



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-SP

Fabio Miranda Junqueira

Humildade cultural no compartilhamento de decisões individuais e coletivas em
saúde

Doutorado em Ciências Sociais
Antropologia

SÃO PAULO/SP
2019

Fabio Miranda Junqueira

Humildade cultural no compartilhamento de decisões individuais e coletivas em
saúde

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em **Ciências Sociais**, sob a orientação do Prof. (a) Dr. (a) **Terezinha Bernardo**

SÃO PAULO/SP

2019

J95J Junqueira, Fábio Miranda
Humildade cultural no compartilhamento de decisões individuais e coletivas em Saúde. / Fábio Miranda Junqueira. -- Sorocaba, SP, 2020.

Orientadora: Terezinha Bernardo.

Tese (Doutorado) -- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais.

1. Antropologia Médica. 2. Competência Cultural. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Bernardo, Terezinha. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde. III. Título.

Banca Examinadora

Se, na verdade, o sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo, como se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a 'escutar', mas é 'escutando' que aprendemos a 'falar com eles'. Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala 'com ele', mesmo que, em certas condições, precise de falar a ele. (FREIRE, 2001, p. 128).

Para Maya, com todo meu amor, dedico esta etnografia.

A presente tese foi realizada com apoio de bolsa pela Fundação São Paulo (FUNDASP).

AGRADECIMENTOS

À PUC-SP pela bolsa de estudos, pelo incentivo, infraestrutura e excelente corpo docente da pós-graduação em Ciências Sociais. Foi um encontro muito potente e importante para mim que transformou o meu olhar de médico e professor para sempre.

Ao programa Mais Médicos para o Brasil por possibilitar meu trabalho nas áreas indígenas e quilombolas do Vale do Ribeira e na área rural da região de Sorocaba. Atuar como supervisor e tutor no programa Mais Médicos possibilitou-me uma profunda reflexão e transformação da minha prática enquanto pessoa, médico e professor na medicina.

À Profa. Terezinha Bernardo pela dedicação em me orientar na difícil arte de fazer antropologia.

Ao Prof. Florenzano minha eterna gratidão por me apresentar as ciências sociais.

Ao Cacique Saulo Ramires por me introduzir no povo guardião da floresta Guarani do Vale do Ribeira.

A todo povo Guarani Mbya do Vale do Ribeira, assim como à sua equipe de saúde indígena.

A todos os moradores do quilombo Cafundó, em especial à Dona Regina, Sr Marcos e ao Sr Juvenil por me apresentarem à comunidade e me receber com tanto carinho.

À equipe de saúde da estratégia da saúde da família rural da Barra em Salto de Pirapora.

Ao meu amigo Paulo Abati por me apoiar nas entradas nas aldeias e pelos momentos de estudo e reflexão. Obrigado por ser minha referência quanto à sensibilidade humana e à consciência política.

Aos meus queridos estudantes de medicina Barbara, Marina e João Arthur que, durante as iniciações científicas, apoiaram-me em partes dos estudos dessa etnografia.

Aos funcionários da biblioteca da FCMS da PUCSP em Sorocaba pelo apoio e central de dúvidas em especial Camilla, Pedro e Cristina.

À minha querida e amada companheira Carol pelo incentivo e companheirismo! Juntos enfrentamos o desafio de fazer o doutorado e muitas coisas

aconteceram nessa trajetória, mas, a mais importante, foi a chegada tão esperada e inesperada da nossa tão amada filha Maya.

LISTA DE SIGLAS

AIS	Agente de Saúde Indígena
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRM	Conselho Regional de Medicina
ESF	Estratégia de Saúde da Família
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
FCMS	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
BEM	Medicina Baseada em Evidência Científica
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo da Floresta
PNSIPN	A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde

RESUMO

Junqueira, FM. Humildade Cultural no Compartilhamento de Decisões Individuais e Coletivas em Saúde.

Esta etnografia foi realizada durante meu trabalho de supervisor e tutor no Programa Mais Médicos para o Brasil em comunidades indígenas da etnia Guarani Mbya do Vale do Ribeira em São Paulo e na Comunidade Quilombola Cafundó no município de Salto de Pirapora. O objetivo seria o de entender como essas comunidades interpretam os planos terapêuticos oferecidos pelas equipes de saúde, as políticas públicas de saúde vigentes e como os associam ao seu modelo terapêutico tradicional e de que forma a Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUCSP poderia contribuir para formação de profissionais com perfis para trabalharem nas comunidades rurais. A hipótese do estudo é que os profissionais de saúde focam o plano terapêutico na doença e privilegiam a medicina baseada em evidência, em detrimento do atributo da atenção primária da competência cultural. A cosmologia das comunidades, os projetos de felicidade e o respeito a autonomia não faziam parte central do compartilhamento de decisões individuais ou coletivas em saúde. Durante o estudo tivemos a oportunidade de montar o estágio rural na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde - obrigatório aos estudantes do sexto ano de medicina - como oportunidade de formar médicos e médicas que focassem seu trabalho nas pessoas e nas comunidades, usando a medicina baseada em evidência com respeito à autonomia, à cultura local e fiel aos projetos de felicidade das pessoas e comunidades e, desta forma, oferecendo-lhes um cuidado em saúde não só baseado em evidência científica, mas também centrado na pessoa e em sua cultura. Com esta etnografia entendemos que dificilmente um profissional de saúde que não tivesse nascido e vivido nestes territórios será competente nesta cultura e, enquanto as universidades não formarem profissionais de saúde quilombolas e indígenas, a melhor definição seria o uso da humildade cultural, um profissional solidário ao modo de vida e luta dessas pessoas em seus territórios.

Palavras-chave: Antropologia médica; competência cultural; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Junqueira, FM. Humildade Cultural no Compartilhamento de Decisões Individuais e Coletivas em Saúde.

This ethnography was performed during my work as supervisor and tutor in the More Doctors' Program for Brazil in the indigenous communities of Guarani Mbya in the Ribeira Valley in São Paulo and in the Quilombola Community of Cafundó in the municipality of Salto de Pirapora. The objective was to understand how these communities interpret: (1) the therapeutic plans offered by the health teams, (2) the current public health policies and how they associate them with their traditional therapeutic model, and (3) how the School of Medical Sciences and Health (PUCSP) could contribute to the formation of professionals fit to work in rural communities. The hypothesis of the study is that health professionals focus the therapeutic plan on the disease and consider only evidence-based medicine neglecting the primary care attribute of cultural competence. The cosmology of the communities, the happiness projects, and the respect for autonomy were not the pivot for either individual or collective health decisions. During the study we had the opportunity to set up the rural internship at the Faculty of Medical Sciences and Health, which is compulsory for 6th-year medical students, as an opportunity to train doctors to focus their work on people and communities using medicine based on evidences which respects the autonomy and local culture, and faithful to the happiness projects of people and communities, thus providing health care not only based on scientific evidence but also person-centered and culturally appropriate. With this ethnography we understand that a health professional who was not born and lived in these territories will hardly be competent in this culture, whilst universities do not train quilombola and indigenous health professionals the best definition would be the use of cultural humility, a professional in solidarity with the way of life and struggles of these people and their territories.

Keywords: Anthropology Medical, Cultural Competency, Primary Health Care

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVA E MÉTODO	13
2 OS GUARANIS E A INTERCULTURALIDADE NA SAÚDE	25
3 O CAFUNDÓ E OS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	45
4 A RESPONSABILIDADE SOCIAL DA ESCOLA MÉDICA PARA FORMAÇÃO EM ÁREAS RURAIS	61
5 A POTÊNCIA DA SOLIDARIEDADE NA PRÁTICA CLÍNICA.....	67
REFERÊNCIAS.....	73

1 INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVA E MÉTODO

O objetivo desta etnografia foi o de compreender como os moradores de áreas rurais indígenas e quilombolas, no estado de São Paulo, interpretam o discurso biomédico, a prática clínica e as políticas públicas em saúde e como os associam ao seu modelo terapêutico tradicional.

Meu contato com essas populações tem se dado desde 2013 quando iniciei o trabalho de supervisão e tutoria dos médicos participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB); como supervisor, fazia visitas mensais nas áreas relatadas e na tutoria das reuniões trimestrais com os médicos participantes. Também realizei, com estudantes da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (FCMS-PUCSP), atendimentos nas aldeias e quilombos, em especial o quilombo Cafundó em Salto de Pirapora, onde, graças a este estudo, foi possível propor e realizar um estágio rural e quilombola que está em andamento como estágio regular e obrigatório para os estudantes do último ano de graduação em medicina.

Centrei minha observação em questões de como a gestão do cuidado em saúde deve ser desenvolvida de modo a não ser colonizadora e, dialogando com os saberes tradicionais, unir a medicina ocidental, baseada em evidência científica, aos conhecimentos da cultura local a fim de as decisões em saúde serem compartilhadas de forma localmente adequada, além de entender como os moradores dessas áreas rurais, em especial os Guaranis e quilombolas, interpretam o acesso à saúde no seu conceito ampliado, a medicina tradicional e a competência cultural no cuidado à saúde.

Ademais, a partir dessas observações e do estudo da literatura correspondente, imaginar e propor uma maneira da colaboração da FCMS-PUCSP em formar profissionais de saúde que saibam tomar decisões que dialoguem com a medicina baseada em evidência e na cultura desses povos.

Para chegar a este trabalho, percorri alguns caminhos que descrevo, sinteticamente, a seguir, pois essas vias conduziram-me e orientaram o meu olhar. Sou mineiro nascido em uma pequena cidade rural do sul de Minas Gerais; graduei-me em medicina pela Faculdade de Medicina de Itajubá também no Sul de Minas Gerais, uma cidade de médio porte, com forte economia rural presente na região. Logo após a minha graduação, em 2001, trabalhei como médico de família e

comunidade na zona rural de Poços de Caldas, também no Sul de Minas; em 2002 e 2003 fiz residência em infectologia na PUC-SP e, em 2004, no Instituto de Infectologia Emilio Ribas. No ano de 2005, tive uma grande oportunidade profissional ao assumir a coordenação do Núcleo de Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo na região amazônica, na cidade de Santarém no Pará.

No núcleo, pude trabalhar com povos tradicionais da floresta como os ribeirinhos do Rio Tapajós e Amazonas e povos indígenas, com enfoque na especialidade de infectologia, com olhar biomédico e preventivista. Nessa oportunidade pude refletir sobre como as ciências humanas são importantes para o trabalho dos profissionais de saúde no sentido de facilitar um diagnóstico populacional adequado, bem como em compartilhar decisões personalizadas, centradas nas pessoas, possibilitando intervenções em saúde localmente adequadas. A medicina é erroneamente classificada como uma ciência biológica quando, de fato, é uma ciência humana com bases na biologia. Tal afirmação fica evidente principalmente no trabalho com populações vulneráveis, com ausência de recursos e em territórios de difícil acesso.

Retornando da amazônia, ingressei no mestrado, em 2008, quando estudei uma doença chamada Paracoccidioidomicose que acomete principalmente trabalhadores rurais brasileiros, sendo um dos seus principais problemas o seu diagnóstico tardio por falta de acesso aos serviços de saúde adequados, o que pode, muitas vezes, causar sequelas irreversíveis.

Em 2011, fui aprovado no concurso para ser docente na FCMS-PUCSP onde atuo na área de Saúde Coletiva até o dia de hoje. Nesse meu prazeroso trabalho, tive um contato transformador com as ciências sociais nas atividades de Práticas de Atenção à Saúde nas quais há a presença de um professor antropólogo. As atividades com a presença do antropólogo são ministradas aos estudantes do primeiro ano de medicina com enfoque nos territórios, vulnerabilidades e determinantes sociais no processo saúde-doença. O contato com a antropologia despertou-me um interesse muito grande. O conteúdo teórico e os métodos de pesquisa das ciências sociais ajudaram-me, entre outras revelações, a decifrar minhas angústias de quando trabalhava com os povos da floresta e, agora, com a experiência de tutor e supervisor do Programa Mais Médicos. Aquele olhar de especialista focal, às vezes extremamente biomédico e preventivista, com a ajuda

das ferramentas da antropologia, foi se transformando em uma visão ampliada dos processos saúde-doença, pois aumentou minha percepção do ambiente físico e social e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas biomédicas. Os profissionais de saúde, para trabalharem com competência cultural - um atributo derivado da atenção primária à saúde - devem dispor de um arsenal de recursos tecnológicos bastante complexos e diversificados, tendo as ciências sociais como referência.

O conhecimento das ciências sociais e de seus métodos de trabalho e pesquisa, especialmente da antropologia, fornecem aos profissionais de saúde a oportunidade de realizar uma prática do cuidado à saúde de forma centrada na pessoa, localmente adequada às culturas das comunidades e, certamente, com mais diálogo e melhor desfecho clínico uma vez que essa consegue compartilhar melhor as decisões pessoais e comunitárias. Santana e Lotufo Neto (2016), em uma pesquisa-ação participativa dizem que:

Aplicar os mesmos protocolos, diagnósticos e tratamentos a uma população culturalmente diferente significa não reconhecer a validade cultural das ações de saúde. Compartilhar decisões em saúde de forma adequada exige um alto nível de compreensão cultural. Os profissionais de saúde se comunicam dentro do modelo de saúde e doença que aprenderam.

A população rural nem sempre compartilha desse modelo quando o profissional de saúde não é do contexto rural ou que, mesmo sendo, aprendeu na graduação que ainda é hospitalocêntrica e focada nos territórios urbanos mesmo quando longe do hospital. Essa diferença cultural entre cuidadores e cuidandos não provoca um encontro como ele deveria ser; na verdade, aumenta a chance de intervenções colonizadoras e dificulta o plano terapêutico que muito provavelmente não será centrado na pessoa, ampliando a chance de não adesão, de erros de diagnósticos e de intervenções inadequadas localmente (SANTANA; LOTUFO NETO, 2016).

Aprovado na Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios a universalidade do atendimento, a equidade das ações, hierarquização, a descentralização dos serviços e a participação social em seu controle.

A implementação do SUS, no Brasil, ainda permanece um grande desafio, sobretudo nas zonas rurais, onde os municípios apresentam dimensões geográficas

comparadas a países, longas distâncias, populações dispersas em localidades de difícil acesso, saneamento básico precário e dificuldades de transporte e de comunicação. O SUS ainda tem alcance insuficiente nessas áreas, agravado também pelos altos custos logísticos para a interiorização das equipes de saúde.

A saúde de qualidade consta como uma das maiores reivindicações das populações que vivem em regiões de difícil acesso, como as comunidades rurais, sendo constantes agravos à saúde de baixa complexidade tornarem-se potencialmente graves devido à falta de intervenção precoce e adequada.

As desigualdades na proteção à saúde estão sendo cada vez mais reconhecidas e valorizadas nos debates em curso sobre a cobertura de saúde universal e na agenda pós-2015. Entretanto, considera-se que uma melhor compreensão da divisão rural/urbana é largamente ignorada. Aponta-se uma quase completa ausência de dados desagregados capazes de oferecer informações suficientes nos níveis nacional, regional e global. O que existe, muitas vezes, são informações vagas e fragmentadas, limitadas ao plano micro. Assim, torna-se difícil quantificar e avaliar a extensão das disparidades e dos déficits em que vivem as populações rurais em termos de seus direitos à saúde e à proteção social, à disponibilidade, acessibilidade e proteção financeira dos serviços de saúde necessários, bem como aumentos ou reduções em suas desigualdades (SCHEIL-ADLUNG, 2015).

Além disso, os governos e os tomadores de decisões não dispõem de evidências para estabelecer prioridades e, assim, enfrentar dificuldades na abordagem de problemas distribuídos por vários domínios políticos, como a saúde, a proteção social, o mercado de trabalho e as políticas econômicas e fiscais (SCHEIL-ADLUNG, 2015).

Um trabalho realizado por Scheil-Adlung (2015) traz, entre suas recomendações, a de estabelecer e estender pisos de proteção social para todos os cidadãos, enquanto elemento fundamental dos sistemas nacionais de segurança social. As desigualdades na cobertura e no acesso aos cuidados de saúde existem em termos globais, em todas as regiões e em quase todos os países. Em síntese, o local de residência rural/urbano pode ser considerado tanto como porta ou barreira para o acesso adequado aos cuidados de saúde.

Segundo editorial publicado em dezembro de 2018 na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade:

Está na hora do treinamento em saúde rural para médicos de família no Brasil! A discrepância entre as necessidades de saúde e o treinamento de recursos humanos para a saúde é muito mais evidente nas áreas rurais. No Brasil, um país de dimensões continentais, essas diferenças se tornam mais desafiadoras. A diversidade das barreiras geográficas e administrativas de acesso torna os indicadores de saúde das populações rurais e remotas piores que os da população urbana. A medicina de família e comunidade pode abordar os determinantes sociais da saúde por meio da prestação de serviços humanos e desempenhar um papel importante no estado de saúde dos residentes rurais de baixa renda (ALMEIDA et al., 2018).

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas visam precisamente a remover as desigualdades e a trabalhar para a cobertura universal de saúde. Isto implica que todos devem ter direito à saúde e ao bem-estar, independentemente de onde moram. Quase metade da população mundial vive em áreas rurais, no entanto, apenas 23% dos trabalhadores de saúde estão atuando em áreas rurais. Pessoas que vivem em áreas rurais merecem uma saúde mais equitativa, acesso a serviços de qualidade e profissionais que atuem com competência cultural e habilidades específicas e as instituições de ensino superior podem trabalhar com essas comunidades tornando-se parte da solução desse grave problema. De acordo com uma Pesquisa Nacional de Saúde, os indicadores de ambientes rurais são sempre piores: mais mulheres têm sua primeira gravidez com menos de 20 anos de idade; muitas pessoas nunca receberam atendimento odontológico; mulheres entre 50-69 anos não têm acesso à mamografia; saneamento domiciliar inadequado e acesso precário à água potável; maior prevalência de pessoas com deficiência visual ou alguma outra deficiência e maior número de usuários de tabaco. Esse cenário traz, como resultado, um número cada vez maior de residentes em áreas rurais auto avaliando sua saúde como regular, pobre e muito pobre (ALMEIDA et al., 2018).

Assim, a população rural brasileira sofre com a “lei dos cuidados inversos” em que o acesso aos cuidados de saúde de qualidade é inversamente proporcional à necessidade da população. O acesso adequado à saúde de qualidade em ambientes rurais é uma forma de justiça social (HART, 1971).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), aprovada na 14a Conferência Nacional de Saúde, afirma que:

A PNSIPCF é um marco histórico na Saúde e um reconhecimento das condições e dos determinantes sociais do campo e da floresta no processo saúde/doença dessas populações. Fruto do debate com representantes dos movimentos sociais, consagra-se com a Portaria nº 2.866/2011, que institui a política no âmbito do SUS, um instrumento norteador e legítimo do reconhecimento das necessidades de saúde das referidas populações. A PNSIPCF tem como objetivo melhorar o nível de saúde das populações do campo e da floresta, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia e de orientação sexual, objetivando o acesso aos serviços de saúde; a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas; e a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida. É uma política transversal, que prevê ações compartilhadas entre as três esferas de governo cuja articulação às demais políticas do Ministério da Saúde é imprescindível. Sua implementação nos estados e municípios depende de todos nós, do governo e da sociedade civil (BRASIL, 2013a).

Entender o olhar do morador de área rural em relação à política e avaliar as dificuldades de implementação da política no seu cotidiano torna-se uma estratégia de colaboração para a real implementação da PNSIPCF que servirá de referência em todo processo de aprendizagem em serviço e, principalmente, no reconhecimento e na valorização dos saberes e das práticas tradicionais de saúde das populações do campo respeitando suas especificidades.

Talvez ainda não exista uma estratégia ideal em Saúde Pública que compreenda melhor a importância dos territórios locais para o bem-estar das pessoas. Por enquanto, a melhor tática para conhecer o cotidiano da população tem sido a abordagem da Atenção Básica, cujas equipes de trabalho esforçam-se para explorar os lugares onde os modos de viver, adoecer, construir saúde e morrer são especificados.

No desenvolvimento histórico das Ciências da Saúde há a preocupação em explicar a ligação entre saúde e meio ambiente. Assim, foram estudados os lugares onde viveram os doentes para manter os paradigmas higienista da análise do século XVIII e a distribuição de perigos bacteriológicos, no século XIX, para prevenir e curar doenças de controle de circuitos biológica-espaciais da doença. Naquela época, a Saúde Pública privilegiava uma concepção do ambiente como espaço ecológico externo e uma teorização centrada em fatores primários de disseminação ou na história natural da doença para explicar a situação de saúde das populações. No entanto, no final do século XX, a transição epidemiológica demográfica para não-infecciosas, doenças crônicas e envelhecimento mostrou que o paradigma tradicional atingira os seus limites e recorreu-se a uma abordagem à doença como

ecopatógeno complexo contendo, além dos fatores ambientais externos, as contribuições da geografia social - densidade populacional, nível de renda, comunicações e costumes - para explicar os processos mórbidos das populações.

Associados à mudança de paradigma, vieram a "globalização e o mercado neoliberal/capitalista delineando não apenas novas formas de distribuição desigual de recursos econômicos, mas também de doenças e mortes prematuras dentro dos países como consequência das formas hegemônicas de ordenar o território das grandes potências globais.

Com essa nova abordagem para a influência ambiental sobre doenças emergentes e de ordenamento do território verticalizada, é que a saúde pública, inserida em um mundo globalizado deve confrontar as diferentes maneiras de fazer saúde, doença e morte, como processos sociais que se situam em territórios específicos nos quais a vida é construída e vários resultados de saúde são gerados como resultados dos interesses de grupos com maior poder.

O território é, ao mesmo tempo, material e simbólico, biofísico e epistêmico, mas, acima de tudo, é um processo de apropriação sociocultural da natureza que cada grupo social efetua a partir de sua visão ontológica. É uma estrutura de múltiplos atores e materialidades humanas e não humanas, na qual os indivíduos são territorializados para fazer seu território, sua condição de existência material.

É então nos espaços locais onde as territorialidades são construídas por atores, que edificam vidas saudáveis, onde são fornecidos recursos materiais e simbólicos. O que antecede é a definição de saúde, como a presença de desigualdades e condições de vida precárias que aumentaram com o modelo neoliberal e a globalização, liderados por grupos com interesses de mercado.

O Estado, mas ainda mais, os profissionais e comunidades de saúde, são protagonistas na construção de uma justiça social que reconhece a diversidade das territorialidades e as formas particulares de fazer saúde. E são nesses territórios rurais indígenas e quilombolas onde foi realizado esse estudo com a intencionalidade de observar como, de fato, esse encontro entre o sistema médico e as populações tradicionais está acontecendo.

A hipótese deste estudo é que o sistema biomédico não responde as demandas desses povos, sendo o ponto de partida trazer a crítica desse modelo como base na discussão da ressignificação da saúde com o advento do termo "cuidado".

Ayres (2009), quando propõe a utilização do “projeto de felicidade” das pessoas no encontro entre as pessoas e os serviços de saúde diz que:

O diálogo entre cuidadores e cuidandos nos quais os objetivos da intervenção, os meios para realizá-las e as finalidades visadas são definidos com saberes e experiências, científicos e não científicos, dos profissionais e dos usuários, de modo compartilhado, de forma a identificar e mobilizar os recursos necessários para prevenir, tratar ou recuperar situações de saúde tidas como obstáculos aos projetos de felicidade das pessoas comunidades e populacionais, então é forçoso, quando cuidamos saber qual é o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida bem sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência.

É de extrema relevância e importância que o profissional de saúde trabalhe com solidariedade em relação à cosmologia e à epistemologia das comunidades que serão cuidadas. Neste estudo, em especial, as comunidades indígenas e quilombolas.

Ainda em relação à hipótese deste estudo, segundo o livro “A Expropriação da Saúde” de Ivan Illich (1975):

O sistema médico atual ameaça à saúde, a colonização médica da vida aliena os meios de cuidado e o seu monopólio profissional impede que o conhecimento científico seja partilhado. Uma estrutura social e política destruidora apresenta como alibi o poder de encher as suas vítimas com terapias que foram ensinados a desejar.

Nesta etnografia discutimos as explorações contínuas e os extermínios desses povos, o genocídio e epistemicídio do povo negro e indígena.

Importante ressaltar que durante o processo da pesquisa eu participei como médico atuante na supervisão do PMMB e nos atendimentos no quilombo e não somente como pesquisador em antropologia e ciências sociais, sendo de certa forma inovador, tanto na minha prática clínica quanto na pesquisa.

Segundo Laplatine (2005), a Antropologia constitui o campo que fundamenta o processo científico do pensamento do homem sobre o homem. Tal como pretendido neste estudo, as técnicas de pesquisas oriundas da antropologia proporcionam uma abordagem integrativa que leva em consideração as múltiplas dimensões do homem em sociedade.

Em “Argonautas do Pacífico Ocidental”, Malinowski (1976), ressalta que para compreender uma sociedade deve-se estudá-la *in loco*, ou seja, observar seu funcionamento no momento e como esse se dá. Por meio dessa abordagem é

possível observar o comportamento manifesto na relação entre sujeitos observados. Assim, o trabalho de campo ou pesquisa de campo constitui um modo de coleta de dados para a reflexão do antropólogo a respeito do seu objeto de estudo.

Ainda segundo o autor, a técnica etnográfica de observação participante propicia ao pesquisador conhecimento em profundidade do outro e ocorre mediante a participação em sua existência. A etnografia apoia-se e viabiliza-se no contato intersubjetivo entre o “objeto” e o pesquisador que se ocupa de uma análise dialética a qual evidencia elementos reveladores.

Segundo Geertz (2008):

As etnografias elaboradas através da descrição se caracterizam por haver uma percepção mais aguçada, em que se percebe as “miudezas”, estas podem ser verificadas através das seguintes características: “ela é interpretativa; o que ela interpreta é o fluxo do discurso social e a interpretação envolvida consiste em salvar o “dito” num tal discurso da possibilidade de extinguir-se e fixá-lo em formas pesquisáveis(...) ela é microscopia. Para alcançar o ver do “nativos” não é preciso morar com eles, tornar-se um nativo ou copiá-lo, porém procurar travar diálogos e estar entre eles para captar os sentidos das ações sociais que são trocadas entre os indivíduos. Em vista disso “deve atentar-se para o comportamento e, com exatidão, pois é através do fluxo do comportamento, ou mais precisamente da ação social que as formas culturais encontram articulação.

Deste modo, optou-se pela utilização de técnicas etnográficas de pesquisa elegendo, como instrumentos, a observação participante e as entrevistas abertas e com grupos focais a partir de roteiros previamente definidos.

Como relatei na introdução, minha etnografia ocorreu enquanto realizava meu trabalho de supervisor e tutor no Programa Mais Médicos para o Brasil, em 2013 até o momento atual, e como professor de saúde coletiva da FCMS-PUC durante o estágio rural ministrado aos estudantes do último ano de graduação em medicina. Nesse período, pude observar de perto como se davam esses encontros entre equipes de saúde e os povos estudados e como eram feitos os atendimentos e os diálogos entre a medicina tradicional ocidental, baseada em evidências científicas, e a medicina tradicional popular, assim como os compartilhamentos de decisões em saúde pessoais e ou coletivas.

Além do trabalho como supervisor e tutor do PMMB com as populações estudadas, também realizei atividades de campo com os estudantes de medicina nas aldeias de forma pontual e no quilombo no formato de um estágio rural.

Nas aldeias, a rotina de trabalho iniciava-se com o encontro com a equipe de saúde indígena, nos polos da saúde indígena na cidade, e posterior deslocamento junto com a equipe para as aldeias. Quando chegávamos às aldeias, normalmente montávamos nossa pequena estrutura de atendimento em escolas indígenas ou locais improvisados pelos próprios guaranis como tendas ou quiosques de madeiras. Na chegada, éramos recebidos pelo agente de saúde indígena (AIS) que, normalmente, tinha uma lista de pacientes a serem atendidos e nos contava como havia transcorrido o tempo entre o último atendimento médico - que normalmente era semanal. Nessa conversa, eram relatados se havia algum problema de saúde e quais as condições de pacientes que estavam em observação, entre outras demandas. Esse atendimento permitiu-me uma interação com os indígenas e a criação de vínculos, além da observação das principais necessidades em saúde e das dificuldades no contato entre a comunidade e a equipe de saúde.

Após os atendimentos médicos, realizávamos rodas de conversa com os indígenas e com a equipe de saúde indígena, ou nas escolas, ou nas tendas abertas da aldeia. Também nos locomovíamos pelas aldeias conversando com a população local com enfoque em uma entrevista semiestruturada. Sempre fomos muito bem recebidos pelos guaranis. A entrevista também foi realizada com grupos focais formados por lideranças, população indígena em geral e equipe de saúde, seguindo um roteiro básico de entrevista com foco nos significados da saúde e da doença. Perguntávamos como se dava o encontro com os profissionais de saúde e com os seus equipamentos e também qual era a visão deles em relação às políticas públicas de saúde. O tempo de duração no campo variava dependendo dos dias, do clima e da presença dos indígenas nas aldeias. Em média, durou aproximadamente 4 horas, entre entrevistas e permanência na aldeia para observação. Foi utilizada a metodologia da problematização para que fossem identificados possíveis problemas observados pelos grupos, o porquê dos problemas e para que fossem discutidas possíveis soluções. Uma vez que o discurso começou a se repetir, essa etapa foi dada como concluída. Posteriormente à coleta de dados, realizei a análise do material obtido com a observação e entrevistas com os grupos focais que tinham cerca de 10 a 30 pessoas, além do levantamento das principais necessidades na área de saúde. Os dados foram anotados em diário de campo.

No território quilombola, a pesquisa também foi realizada não só durante a supervisão do Programa Mais Médicos como também ao longo dos atendimentos

médicos por mim realizados nas atividades do internato rural quilombola que foi implementado durante a pesquisa. A observação e as entrevistas, na comunidade quilombola, também tiveram os mesmos objetivos, ou seja, identificar o conceito de saúde e doença, os determinantes sociais presentes no território, como se dava o encontro entre a comunidade com os profissionais de saúde e seus equipamentos, a presença da “medicina tradicional” e como as políticas públicas de saúde estavam chegando até eles.

2 OS GUARANIS E A INTERCULTURALIDADE NA SAÚDE

A presente etnografia foi realizada nas comunidades indígenas, às vezes sozinho, às vezes acompanhado pela equipe de saúde e estudantes de medicina, buscando compreender quais são os conceitos e os referenciais epistemológicos e ontológicos de saúde e doença para os Guaranis, além da perspectiva do que é o cuidado para esse povo - seus valores, crenças, atitudes, percepções, as formas de prevenção, tratamentos a respeito do tema – e, como dito na introdução, o significado de saúde no seu conceito ampliado. Por meio das discussões (“rodas de conversa”) e do atendimento médico na comunidade e pelo contato com adultos, crianças e idosos, conseguimos conhecer as condições de saúde dessa população.

Através de um diário de campo foi realizado o registro de saberes que são transmitidos oralmente, tratando-se, portanto, de um instrumento com potencial para aproximar gerações, gêneros e para possibilitar uma maior convivência comunitária, familiar e social, além de poder ser usado com finalidade educacional tanto para as equipes de saúde quanto aos próprios indígenas interessados em aprimorar o vínculo jurua-guarani. Também registramos os diálogos durante as consultas, as conversas ao andarmos pela aldeia e as discussões realizadas nas rodas de conversa. O diário foi utilizado o tempo todo durante a permanência nas aldeias.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam uma população de 39.794 índios vivendo no estado de São Paulo, de acordo com o censo demográfico realizado em 2010. A maioria dessa população pertence à nação Guarani e encontra-se distribuída em aldeias localizadas na região Metropolitana de São Paulo, no Oeste do Estado, na Baixada Santista, no litoral Sul e Norte paulista e na região do Vale do Ribeira (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2017).

O Vale do Ribeira é a denominação genérica da Bacia Hidrográfica do Rio Ribeira de Iguape e o Complexo Estuarino Lagunar de Iguape-Cananeia-Paranaguá, localizado nos estados de São Paulo e do Paraná (BIANCHINI, 2010).

Em 1962, foi criado, no Complexo Estuarino Lagunar de Iguape-Cananeia, o Parque Estadual da Ilha do Cardoso (Peic), uma Unidade de Conservação de Proteção Integral (UCPI) abrangendo uma área de 22ha. Administrada pelo Instituto Florestal e pertencente à Secretaria do Meio Ambiente, essa UCPI é considerada um *hotspot* de biodiversidade, tanto para aves como mamíferos. (CONSERVATION INTERNATIONAL DO BRASIL, 2000).

No presente estudo por meio da supervisão do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e das atividades com estudantes de medicina pudemos ter contato com os guaranis do Vale do Ribeira, em especial com os das aldeias visitadas: Takuaty, Jejety e Ambaporã.

O PMMB, entendido como uma política pública que procurou responder as necessidades de acesso imediato e de médio a longo prazo à saúde, teve papel ainda mais relevante quando se trata da oferta de profissionais para o contexto indígena. A fixação de médicos no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena sempre foi muito limitada por diversos fatores como a falta de acesso a bens de consumo e a questões referentes à pouca estrutura de trabalho e de moradia para esses profissionais liberais. Além do papel relevante da oferta de acesso à saúde e valendo-se da experiência da supervisão do Programa junto ao DSEI Litoral Sul em aldeias localizadas no Vale do Ribeira, no extremo sul do Estado de São Paulo, o Programa Mais Médicos tem ampliado seu escopo de atuação muito além da oferta de acesso à saúde aos povos indígenas Guarani e Tupi Guarani que habitam essa região (BRASIL, 2013b).

A supervisão do Mais Médicos no Vale do Ribeira é conduzida por professores do curso de Medicina e tem propiciado um celeiro fértil de questionamentos e perguntas que podem ser objetos de pesquisa de campo. Dessa forma, a condução de projetos de pesquisa tem possibilitado a aproximação do corpo discente da Instituição aos cenários de vida dessas comunidades, bem como aproximado a Universidade como atividade extramuros, tornando-se uma rica experiência intersetorial. Nesse sentido, o Programa Mais Médicos, no contexto indígena, tem sido um instrumento importante de redução do hiato entre o conhecimento teórico produzido e divulgado nos ambientes acadêmicos e a práxis assistencial (CUERVO; RADKE; RIEGEL, 2015).

Num contexto geral, a nação Guarani contemporânea, presente hoje em território brasileiro, apresenta-se classificada em três grandes grupos: Mbyá, Nhandeva e Kaiowá. Dentre os três grupos Guarani, os Mbyás constituem-se, atualmente, na maioria da população que habita o litoral brasileiro (OLMOS; BERNARDO; GALETTI, 2004).

Os atendimentos nas aldeias eram realizados em pequenas escolas indígenas, que normalmente contavam com apenas uma sala ou, na maioria das vezes, em locais improvisados como tendas ou quiosques de madeira. A rotina dos

atendimentos era basicamente a mesma: chegávamos na aldeia de carro e já montávamos nossa pequena estrutura e logo éramos recebidos pelo agente de saúde indígena (AIS) que trazia uma lista de pacientes a serem atendidos, bem como nos passava informações sobre a aldeia, doenças, deslocamentos (chegada ou saída de indígenas) ou outros dados relacionados à saúde e à doença. As crianças eram sempre as que demandavam maior atenção da equipe de saúde. Vinham sempre acompanhadas pelas mães que pouco ou quase nada falavam em português, principalmente se o AIS estivesse por perto. Elas deixavam as informações para o AIS, aceitavam o tratamento proposto sem questionar a equipe. As mulheres apresentavam-se com vestidos simples e adereços indígenas como pulseiras, colares e brincos. As crianças, no verão, ficavam nuas ou apenas de bermudas e muitas também usavam adereços indígenas, sempre muito alegres e participativas nas rodas de conversa. Nos dias frios, usavam roupas, também simples. Os homens, quase sempre, vestiam-se com bermudas e camisetas de times de futebol de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. Normalmente todos estavam descalços.

Na minha primeira ida à aldeia, ouvi de um membro da equipe de saúde indígena que existia uma dificuldade muito grande em acompanhar a saúde das pessoas nas aldeias, pois os Guaranis eram nômades fazendo com que se perdesse a longitudinalidade no cuidado. A definição de nômade incomoda muito os Guaranis: “Não somos nômades, eu ando dentro do meu território, essa terra é guarani, preciso andar para preservar a cultura indígena”.

Um dos traços mais característicos dos Guaranis são as migrações e os deslocamentos, sempre à busca da “terra sem mal”, a qual está pautada na possibilidade de viver a plenitude no espaço terreno. Essa probabilidade de continuar vivendo os valores culturais, sociais, econômicos e religiosos, para serem verdadeiramente autênticos, concretiza-se quando o meio oferece as condições básicas para a sobrevivência, implicando, fundamentalmente, um ambiente preservado (BRIGHENTI, 2005).

Nos atendimentos médicos e nas conversas quando questionávamos sobre o significado de saúde para os Guaranis ficava clara a relação que eles fazem com o território, com a demarcação da terra e com a existência da aldeia em seu modo natural:

Saúde é viver com a nossa plantação, comer muito. É viver bem, respeitar os amigos e não falar mal das pessoas. É o bem-estar físico, emocional e social. É poder viver no nosso território, preservando a cultura Guarani. Pra nossa saúde, o meio ambiente é muito importante; é preciso ter água boa, terra boa pra plantar milho e mandioca e ficar longe da poluição das grandes cidades. Ter saúde é ter vontade de fazer as coisas, é ter ânimo e pensamento positivo.

A síntese da concepção e da relação que esse povo mantém com o meio ambiente é o chamado *tekoha* (aldeia). O *tekoha* possibilita não apenas a sobrevivência, mas também a recriação permanente da identidade indígena, suas relações sociais, com o sagrado e com seu modo de ser. Para os Guaranis, o ser humano é parte do todo, nem inferior nem superior aos demais seres que compõem a natureza. Assim sendo, segundo Brighenti (2005):

Devem manter-se em permanente harmonia com a natureza e em profundo estado de respeito, utilizando-a de maneira equilibrada, de modo que a sua sobrevivência não signifique a destruição da natureza e que o humano não padeça de necessidades tendo recursos naturais disponíveis.

Nas aldeias em que trabalhei nas regiões de floresta, existia um equilíbrio do meio ambiente. Não observei degradação ou corte de árvores. Tudo parecia muito equilibrado: árvores frutíferas, pequenas plantações para subsistência e contato com animais silvestres como pequenos macacos e quatis de estimação. No entanto, nas que se encontram nas periferias das cidades (Cananea e Registro), o cenário é bem diferente: um território bastante vulnerável em processo de favelização com habitações inadequadas e sem coleta de lixo. A saúde nessas aldeias era claramente pior.

Ouvimos a afirmação de um profissional de saúde que as “crianças indígenas vivem sujas de terra”, o que derivou muitas explicações no sentido de explicar que, “a terra não é suja, quem contamina a terra é o juruá. O juruá contamina a água e o ar, por isso temos tantas doenças de juruá”. A gripe, para eles, era uma doença do *juruá* (homem branco) por contaminação do ar. Ficou evidente que se trata, na visão guarani, de uma doença relacionada ao modo de vida *juruá*:

A doença do índio é uma doença do espírito, que adocece sozinho e trata com plantas e ajuda do Pajé. A doença do Juruá vem da alimentação, da água clorada, da poluição. Tem relação com a proximidade com as cidades. Elas exigem um cuidado médico. O alcoolismo, por exemplo, é doença de Juruá, e, como não faz parte da nossa cultura, não temos uma forma, ritual

ou planta para curar essa doença. Acredito que como vem do Juruá, ele tem um tratamento pra isso.

A saúde está relacionada, fortemente, ao modo de vida guarani e à relação dessas pessoas com a natureza. Assim, os indígenas atribuem a incidência de certas patologias, como diarreia e doenças respiratórias, à degradação ambiental que os têm privado dos recursos naturais considerados primordiais para a sua saúde. O seguinte relato foi uma constante: “para eu ter saúde eu preciso ser um guarani, não posso ser ou viver como um juruá”. Bertolani (2008), diz que: “O processo saúde/doença entre os Guarani-Mbyá está vinculado também à construção da identidade da pessoa”.

Nos atendimentos, era bastante comum o indígena ter procurado, antes do médico, o *pajé* que na casa de reza fazia o diagnóstico diferencial entre uma doença do guarani ou do *juruá*. Quando se tratava de doença de *juruá*, o *pajé* encaminhava o indígena ao médico *juruá*. Doenças indígenas são tratadas com medicamentos tradicionais guaranis, ervas, rituais com fumo e orações aos antepassados. Já as doenças de *juruá* eram examinadas pelo médico, com medicamentos da medicina ocidental. Muitas vezes, o *pajé* participava do tratamento das doenças do *juruá* de uma forma integrativa, seja na aldeia ou no hospital. Colhemos muitos relatos de proibição do tratamento tradicional indígena realizado pelo *pajé* em ambiente hospitalares.

Von Held (2011) afirma que:

A organização espacial dos tekoha reproduz as crenças Mbyá, sendo essencial a construção das identidades e a reprodução de modos de vida e comportamento que instauram a noção de pertencimento. Pela tradição, a casa de oração, *opy*, deve ser o centro de referência do tekoha. Todas as aldeias possuem *opy* na qual os *karái* (rezadores) identificam o tipo de doença do indivíduo.

Percebemos, durante a pesquisa, que o *pajé* realiza um atendimento em suas consultas focado na pessoa, abordando também os projetos de felicidade denominado pelos indígenas como o “modo de vida guarani”. Já a “equipe de saúde *juruá*” muitas vezes focava somente na doença esquecendo-se da importância da experiência e do significado da doença. Von Held (2011) descreve em seu trabalho:

Quando o pajé ou karai realiza o atendimento é muito interessante a maneira como concebem e vivenciam a relação saúde/doença que também está associada à espiritualidade e à cosmologia. Para eles, a doença pode surgir na pessoa porque a sociedade está doente. Então, para falar de doença, é preciso deslocar o problema do indivíduo para o coletivo, nos tipos de relações que se estabelecem na sociedade, na natureza e no sobrenatural. Na anamnese, o karai pergunta sobre eventuais traumas, sonhos, pesadelos e sustos do paciente (e de seus parentes) para, enfim, prescrever o tratamento. Assim, transcende a dimensão física do paciente para produzir o diagnóstico.

Encontrei, então, um atendimento centrado na pessoa, na comunidade e na cosmologia pelo pajé e, muitas vezes, situado somente na doença pelo juruá que, na ocasião da pesquisa, era realizado por médicos cubanos do Programa Mais Médicos. Os médicos cubanos relataram-nos que era a primeira vez que atendiam indígenas, pois em Cuba eles não existem, nem sequer estudaram a cultura Guarani e seu modo de vida. Durante a permanência desses médicos, no Brasil, foi oferecido a eles um curso de especialização em Saúde Indígena.

A partir da Constituição de 1988 e da formação do Subsistema de Saúde Indígena, com o Decreto n. 3.156 e da Lei n. 9836, ambos de 1999, surge a:

Atenção diferenciada, que é interpretada como a necessidade de respeito e de valorização das práticas de saúde tradicionais e adaptação das ações de saúde oferecidas pelo governo às peculiaridades socioculturais, epidemiológicas e demográficas das diversas etnias indígenas (SILVEIRA, 2004).

Segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas:

O Ministério da Saúde reconhece que todas as sociedades humanas dispõem de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e de tratamento das doenças. Os povos indígenas têm os sistemas tradicionais de saúde como o principal recurso de atenção à saúde de sua população e fazem parte da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS). Partem de uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, segundo a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2002).

De fato, a política existe no papel, mas ela acaba não chegando aos territórios. Mesmo com a equipe de saúde completa e atuante, a potência da política acaba se perdendo na prática por falta de treinamento e entendimentos dos profissionais de saúde sobre a importância dos sistemas tradicionais de saúde

guarani, sua cultura, cosmologia, “o modo de vida guarani”. Somente com esse encontro real e solidário que leve em conta todas essas importantes questões aqui levantadas, poderemos atuar com promoção, prevenção e práticas curativas localmente adequadas. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada pela Portaria do MS n 254 de 31 de janeiro de 2002, tem como princípio:

O respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena. Segundo essa Política, a articulação com os saberes e práticas tradicionais indígenas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde desses povos, através da adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços, levando-se em consideração as suas especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais. Ao mesmo tempo, um modelo diferenciado de assistência torna factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social, pilares do sistema de saúde público brasileiro que garantem aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo (BRASIL, 2002).

De acordo com Menéndez (2003):

Atenção diferenciada não é a utilização de práticas tradicionais da medicina indígena pelos serviços de saúde e sim uma articulação entre o saber médico e as práticas de autocuidado existentes nas comunidades indígenas.

Ou seja, é um encontro de saberes à busca de planejamento terapêutico localmente adequado, baseado em evidência científica e solidário ao modo de vida guarani.

Felipim (2001), ao estudar o sistema agrícola Mbyá e seus cultivares de milho em uma aldeia guarani na ilha do Cardoso, em Cananeia, no Vale do Ribeira diz que:

Em função de sua constante mobilidade, seja através de suas andanças e/ou da contínua mudança de um aldeamento para outro, apresentam dificuldades no estabelecimento de relações sociais mais duradouras com a sociedade não indígena, dificultando também a incorporação de elementos externos aos padrões culturais, e o desenvolvimento do atendimento em saúde diferenciado para essa comunidade

Por um lado, esses movimentos dificultam o acompanhamento de saúde no nosso modo ocidental juruá de fazer saúde. Vivenciamos essa dificuldade ao

acompanharmos o controle de um surto de gripe por *influenza* em uma aldeia. Muitas vezes, recebíamos pessoas com gripe vindas de outras aldeias e, quando pedíamos para observar a pessoa doente por alguns dias ou semanas, tínhamos que entrar na questão cultural do modo de viver guarani na busca da terra sem mal. Ouvi o seguinte relato neste controle do surto de gripe:

Não sou andarilho, o caminhar, a busca da terra sem mal faz parte do meu modo de vida. Não gosto quando falam quem somos andarilhos, eu caminho pelo meu território, graças a essas andanças é que preservamos a nossa cultura. O guarani não pode parar de buscar a terra sem mal.

Assim, compartilhar a decisão para acompanhar a pessoa doente de gripe na aldeia é bem diferente em relação ao acompanhamento de uma pessoa juruá com a mesma doença no território urbano. Fica o desafio para a equipe de como conduzir o tratamento longitudinalmente de uma pessoa doente que se move nos territórios ou de como compartilhar a decisão de adiar, naquele momento, o caminhar por conta da sua saúde, sem julgamentos ou juízo de valor.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas destaca a importância das representações de saúde ou doença entre os indígenas no processo de cura e nos encontros com os profissionais de saúde. Também estão, entre suas diretrizes, o incentivo e a valorização das práticas farmacológicas tradicionais indígenas, assim como, a atenção, a valorização das plantas medicinais e a pesquisa do seu uso para que haja a incorporação em programas de saúde do SUS (ARGENTA et al., 2011).

Com a intenção de ajudar os guaranis a “resgatar”, fornecemos mudas de ervas medicinais para duas aldeias, ervas selecionadas por meio de pesquisa na literatura para os principais problemas de saúde, como por exemplo, mudas de guaco para tosse e ora pro nobis para desnutrição. No mês seguinte, quando retornamos à aldeia, em uma delas a horta com ervas medicinais não tinha vingado e as mudas secaram. Ao questionar a *pajé*, que também tinha o domínio do uso das plantas medicinais, ela me disse: “as plantas medicinais não funcionam como uma farmácia, o ato de entrar na mata e achar a planta certa faz parte do ritual de cura”. A lógica ocidental do armazenamento do medicamento não fez sentido, pois uma etapa importante do ritual de cura foi abolida quando não se é guiado através dos espíritos para o encontro do medicamento correto na mata. Na medicina tradicional

indígena, a mata cumpre uma função importante no equilíbrio da natureza; detém um conhecimento muito apurado sobre a variedade de plantas e suas funções que são insubstituíveis. Pode, portanto, ser considerada a “farmácia de uma nação indígena e parte fundamental da medicina tradicional indígena” (SANTOS, 2003).

O modelo de competência cultural pressupõe que os profissionais de saúde entendam sobre cosmologia, modo de vida, sobre a cultura existente no local e que tenham ferramentas e habilidade de comunicação para acessar e propor planejamentos terapêuticos adequados trabalhando, efetivamente, dentro do contexto cultural das pessoas. O que de fato ocorreu quando - na nossa visão - uma horta de ervas medicinais de fácil acesso facilitaria o tratamento foi a ausência da humildade cultural. A humildade cultural é definida por Santana (2018), como:

O processo de estar ciente de como a cultura pode afetar os comportamentos relacionados à saúde. Ao contrário da competência cultural, a humildade cultural não assume um conjunto quantificável de atitudes. Refere-se a um processo contínuo de reflexão e crítica. Desenvolver a humildade cultural, portanto, permite que os profissionais de saúde apreciem a cultura como uma entidade dinâmica.

No exemplo narrado acima, o fato importantíssimo de ser guiado pelos espíritos até encontrar a erva adequada ao tratamento no meio da mata, deixa evidente a importância de ser um guarani e não apenas querer pensar como um guarani. Somente poderemos falar da competência cultural na saúde dos povos indígenas quando houver indígenas compondo as equipes de saúde; enquanto tivermos apenas *jurua's* podemos falar em humildade cultural.

Prasad (2016), ao definir o conceito de humildade cultural diz que:

Embora a “competência cultural” seja descrita como uma estratégia para abordar disparidades de saúde, o conceito de “humildade cultural” reformula o discurso das desigualdades em saúde e amplia o entendimento tradicional de raça e etnia para incluir a cultura de construção de alianças entre grupos e indivíduos de diferentes origens, gêneros, orientações sexuais, (des) habilidades, níveis educacionais, status de imigração e outros indicadores de identidades socioeconômica e cultural.

Assim como a mata, a saúde da criança também cumpre papel importante no equilíbrio dentro das aldeias. “Enquanto houver uma criança indígena, haverá vida”, essa fala do cacique Saulo Ramires – aldeia Guarani Ambapoã, do município de Miracatu – demonstra a importância de uma criança saudável junto aos

determinantes sociais de saúde, o acesso à terra, educação, lazer, autonomia, liberdade, alimentação e perspectiva de futuro, na preservação da vida, da cultura da terra indígena e do bem viver.

No âmbito das crianças, a discussão passa a girar em torno da puericultura e de como ela é trabalhada atualmente na promoção da saúde da criança. A puericultura, dentro da cultura higienista, é um conjunto de regras, medidas e orientações que devem ser seguidas pela criança e seus familiares com a finalidade de melhorar a saúde; no entanto, nas aldeias, essa prática diminui a participação comunitária ao não considerar verdadeiramente a competência cultural. A equipe de saúde aparece, sem sucesso, como detentora do conhecimento e responsável por educar a comunidade com os objetivos de promover saúde e de melhorar os indicadores considerados de risco (BONILHA et al., 2005).

Sendo assim, faz-se necessária a compreensão do que os indicadores de saúde da população indígena refletem e de como seria possível contribuir para o cuidado das crianças e de suas famílias com real participação comunitária, autonomia, humanização e competência cultural.

O Ministério da Saúde, por meio de suas políticas de saúde, reconhece o papel dos condicionantes sociais e que a saúde é determinada pelas condições econômicas, culturais, sociais e ambientais em que vivem as populações, exercendo influência direta sobre a qualidade de vida e às diferentes maneiras de adoecer e de morrer. Considera, também, desfavoráveis as condições de saúde das comunidades do campo, das águas e das florestas. Visando a diminuir as inequidades em saúde, o MS criou a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), instituída pela Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, a qual expressa o compromisso político do governo federal em garantir, a esses povos, o direito e o acesso à saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando seus princípios fundamentais de equidade, universalidade e integralidade (BRASIL, 2013a).

Essa política soma-se à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas de 2002, reforçando a necessidade de incluir as peculiaridades e especificidades de saúde das populações indígenas de forma participativa, colocando a participação popular como estratégia para garantir o direito à saúde. Desse modo, faz-se necessário envolver as equipes de saúde e essas comunidades, trazendo para o SUS os seus modos de vida e tradições.

Para tornar realidade o direito constitucional à saúde, deve-se compreender o significado de saúde para os indígenas e sua relação com os determinantes sociais do processo saúde/doença, de forma a facilitar o entendimento, a comunicação e abordagem dos profissionais de saúde para a implantação de políticas públicas com perspectiva de prevenção de agravos e promoção e recuperação da saúde, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

Dessa forma, elencar as maiores necessidades em saúde dessas comunidades e relacioná-las aos saberes tradicionais indígenas permitirá aproximar o profissional de saúde ao contexto de vida dessas populações, ao fomentar estratégias diferenciadas que proporcionem a melhora no estado de saúde dos povos indígenas. Nesse sentido, o papel do Agente Indígena de Saúde é fundamental como pessoa que medeia a articulação entre comunidade e equipe de saúde.

Ao final deste estudo, foi construído um ambiente favorável à consolidação de um espaço de diálogo e fusão entre os saberes tradicionais e os saberes biomédicos, esses últimos ofertados pela equipe de saúde indígena. Agora, pretende-se a produção de uma relação intercultural baseada na alteridade com ganhos mútuos e enriquecedores entre saberes, técnicas, tradições e racionalidades diversas em saúde.

O fenômeno que se estudou nesta pesquisa diz respeito à tentativa de preservar os conhecimentos tradicionais em relação à saúde no enfrentamento das necessidades de saúde da população e na compreensão de como a ela vem lidando, ao longo do tempo, com a interação do saber tradicional e a cultura ocidental do *Juruá*. Não podemos nos esquecer da história e do processo de genocídio e epistemicídio que os povos indígenas sofreram e ainda continuam a sofrer especialmente nos dias atuais.

Para exemplificar, relatarei um atendimento médico padrão que realizávamos com os estudantes de medicina. Chegamos de manhã nas aldeias Takuaty e Jejety e foi realizado, primeiramente, um atendimento médico à equipe do Polo, o que permitiu uma interação com os indígenas e o início da construção de vínculo. Foi notada uma boa relação entre a equipe de saúde e as comunidades, com confiança dos caciques em relação ao trabalho das equipes. Os caciques e agentes indígenas de saúde eram organizados e apresentavam todos os doentes e queixas, explicando seus principais sintomas e progressão do quadro.

“Nhanderu enviou vocês para nos ajudarem na nossa convivência. A equipe de saúde entende e valoriza muito a nossa cultura. O acesso é bom e importante para tratar as doenças do Juruá. Mas o agente de saúde podia trazer médicos de hospitais para conhecer a aldeia. Tem uns que nem sabem a nossa história, nem conhecem a nossa cultura, mas falam muito. Às vezes, quando no hospital, nem fumar a gente pode. E o pitinguá é a nossa arma, é sagrado e espanta o espírito dos falecidos.”

Esse contato frequente entre os funcionários da saúde e os representantes das aldeias permite a criação de vínculo e a manutenção do contato entre eles. Além disso, a presença do AIS foi entendida como importante para construção do vínculo com a Atenção Primária.

A saúde é influenciada pela natureza. O fato de acordarem em contato com a natureza, o canto dos passarinhos, é visto como parte importante do conceito de saúde. Ao mesmo tempo, os guaranis realçam a influência da água boa, terra boa para o plantio de milho e mandioca e a distância da poluição como diferenciais na qualidade de vida da aldeia. Em mais de uma ocasião, eles diferenciam a “doença do Juruá” (que tem como gatilhos a alimentação, água clorada, poluição) da “doença do índio” (espirituais). Relacionam mais doenças à maior proximidade com as cidades. As doenças próprias dos guaranis são tratadas com plantas e as doenças do homem branco exigem um cuidado médico e, portanto, acesso às unidades de saúde.

Essas comunidades costumam estar distantes dos grandes centros urbanos, fato positivo do ponto de vista ambiental, pois o acesso a plantas e à água de qualidade permitem a subsistência da aldeia e a preservação da cultura. No entanto, essa distância dificulta o acesso à educação, “nós jovens precisamos andar mais de uma hora a pé para pegar um ônibus e só então chegar até a escola mais próxima”, e impede também o acesso aos outros níveis de atenção à saúde, como a assistência farmacêutica por exemplo.

Quando questionados sobre o acesso da equipe de saúde, os representantes afirmaram que *“é bom e interessante para tratar as doenças do Juruá”*. A equipe de saúde que acompanha as aldeias uma vez na semana, entende e valoriza a cultura indígena, uma vez que a convivência é vista como parte essencial desse relacionamento.

Apesar disso, há uma falta de preparo dos profissionais de saúde que não estão em contato frequente com as aldeias, de forma que quando entram em contato com os indígenas, não sabem a melhor forma de se comportar, não passando, portanto, a confiança necessária para uma comunicação de qualidade. Durante as rodas de conversa, foram relatados casos de preconceito sofrido quando um indígena é hospitalizado, sem a possibilidade de praticar seus rituais (por exemplo, o uso do cachimbo – *pitinguá*, usado em rituais medicinais e tido como proteção, sob a forma de uma arma simbólica), sendo, muitas vezes, ofendido por seus hábitos culturais.

O diálogo entre o profissional de saúde *jurua* e os membros das comunidades indígenas ainda é bastante limitado, não só pela falta de treinamento e de abordagens que valorizem a diversidade de interpretações e o modo de viver dessa população, como também pela dificuldade de acesso. Vivenciamos parte dessas dificuldades quando o acesso da equipe de saúde se fez difícil, por diversas vezes, pela falta de gasolina ou água no Polo.

Embora o conhecimento específico nos processos de doenças e curas ser muitas vezes considerado secreto, as visitas às aldeias permitiram perceber uma tendência à mudança nesse conceito. Alguns indígenas se prontificaram a falar da cura e a mostrar plantas e ervas consideradas medicinais, de forma que se entende que, dependendo da abordagem, há a possibilidade de formular uma compreensão ampla sobre o sistema medicinal guarani. Além disso, é possível que o *jurua*, quando doente, passe pelo processo de cura tradicional, se estiver propício a abrir mão de conceitos preestabelecidos; essa seria a única forma de entrar em uma casa de reza, local próprio para o fortalecimento do espírito. No discurso levantado, ficou evidente que o desmatamento tem afetado a disponibilidade de plantas e, portanto, de “remédios”: “falta de plantas, pois o Juruá derruba a floresta”.

Essa é uma questão importante, uma vez que a saúde para eles é vista como um bem-estar físico, emocional e social, associado à convivência com a plantação, à boa alimentação e ao respeito para com os outros e, principalmente, ao acesso à terra.

Em uma das visitas, foi possível, a partir de um problema de saúde prevalente no contexto atual dos indígenas, avaliar e discutir pontos diferentes dos já levantados até o momento. Sob o tema de “substâncias que fazem mal à saúde”, as lideranças indígenas junto à comunidade e à equipe de saúde discutiram o uso e

abuso de bebida alcoólica. O *Ka'u Regua* (consumo de álcool) tem sido frequente entre os indígenas, apesar de não ter representação alguma na cultura tradicional guarani. Seu primeiro contato se dá, geralmente, quando vão à cidade para estudar, ainda jovens; inicialmente de forma recreativa e, posteriormente, se tornando um consumo diário para alguns. Nesse ponto, “a vontade de beber vem como ‘aquele que quer perturbar sua mente’, tenta entrar na sua mente para destruir a ligação com *Nhanderu*”. Outros, experimentam a bebida alcoólica quando perdem alguém da família ou, como nos foi descrito por um ex-cacique, aos 13 anos, como forma de aguentar o frio e o cansaço físico da lavoura na sua terra natal, o Rio Grande do Sul.

Para as lideranças, a bebida leva à perda do *tekó* (o “bom modo de ser guarani”) e ao desvio da busca pela “*terra sem mal*”: “A pessoa tem que querer sair do vício, ninguém tira ela”.

Os indígenas percebem que alguém se entregou ao vício quando esse apresenta alterações psicológicas, físicas e isola-se do restante da comunidade. No entanto, uma vez que o alcoolismo não faz parte da cultura guarani, o tratamento deve vir da medicina do homem branco. Nesse sentido, foi observada a importância de levantar esse assunto para discussão, tanto para facilitar a identificação de possíveis alcoólatras, como para esclarecer as possíveis terapêuticas.

Discutir com mais profundidade o tema alcoolismo evidenciou a integração que deve existir entre os indígenas e a assistência à saúde *jurua*. Entender a diferença cultural do significado de doenças e as formas de resolvê-las permite que haja um equilíbrio entre a medicina tradicional e a do homem branco, melhorando a qualidade de vida dessas comunidades. O ex-cacique questiona a possibilidade de indígenas terem um certo grau de autonomia para internação ou tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a viabilidade de ser criado um grupo de “alcoólicos anônimos” dentro da comunidade, com engajamento da própria população na identificação dos doentes e na dedicação para que o trabalho seja contínuo.

Os discursos coletados evidenciam o quanto os guaranis procuram ainda a manutenção da língua e da cultura, mas sabem que a proximidade com a cidade e com o homem branco exige mudanças. Atualmente, o jovem, guerreiro e líder é o responsável pela mediação e diálogo com o *jurua*, enquanto os idosos consideram-se os responsáveis pela manutenção da cultura, protegendo os ensinamentos e mantendo a “*distância do jurua*”, como forma de resistência das tradições da aldeia;

quando os jovens tornarem-se idosos, a responsabilidade de comunicação com o homem branco passará a eles.

A questão ambiental, por fim, é importantíssima para a sobrevivência dessas populações que migram constantemente em busca de áreas com terras férteis, água pura, espaço para plantar, colher e praticar os rituais religiosos (a “*terra sem mal*”, lugar de redenção, paz e encontro com *Nhanduru*). Ademais, a importância do “*caminhar*” entre aldeias é vista como uma forma de manter contato com outras aldeias, pajés e de estabelecer a relação com a floresta. Nas aldeias, há a noção do sanitarismo, uma vez que relatam, em mais uma ocasião, os benefícios de uma aldeia limpa (“aldeia limpa evita cobra”). Hoje, com os casos de febre amarela aparecendo nos mais diversos locais do país, considerar essa migração para controle das populações de risco e vacinação deve ser prioridade às equipes de saúde.

O projeto descrito procurou discutir os saberes tradicionais dos guaranis no cuidar da saúde a partir do levantamento de questões relacionadas à saúde e doença, ao contato com as equipes de saúde e à visão dos indígenas com relação às diferenças entre a medicina tradicional e a *juruá*. Durante os encontros estavam presentes as lideranças das aldeias e parte da comunidade, além do AIS, figura importante para fazer o vínculo com a Atenção Primária e que deve pertencer, reconhecer-se e ser reconhecido como pertencente à comunidade indígena em foco (COSTA et al., 2016).

Eles concordam que a saúde é influenciada pela natureza e entendem que há uma diferença entre a doença do Juruá e a doença própria do indígena. O desequilíbrio entre as duas dimensões existenciais - alma celeste e alma terrestre - é o motivo para a resignificação do conceito de saúde para esse povo (SOUZA; OLIVEIRA; KOHATSU, 2003), o qual não é definitivo, uma vez que é atribuído às experiências de vida diante dos processos de adoecimento, cura, saúde e doença, estando em constante construção.

A falta de conhecimento e o contato distante, dificultam o atendimento humanizado quando um indígena precisa passar por um médico fora da equipe de saúde acostumada a visitar as aldeias. Fica claro que dentro da saúde indígena do Brasil, as normativas ainda não conseguiram promover a consolidação de abordagens que valorizem a diversidade de interpretações e modos de intervenção na área da saúde segundo critérios de etnicidade e cultura (CALEFFI, 2003; PICÓLI;

CARANDINA; RIBAS, 2006). Outrossim, a fixação de médicos na região sempre foi muito limitada por diversos fatores como a falta de acesso a bens de consumo e questões referentes à pouca estrutura de trabalho e de moradia (JUNQUEIRA; ABATI; ROCHA, 2017).

Considerando as equipes de saúde indígenas, envolvidas com este projeto, destaca-se a importância no direcionamento do atendimento em saúde relacionado às práticas culturais das comunidades. É possível e necessário integrar o saber científico e o saber empírico em prol de um objetivo comum (COSTA et al., 2016).

Os guaranis têm consciência da transformação de sua cultura. “Hoje, há muito mais caciques do que pajés” e, portanto, no que diz respeito aos processos terapêuticos, a necessidade pela medicina do homem branco tem aumentado. Há mais de 20 anos, a literatura já afirmava que “os novos não acreditam muito no remédio do índio, então, pega gripe, dor de cabeça, toma remédio do Juruá e fica bom logo, nem vai no mato procurar ervinha”. Se esse padrão se mantiver, e tem se mantido, o acesso aos serviços de saúde merece atenção especial e a capacitação dos profissionais é de extrema importância para que haja harmonia no cuidado dos indígenas, mesmo quando nas cidades (VON HELD et al., 2011).

Em termos etiológicos, o sistema médico guarani caracteriza-se pela concepção de causas múltiplas para a origem das doenças, buscando a cura da pessoa total, ou seja, os aspectos biológico, psicológico e social. Como foi relatado, a saúde é vista como bem-estar físico, emocional e social, associado à convivência com a plantação, à boa alimentação e ao respeito para com os outros (LITAIFF, 1996).

Sobre o alcoolismo, para compreender esse fenômeno presente na maioria das populações indígenas, torna-se importante entender as mais variáveis determinações que levam ao processo de alcoolização no interior dessas sociedades. No contexto desse projeto, foi observado o uso recreacional do consumo do álcool e como forma de fuga da realidade. É importante, portanto, ao envolver a comunidade em questão, direcionar as atividades de prevenção e dar orientações e informações que remetam à causa básica do problema. A revitalização cultural também é um aspecto que deve ser enfatizado e incentivado, uma vez que o resgate de práticas tradicionais contribui para o fortalecimento dos indivíduos e das comunidades, propiciando uma reflexão sobre a melhoria da qualidade de vida, assim como da saúde de uma forma geral (SOUZA; OLIVEIRA; KOHATSU, 2003).

O objetivo de construção coletiva de um plano de cuidado em relação à saúde das crianças e suas famílias foi atingido na medida em que foi aberto espaço para discussão de temas prevalentes e feita a busca por soluções conjuntas entre os membros das comunidades e os profissionais de saúde envolvidos com as aldeias. Mais estudos poderão ser feitos nessa direção, procurando responder qual o efeito que a participação da população nas decisões referentes à saúde tem sobre a melhora na qualidade de vida e de comunicação entre os interessados.

Caleffi (2003), no artigo, “O que é ser Índio hoje? A questão indígena na América Latina/Brasil no início do século XXI”, considera que:

Há um grande mosaico cultural e étnico que compõe a realidade dos povos indígenas do Brasil, no contexto de saúde, é necessário que os profissionais de saúde estejam em contato e engajados com a cultura indígena, de forma a entender os diferentes significados simbólicos que eles atribuem às coisas, seguindo diferentes lógicas e tendo diferentes formas de construção de mundo. Todas com a mesma importância, porém diferentes entre si.

Como forma de aproximar as equipes de saúde às comunidades indígenas, esse projeto teve o intuito de erigir os saberes tradicionais dos guaranis no cuidar da saúde, a partir da discussão de temas prevalentes junto a lideranças e à população em geral, além dos sempre presentes agentes de saúde indígenas e da equipe de saúde já em contato frequente com as aldeias.

Houve um momento em que os discursos começaram a se repetir e evidenciaram a presença da medicina tradicional como parte importante da cultura guarani. Apesar disso, existem momentos em que a medicina do Juruá se faz presente e ainda há uma distância considerável entre o atendimento que se espera daquele que se recebe.

A integração ensino-serviço ofertada nesses territórios apresenta potencialidades que antes do referido Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) não eram exploradas no espaço da universidade. Além da aproximação entre teoria e a prática, que se faz *em ato*, a supervisão do programa, com a oferta de novos espaços formativos, permite também o acesso a uma nova perspectiva etnocêntrica aproximada pelo contato com o povo guarani. Essa aproximação tem possibilidade de ressignificar, epistemologicamente, conceitos como saúde, cuidado, família, relação com a terra, dentre outros e, permite um celeiro de reflexões fundamentais ao corpo discente em processo de formação, que é capaz de influenciar sua prática

em todos os espaços de atenção à saúde – indígenas e não indígenas. Nesse âmbito, o Programa vai muito além do provimento e não visa somente a ampliar acesso à formação nesses espaços para que futuramente tenhamos um provimento médico mais equilibrado e direcionado para áreas remotas, mas também a reforçar a perspectiva formativa da alteridade, ressignificada com base em um olhar etnocêntrico distinto do hegemônico, sendo este último normalmente replicado nas salas de aula, de matriz positivista. Trata-se, portanto, de um potente instrumento para serem trabalhadas noções de resiliência e de relações de poder na medida em que se promovem espaços para o contato intercultural.

A dispersão do povo Guarani nos estados do Sul do Brasil e, em especial, no litoral sul e Vale do Ribeira em São Paulo, espaço de atuação da supervisão, é baseada em aldeamentos de um contingente reduzido de famílias e com tendência de maior proximidade com o oceano. Essa característica da dispersão do povo guarani no espaço é motivada por um conjunto de fatores que permitem profícuas discussões em espaços formativos na academia. Pode-se analisar essa dispersão pela natureza do povo guarani de buscar em vida a “*Terra sem Mal*”, lugar de redenção, de paz e encontro com *Nhanderu*, localizado além do mar, segundo a tradição desse povo. Antes do contato, o guarani tinha a perspectiva cosmológica de encontrar esse espaço de proximidade com *Nhanderu* – seu Deus - em terra, no pleno gozo da sua existência terrena. Na medida em que o contato com a população envolvente não-indígena alterou, de modo radical, suas práticas de vida, a busca da *Terra sem Mal* passou a ter representações cosmológicas ou extraterrenas na vida do guarani e, o bom caminho, o saber conduzir-se, como forma de resistência às pressões da sociedade envolvente, representou um desafio para esse povo na sua luta pela vida. Esse desequilíbrio entre as duas dimensões existenciais – alma celeste e alma terrestre – foi motivo para a ressignificação do conceito de saúde para eles. Dessa forma, a sua perspectiva epistemológica do conceito de saúde vem de uma necessidade de resistir às pressões terrenas baseada na idéia de um “saber conduzir-se”. Entende-se que a partir desse contato, ofertado pela supervisão, é oferecido um espaço para reflexões no ambiente acadêmico capazes de responder às demandas advindas das novas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina e que também busquem, na interdisciplinaridade, um campo rico de interação de saberes que visa a fazer frente à formação médica de cunho positivista ainda hegemônica. No nosso entendimento, uma perspectiva de saúde baseada em

um “saber conduzir-se”, como um projeto, um estar lançado ao mundo da vida, com a dialética da dor e da felicidade, rompe de maneira definitiva com o paradigma ingênuo e reducionista da saúde como Estado de bem-estar *biopsicossocial*. O saber conduzir-se guarani, como polo de resistência desse povo e de uma visão ontológica da saúde, também guarda profundas relações com percepção de causalidades das doenças entre os guaranis, em especial dentre aqueles agravos advindos do contato com o não-índio, entendendo-se, dessa forma, que as referências de causalidade das doenças vêm de uma sociedade doente em detrimento da visão do *jurua*, de perspectiva causal baseada nos comportamentos e práticas individuais. Percebe-se a riqueza de possibilidades que nos é apresentada no âmbito formativo acadêmico quando nos aproximamos do saber guarani (VON HELD, 2011).

Finalmente trazemos o desafio da interculturalidade, que é horizontal em todos os eixos de atuação da equipe, seja junto ao médico participante, à equipe de saúde a própria comunidade. A comunidade guarani, com o contato com a sociedade envolvente, recebeu novas influências como as alimentares e as prescritivas que naturalizaram práticas do *jurua* e colocaram à sombra suas práticas tradicionais. É consenso que a medicalização *jurua* é realizada de modo excessivo, inclusive pelas próprias lideranças da comunidade. Os limites para essa prescrição exagerada foram trazidos para discussão no espaço assistencial individual do médico participante do PMMB como caminho para serem trabalhados a interculturalidade e o cuidado compartilhado entre a equipe de saúde e o pajé, por exemplo, além do incentivo no uso de ervas medicinais nas aldeias, algumas delas distribuídas pela supervisão que visem a substituir alguns dos medicamentos *jurua*.

A interface da saúde indígena com o meio ambiente é ainda mais relevante na medida em que pretendemos identificar os determinantes sociais do processo saúde e doença. A vida, os sistemas de cura e simbiose do índio com a sua casa comum no seu sentido ampliado reforça a importância de uma abordagem em saúde nesse contexto que tenha um devir ecossistêmico. A PNSIPCFA reforça a compreensão do meio ambiente como parte da solução e um meio para o resgate da saúde na perspectiva da integralidade e da interculturalidade. O paradigma da alteridade que compreende entender e respeitar os sistemas de cura e a relação indígena com o seu meio é fundamental como caminho para construção de vínculo e um bem viver. No presente estudo, percebemos, no diálogo com as equipes de

saúde, que a entrada e a valorização de elementos do branco ou da população não indígena têm promovido reflexos diretos em indicadores de saúde. Um exemplo são os altos índices de desnutrição na população Guarani, presentes e mais marcantes nas crianças, perceptíveis pela vulnerabilidade às infecções respiratórias, pelas verminoses e pelos atrasos no desenvolvimento pondero estatural nesse grupo. Determinantes e condicionantes como a alimentação e moradia profundamente alterados e ressignificados pela presença marcante da população envolvente determinaram a incidência, prevalência e morbidade em saúde nesses grupos (PICÓLI; CARANDINA; RIBAS, 2006).

Os encontros propiciados pela supervisão do PMMB entre academia, equipe de saúde, estudantes e comunidade têm sido muito ricos e simbolizam, até o presente momento, uma aproximação que se traduz numa busca de um entendimento entre duas culturas distintas e que enxergue os desafios que temos na saúde com uma perspectiva etnocêntrica guarani, porém baseada no diálogo e na alteridade, que saiba utilizar com racionalidade e bom senso aquilo que vem do conhecimento *jurua*. Nesse sentido, o avanço que se pode almejar é uma aproximação visando ao diálogo e à construção coletiva das prioridades no campo da saúde individual e da coletiva.

3 O CAFUNDÓ E OS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Desde o período colonial, diversos conceitos sociais foram alterados e não foi diferente com as Políticas Públicas, principalmente no quesito da Saúde. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) - que possui como princípios a equidade, a integralidade e a universalidade - comunidades que antes se encontravam sem acesso aos serviços públicos de saúde, isoladas e invisíveis aos olhos da Saúde Pública, como as quilombolas remanescentes, passaram a ser objeto de estudos e avaliações com o intuito de permitir que, mesmo não estando dentro das aglomerações urbanas, elas pudessem ter acesso à saúde de qualidade e com a devida preservação de suas culturas em quaisquer que fossem as localizações.

A comunidade quilombola faz parte de uma complexa história de escravidão e de saberes tradicionais africanos que miscigenados formam uma belíssima cultura que, permeada por muita dor, mantém-se até os dias atuais. O presente estudo procura compreender os conceitos de saúde-doença presentes na Comunidade Quilombola do Cafundó, que se localiza no município de Salto de Pirapora, avaliando conjuntamente as crenças, as tradições e as necessidades de saúde presentes na comunidade, além de buscar identificar as barreiras existentes na atenção primária local para a realização de uma Atenção Primária de qualidade. Para isso, será realizado um estudo qualitativo, por meio de entrevistas e grupos focais dentro do Quilombo do Cafundó.

Procura-se uma compreensão das necessidades de saúde na Comunidade Quilombola do Cafundó, assim como suas especificidades culturais com o intuito de contribuir para uma Atenção Primária que seja contemplada em todos os seus atributos.

Segundo o Programa Brasil Quilombola, os quilombolas somam aproximadamente 214 mil famílias em um total de 1,17 milhão de pessoas em todo Brasil. Defendida por muito tempo e por grandes autores, dentre eles Gilberto Freire, a ideia do escravo negro como servo obediente e dócil cai por terra ao notarmos que, ainda hoje, comunidades quilombolas constituídas por descendentes de escravos fugidos do nefasto sistema escravagista, constituem número tão expressivo e representam a continuação da resistência que mantém ainda hoje valores histórico-culturais e saberes tradicionais milenares preservados nessas comunidades (BRASIL, 2008; FREYRE, 2004; PROENÇA, 2009).

Apesar de muito vista como um status sedentário, a escravidão deve, na realidade, ser avaliada como marco histórico transformador responsável pela alteração duradoura de relações, visto que se prolongou por décadas e possui importantes repercussões até os dias de hoje, apresentando-se como fator longitudinal e não por apenas um período. A imagem do escravo, como estrangeiro social, foi apresentada a uma sociedade que, desde o princípio, marginalizou-o e lhe impôs uma nova identidade social, desumanizando-o e proibindo que ele cultivasse suas tradições (MARQUESE, 2006).

Em uma situação de dominação e hierarquização étnico-social, os escravos africanos fizeram de suas senzalas muito mais que um barraco no qual passavam a noite: transformaram-nos em verdadeiros centros de preservação de cultura e de militância política (ANTUNES et al., 2011; FREITAS et al., 2011; MARQUES et al., 2014).

Nesse meio, surge o ideal de resistência perante o sistema escravagista. Dentre os modelos buscados para o enfrentamento e para a preservação de sua cultura - uma vez que preservá-la tornava-se cada vez mais difícil – iniciam-se fugas organizadas das fazendas de engenho. Mesmo que observados por seus senhores como objetos, segundo a teoria da coisificação social, cada humano que fora escravizado trazia consigo laços afetivos, valores morais, memórias e uma visão de mundo muito particular. Desse modo, os novos estudos deixam de avaliar o escravo como coisa, sendo essa a visão senhorial, e passam a se atentar para ele como rebelde e humano, possuidor de sentimentos como qualquer indivíduo e, principalmente, capaz de compreender a importância de sua fuga e da criação de uma nova casa, mesmo que em outro continente (PROENÇA, 2009).

Nessa busca por uma nova casa, negros revolucionários criam, no Brasil, o que ficou conhecido como “quilombos”, palavra de origem Bantu que significa etimologicamente acampamento guerreiro na floresta. Copiado dos quilombos africanos e recriados às necessidades brasileiras, os quilombos tornam-se importantes centros de resistência ao sistema e se difundem (na grande maioria) com o caráter transcultural no qual a aceitação de diferentes oprimidos do sistema (brancos, indígenas e negros) ultrapassa as barreiras sociais e promove uma miscelânea cultural dentro dos quilombos, predominantemente entre os povos negros (MUNANGA, 1996).

Tais acampamentos chegaram a tomar proporções gigantescas, sendo o símbolo dos quilombos, no Brasil, Palmares, observado não apenas como local de esconderijo, mas como uma sociedade combatente que lutou pela liberdade de negros escravos, resistindo por 89 anos, aproximadamente, aos ataques de holandeses e portugueses e que inspirou a formação de diversos outros quilombos além de movimentos revolucionários negros pela liberdade, tendo sua imagem preservada até hoje (FUNARI; CARVALHO, 2005).

Apesar de uma definição etimológica que observasse os quilombos em outros tempos e dentro de uma outra lógica histórico-social, sua definição ainda cabe idealmente. Essa classificação de guerreira é, na realidade, muito própria, de maneira que dificilmente deixará de ser. Quando conceituada como “da floresta”, refere-se ao vínculo dos quilombolas para com a terra, importância que dão em virtude da dificuldade de conquistá-la e de manterem-se nela e “guerreira” pela constante luta em busca da autoafirmação, preservação cultural, identidade, território e por seus direitos como cidadãos brasileiros. Essas reivindicações não podem deixar de existir, visto que as disparidades sociais para com esses povos, ainda na atualidade, são alarmantes (MOURA, 1981; SILVA, 2012; SILVA; NASCIMENTO, 2012; VIEIRA; MONTEIRO, 2013).

O Sistema Único de Saúde, avanço social brasileiro tomado hoje como uma referência mundial, surge como transformador do conceito de saúde no país passando, a partir de então, a saúde brasileira a ser observada e relacionada aos aspectos essenciais que antes não eram enfocados, como a qualidade de vida do paciente e seu bem-estar. Além disso, surgem os princípios fundamentais do SUS que, a partir de então, promovem políticas públicas visando à equidade, igualdade e à integralidade, mudança que se reflete amplamente na atenção básica em comunidades afastadas como as Comunidades Quilombolas dentre elas o Quilombo do Cafundó (ANTUNES et al., 2011; BRASIL, 2010).

Com o intuito de combater tais desigualdades no âmbito de acesso à saúde e assim seguir os princípios do SUS, o sistema subdivide-se em três grandes áreas de atenção, sendo elas: a *atenção primária*, centrada na atenção à pessoa (com seus tributos de acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, competência cultural e abordagem familiar); a *atenção secundária*, estabelecida por consultas e a *atenção terciária*, responsável pelos cuidados de enfermidades mais complexas e menos comuns (BRASIL, 2009, 2010; STARFIELD, 2002).

Por ser responsável pelo cuidado do indivíduo e não pelas suas patologias propriamente ditas, a atenção primária deve ter seu olhar voltado para o paciente global sendo que, por definição, o médico da família e da comunidade é o responsável pela prestação de cuidados abrangentes, sendo seu dever considerar o pano de fundo cultural, o socioeconômico e o psicológico.

No que diz respeito à atenção primária, a competência cultural é tida como característica fundamental, mesmo que fatores culturais da problematização saúde-doença sejam, muitas vezes, desprezados na medicina brasileira (BRASIL, 2009).

Apesar de um sistema que possui princípios fundamentais importantes e que se em sua totalidade fossem cumpridos adequadamente proporcionariam os cuidados adequados em relação à saúde quilombola, respeitando suas práticas tradicionais, sua cultura e seus receios, o desconhecimento das comunidades quilombolas dificulta a adequação do médico atuante na atenção primária a tais comunidades, sendo essa uma importante barreira da relação médico-quilombola e uma das razões pela qual a temática do acesso à saúde nessas comunidades perpetua-se como um grave problema.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN, como relata as pesquisadoras Isabel Cristina Fonseca da Cruz e Maria do Carmo Sales Monteiro tem a seguinte finalidade:

[...] a desconstrução do racismo institucional no Sistema Único de Saúde (SUS) e a inclusão das práticas de cura de matriz afro-brasileira no SUS. Para sua implementação, é indispensável que cada profissional de saúde examine suas próprias crenças quanto à população negra e sua cultura de matriz afro-brasileira. É a consciência crítica de suas crenças e, especialmente, de suas atitudes a condição que lhe assegura a prestação de um cuidado de saúde centrado na pessoa, no ser humano, isento de discriminação étnico-racial, correlacionando a influência da cultura, da família, da história, da resiliência e da genética da população negra brasileira com a saúde-doença e bem-estar. (BRASIL, 2009).

Desse modo, a compreensão da dinâmica dos quilombos, de suas religiões, de seus hábitos tanto como a de seus vícios, de suas formas de sobrevivência e de manutenção de suas culturas torna-se essencial para a promoção da saúde adequada por parte da Atenção Primária.

Por conta disso, o presente trabalho procurou compreender e avaliar como se dá o processo saúde-doença na perspectiva da cultura quilombola bem como a existência ou não da medicina tradicional no Quilombo Cafundó.

Assim, foram realizadas visitas à comunidade a fim de ser estabelecido um vínculo de confiança, nas quais inserimos as rodas de conversa com a comunidade. Nelas, debatíamos sobre os mais variados temas como a comunidade, saúde, doença e sobre a cultura quilombola. As participações nas rodas eram livres e, dessa forma, atraíram o interesse da população possibilitando um bom convívio e, com isso, a absorção dos itens elencados acima que serão importantes para a atuação da Atenção Primária adequada.

No meio da pesquisa, observou-se uma janela de oportunidades para a construção de um estágio rural para estudantes de medicina do sexto ano de graduação para atuarem nos atendimentos médicos no quilombo. Eu passei, então, a ser o médico da comunidade quilombola. Os dados também foram coletados durante minha atividade de médico nesse território, nas consultas, nas rodas de conversas e nas visitas domiciliares.

A oportunidade que nos foi dada durante o estudo permitiu a possibilidade da atuação dos estudantes da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP dentro da Comunidade do Cafundó. Esse estágio foi construído a partir do olhar quilombola, focado na cultura, nos saberes da medicina tradicional quilombola e nos desafios que nos foram propostos durante a pesquisa.

Visando à melhoria ao acesso à saúde das comunidades rurais, nas quais podemos incluir os quilombos, o Ministério da Saúde instituiu, em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) que busca tratar essas comunidades de acordo com suas especificidades e ampliar o seu acesso à saúde (BRASIL, 2010).

Somada a essa política, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) preconiza em suas diretrizes gerais:

O incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra”, assim como a promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas.

Mesmo que avaliadas como um importante determinante de saúde pública e sendo previstas por políticas públicas como as citadas acima, as culturas tradicionais quilombolas ainda são vistas como barreiras que impedem a adequação da Atenção Primária aos quilombolas, uma vez que o desconhecimento frente a

essas culturas é predominante entre os profissionais da saúde, mesmo na atenção primária.

Apesar disso, a formação acadêmica dos estudantes de medicina brasileiros ainda é hospitalocêntrica e centrada no tratamento de patologias, quando, na realidade, vigora um Sistema de Saúde Pública que procura promover uma atenção descentralizada e direcionada, especialmente na atenção primária, à pessoa, utilizando, além da medicina baseada em evidência científica, uma medicina centrada na pessoa e, aqui, uma medicina centrada na pessoa quilombola.

O Cafundó, comunidade rural negra situada em Salto de Pirapora, a 150km de São Paulo, chamada de Associação Remanescente de Quilombo Kimbundu do Cafundó conta hoje com 34 famílias com 119 pessoas, cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do município, que vivem basicamente da produção de produtos agrícolas orgânicos. No Cafundó ainda se fala o “cupópia”, descrito no livro “Cafundó, a África no Brasil” de Carlos Vogt e Peter Fry, como a “língua africana” que tornou a comunidade única e a mantém com esse traço de grande singularidade na história social, cultural e política das comunidades negras do Brasil: o uso ativo, cotidianamente ritualístico, de um vocabulário de origem banto, quimbundo, principalmente pelos seus habitantes mais velhos, no conjunto de suas relações de trabalho e lazer na comunidade e dela com a sociedade envolvente. Somente os mais velhos ainda falam o cupópia e, mesmo assim, ela vem se modificando ao longo do tempo. O quilombo Cafundó - um registro vivo da história da escravidão em São Paulo - é a primeira comunidade identificada e reconhecida no estado de São Paulo em 1999. “Cafundó” significa lugar de difícil acesso e sua história está preservada na memória da maior parte dos habitantes, mas sobretudo na de seu Marcos e na de seu Juvenil, irmãos e um dos últimos representantes vivos diretos das linhagens que primeiro compuseram a comunidade e os únicos que falam o dialeto Cupópia.

O atendimento médico no Cafundó é realizado pela equipe da estratégia da saúde da família da Barra, nome dado ao bairro mais central deste território rural que conta com mais 4 microáreas rurais e o quilombo Cafundó. Na unidade rural de saúde da Barra, existe uma confortável casa que foi transformada em uma unidade de saúde, funcionando como uma espécie de sede onde os prontuários, insumos, vacinas e medicamentos são guardados. Os pacientes, desse território rural, podem ser atendidos na unidade da Barra que conta com uma sala para aplicação de

medicamentos injetáveis, sala de vacina, consultório de enfermagem e consultório médico, recepção e sala de reunião. Para melhorar o acesso à saúde, os atendimentos também são realizados em outras microáreas como escolas rurais, casas e sedes de associação e igrejas. No quilombo, os atendimentos são realizados na sede comunitária que conta com um consultório de enfermagem, um consultório médico e um banheiro. É um local improvisado, mas muito acolhedor; a sede fica no centro do quilombo, ao lado da capela, numa espécie de praça, embaixo das sombras de belas árvores. Neste local está estampado um lindo e grande desenho de um homem negro, ladeado por duas cabeças coloridas que se parecem com o mapa do Brasil e do continente africano; na parte superior do desenho está escrito “Turi Vimba” que significa terra de negro. A sede também é decorada com vários elementos da cultura e mãos coloridas nas cores preta, verde e vermelho.

A maioria das pessoas trabalham com agricultura orgânica; eles têm roças de vários tipos de alimentos e duas grandes estufas para hortaliças; também vendem artesanatos produzidos por eles em uma casa de pau-a-pique com barro batido e coberta de sapé, que foi mantida como era desde o início do quilombo com o propósito de preservação da cultura.

Antes de iniciar os atendimentos médicos, passei cerca de um ano encontrando-me com as pessoas do quilombo. Fiz visitas para entrevista, rodas de conversa e acompanhei ensaios do Jongo, uma dança típica praticada principalmente pelos jovens na qual as mulheres dançam e os homens tocam os tambores e as letras retratam a cultura e a resistência quilombola.

Durante a pesquisa surgiu a oportunidade da implementação de atendimento médico com os alunos de graduação da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP que relato mais à frente.

No decorrer do trabalho de pesquisa ou nos próprios atendimentos ficou bastante evidente que a saúde, para os moradores do Cafundó, não é necessariamente somente ausência de doença, mas poder viver plenamente a vida na qual eles acreditam. A demarcação de terra do quilombo apareceu em todas as conversas como fator principal para a promoção e manutenção da saúde, a posse da terra teve impacto direto na saúde, pois assim “pudemos fazer a nossa roça e dormir tranquilos”. A presença do racismo também preocupa bastante os moradores, “é difícil para um jovem conseguir emprego na cidade se ele falar que é do

Cafundó”. Com a posse da terra e o trabalho com a agricultura orgânica tem mudado um pouco o fluxo de saída dos jovens do Cafundó, “então, se ele quiser ele pode trabalhar aqui na roça”. Hoje, com a produção de orgânicos em alta, muitos jovens têm desistido de ir trabalhar na cidade e alguns estão voltando. Muitos relatos de racismo sofridos em atendimento médico nos foram relatados. “Hoje o racismo não é declaradamente aberto, mas a gente percebe, nos atendem por último mesmo a gente emprestando a nossa sede para os atendimentos”. Nos atendimentos no Cafundó, a equipe de saúde da família atende também moradores de bairros vizinho que, na sua maioria, são brancos. “A gente sabe quando o médico olha diferente para gente, não quer ouvir, já vai passando a medicação”. Vários relatos de racismo foram coletados, mas um em especial foi bastante doloroso para uma senhora que nos conta com olhos marejados e com os punhos fechados ainda transpassando um sentimento de revolta:

“Quando minha filha era bebê, eu a levei no posto para tomar vacina, ela nasceu branca, era linda, com os cabelos encaracolados, chegando no posto a enfermeira tomou a minha filha de minhas mãos e disse e que ela não era a minha filha, que eu não podia ter uma filha bonita como aquela, nessa hora meu sangue ferveu. Agredi a enfermeira, até polícia apareceu, nunca mais voltei no posto.”

Uma triste narrativa de como a crueldade do racismo interfere de várias maneiras na saúde. “Saúde para mim é ter liberdade e ter força para trabalhar”; a saúde como força para o trabalho também foi bastante citada, pois a maioria trabalha com agricultura e precisa de força física. A espiritualidade também apareceu como fator importante para ter saúde, “acreditar em Deus é saúde também, ele que nos dá tudo o que a gente tem”. A comunidade divide-se em católicos e evangélicos da Congregação Cristã do Brasil e não encontramos nenhum relato de religião de matriz africana: “Aqui já teve terreiro, agora não tem mais, muita gente não gosta”. Percebemos um certo desconforto ao falarmos de espiritualidade. Ao lado da sede há uma pequena capela onde encontramos vários santos católicos e também algumas imagens de pai de santo. Ficou bastante evidente que os determinantes sociais de saúde como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais atuam fortemente na relação com saúde e doença na visão dos moradores do Cafundó, destaques para a posse da terra, o trabalho, espiritualidade e viver plenamente a cultura do Cafundó.

As características próprias do território rural refletem as definições formais e burocráticas dessas localidades. A distância do Quilombo, a unidade de saúde rural da Barra ou os equipamentos de saúde do SUS, na cidade de Salto de Pirapora e os locais onde essas pessoas moram devem exigir, dos entes públicos, não só criatividade e trabalho com a evidência científica em gestão de saúde em contextos rurais para dar conta das especificidades do território rural, fazendo com que a atenção primária chegue com todos os seus atributos, mas também a possibilidade de horários flexibilizados de atendimentos em saúde, critérios para visitas domiciliares e pontos de apoio para atendimento formal na unidade de Saúde da Barra e para o informal dentro do próprio território quilombola no centro comunitário.

Em seu fazer rural quilombola, o profissional de saúde lida com um modo de exercer o cuidado que conflita com os processos de saúde tradicionais. Ele precisa de mais habilidades e competências, entendendo que o trabalho em equipe é primordial visto o distanciamento das redes de apoio facilmente acessadas nos contextos urbanos. Na equipe de saúde do Cafundó temos um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. Nenhum deles ou delas é negro ou negra.

Analisando as entrevistas pela ótica dos atributos da atenção primária, segundo Starfield (2002), acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, encontramos as seguintes barreiras para a realização de uma atenção primária de qualidade:

Acesso primeiro contato com o sistema de saúde. A população moradora do Cafundó depende exclusivamente do SUS para atender à sua saúde. A acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas. Em outras palavras, o primeiro contato da pessoa com os serviços de saúde, pode ser definido como porta de entrada, ou seja, quando a população quilombola e a equipe identificam aquele serviço da atenção primária realizado no território como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde. A acessibilidade refere-se às características da oferta que possibilitam que as pessoas cheguem aos serviços, enquanto o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. O conceito de acesso traz consigo a ideia de não dificultar a entrada das pessoas nos serviços de saúde, enquanto a acessibilidade diz respeito à oferta de serviços, à

capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. No Cafundó, a acessibilidade se dá nos atendimentos semanais no próprio quilombo ou na unidade central da Estratégia de Saúde da Família da Barra localizada em uma área rural a aproximadamente 8km do Cafundó. Acessibilidade pode ser conceituada, então, como a capacidade de o usuário obter cuidados de saúde sempre que necessitar e de maneira fácil e conveniente. O próprio significado de “Cafundó” refere-se à localidade de difícil acesso. O morador do quilombo tem oferta de atendimento pela equipe de saúde da família rural da Barra ou por meio do pronto-socorro municipal. Eles enxergam esse acesso com bastante dificuldade, não só pela dificuldade de acessibilidade, falta de transporte público, atendimento no quilombo somente semanalmente quando não quinzenalmente ou mensal, mas também pela dificuldade de acessar o sistema e ser respeitado como sua cultura. Muitos relatos de racismo foram colhidos, desde ficar mais tempo esperando até a negativa de atendimento. Uma senhora que mora distante do local de atendimento e tem dificuldade de locomoção chegou atrasada e não foi atendida. Ela reclamou, pois era seu direito e tinha dificuldade para caminhar; segundo os relatos, ela sofreu racismo, não foi atendida e ainda sofreu um processo por desacato a funcionário público. Também em relação ao acesso houve muita reclamação como a de que somente pacientes agendados eram atendidos e que não havia vaga para demandas espontâneas, encaminhadas ao pronto-socorro na cidade que fica distante, depende de transporte público e de dinheiro para comprar a passagem. “Por que não posso ser atendida aqui já que o médico está atendendo e não estou bem? ” Falta acesso pela localização geográfica, mas também por barreira cultural e, segundo os relatos, também por racismo.

A longitudinalidade, segundo inúmeras publicações, refere-se à existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo, ou seja, o atendimento ser realizado pela mesma equipe ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre as pessoas que utilizam os serviços e os profissionais de saúde. A longitudinalidade, por conta do vínculo que se forma, implica a existência de uma fonte regular e contínua de atenção e seu uso ao longo do tempo. A presença do atributo de longitudinalidade tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos

desnecessários para especialistas focais e a realização de procedimentos mais complexos desnecessários. “Aqui nunca ficou médico muito tempo, acho que a cubana foi a que mais ficou”; relatos de falta de longitudinalidade também foram muito frequentes, não só pela mudança dos profissionais da equipe da estratégia de saúde da família quanto pela falta de retorno de exames realizados ou bem como pela ausência de acesso para retorno de acompanhamento do problema apresentado. Vários entrevistados não sabiam o nome das pessoas da equipe o que demonstra falta de acesso e também de longitudinalidade. “A gente tem dificuldade de fazer os exames que médico pede, mas também não recebemos os resultados, demora ou dizem que perderam”.

Muitas falas sobre racismo estrutural ou institucional também ficaram bastante evidentes. “Nunca tivemos um médico ou uma médica, negro ou negra, é raro ver um funcionário da saúde negro, quando tem é ACS ou enfermeiro”; “depois que sofri racismo eu nunca mais voltei”.

Um das ferramentas mais importantes para os trabalhadores de saúde é o vínculo de confiança; a equipe precisa construir pontes de confiança com as comunidades em que trabalham. Maior confiança significa mais pessoas acessando os equipamentos de saúde mais precocemente o que afeta fortemente os prognósticos e as decisões terapêuticas. A construção da confiança começa com o relacionamento entre trabalhadores, pessoas e familiares. O racismo, em hipótese alguma, pode continuar existindo, seja ele estrutural ou institucional, pois ele quebra a confiança e coloca barreiras inaceitáveis ao acesso e à longitudinalidade.

“Quando fui ganhar meu bebê eu estava com muita dor, mas o médico não acreditou achou que por eu ser negra era mais forte, não recebi analgesia. Será que com a mulher branca acontece o mesmo”? Estudos mostram a presença de racismo nas decisões médicas, especialmente nas que se referem ao atendimento às mulheres negras gestantes, mesmo com pessoas em situação de vulnerabilidades. Mulheres negras têm pré-natal de pior qualidade, recebem oferta de serviços e exames de rastreio em menor quantidade e menos analgesia do parto que as mulheres brancas. A pessoa negra, muitas vezes, até consegue acessar o serviço, mas ela não volta mais por conta de uma violência de racismo; com isso, além da inaceitável violência sofrida, perdemos a potência do atributo da longitudinalidade (UCHOA; VIDAL, 1994).

Logo após o início do estágio rural percebemos que estávamos atendendo pessoas que há muito tempo não passavam em consulta, não realizavam exames de rastreio ou tratamento de problemas agudos. “Não volto mais mesmo, para ser tratado desta maneira prefiro ficar em casa”. A queixa de racismo fica mais evidente ainda fora dos cuidados da estratégia da saúde da família; era mais frequente em pronto atendimentos ou em outros níveis de atenção como hospitais terciários e farmácias.

“Meu filho teve uma crise grave de asma, tive que implorar para ele ser atendido, queriam que eu fizesse uma ficha primeiro, me olharam de cima embaixo, sem compaixão, como se não fôssemos gente merecedora de atendimento digno. Tive que gritar, ameaçar partir para a violência”.

A integralidade que é mais um atributo da atenção primária à saúde, também muito estudado, define-se como o leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS, incluindo os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, CAPS, vigilância epidemiológica, entre outros. Pressupõe-se, portanto, a existência de uma rede de serviços em distintos níveis de complexidade e de competências, em que a integração entre as ações, nos diversos níveis, deve satisfazer o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo, não só a parte curativa biomédica, mas também a atuação da medicina preventiva nas ações de prevenção e, principalmente para o contexto da população negra, a atuação nos determinantes sociais de saúde sendo, no quilombo, a posse da terra e a luta antirracista. A integralidade da atenção à saúde nas áreas rurais é um desafio a ser enfrentado, uma vez que essas apresentam características que comprometem os princípios da universalidade e da integralidade no acesso e na utilização de serviços, especialmente quando falamos de território quilombola. Certamente, a posse da terra dos moradores do Cafundó foi uma ação importante, haja vista que eles consideram-na como primordial para a saúde, mas muitas outras ações devem ser tomadas para um cuidado integral. “Sem dúvida ter seu pedaço de chão faz toda a diferença pra saúde e para a vida das pessoas, não adianta tratamento médico se você não tem onde plantar, trabalhar ou o que comer”.

Nos relatos que foram colhidos durante a pesquisa, pareceu-nos que as atividades de promoção e prevenção de saúde estavam distantes da realidade rural e da cultura quilombola. “Até tem umas palestras, mas pouco ouvem a gente, vem falam e vão embora. Não interessa muito o que a gente pensa ou tem dúvida. Mas isso é sempre assim, não é só na saúde não”. Pouco esforço foi feito para entender as preocupações dos moradores do Quilombo Cafundó ou para descobrir o que eles entendem das mensagens que lhes são transmitidas, se fazem sentido ou não para o seu modo de vida e para o projeto de felicidade local. Quando reconhecemos a necessidade de ouvir a comunidade e estando preparados para as demandas difíceis que aparecerão e respondê-las com sinceridade, passamos à estratégia plena de prevenção.

“Eu sempre me virei com as ervas medicinais e com as garrafadas, sei tratar dor, gripe, tosse asma, até pedra nos rins. Já quis conversar com os médicos e enfermeiras sobre isso. Ninguém está disposto a ouvir, julgam e ainda culpam caso algo dê errado. Eu nem falo mais mas continuo usando deste conhecimento que vem dos antepassados, isso ninguém me tira não, a gente sabe se virar. Nossos antepassados sempre se viraram sem médico, viviam 100 anos ou mais. O médico é importante pra gente, mas a gente sabe se virar também, fico preocupada com os jovens, poucos querem aprender sobre as receitas, chás e garrafadas”.

É evidente a necessidade de uma escuta ativa da equipe de saúde para que sejam realizados a abordagem comunitária e um atendimento integral, não devendo haver, em hipótese alguma, julgamentos ou culpabilizações. Temos que reconhecer e abordar todas as questões sejam elas sobre a medicina tradicional quilombola, pobreza, injustiça, racismo institucional e/ou estrutural. A medicina tradicional está presente no território e é obrigação da equipe trabalhar e acolher essas demandas, ver o que tem evidência científica, efeitos adversos ou interações medicamentosas. Precisamos trabalhar com a comunidade e entender que ela está fazendo o que pode com o que tem. Não é justo e nem ético julgar ou culpabilizar um conhecimento que vem de gerações e está incorporado na cultura. O trabalho da equipe tem que ser de engajamento da comunidade, criar pontes e vínculos de confiança respeitosos e, para isso, é essencial o conhecimento das ciências sociais.

A equipe de saúde pouco sabe sobre as tecnologias de saúde africanas, pouco ou quase nada se lê de autores negros ou negras e, assim, o conhecimento

da ação da espiritualidade na comunidade, muitas vezes, vem carregado de preconceitos e de juízos de valores por parte da equipe.

A coordenação do cuidado, um outro importante atributo da APS, pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O médico do quilombo será sempre o responsável pelo cuidado daquela pessoa e guiará o indivíduo na rede de atenção do SUS, independente se a pessoa tem uma doença mais complexa e cuida com o especialista em um serviço de maior complexidade.

O médico do quilombo cuidaria dos problemas mais comuns e frequentes e encaminharia a pessoa para outros níveis de atenção caso haja necessidade; coordenar o cuidado significa que o médico irá advogar pelo paciente, sendo o responsável por ele dentro da rede de atendimentos.

A coordenação do cuidado também é outro importante desafio no contexto rural; o que destaco a seguir é uma fala recorrente: “demora muito para irmos ao especialista, ou ficar internado, é longe, demorado, muitas vezes não temos dinheiro ou transporte para chegar lá, seria melhor se fossemos atendidos aqui”. Não é tão simples sair do quilombo para fazer exames ou passar em consulta com especialista; há um custo importante neste trajeto e, muitas vezes, falta de transporte público. Um pensamento comum seria: “o médico da cidade não sabe e não se importa com o nosso modo de vida e muitas vezes os que eles nos falam não faz sentido pra gente, eu nem vou mais”.

Em relação aos atendimentos com especialistas focais na cidade também ficou bastante evidente a falta de um atributo derivado da atenção primária, a competência cultural. O pensar e o agir frente à saúde e à doença estão relacionados às experiências e vivências do indivíduo, família e profissional da saúde. Assim, tanto os modos de entender saúde como as práticas adotadas variam de indivíduo para indivíduo (BRIGHENTI, 2005). “*O médico da cidade*” muitas vezes não compreende a cultura rural e em especial a cultura quilombola do Cafundó, gerando, na maioria das vezes, segundo os relatos, planos terapêuticos impossíveis de serem realizados e, outras vezes, carregados de preconceito e racismo.

Os significados do adoecer e a percepção da doença, para as pessoas atendidas na Atenção Primária, são frequentemente pouco considerados,

compreendidos e apreendidos pelos profissionais de saúde que atuam nesse ponto de atenção. Dessa forma, as orientações e ações educativas são realizadas considerando apenas as crenças dos profissionais, o que nem sempre está em consonância com o universo sociocultural da pessoa quilombola. Esse fato é gerador de diversos dilemas e dificuldades na relação profissional-usuário e uma das causas da baixa adesão à terapêutica recomendada. Tivemos vários relatos de abandono de tratamento e medo de contar sobre uma necessidade ou uso de alguma erva medicinal e ser julgado preconceituosamente por isso.

“Nem falo nada para os médicos ou enfermeiros sobre o que eu uso de chá, falar pra que se eles não concordam e ficam até bravos? A gente dá o nosso jeito, sempre demos, tem gente aqui que nunca passou em médico e tem saúde boa”.

Segundo Uchoa e Vidal (1994)

Informações culturais têm sido, na maioria das vezes, consideradas irrelevantes para as intervenções preventivas e terapêuticas na área da saúde. Em geral, são tidas como essenciais unicamente aqueles referentes ao diagnóstico biomédico. Todos os outros dados, em particular aqueles referentes ao impacto dos fatores sociais e culturais, são avaliados como acessórios.

Porém, as pessoas não estão apenas à procura da melhor evidência científica: também querem que os profissionais de saúde sejam compreensivos, respeitadores e dignos de confiança, querem um atendimento, um encontro no qual a sua autonomia, a sua cultura e a sua decisão importem.

Os moradores do Cafundó querem cuidados de saúde organizados em torno das suas necessidades, que respeitem as suas crenças e que sejam sensíveis à situação particular da sua vida e do racismo estrutural e institucional. Não querem ser considerados como meros alvos de programas de controle de doenças. Como já foi dito aqui, Quilombo significa povo guerreiro da floresta e essa posição empoderada deles em relação às políticas de saúde para a população negra, gera desconforto na equipe, extravasado pelo seguinte comentário de um membro da equipe: “Não gosto de trabalhar no Cafundó, eles são muito folgados, exigem os direitos deles”.

4 A RESPONSABILIDADE SOCIAL DA ESCOLA MÉDICA PARA FORMAÇÃO EM ÁREAS RURAIS

O curso de Medicina da PUC-SP já apresenta sua grade curricular com 100% das atividades pautadas em metodologias ativas e, conforme o programa nacional de reorientação da formação do profissional em Saúde, pauta sua atividade com inserção precoce do aluno em cenários de aprendizado como Unidades Básicas de Saúde de áreas periféricas do município de Sorocaba. Dessa forma, a utilização de metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência, promove a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular da Instituição.

A proposta da criação de um internato rural no sexto ano do curso de medicina que visa a integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais a serem encontradas nesses cenários em uma região de vulnerabilidades, surgiu durante esta pesquisa e foi possível colocá-la em prática no seu decorrer. A riqueza potencial dessa articulação de dimensões é positivamente inovadora no sentido de sensibilizar e produzir profissionais de saúde inseridos em um contexto em que possam atuar de maneira transformadora e com interculturalidade na saúde.

Ao serem utilizados diferentes cenários de ensino-aprendizagem da periferia de uma grande cidade à roça quilombola, permite-se ao estudante conhecer e vivenciar situações variadas, como por exemplo, a prática em saúde rural e urbana e a organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional. Almeja-se que o estudante assuma responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e de atenção, com autonomia também em evolução que se consolida na graduação com o internato. A integração ensino-serviço na formação médico-acadêmica por meio da proposta de internato rural quilombola incorpora também ações assistenciais baseadas em necessidades sociais da saúde e pretende estar em sintonia com a Políticas de Reorientação da formação profissional em saúde, pautadas nos programas de educação pelo trabalho na saúde.

Por meio da inserção dos alunos do sexto ano no curso de medicina em processos de ensino pelo trabalho em unidades da Estratégia da Saúde da Família

(ESF) de comunidades rurais e quilombola buscamos o aprimoramento das ações em saúde que visam, não só à recuperação, mas também à promoção e prevenção da população usuária do SUS.

A região oferece ainda a possibilidade do cenário para ações de cuidado em um contexto intercultural. A existência de populações rurais e quilombola potencializa os diferentes caminhos do aprendizado em serviço fundamentalmente pela possibilidade da execução de atividades multidisciplinares, das ciências biológicas às humanas, a serem realizadas com apoio de outras unidades da PUC-SP.

Por intermédio de um modelo de gestão partilhada entre a PUC-SP e a Secretaria Municipal de Saúde de Salto de Pirapora produziu-se um termo de cooperação técnica entre os envolvidos que permite o aprimoramento das políticas públicas sociais no campo da saúde para atividades de educação em saúde inseridas em serviço, tendo as unidades de ESF nas comunidades de difícil acesso como um cenário potencialmente favorável e inovador para a formação e a educação continuada para estudantes da área da saúde. Para o município, além das ações assistenciais que poderão ser aprimoradas por meio da qualificação assistencial, almeja-se - também com a parceria - o oferecimento de ações de capacitação para profissionais de saúde dos níveis técnicos e superiores que atuam na rede.

Os direitos das pessoas que vivem em áreas rurais ou pertencentes a minorias étnico-raciais têm sido atacados, enfraquecendo o poder de reivindicação dessas pessoas. Para diminuirmos as desigualdades entre as áreas urbanas e ambientes rurais, precisamos de uma força de trabalho rural que seja adequada para o propósito. Estudantes de medicina e jovens médicos e médicas em formação podem compreender a perspectiva rural e a defesa dos seus pacientes. A força de trabalho urbana, cada vez mais especializada, não é um modelo adequado nas áreas rurais, onde são necessários profissionais de saúde com uma gama mais ampla de habilidades.

A atuação no internato rural no território quilombola tem sido bastante ativa, pois estamos conseguindo usar a medicina baseada em evidência associada a um encontro clínico centrado na pessoa e na cultura quilombola rural do Cafundó. Vários elementos da cultura têm aparecido nesses encontros, fazendo com que o estudante perceba a necessidade da escuta cultural para a tomada de decisões

compartilhadas. Idosos que há muitos anos não passavam em consultas procuraram-nos, pois se sentiram respeitados e em um ambiente seguro. *“Fiquei sabendo que tinha médico novo com uma equipe muito boa para fazer o atendimento e resolvi passar na consulta, nunca passei em médico”*. A preocupação que seja um projeto temporário também fica muito evidente nas falas. Seu Marcos, uma das lideranças, bastante desconfiado diz que *“os pesquisadores ficam um tempo, fazem anotações e nunca mais voltam, não ficamos sabendo o que aconteceu. Vocês estão atendendo a gente, tem sido bom mas será que vai durar? Acho difícil”*. Fica bastante evidente a contrariedade às pesquisas então realizadas no quilombo que se torna apenas objeto do estudo, os resultados das pesquisas não chegam a comunidade e foi percebido por nós uma certa desconfiança na durabilidade do estágio.

Com o internato rural utilizamos um princípio metodológico focado na pesquisa *com*, ou seja, não se realiza o estudo *para* o outro e tampouco *sobre* o outro, mas com o outro, de modo que os componentes da comunidade quilombola não figurem como objeto, mas como sujeitos, e não só da pesquisa, mas sujeitos do processo provocado ou mesmo intensificado com a realização da pesquisa. Com isso, conseguimos iniciar um processo de trabalho com os atributos da atenção primária a partir das necessidades dos moradores. Mudamos o acesso aos serviços de saúde com atendimentos semanais, marcação de consulta no próprio território sem a necessidade de deslocamento à unidade central, atendimento de casos de demanda espontânea sem necessidade de agendamento, além de contato com a equipe e com o médico por meio de aplicativos de mensagens móveis.

A longitudinalidade também tem sido colocado em prática com a presença da mesma equipe nos atendimentos. A integralidade do cuidado tem atenção especial para uma medicina curativa, resolutive que atue com promoção e prevenção, dialogue com a comunidade sendo parceira para o enfrentamento dos problemas estruturais e na resistência com apoio e visibilidade de centenas de novos médicos e médicas que tiveram a oportunidade de trocar saberes com a comunidade. Em relação à coordenação do cuidado, casos complexos são matriciados com os especialistas focais, professores na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP, evitando deslocamentos das pessoas e assim resolvendo a maioria dos problemas. Pequenas cirurgias que antes demandavam deslocamento para os grandes centros hoje são realizadas no próprio quilombo. Todo o plano terapêutico

foi focado na competência cultural e a pessoa tem tido espaço para compartilhamento de saberes da medicina popular quilombola.

Para exemplificar as atividades que estão sendo realizadas no estágio rural quilombola descrevo abaixo, na íntegra, um relato de experiência da nossa ex aluna e hoje médica Patrícia Ko (2019, p. 4-6), publicada na revista Fonte do Telessaúde da UFRGS no mês de novembro de 2019:

“Pela longa estrada, eu fui tocando em frente rumo ao Cafundó...”
Alguma vez você já pensou na seguinte questão: os profissionais de saúde transformam a Atenção Primária ou são transformados por ela? Pois eu cheguei à conclusão de que essa é uma via de mão dupla. Mas, em minha opinião, os profissionais são tocados profundamente com maior intensidade. Pelo menos foi o que aconteceu comigo. Hoje, no sexto ano de medicina, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, posso dizer que a experiência que eu tive em um mês no estágio de “Saúde Coletiva” me enriqueceu de formas que nem sei expressar. O que era para ser apenas uma etapa curricular obrigatória, me recompensou com um profundo sentimento de gratidão e uma bagagem profissional, cultural e pessoal. Logo no primeiro dia, uma proposta totalmente diferente da que eu havia vivido até então. As cadeiras não estavam dispostas como em uma sala de aula regular, mas em uma roda, num tom de conversa, como se fôssemos um grupo de amigos debatendo sobre um assunto qualquer. O professor, eu e mais nove alunos que se entreolhavam de forma confusa para responder a seguinte pergunta: “O que você sabe sobre Atenção Primária?”. Percebi então que pouco sabia sobre tudo aquilo. “É uma forma de prevenção de doenças, é o primeiro contato do paciente com o serviço de saúde” e todas as frases clichês que ouvimos e repetimos, mas que no fundo só demonstram o nosso conhecimento superficial sobre o assunto. “Método clínico centrado na Pessoa? Longitudinalidade? Matriciamento? Competência Cultural? Quem era Bárbara Starfield?” fui bombardeada com conceitos que nunca ouvi falar, tamanha era a complexidade das informações, porém o que me deixava mais apreensiva ainda estava por vir: eu fazia parte da primeira turma que iria experienciar o estágio rural. Era nosso primeiro contato com a população; não havia vínculo estabelecido. O coração batia forte e a ansiedade estava nos mais altos limiares. Durante o percurso, observei uma paisagem diferente da que vejo no dia a dia: plantações de uva, laranja, mamão à beira da estrada; para onde olhava era “muito mato e muito verde”. Passamos pela Unidade Básica da Barra e pelo Quilombo Cafundó. Com 12km de diferença entre si, esses eram os nossos novos campos de estágio, “Cafundó”, no dicionário Michaelis, significa “lugar ermo, de difícil acesso”. Porém, engana-se pensar que é só a distância física que isola a população quilombola dos demais moradores da zona rural de Salto de Pirapora. Eles são marginalizados não só pelas condições em que vivem, mas também pela cor de sua pele. Nosso principal objetivo era beneficiar a população com atendimento médico. Com uma salinha improvisada, no cantinho do salão principal, como consultório e outra para realizar a triagem, começamos o atendimento. Ali conversei com eles, ouvi histórias diversas, mas uma delas, em especial, me chamou a atenção. Uma paciente trazia uma queixa de “caroço” na região do joelho, devido a um corpo estranho, um estilhaço de arma de fogo que tirou a vida de seu ente querido. Já havia procurado o pronto-socorro, feito raio-x do referido membro, medicado com anti-inflamatórios e analgésicos, mas ninguém encontrava a causa de tanta dor. Apesar do incômodo físico, essa não era sua maior queixa. Era notável sua feição de dor e sofrimento, que deixaram cicatrizes mais profundas do que o corpo estranho alojado sob

sua pele. Pude acompanhar seu caso, realizando o matriciamento, por meio de ação entre especialidades, discutimos o caso com a equipe de dermatologia de Sorocaba, que orientou a realização de uma biópsia no próprio local de atendimento, para então encaminhar a paciente para a especialidade. Essa atitude foi importante, pois, evitou a locomoção da paciente e ainda diminuiu o tempo de espera para o atendimento. Essa paciente em questão continuou vindo rigorosamente para as consultas, mesmo sem necessidade de alguma intervenção médica e sim, para conversar, afinal de contas, os outros médicos já haviam receitado antidepressivos e benzodiazepínicos para ajudarem com a depressão e as insônias. Mas o principal, que era o espaço para conversa, não havia sido dado. Essa é uma das muitas histórias que eu ouvi, de algumas pessoas que eu tive o enorme prazer de conhecer. Principalmente porque vi a importância de notarmos os sinais que os pacientes nos trazem, levando a uma demanda oculta que, muitas vezes, acaba sendo o principal motivo pelo qual nos procuram. Em parceria com a UBS da Barra, esse atendimento é, de certa forma, mais facilitado. Há uma agente comunitária de saúde que faz o acompanhamento desses pacientes junto com as enfermeiras que se revezam e a visita de um médico de família e comunidade. Porém, olhando os prontuários, pude perceber que muitos deles não tinham seguimento há uns bons anos, idosos hipertensos, com histórico de doença cardiovascular, crianças em fase de crescimento sem acompanhamento adequado. E com a nossa presença, tentavam dizer todas as queixas de que se lembravam, pois acharam que não iríamos voltar para atendê-los nas próximas semanas. Sabemos que a UBS da Barra é a referência dessas pessoas, porém alguns fatores interferem: a própria distância entre os dois lugares e a população quilombola não se sentir bem quista quando vão para a UBS, principalmente pelos moradores da zona rural. Nesse um mês, aprendi o que é sair da zona de conforto. Como profissional da saúde, aprendi a importância da Atenção Primária e da Estratégia de Saúde da Família, uma rede que necessita de todos os elos (agente comunitária de saúde, médico, enfermeira, psicólogo, entre outros profissionais) para poder atingir um contingente maior de populações, principalmente, em situação de vulnerabilidade, pois, além de facilitar o atendimento, permitem que a equipe conheça os maiores problemas daquela região, criando estratégias de seguimento mais individualizados de acordo com a comunidade e seus moradores. Percebi que as pessoas não tinham a pressa que eu tinha, não estavam aceleradas da mesma forma que nós estamos acostumados. “Senta, pega um café; pega um pedaço de bolo”. Tudo isso era muito diferente da minha realidade, alguém que nasceu e cresceu em uma cidade grande, onde o acesso a praticamente tudo é muito facilitado, o que deveria ser um direito, acaba sendo um privilégio que eu nunca valorizei. Foram muitas experiências diferentes que eu gostaria de citar, pois foi um mês muito intenso de aprendizado e vivência que eu jamais tive. Terminei o estágio com um adeus, mas quem sabe vire um até breve? Enfim, encerro esse texto retomando a bagagem que eu adquiri nesse um mês. Culturalmente eu pude compreender o real significado de ‘preconceito’, vi pessoas relatando que não conseguiam vagas de emprego porque viviam no Quilombo. Ainda hoje existe muita discriminação com essa população, cerca de 80 famílias, que hoje produzem alimentos orgânicos e conseguem vender para outras cidades, mas que no começo, foram recusados por muitos. Além disso, experienciei de perto o esforço que eles fazem para conquistar seus direitos. Quem vê de longe, não imagina as lutas diárias que eles passam para preservar o seu território, a cultura ancestral e o direito de existir.

5 A POTÊNCIA DA SOLIDARIEDADE NA PRÁTICA CLÍNICA

A etnografia revela-nos a necessidade de os profissionais de saúde estarem atentos aos componentes das culturas, dos significados e das experiências únicas de cada pessoa para um plano terapêutico compartilhado em consonância com o projeto de felicidade, seja no quilombo ou nas aldeias Guaranis.

O médico e a médica da atenção primária necessita trabalhar de forma solidária, saber interpretar as forças que agem nos processos de saúde e doenças dos seus territórios e assumir a luta destas populações como se fosse a sua própria luta. Não basta apenas entender do impacto do racismo na saúde dos moradores do quilombo é preciso ser um profissional anti-racista no consultório, nas reuniões da equipe de equipes de saúde, nas visitas domiciliares, nos conselhos de saúde e na vida cotidiana. O médico da saúde indígena deve lutar junto com os indígenas pela manutenção do meio ambiente saudável, para a demarcação das terras, lutar em todos as instâncias contra o genocídio indígena. O profissional de saúde rural precisa ser solidário a reforma agrária, a defesa da agricultura familiar, orgânica, sem uso de venenos e agrotóxicos. Precisa entender sobre como o agronegócio baseado na monocultura com uso abusivo de agrotóxicos afeta a vida dessas comunidades e para isso precisa sair do consultório, andar pelo território, conversar e principalmente solidarizar-se.

Atualmente muito se fala em uma medicina baseada em evidência científica (MBE), um método que visa a incorporar os melhores resultados científicos na tomada de decisões durante o trabalho clínico e que busca transformar a medicina, baseada nas opiniões dos especialistas, em medicina edificada na ciência, geralmente a MBE, sendo apresentado no formato de diretrizes clínicas, algoritmos e protocolos.

O médico de família e comunidade espanhol Juan Gérvas (2019) é um crítico da MBE conforme trecho da entrevista abaixo:

O MBE apoia e apresenta argumentos para diretrizes, algoritmos e protocolos orientados para a doença que tornam a Medicina "simples demais" diante de um sofrimento cada vez mais complexo. De fato, não é que os pacientes sejam complexos, mas que a Medicina, e especialmente a MBE, seja muito simples. O rigor metodológico do MBE, misturado à arrogância médica, é provavelmente um fator-chave no aumento do dano crescente causado pela Medicina (iatrogênese), simplificando as respostas ao sofrimento, cada vez mais multifatoriais. Portanto, existe um limite (já

atingido em vários países) em que um maior investimento no setor da saúde está associado a uma diminuição da saúde. Além disso, o MBE foi transformado em uma medicina baseada em eminências ... dos “especialistas eminentes do MBE”, que em suas torres de marfim abominam a complexidade que eles não conhecem e produzem guias clínicos, protocolos e algoritmos falsos “abençoados” com o santo e o sinal “fundado no MBE”. Finalmente, o MBE ignora tudo sobre desigualdade e seu conhecimento é baseado em uma ideologia neoliberal que não leva em conta questões de falta de equidade na distribuição de recursos que geram saúde, como educação formal, salários justos, democracia desenvolvida etc. O MBE apenas aumenta o conhecimento científico, a precisão do “mapa”, o que “poderia funcionar”, mas fala pouco sobre “o que funciona” em cada caso e situação, o “território” do sofrimento do paciente e menos diz sobre «Como entrar corretamente». O MBE não diz nada sobre as «paisagens», as imagens mentais produzidas pelo médico clínico e pelo paciente e suas famílias, sobre a intervenção em saúde e suas possíveis consequências. A chave é desenvolver um medicamento que seja ensinado e praticado de acordo com as pessoas e as circunstâncias. Em um exemplo, precisamos de conhecimento e treinamento que conduzam do simples ensino sobre “diabetes” ao ensino de “viver com diabetes”, que vai do “mapa” ao “território” e, deste, às “paisagens”. O objetivo é desenvolver um medicamento que possua conhecimentos e experiências de eficácia comprovada, nos quais não haja tirania diagnóstica, nos quais não existam diretrizes, protocolos e algoritmos focados em doenças, nas quais se busca a equidade. Central e, portanto, em ensaios clínicos também estudam os impactos do analfabetismo (total ou funcional), desemprego, pobreza e solidão, entre outras características essenciais. Além disso, um medicamento que tem mais relevância externa do que elegância interna. Um medicamento que simplesmente ensina os médicos a ouvir, e que não justifica e dá asas à Medicina Defensiva.

Nos cenários em que a etnografia foi realizada, fica evidente o poder das questões estruturais dos determinantes sociais, o genocídio histórico dos povos indígenas, do racismo estrutural e institucional fruto da terrível escravidão desses povos que construíram este país. Boltanski (2004) em: “As classes sociais e o corpo”, informa-nos:

[...] partir de uma pesquisa empírica realizada na França mostra como a percepção da doença, o recurso ao médico, o consumo de medicamentos, enfim toda a constelação de atos e representações que constituem as práticas de saúde de uma população, estão intimamente imbricados, como produtos e mecanismos de reprodução, a uma estrutura de classes, através, de um lado, do uso do corpo, cuja determinações primeiras podem ser buscadas no sistema produtivo e, de outro lado, da medicina científica que do ponto de vista ideológico tem sobre aquele um controle quase que absoluto.

Apesar das políticas de saúde que tentam ofertar serviços com equidade, a lei dos cuidados inversos associados ao preconceito e racismo continua agindo implacavelmente contra esses povos.

É importante destacar que as aldeias Guaranis e o Quilombo Cafundó viveram as transformações próprias da realidade social brasileira e que, apesar de passarem por essas mudanças, não abandonam as referências que têm com os seus antepassados. Assim, além de absorverem novos elementos socioculturais trazidos pela transformação da realidade atual, as comunidades estudadas preservam suas tradições e identidades históricas, renovando suas práticas sem abandonarem o vínculo com o passado.

Fica evidente, nessa etnografia, a importância do vínculo de confiança entre os trabalhadores de saúde e as pessoas, sejam elas Guaranis ou quilombolas, principalmente nestes tempos sombrios de perda de direitos, invasões de territórios, ameaças e mortes. Sem confiança é impossível fazer saúde rural, dar acesso e longitudinalidade. O trabalho em equipe pautado na criação de pontes de confiança só se realizará com o conhecimento das ciências sociais.

As inovações médicas precisam de tração social para gerarem resultados. Intervenções em saúde não serão suficientes sem esforços sérios e vontade política para restabelecer a confiança em tempos de terríveis perseguições das populações estudadas. Não conseguiremos fazer chegar a melhor evidência científica sem a participação social.

O trabalhador em saúde precisa entender o contexto cultural e político para ter os melhores resultados nas instâncias da saúde, social, econômica e na proteção dos direitos humanos. Dessa forma, teremos um profissional em saúde qualificado para formarmos equipes de saúde fortes, na ESF, que trabalhem com essa visão ampliada dos condicionantes sociais no processo de saúde-doença especialmente nos contextos rurais.

As políticas de saúde aqui abordadas, Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), Política Nacional de Saúde da População Negra, Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a própria luta para a manutenção e melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS) são essenciais para garantir a construção de um sistema de treinamento que incorpore processos de melhoria contínua de qualidade. Essas políticas são capitais para criar o impulso e possibilitar a ação nas comunidades rurais brasileiras, pois elas colocam os moradores rurais como protagonistas a fim de trabalharem com a comunidade rural, de definir prioridades e de envolverem-se com elas. Para isso, é essencial um trabalho localmente adequado e não colonizador.

Tais políticas são inspiradoras para possíveis sinergias locais; como vemos aqui a criação do estágio rural quilombola envolvendo o ensino, o serviço e a comunidade tendo a população rural como protagonista de um serviço de saúde por meio da parceria de uma universidade e da secretaria de saúde municipal. Mesmo sem recursos financeiros adicionais - extremamente importantes para um país desigual como o nosso - essa parceria ensino, serviço e comunidade permite atendimento, pesquisa e soluções localmente adequadas como, por exemplo, o suporte técnico nos matriciamentos.

Ainda em relação aos trabalhadores em saúde rurais e o atributo derivado da atenção primária em saúde, a competência cultural, também fica evidente, nessa etnografia, que essa competência é extremamente difícil. Como ser competente na cultura Guarani ou na cultura Quilombola do Cafundó sem nunca ter sido um Guarani ou um Quilombola? Por isso, em virtude dos relatos aqui apresentados e da tamanha desigualdade social brasileira na qual o acesso à educação superior ainda é um privilégio, o termo humildade cultural seria o mais apropriado, até que tenhamos médicas e médicos guaranis e quilombolas atuando e, mesmo assim, esses profissionais precisariam ser treinados em escolas médicas com responsabilidade social e que tenha capacidade de formar esses profissionais entendendo as suas especificidades. As comunidades rurais precisam formar trabalhadores em saúde, sejam médicas e médicos, enfermeiros ou enfermeiras. Essas pessoas, muito provavelmente, trabalharão com competência cultural, terão conexão ao local e um compromisso de servir com qualidade, pautado na confiança e solidariedade.

As universidades precisam ter a sua responsabilidade social e lutar para o treinamento e o desenvolvimento dos profissionais de saúde com o desejo de trabalhar com comunidades vulneráveis, rurais e remotas. A seleção para a universidade de estudantes rurais, quilombolas, indígenas é extremamente importante, juntamente com apoio financeiro e social a fim de que esses grupos participem plenamente da sua formação.

As condições de prática desses profissionais treinados devem ser estimuladas com suprimentos e infraestrutura clínica suficientes, boa remuneração e carga de trabalho sustentável: requisitos essenciais para a qualidade do serviço na atenção primária à saúde rural.

Essa etnografia mostra que a chave para a melhoria dos atendimentos em saúde rural, aqui especialmente, nos Guaranis do Vale do Ribeira em São Paulo e na comunidade Cafundó, está no envolvimento dos componentes das comunidades, vistos como protagonistas na seleção, no desenvolvimento e no apoio e monitoramento de suas próprias forças de trabalho em saúde. Dessa maneira, teremos um serviço de qualidade e localmente adequado.

Como dito no início da pesquisa, essa etnografia foi possível graças ao meu trabalho de supervisor e tutor do programa Mais Médicos que foi uma política nacional implementada na legislação brasileira em 2013. Ele possuía alguns componentes inovadores, como o aumento das matrículas em faculdades de medicina, sendo muitas no interior do país, um novo currículo para faculdades de medicina com enfoque na atenção primária à saúde, além de investimentos em infraestrutura de saúde e melhoria da Atenção Básica em Saúde. Em 2014, o MM forneceu 14.462 médicos adicionais a áreas remotas e altamente vulneráveis em 3.785 municípios (68% do total) e 34 Distritos Sanitários Indígenas Especiais. Como existe falta de médicos para o trabalho em áreas remotas, rurais, periféricas e de difícil acesso, muitos inscritos no programa eram médicas e médicos cubanos que trabalham com contratos diferentes de médicos brasileiros. Eles eram contratados via Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) o que gerou alguns conflitos políticos e a saída deles em 2018. Muitas dessas áreas, que eram cobertas por médicos cubanos, estão hoje sem atendimentos, pois ainda não apareceram médicos brasileiros com registro no CRM dispostos a trabalhar nesses territórios.

A etnografia aqui apresentada sobre os atendimentos médicos nos territórios Guaranis do Vale do Ribeira e no Quilombo Cafundó, bem como a proposta e realização do internato rural quilombola aos estudantes de medicina revelam não somente a importância de saber interpretar, viver e de respeitar a cultura no projeto terapêutico compartilhado, na medicina centrada na pessoa, livre de amarras, uma medicina científica, não colonizadora e controladora, como também, a importância da responsabilidade social das escolas médicas de formar profissionais solidários.

O profissional de saúde precisa saber lutar pela justiça social, pois somente em um território justo socialmente teremos saúde, teremos a roça quilombola produzindo alimentos de qualidade, teremos um meio ambiente saudável para as próximas gerações com a floresta preservada e cuidada pelos guaranis, os guardiões da floresta. Mais do que empatia, o profissional de saúde precisa ser

solidário sob a ótica freudiana, aumentando sua sensibilidade às dores e às lutas particulares de pessoas com modo de vida diferente do seu. Para acrescer essa sensibilidade, o profissional de saúde precisa conviver, livre de juízo de valores. Merquior (2009), em “Converso, logo existo: reflexões sobre a conversa como instrumento de humanização da saúde”, diz:

Somos humanos porque buscamos transmitir nossas emoções a outros seres, pois não vivemos, e nem mesmo sobreviveremos, sem os outros. Não existimos sozinhos ou quando somos sozinhos não existimos e não amamos, somos invisíveis. O que garante a existência a existência de cada ser é ter como compartilhar as emoções, deixando-as fluir em suas conversas. Somos dependentes do linguajar, uma vez que só através dele somos capazes de mudanças na existência, de sairmos do anonimato humilhante, impotente e desesperador para a condição humana propriamente dita, que é ser corresponsável pela existência de nós mesmos e do outro.

O encontro dos profissionais de saúde com as comunidades Guarani e Cafundó tem que ser pautado no acolhimento e no respeito às suas singularidades numa conversa solidária que provoque ação, andança, prevenção, movimento, promoção, ritmo, cuidados centrados nas pessoas, batucadas, enxadadas, curas, em um processo de luta e resistência para a saúde, justiça social e para o bem viver nos territórios.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. M. et al. It is time for rural training in family medicine in Brazil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-4, jan.-dez. 2018. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1696](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1696)
- ANTUNES, F. D. et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão de literatura. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 937-943, set.-out. 2011.
- ARGENTA, S. C. et al. Plantas medicinais: cultura popular versus ciência. **Vivências**, Erechim, v. 7, n. 12, p. 51-60, maio 2011. Disponível em: http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_012/artigos/artigos_vivencias_12/n12_05.pdf. Acesso em: 11 dez. 2019.
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2009. 282 p. (Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde).
- BERTOLANI, M. N. **Representações sociais da saúde e políticas de saúde voltadas a populações indígenas: uma análise da relação entre o sistema de saúde guarani e a biomedicina**. 2008. Dissertação [Mestrado em Política Social] – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008. Disponível em: http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_2624_Marlon%20Neves%20Bertolani.pdf. Acesso em: 29 fev. 2016.
- BIANCHINI, V. **O programa nacional de fortalecimento da agricultura familiar – PRONAF – e a sustentabilidade da agricultura no Vale do Ribeira – Paraná**. 2010. Tese [Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010. Disponível em: <http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/23805/valter.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 29 fev. 2016.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004
- BONILHA, L. R. C. M.; RIVORÊDO, C. R. S. F. Puericultura: duas concepções distintas. **J. Pediatr.**, Porto Alegre, v. 81, n. 1, p. 7-13, 2005.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Subsecretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais. **Programa Brasil Quilombola: comunidades quilombolas brasileiras: regularização fundiária e políticas públicas**. 2008. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/.arquivos/pbq.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2018.
- BRASIL. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 maio 2009, Seção 1, n. 90, p. 31.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. 2013b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm. Acesso em: 29 fev. 2016.

BRIGHENTI, C. A. Necessidade de novos paradigmas ambientais implicações e contribuição guarani. **Cad. PROLAM/USP**, São Paulo, ano 4, n. 2, p. 33-56, 2005.

CALEFFI, P. O que é ser índio hoje? A questão indígena na América Latina/Brasil no início do século XXI. **Diálogos Latinoam.**, Dinamarca, n. 7, p. 22-42, 2003.

CONSERVATION INTERNATIONAL DO BRASIL. Fundação SOS Mata Atlântica. Fundação Biodiversitas. Instituto de Pesquisas Ecológicas. Secretaria do Meio Ambiente do Estado de São Paulo. SEMAD/Instituto Estadual de Florestas-MG. **Avaliação e ações prioritárias para a conservação da biodiversidade da Mata Atlântica e Campos Sulinos**. Brasília, DF: Instituto Estadual de Florestas; 2000. 40 p.

COSTA, F. A. S. et al. Práticas populares em saúde indígena e integração entre o saber científico e popular: revisão integrativa. **SANARE**, Sobral, v. 15, n. 2, p. 112-119, 2016.

CUERVO, M. R. M.; RADKE, M. B.; RIEGEL, E. M. PET- Redes de atenção à saúde indígena: além dos muros da universidade, uma reflexão sobre saberes e práticas em saúde. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 19, Supl., p. 953-956, 2015.

FELIPIM, A. P. **O sistema agrícola Guarani Mbyá e seus cultivares de milho**: um estudo de caso na aldeia Guarani da Ilha do Cardoso, município de Cananeia. Dissertação [Mestrado em Ciências Florestais] – Escola de Superior de Agricultura “Luiz de Queiroz”, Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2001.

FREITAS, D. A. et al. Mulheres quilombolas: profissionais na estratégia de Saúde da família. **Rev. Espaço Saúde**, Londrina, v. 12, n. 2, p. 56-62, jun. 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 23. ed. São Paulo: Terra e Paz, 2002. p. 128.

FREYRE, G. **Casa grande e senzala**. 48. ed. Recife: Global, 2004. 719 p.

FUNARI, P. P.; CARVALHO, A. V. de. **Palmares, ontem e hoje**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008. p. 3-21.

GÉRVAS, J. **¿Abandonar la medicina basada en la evidencia (Pruebas)? Sí. No sabemos su impacto sobre la salud**. 2019. Disponível em: <https://www.actasanitaria.com/abandonar-la-medicina-basada-en-la-evidencia-pruebas-si-no-sabemos-su-impacto-sobre-la-salud/>. Acesso em: 10 set. 2019.

HART, J. T. Inverse care law. **Lancet**, London, v. 297, n. 7696, p. 405-412, Feb. 1971.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). **Povos indígenas no Brasil: 2011-2016**. 2017. Disponível em: <https://www.socioambiental.org/pt-br/tags/povos-indigenas-no-brasil-2011-2016>. Acesso em: 11 dez. 2019.

JUNQUEIRA, F. M.; ABATI, P. A. M.; ROCHA, M. C. P. Os guaranis e a atenção primária à saúde no Vale do Ribeira – SP. In: JUNQUEIRA, C.; JUSTAMAND, M.; ALBUQUERQUE, R. **Fazendo antropologia no Alto Solimões**. São Paulo: Alexa Cultural, 2017. p. 71-78.

KO, P. “Pela longa estrada, eu fui tocando em frente rumo ao Cafundó...”. **Fonte**, Porto Alegre, n. 2, p. 4-6, nov. 2019. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders//documentos/revista/revista_fonte_edicao-02.pdf. Acesso em: 11 dez. 2019.

LAPLATINE, F. **Aprender antropologia**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

LITAIFF, A. O sistema médico guarani. **Rev. Ciênc. Hum.**, Florianópolis, v. 14, n. 19, p. 107-115, 1996.

MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Os Pensadores).

MARQUES, A. S. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 365–71, 2014.

MARQUESE, R. D. B. A dinâmica da escravidão no Brasil: resistência, tráfico negreiro e alforrias, séculos XVII a XIX. **Novos Estud. CEBRAP**, São Paulo, n. 74, p. 107–123, 2006.

MENÉNDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.

MERQUIOR, M. Converso, logo existo: reflexões sobre a conversa como instrumento de humanização da saúde. In: SCHARGEI, M. (Org). **Por uma ética do cuidado**. Rio de Janeiro: Garamound, 2009.

MOURA, C. **Rebeliões da senzala: quilombos, insurreições, guerrilhas**. 3. ed. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1981.

MUNANGA, K. Origem e histórico do quilombo na África. **Rev. USP**, n. 28, p. 56–63, 1996.

OLMOS, F.; BERNARDO, C. S. S.; GALETTI, M. O impacto dos Guarani sobre Unidades de Conservação em São Paulo. In: RICARDO, F. **Terras indígenas e unidades de conservação da natureza**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2004.

PICÓLI, R. P.; CARANDINA, L., RIBAS, D. L. B. Saúde materno-infantil e nutrição de crianças. Kaiowá e Guarani, Área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 223-227, jan. 2006.

PRASAD, S. J. et al. Cultural humility: treating the patient, not the illness. **Med. Educ. Online**, v. 21, p. 10.3402/meo.v21.30908, 2016.

PROENÇA, W. L. Escravidão no Brasil: debates historiográficos contemporâneos. In: SEMANA DE HISTÓRIA: "PENSANDO O BRASIL NO CENTENÁRIO DE CAIO PRADO JÚNIOR", 24., 2009. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/4763302/escravidao-no-brasil-debates-historiograficos-contemporaneos>. Acesso em: 11 dez. 2019.

SANTANA, C. Humildade cultural: um conceito estratégico para abordar a saúde dos refugiados no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n.11, p. e00098818, 2018.

SANTANA, C. L. A., LOTUFO NETO, N. Desenvolver um programa de saúde mental para refugiados baseado em pesquisa-ação participativa: uma experiência de São Paulo, Brasil. **Rev. Int. Pesq.-Ação**, v. 11, p. 265-288, 2016.

SANTOS, F. S. **Os jesuítas, os indígenas e as plantas brasileiras**: considerações preliminares sobre a trianga brasileira. 2003. Dissertação (Mestrado em História da Ciência) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003. p. 16-24.

SCHEIL-ADLUNG, X. **Universal Health Protection: Progress to date and the way forward**. Geneva: International Labour Office, Social Protection Department, 2015.

SILVA, S. R. Quilombos no Brasil: a memória como forma de reinvenção da identidade e territorialidade negra. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL DE GEOCRÍTICA, 12., 2012. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <http://www.ub.edu/geocrit/coloquio2012/actas/08-S-Rezende.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2019.

SILVA, S. R.; NASCIMENTO, L. K. Negros e territórios quilombolas no Brasil. **Cad. CEDEM**, Marília, v. 3, n. 1, p. 23–37, 2012.

SILVEIRA, N. H. O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami. In: LANGDON, E. J. (Org.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

SOUZA, J. A.; OLIVEIRA, M.; KOHATSU, M. O uso de bebidas alcoólicas nas sociedades indígenas: algumas reflexões sobre os Kaingáng da bacia do rio Tibagi, Paraná. In: COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: FioCruz/ABRASCO, 2003. p.149-167.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; 2002. 726 p.

UCHOA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, out.-dez. 1994.

VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. **Saúde Debate**, p. 610-618, 2013.

VON HELD, A. A. et al. Percepção de saúde na etnia Guarani Mbyá e a atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 923-933, 2011.