distintos na Amazônia. **Caderno Crh**, Salvador, n. , p.531-546, set./nov. 2009.

TOMAZELLO, Maria Guiomar Carneiro; CANAVARROS, Edmilson Tadeu. Os missionários salesianos no Mato Grosso: um século de história. **Educ. Pública**. v. 18, n. 36, p. 181-197, Cuiabá: Universidade Metodista de Piracicaba: 2009.

TRINDADE, Leticia et al. Grupos vulneráveis e seus fatores condicionantes na ótica dos profissionais de saúde da Atenção Básica. **Jornada Científica**, [S.l.], v. 1, n. 1, out. 2015. ISSN 2447-2581. Disponível em: <<http://www.revista.unisal.br/lo/index.php/revistajornada/article/view/224>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

VELÁSQUEZ, Ricardo; NAVARRETE, Claudia. *Prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en comunidades Pehuenches, Alto Biobio*. **Revista Chilena de Nutrición**, Santiago, v. 39, n. 3, p.7-10, set. 2012.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo B. **A Inconstância da Alma Selvagem e Outros Ensaios de Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify. 552 p, 2002.

VERAS, Antônio Tolrino de Rezende. A produção do espaço urbano de Boa Vista - Roraima. 2009. 235 f. Tese (Doutorado em Geografia Humana) - FFLCH da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo.

VERPA, Marcelo Toledo Danilo. Índios Venezuelanos disputam comida em aterro sanitário. **Folha De São Paulo**, São Paulo, Boa Vista 03 de Março de 2017. Cotidiano, p. 436. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/04/1872109-indios-venezuelanos-disputam-comida-em-aterro-de-boa-vista.shtml>. Acesso em 24 de dezembro de 2017.

VICTORA, C.; NETO, A. L. Querem matar os 'últimos Charruas': Sofrimento social e 'luta' dos indígenas que vivem nas cidades. **Revista ANTHROPOLÓGICAS**, ano 15, v. 22, p. 37-59, 2011.

VICTORA, C; KNAUTH, D. **Gênero, saúde, doença: a contribuição da Antropologia**. In: *Corpos e subjetividades em exercício interdisciplinar/ Marlene Neves Strey, Sonia T. Lisboa Cabeda, Organizadoras – Porto Alegre, EDIPUSRS, 81-92 p, 2004 (Coleção gênero e contemporaneidade).*

VIEIRA, R. A. **Política de saúde em comunidade indígena na metrópole paulista**. Monografia Apresentada na Universidade Estadual Paulista. Presidente Prudente, 2015.

VIVEIROS DE CASTRO, E. Involuntários da Pátria. Série intermpestiva. Caderno de Leituras, **Abril Indígena**, n. 65, Rio de Janeiro, 2016.

VYGOTSKI, L. S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores** (1896-1934). L.S.Vigotski: organizadores Michel Cole... [et al]: tradução Jose Capolla Neto, Luis Silveira Menna Barreto, Solange Castro. – 6a ed -. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

WALSH, C. **Interculturalidad crítica y educación intercultural**. In: VIAÑA, J.; TAPIA, L.; WALSH, C. *Construyendo interculturalidad crítica*. La Paz: III-CAB, 2010.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE INDÍGENAS NA CIDADE DE BOA VISTA/RR

Pesquisador: FANIR NEVES AYRES ANDRADE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79280217.4.0000.5302

Instituição Proponente: Universidade Federal de Roraima - UFR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.453.268

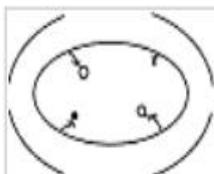
Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de Qualificação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Fronteiras da Universidade Federal de Roraima. Área de Concentração: Fronteiras e Processos Socioculturais orientado pelo Prof. Dr. Maxim Repetto. Que foi elaborado devido a importância de se conhecer o processo de construção dos itinerários terapêuticos, adotados por pessoas indígenas portadoras de doenças crônicas¹ no contexto urbano de Boa Vista/RR.

Esta pesquisa pretende evidenciar o processo de construção dos itinerários terapêuticos adotados por indígenas na cidade de Boa Vista portadores de doenças crônicas graves. Assim, será realizado um estudo de caso objetivando conhecer a cronologia das doenças, objetivando indentificar as atividades de busca por saúde, as negociações, os valores, os processos de transmissão, espaços e recursos objetivos e subjetivos implícitos nas atividades.

Procedimento de Coleta de dados

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.304-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufr.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 2.453.268

2 - Foi incluída a carta de anuência da Organização de indígenas na cidade (ODIC), visto que a pesquisa com indígenas (resoluções 466/12 e 510/16 e 403/2000 CNS) indica a necessidade de anuência de organização e/ou órgão responsável.

3- A folha de rosto está assinada pelo vice coordenador do programa de Pós-graduação que não é o orientador da pesquisa responsável.

Recomendações:

Permanece a recomendação de verificar o cronograma de execução para não iniciar a pesquisa antes da aprovação deste comitê.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, recomenda-se a aprovação do protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Acatado segundo reunião do CEP/UFRR, ver parecer disponível na Plataforma.

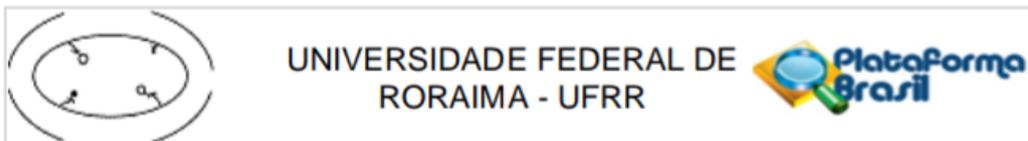
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_981104.pdf	09/11/2017 13:01:43		Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoJoao.pdf	09/11/2017 13:01:17	FANIR NEVES AYRES ANDRADE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CartaODIC.pdf	09/11/2017 12:30:39	FANIR NEVES AYRES ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	09/11/2017 12:27:15	FANIR NEVES AYRES ANDRADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	09/11/2017 12:13:26	FANIR NEVES AYRES ANDRADE	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	21/08/2017 14:40:13	FANIR NEVES AYRES ANDRADE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.304-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufr.br



Continuação do Parecer: 2.453.268

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOA VISTA, 21 de Dezembro de 2017

Assinado por:
MANUELA SOUZA SIQUEIRA CORDEIRO
(Coordenador)

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.304-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufr.br

ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DA IMAGEM

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Neste ato, Maria Janete Lois, nacionalidade brasileira, estado civil casada, residente à Rua Perú, nº. 117, bairro Cauamé, município de Boa Vista/RR. AUTORIZO o uso de minha imagem em todo e qualquer material entre fotos e documentos, para ser utilizada em Dissertação de Mestrado e todos os demais produtos deste trabalho, desenvolvido pela Universidade Federal de Roraima - UFRR, sejam essas destinadas à divulgação ao público em geral. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, das seguintes formas: (I) material impresso, incluindo (encartes, mala direta, catálogo, livros etc.); (II) folder de apresentação; (III) anúncios em revistas e jornais em geral; (IV) home page; (V) (VI) mídia eletrônica (painéis, vídeo-tapes, televisão, cinema, programa para rádio, entre outros), artigos e demais produtos oriundos do presente estudo. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização.

Boa Vista, 15 de dezembro de 2017.

Maria Janete Lois

MÁRIA JANETE LOIS

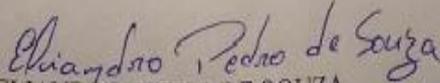
Telefone: (95) 991514541

ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DE INDÍGENAS DA CIDADE

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

A Organização dos Indígenas da Cidade – ODIC, vem, por intermédio desta, **autorizar** a acadêmica: FANIR NEVES AYRES ANDRADE, portadora da Carteira de Identidade RG de nº 222731 SSP/RR, inscrita no CPF/MF sob o nº 926.781.142-87, a realizar a pesquisa com o seguinte tema: “itinerários terapêuticos de indígenas na cidade de Boa Vista – Roraima, cuja quantidade de participantes serão até 10 (dez) pessoas indígenas desta cidade portadores de doenças crônicas que não buscam assistência à saúde apenas no SUS, mas nos múltiplos meios de assistência à saúde relacionados a seus modos tradicionais de vida”.

Boa Vista - RR, 18 de setembro de 2017.


ELIANDRO PEDRO DE SOUZA
Coordenador da ODIC

ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Itinerários terapêuticos de indígenas na cidade de Boa Vista/RR

Pesquisador Responsável : Fanir Neves Ayres Andrade

I - O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, por isso:

Você está sendo convidado (a) para participar do projeto de pesquisa: terapêuticos de indígenas na cidade de Boa Vista/RR. Este projeto tem o objetivo de estudar os processos de busca por saúde construídos por indígenas nesta cidade, com foco nas relações saúde-indígena e saúde-cultura. Para tanto, será necessário realizar os seguintes procedimentos, iniciando por uma conversa, após o seu consentimento, será realizada uma entrevista de aproximadamente 20 (vinte) minutos, com perguntas abertas e fechadas, cujo participante poderá se sentir livre para discorrer ou não sobre o tema.

II - **RISCOS E BENEFÍCIOS:** Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade. Durante a execução do projeto haverá alguns **RISCOS** ao participante, tais como: o risco de quebra de sigilo, a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente. No entanto, o pesquisador responsável se compromete a respeitar a dignidade humana, conforme: resolução 466/12-CNS/MS. Os **BENEFÍCIOS** da pesquisa serão: evidenciar os conhecimentos indígenas presentes no modo de buscar saúde, através dos itinerários terapêuticos de indígenas na cidade de Boa Vista/RR.

III - Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, você tem o direito de:

1. receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
4. procurar esclarecimentos com o FANIR NEVES AYRES ANDRADE por meio do número de telefone (095) 984022070 ou no Endereço: CCH - Centro de Ciências Humanas - Campus Paricarana, Av. Ene Garcez, 2413. Bairro Aeroporto - Sala de estudos do PPGSOF - Telefones: (95) 3621 - 3158, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Eu, _____ (Nome por extenso), declaro estar ciente do anteriormente exposto e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Acrescentar contato do colaborador, se houver.

Boa Vista-RR, ____ de _____ de _____ .

Assinatura do participante da pesquisa: _____

Eu, _____ (Nome/pesquisador) declaro que forneci todas as informações referentes à pesquisa ao participante, de forma apropriada e voluntária.

Boa Vista-RR, ____ de _____ de _____ .

Assinatura do pesquisador: _____

Contato do pesquisador: (95) 984022070 - Email: fanirnevesayres@gmail.com Endereço do CEP/UFRR:
Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, Bairro Aeroporto (Campus do Paricarana), CEP: 69.310-000 - Boa Vista
Bloco da PRPPG-UFRR, última sala do corredor em forma de T à esquerda (o prédio da PRPPG fica localizado atrás da Reitoria e ao lado da Diretoria de Administração e Recursos Humanos - DARH)
E-mail: coep@ufrbr.br / Telefone: (95) 3621-3112 Ramal 26