

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA  
POLO CUBATÃO – TURMA III

DIOMEDIA TEIXEIRA BARBOSA

A INFLUÊNCIA DO CONHECIMENTO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS  
DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DO POVO TUKANO DO ALTO RIO  
NEGRO, NA PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DA CASAI: SISTEMATIZAÇÃO  
DE EXPERIÊNCIA

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

SÃO PAULO  
2014

DIOMEDIA TEIXEIRA BARBOSA

A INFLUÊNCIA DO CONHECIMENTO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS  
DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DO POVO TUKANO DO ALTO RIO  
NEGRO, NA PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DA CASAI: SISTEMATIZAÇÃO  
DE EXPERIÊNCIA

Monografia apresentada a Universidade  
Federal de São Paulo, para obtenção do  
título de Especialista em Saúde Indígena.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms Andrea Cadena Gilberti

SÃO PAULO  
2014

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a minha mãe, por ter permitido que eu nascesse, crescesse e me formasse. Agradeço os seus ensinamentos pelo exemplo, durante todo tempo em que estivemos juntas, até que Deus resolvesse levá-la. Também agradeço a Ele, por ter me ajudado, me protegido e me dado forças, principalmente quando mais precisava, para prosseguir com todos os meus projetos de vida. Deus e minha mãe influenciaram marcadamente meu modo de ser. Agradeço aos meus filhos, que nas diversas fases de suas vidas souberam suplantar bem os momentos em que não podíamos estar juntos. Agradeço ao meu marido, meu fiel e leal amigo, parceiro, crítico e incentivador de tudo que planejo na minha vida. Agradeço à UNIFESP e ao seu corpo docente de doutores, mestres e especialistas, cujos conhecimentos me ajudaram a concluir um curso que muito contribui na construção de conhecimentos teóricos e práticos indispensáveis para trabalhar com povos indígenas. Agradeço também aos meus colegas de curso, com os quais pude trocar experiências profissionais e com eles aprender. Agradeço aos diversos profissionais do DSEI e da CASAI em São Gabriel da Cachoeira com os quais convivi e pude compartilhar êxitos e fracassos na minha trajetória de atuação em saúde indígena. Agradeço especialmente a todos os irmãos indígenas, meus “parentes”, dos quais tive a oportunidade de cuidar ou pelo menos de poder ter levado algum alívio aos seus sofrimentos.

## RESUMO

O presente trabalho relata a necessidade que os profissionais da Casa de Saúde do Índio – CASAI do Alto Rio Negro, no Amazonas, tiveram de conhecer as representações sociais do processo saúde-doença do povo Tukano, para ajustar os cuidados a uma usuária indígena submetida aos tratamentos preconizados pela medicina tradicional indígena e pela biomedicina, individualmente em cada momento do itinerário terapêutico, de acordo com o que prevê a Política Nacional de Assistência à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI- que orienta o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde – SASISUS. A partir de um impasse no curso do tratamento, a equipe pôde sistematizar esta experiência e produzir conhecimentos, conciliando os saberes de ambas as medicinas. A experiência resultou em êxito terapêutico, pois a usuária obteve melhoras perceptíveis, até que o pajé Yanomami declarasse a cura dela, possibilitando assim que o casal retomasse suas vidas relacional, laboral e conjugal na sua comunidade de origem, referência do seus universos físico e cosmológico. Para a equipe, resultou em produzir e agregar conhecimentos às suas práticas, a partir do conceito do cuidado holístico e transcultural, fundado no reconhecimento da alteridade e por conseguinte das subjetividades que permeiam as representações sociais do processo saúde-doença, negociadas e validadas cultural e socialmente.

**Palavras – chave:** representação social; processo saúde-doença; cuidado transcultural; sistematização de experiência.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 SUBSISTEMA DE ATENÇÃO INDÍGENA.....	8
2. OBJETIVOS GERAIS.....	9
3. METODOLOGIA .....	9
4. BREVE COSMOLOGIA DO POVO TUKANO.....	10
5. CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA.....	16
6. SISTEMATIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA. RELATO DE CASO .....	19
7. INTERPRETAÇÃO DO CASO.....	24
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35

## 1. INTRODUÇÃO

Cultura e subjetividade estão envolvidas nos relacionamentos humanos, muito além dos motivos que os determinam. De ambas emergem valores individuais e coletivos, se traduzem em maior ou menor grau por concepções e práticas, ética e moralmente validadas e compartilhadas na sociedade humana. A produção de saúde e o advento das doenças são exemplos construídos culturalmente e experimentados pelo indivíduo e a coletividade, refletindo o conjunto de valores nos quais os indivíduos acreditam e praticam, influenciando a dinâmica social na qual estão inseridos. Menta (2002) afirma que

partindo da premissa que apesar da doença ter um caráter biopatofisiológico universal, é em última análise uma construção cultural, pois as manifestações corporais são ao final interpretadas e tratadas através de meios e procedimentos culturalmente significativos e compreendidos como eficazes pelas sociedades (MENTA, 2002: 70).

Durkheim (1999) apud Bertolani e Leite (2009), estabelece o conceito de representação coletiva como um fenômeno social ao afirmar que “conquanto a sociedade seja constituída da soma dos indivíduos, dessa junção resulta algo maior, que se traduz no conceito de consciência coletiva”. Bertolani e Leite (2009) observam que “A consciência coletiva exerce coerção sobre as consciências individuais.” (BERTOLANI E LEITE, 2009: 294).

A partir de 1961 Moscovici, fundamentado na representação coletiva de Durkheim, lança as bases da Teoria das Representações Sociais, na qual destaca a influência da subjetividade na construção do senso comum nos universos das relações macro e micro-sociais. Gutierrez (2008: 152) destaca a afirmação de Teixeira, Schulze e Camargo (2002: 181), segundo os quais Moscovici (1981) explicava que

*Por representação social nós queremos dizer um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no decurso do cotidiano, no decurso das comunicações interindividuais. Elas são equivalentes em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; elas podem até mesmo ser vistas como uma versão contemporânea de senso comum.*

Garnelo e Wright (2001:276) observam que para Jodelet (1989) “as representações sociais são aqui concebidas como categorias de pensamento, formas de conhecimento elaborado e partilhado por grupos sociais, que os auxiliam a interpretar, questionar, atribuir sentido e intervir na realidade”. Ainda segundo estes autores, as representações sociais auxiliam a organizar as relações sociais dos homens entre si e com a natureza, cujo processo sofre a influência do caráter subjetivo na formação da representação social, especialmente o processo saúde-doença.

Segundo Silveira (1999) “...nas representações dos Yanomami sobre saúde e doença, o aspecto biológico não existe como uma dimensão alheia ao corpo social ou à relação cosmológica que o sujeito mantém com o universo e o mundo dos ancestrais. Os estados mórbidos são interpretados como consequência de malefícios humanos ou predação sobrenatural, explicados pela lógica vindicatória, que também fundamenta a construção de alteridades entre os grupos locais” (ALBERT, 1985 apud SILVEIRA, 1999: 120). Muitas concepções são forjadas na interação social e não guardam leis rígidas e práticas insubstituíveis, pois agregam e desagregam componentes que lhes dão a plasticidade necessária ao manejo e conformação de concepções sócio-culturalmente válidas.

Para Geertz (1978) apud Langdon (2005), cultura é definida como “um sistema de símbolos que fornece um modelo de e um modelo para a realidade”. (LANGDON, 2005: 3) Ainda, de acordo com Langdon (2005),

este sistema simbólico é público e centrado no ator, que o usa para interpretar seu mundo e para agir, de forma que também o reproduz. As interações sociais são baseadas numa realidade simbólica que é constituída de, e por sua vez, constitui os significados, instituições e relações legitimados pela sociedade. A cultura é expressa na interação social, onde os atores comunicam e negociam os significados.

Para os povos indígenas, o corpo físico e etéreo são indissociáveis, pois foram construídos mediante práticas culturais milenares. As sociedades indígenas concebem o ser humano uno, indivisível em corpo e espírito; o ser humano, se origina na natureza, dela faz parte, com ela se relaciona e dela

recebe influências nos planos físico e metafísico. A crença de que a saúde e a doença resultam dessas influências encontra acolhimento na sabedoria milenarmente cultuada e compartilhada nas sociedades indígenas.

A saúde, a doença e especialmente sua cura são influenciadas por uma ordenação e configuração que encontra suporte culturalmente fora do corpo físico e abrange aspectos sociais, ambientais e de crença. Portanto, ter saúde e adoecer é intrínseco às relações entre esses aspectos. O corpo físico pode expressar sinais e sintomas universais da doença, entretanto tais expressões e suas origens, podem ter concepções culturalmente diversas. Para os povos indígenas, a vida resulta do equilíbrio e do desequilíbrio entre as forças do mundo terreno e do mundo cósmico. Esta consideração é imprescindível para que possamos entender o processo saúde-doença sob a ótica indígena.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua saúde não somente como a ausência de doença, mas o completo bem-estar físico, mental e social. Menta (2002) observa que

o completo bem-estar varia consideravelmente de acordo com as características individuais, temporais e espaciais” e acrescenta que “a saúde é entendida como a capacidade de relação com a cultura e o meio a que se pertence, portanto, não significando apenas as necessidades básicas de sobrevivência. (MENTA, 2002: 67)

Para as populações indígenas, eventos num plano metafísico podem influenciar e determinar a ocorrência de saúde, o advento de doenças e justificar práticas culturais e sociais voltadas para a promoção da saúde, a manutenção da vida em boas condições, o tratamento e a cura dos males físicos e espirituais.

O cuidado é uma ação inerente ao instinto de preservação humana e adquire conotação de especial importância quando atribuído ao processo saúde-doença. Leininger, em 1991, ao discutir e ampliar sua Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural, concebe o cuidado como “um ato para ajudar o outro em suas necessidades reais ou potenciais, um esforço para melhorar a condição humana ou ajudá-lo a enfrentar a morte”. O cuidado está carregado de simbolismos, não somente traz a marca individual



de quem o realiza como de quem o recebe; expressa o pensamento coletivo acerca do seu significado e de sua aplicação. O cuidado é temporal nos métodos empregados, contudo atemporal enquanto essência, porque denota dentre tantos outros valores, afetividade, solidariedade e preservação da vida. Cuidar é uma característica natural e se expressa pelas concepções práticas individuais e coletivas.

As relações sociais interétnicas e interculturais influenciam o cuidado na saúde e na doença pelo intercâmbio de idéias, hábitos e costumes, muitos dos quais são reambientados, assimilados e apropriados num outro contexto sócio-cultural. Influenciamos e somos influenciados quando do contato interétnico e intercultural. Este contato permite desvendar outros olhares de mundo, de vida e de saúde.

Ao reconhecermos a existência de outras concepções de realidade, admitimos a existência da alteridade. Se quisermos entender a pertinência de valores e conceitos do outro sobre cuidados em saúde, necessitaremos contextualizá-los em sua sociedade e cultura, ampliar o nosso foco de entendimento do processo saúde-doença para além da sua dimensão biológica e considerarmos que aquele processo sofre influências de crenças, conceitos e costumes, permeados por valores éticos e morais, do indivíduo e da coletividade.

Ao contarmos um universo conformado num modelo de processo saúde-doença que difere do modelo da medicina ocidental, que segue outra lógica, fundada em preceitos sociais, culturais e cosmológicos de um mundo rearranjado, onde as doenças são provocadas por pessoas (“doenças feitas”) ou pela natureza (“doenças de reação”), que foge ao modelo centrado na assistência unidisciplinar e especializada, tendemos logo a classificá-lo como exótico, pois as influências culturais e sociais e até mesmo subjetivas são consideradas de pouca ou de nenhuma relevância. Menta (2002) assinala que esse modelo prevalece porque “na prática, a saúde é quase sempre quantificada em termos de presença ou ausência de doença, o que leva a área médica a uma tendência de priorizar os estudos quanto à saúde, a utilizar-se de marcadores de doença, deixando assim uma lacuna quanto ao bem-estar”.

Bertolani e Leite (2009:294) pontuam que em contextos interétnicos, a interdisciplinaridade é pertinente, porque “o conhecimento mostra-se cada vez mais especializado e, assim, menos apto para lidar com questões abrangentes, complexas e multifacetadas”.

Em nossa sociedade, os planejamentos das ações de saúde atribuem maior importância à abrangência e efetividade dos resultados do que aos aspectos sociais, culturais e ambientais onde ocorrem estas ações. Tradicionalmente, os saberes e crenças das populações indígenas acerca do processo saúde-doença, não são considerados quando se elaboram ações de saúde. Sarti (2005: 36) apud Bertolani e Leite (2009: 297), observa que das nossas relações com os povos indígenas prevalece uma visão etnocêntrica fundada no que ele denomina de “pressuposto da falta”. Bertolani e Leite (IDEM) acrescentam que

Nessa linha, os sistemas políticos das sociedades indígenas foram definidos a partir da ausência do Estado; as sociedades indígenas entendidas como sem história, pela falta de escrita; os sistemas econômicos dos índios, tidos como inexistentes, pela falta de excedente e os saberes indígenas, caracterizados pela suposta ausência de pensamento lógico.

Contudo, milenarmente os povos indígenas constroem e aperfeiçoam seus sistemas às suas realidades; criam suas representações a partir de si, de sua história, de seus conhecimentos e de suas crenças e valores.

Mora (2002) apud Bertolani e Leite (2009: 295), destaca que é importante compreender as representações sociais indígenas em contextos interculturais, porque elas permitem “reafirmar diferenças quando elas parecem ter sido esquecidas”. Bertolani e Leite (IDEM, 298) concluem que “as representações sociais são uma “preparação para a ação” e, portanto, afetam o modelo de prestação de serviços de saúde às populações indígenas.” Assim, a assistência à saúde dissociada da realidade do outro, dificulta ou mesmo inviabiliza a promoção de parcerias e aderências individuais e coletivas às ações dos programas de saúde, concebidos de forma não negociada, comprometendo assim sua eficácia: as intenções são as melhores; os programas são tecnicamente bons, logisticamente bem planejados e

executados, contudo os resultados são inexpressivos e sua abrangência muito aquém do esperado.

Antes do período dos “Grandes Descobrimentos”, o contato intercultural nas Américas envolvia somente nações ameríndias, porém a partir de então constituiu-se numa nova era para os nativos, face à presença ampliada e diversificada do colonizador (ou invasor) europeu, cuja ocupação da terra e domínio dos indígenas teve caráter exploratório e agressivo. Assim, o modo de vida, os valores e as crenças do colonizador predominaram no contato intercultural, consolidando-se nos séculos seguintes. Segundo Follér (1999:142),

No discurso colonial, a transformação e reconfiguração do conhecimento e da identidade ocorrem como resultado do encontro entre visitantes ocidentais e pessoas que vivem na Amazônia. Na história colonial, o retrato dos homens europeus os mostra ajudando os “nativos” de acordo com os ideais do Iluminismo e em nome da biomedicina.

Longe de que seus saberes do processo saúde-doença fossem maiores, melhores e cientificamente fundamentados, os colonizadores europeus padeciam de moléstias para as quais não tinham a cura e muito menos conheciam ou haviam estabelecido suas causas e suas consequências. As doenças até então desconhecidas dos indígenas, para as quais eles não se constituíam imunologicamente competentes, enfraqueceram ou dizimaram suas populações. Etnias inteiras desapareceram. Isso se refletiu inexoravelmente na construção dos conceitos de saúde e de doença. Mais modernamente, Follér (1999: 130) destaca que “A atividade biomédica participa do projeto colonial com intervenções entre povos indígenas efetuadas por missionários, projetos de saúde, organizações de caridades e ONGs”.

Nos séculos seguintes, os progressos da ciência e sua aplicabilidade ligada à saúde possibilitou maiores e melhores condições de vida, entretanto deixaram de considerar a realidade cultural e socialmente concebida dos indígenas, resultando num sistema que privilegia a especificidade do alcance das ações e a especialidade dos seus atos, mas fragmenta a realidade total conformada nas interações das sociedades entre si e com a natureza. Assim, o caráter holístico e amplo do cuidado humano deixa de se firmar como

paradigma, devido ao pragmatismo das ações focadas no corpo físico e nos condicionantes e determinantes da saúde e da doença, numa perspectiva diametralmente oposta à concepção indígena sobre a indivisibilidade do corpo, do espírito e suas relações com a natureza que os criou .

Kleinman (1980) apud Pellegrini (2013: 2) dedicou-se ao estudo da construção e da utilização dos sistemas de saúde pelas sociedades, bem como dos significados por elas atribuídos ao processo saúde-doença. Para as sociedades indígenas, esse sistema se apoia em três componentes que se superpõem: o familiar, o popular e o profissional. Segundo Pellegrini (2013: 2), para Kleinman o estudo da realidade clínica do doente requer o estudo do sistema de saúde vigente, o qual é representativo da cultura dos povos e intermedia o doente e seu tratamento.

Garnelo e Wright (2001:283) destacam que

as representações sociais orientam práticas e são por elas influenciadas. Os sujeitos sociais – inseridos em um processo de transformação histórica e em contato com diversas formas de saber e de organização de atitudes frente ao fenômeno de doença – desenvolvem práticas e concepções científicas, míticas e de senso comum, que se imbricam e se reproduzem em processo de interferência mútua e retroalimentação contínuas.

Portanto, é necessário descortinar essa realidade para melhor compreendê-la. É preciso ouvir, entender e considerar o universo do outro e destacar suas singularidades. A incorporação dessas atitudes ao cotidiano da assistência à saúde indígena, favorece o aprendizado e o conhecimento cultural, abre espaço para o intercâmbio de saberes em saúde e facilita a aproximação entre os representantes da medicina indígena e da medicina ocidental, sem que os saberes se sobreponham, mas que se complementem, visando auferir benefícios no processo terapêutico, porque viabilizam parcerias e adesões.

A conclusão de Bertolani e Leite (2009) sobre a Teoria das Representações Sociais e sua aplicabilidade na construção de práticas de saúde, quer no campo da saúde indígena, quer como referencial teórico para o desenvolvimento das práticas cotidianas dos profissionais de saúde, nos

cenários onde a interculturalidade é vivenciada e problematizada, pode contribuir sobremaneira para a melhor qualidade da assistência, porque viabiliza seu caráter holístico, de acordo com o que preceitua o Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda segundo Bertolani e Leite (2009:289),

o uso da Teoria das Representações Sociais não apenas afigura-se como importante facilitador das relações que envolvem profissionais de saúde e indígenas. Aquele uso é, também, de grande relevância para a permanente avaliação dos serviços de saúde prestados às populações indígenas.

### **1.1. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena**

No contexto nacional da saúde indígena, cumpre descrevermos brevemente a organização político-administrativa do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SasiSUS), o qual engloba todos os princípios básicos do SUS e suas diretrizes, que devem ser observados na realização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). De acordo com a mesma, a atenção à saúde é concebida da seguinte forma: o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é o responsável pela organização da atenção básica, a qual ocorre pela atuação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). Os Pólos-Bases, criados nos territórios indígenas, abrigam as EMSI e são a referência para os AIS e para cada comunidade onde eles atuam diretamente. A Casa de Saúde do Índio (CASAI), existente no município sede do DSEI, apoia os usuários do sistema, acolhendo-os, intermediando o tratamento no que se refere a marcação de consultas e exames, encaminhamento e acompanhamento dos usuários a estes, prestando assistência de enfermagem 24 horas por dia e realizando atividades de educação e promoção da saúde.

A PNASPI (BRASIL, 2002:17) estabelece que

o reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local.

E complementa afirmando que

O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas. A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas” (IDEM: 18).

Tendo por referência estas recomendações, consideramos que o conhecimento das representações sociais do processo saúde-doença dos povos indígenas é indispensável à prática dos profissionais de saúde. Uma das estratégias para a sua viabilização é utilizar a sistematização da experiência como referencial de construção de conhecimento aplicável, a partir de uma base teórica bem fundamentada, de forma a atender às especificidades da assistência às populações indígenas.

## **2. OBJETIVO GERAL**

- Entender como o conhecimento das representações sociais do processo saúde-doença dos povos Tukano, pelos profissionais de saúde CASAI do Alto Rio Negro, pode influenciar suas práticas assistenciais, através da sistematização de uma experiência ocorrida naquela instituição.

## **3. METODOLOGIA**

A presente pesquisa foi realizada através de revisão bibliográfica e sistematização de experiência.

A revisão bibliográfica deu-se pela seleção e leitura de artigos sobre representação social para as políticas de saúde, concepção e compreensão do processo saúde-doença para os indígenas do Brasil e cuidado intercultural em saúde, constantes de revistas científicas nacionais, teses de mestrado e de doutorado de universidades brasileiras, todos disponíveis nas bases de dados Google Acadêmico e Scielo. Foram utilizados os descritores representação social, saúde-doença e cuidado intercultural, além da leitura de livros versando sobre aqueles temas.

A sistematização da experiência deu-se a partir do relato de caso de uma usuária, cujos antecedentes ordenados, reconstruídos e criticados foram

problematizados, donde emergiram as soluções que, aplicadas ao caso, geraram conhecimento para a equipe profissional. Cabe destacar que

A sistematização é aquela interpretação crítica de uma ou várias experiências que, a partir do seu ordenamento e reconstrução, descobre ou explicita a lógica do processo vivido, os fatores que intervieram nos ditos processos, como se relacionaram entre si e porque o fizeram desse modo” (HOLLIDAY, 2006 apud BRASIL, MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE, 2006: 24-25).

#### **4. BREVE COSMOLOGIA DO POVO TUKANO**

Os Tukano habitam as calhas dos Rios Papuri e Tiquié, tributários do Rio Uaupés, que forma o Rio Negro, no noroeste do Amazonas. São povos ribeirinhos, que praticam a pesca e a agricultura de subsistência. O contato dos Tukano com os “brancos” remonta ao século XVIII, quando militares portugueses e religiosos se instalaram em terras do alto Rio Negro, porém no final do século XIX se intensificou a interferência na cultura indígena. Os Tukano da atualidade falam o português e a sua língua original, passada pela tradição oral de seus antepassados.

A criação do Universo e dos seres que o habitam, remonta à Ye'-pâ, a mulher primordial, que a partir da fumaça soprada do tabaco, de si gerou Trovão e Sol, os quais construíram os diversos patamares que configuram o universo conhecido.

Caberia a Trovão organizar e povoar o universo, porém mostrou-se desinteressado e descuidado nisso. Vendo que sua vontade não se concretizaria, Ye'-pâ, resolveu criar o Sol e a ele deu os poderes da criação que pertenciam a Trovão. Irado e tristonho por ter perdido seus poderes, Trovão produziu chuvas torrenciais e trovoadas para destruir a morada de Ye'-pâ e lançar doenças.

A partir da criação do Sol, tudo mais que ganha existência passa a se constituir em Ser. Andrello (2004) explica que “assim surgem as gentes-estrelas ou as gentes-nuvens, mas também a gentes-sonho, a gentes-música

ou a gentes-tristeza. Surgem igualmente a gentes-planta e várias gentes-pássaros e gentes-animais.”. (ANDRELLO, 2004: 341)

Houve muitas brigas entre Trovão e Sol. Ye’pâ, então, fez aparecer da fumaça de seu tabaco a Lua, a qual de posse dos cigarros de transformação de Ye’pâ, fez descer ao plano terreno tudo que já havia sido criado, inclusive o Sol e o Trovão. Sol instalou-se na Casa do Céu. Ye’pâ, antes de retornar ao plano superior, materializou seu corpo no que hoje é a Terra. Andreello (2004: 343) nos diz que “Nosso patamar é, assim, o corpo deitado de Ye’pâ, seus seios são o Lago de Leite e sua vagina é o pa’mîri-pee, “o buraco da transformação”, de onde a futura humanidade vai nascer. Os rios são considerados suas veias. Como um “segundo corpo” de Ye’pâ, a terra guarda seu u’uró (criação)”. Faria (2003) apud TOLEDO, GIATTI e PELICIONI, (2009:179) afirma que

Na concepção indígena, a terra é um mosaico de recursos materiais, morais e espirituais; seu território, além de conter dimensões sociopolíticas, também contém uma ampla dimensão cosmológica (...). A importância do território está no seu significado, pois as nações indígenas do Alto Rio Negro constroem sua identidade por meio da relação mitológica que mantêm com o território, considerando-o como sítio de criação do mundo. Trata-se de uma identidade criada em relação a uma geografia determinada.

Apesar de no início os seres primordiais (ĩtá-masa) terem buscado se entender, isso acabou não ocorrendo. Cada qual passou a falar uma língua e a tornar-se inimigo da humanidade, lançando contra ela as doenças. Apesar da Lua inicialmente ter obtido sucesso em organizar e povoar o universo, não pôde concluí-los porque durante o processo molestou uma das filhas de Trovão, tendo despertando a ira deste. Conseqüentemente, Trovão mandou destruir todas as casas do Lago de Leite.

Ye’pâ, para proteger as casas, escondeu-as sob as águas. Mais uma vez fumou seu cigarro e da fumaça produzida fez surgir primeiramente Imîkoho-masí (gente do universo) e logo em seguida Ye’pâ-masí (gente da terra) (ANDRELLO, 2004: 344). Ambos incursionaram os subterrâneos terrestres, buscando o Lago de Leite que, de acordo com variantes do mito,



estaria à jusante do Rio Uaupés ou num rio submerso de Tabatinga ou ainda na Baía de Guanabara, no Rio de Janeiro. Ainda de acordo com as ordens de Ye'pâ, Imîkoho-masí deveria erguer sua casa num afluente do Rio Papuri e Ye'pâ-masí em algum lugar do Rio Tiquié. Ambos sabiam que dessas localidades brotaria dos subterrâneos a palmeira paxiúba, que traria a força da vida, de cuja madeira deveriam confeccionar os instrumentos necessários à criação da humanidade.

Imîkoho-masí, antecipando-se ao senso de criação das gentes, resolveu criá-las a partir de si, gerando três mulheres e um homem, antes das palmeiras crescerem. Uma de suas filhas se encantou com a paxiúba que ainda crescia e pediu ao pai para que derrubasse a árvore e a presenteasse com a madeira. Imîkoho-masí derrubou a palmeira e da madeira construiu as flautas miriã. Ao soprar-lhes, nelas colocou os sons do universo original de Ye'pâ e os poderes primordiais da criação.

As flautas deveriam ser usadas nos rituais de iniciação de seu filho, todavia suas filhas as roubaram e fugiram, mas foram alcançadas pelo pai, sem que este tenha conseguido reaver as flautas, pois suas filhas as haviam escondido em suas vaginas. A partir daí, as mulheres se empoderaram e adquirem a capacidade da criação, ensejando no início da humanidade.

Segundo Andrello (2004) "... embora proibidas de tomar parte nos rituais em que as flautas são usadas, bem como de jamais contemplá-las, as mulheres trariam em seu próprio corpo os poderes ocultos nesses instrumentos".

De acordo com algumas versões, "...ao apoderarem-se das flautas, as mulheres passam a dominar os homens" (FULOP, 1956; GENTIL, 2000 apud ANDRELLO, 2004:350).

Andrello (IDEM) acrescenta que "... haveria sido um tempo em que, além de obrigados a cuidar das crianças e do cultivo e processamento da mandioca, os homens menstruavam. Quando os homens recuperam os instrumentos, a situação se inverte, e são as mulheres que passam a menstruar."

Imîkoho-masí ao acelerar a criação, fez surgir as adversidades que existem no mundo. Coube a Ye'pâ-masí, então, buscar corrigir tais adversidades causadas por seu irmão.

A dificuldade para concretizar a povoação do universo e a criação da humanidade fez com que Ye'pâ sugerisse a Imîkoho-masí e Ye'pâ-masí procurar o “Avô do Mundo” (Sol) na “Casa do Céu”. Os irmãos assim o fizeram e receberam dele os novos instrumentos de criação, os enfeites cerimoniais (cocares, colares e cintos). De posse deles, dirigiram-se ao Lago de Leite. Lá, cada qual separando uma parte de si, transformou-se em dois: Imîkoho-masí passou a ser Tõ'râki-bo'teâ e U'arí-bo'tea, o qual transforma-se na cobra da transformação, que gera e amamenta seus filhos, as gentes-peixes (wa'î-masa), ancestrais da humanidade. Tanto quanto seu irmão, Ye'pâ-masí passa a ser Ye'pâ-õ'akîhi, gente “do osso” e Ye'pâ-di'ro-masi, “gente da carne da terra”. Estas duas partes de Ye'pâ-masí descem aos subterrâneos da terra e ao terem encontrado banco, cuia, forquilha, cigarro, lança, cristais, quartzo e cipós nas casas dos subterrâneos, se reconvertem no Ye'pâ-masí original e uno, pois assim torna-se capaz da criação ao reuni-los e manipulá-los para constituir o corpo humano. Ao experimentar ipadu, paricá e finalmente tabaco, soltou deste a fumaça naqueles objetos reunidos para constituírem um corpo de gente, soprando-lhe a vida. Em seguida, torna e se dividir e retorna ao Lago de Leite, já sob a forma de Ye'pâ-di'ro-masi. Conforme explica Andrello (2004),

Essa partição é o que parece dar origem à distinção entre as posições do demiurgo e do ancestral, entre divindade e humanidade, correspondendo ambas as distintas partes do corpo, os ossos e a carne. A distinção é também uma forma de se conceber uma dualidade entre corpo e pensamento, ou entre corpo e espírito...”. (ANDRELLO, 2004: 357)

De acordo com o mito da criação Tukano, o processo de humanização se concretizaria a partir do momento em que os ancestrais desembarcassem da cobra da transformação, a qual após ter engolido todos os seus filhos iniciou a viagem à cachoeira da transformação através dos rios subterrâneos, até o buraco do surgimento, um espaço onde a água borbulhava, de onde os ancestrais da humanidade (pa'mîri-masa) surgiram como crianças. Todos deveriam banhar-se naquelas águas borbulhantes, mas somente o ancestral

dos “brancos” o fez. Das águas, saiu mais crescido, com a pele mais clara, ganhou novas forças e perenizou sua forma. Os demais não se banharam.

Todos os que não se banharam encontraram uma estrutura tunelar de passagem no solo, pela qual enveredaram e chegaram ao mundo subterrâneo, voltando a assumir suas formas originais de peixe. Nesta condição, visitaram várias casas de gente-peixe até reencontrarem a cobra da transformação, que já iniciava sua viagem de volta ao Lago de Leite, levando em seu ventre apenas o ancestral dos “brancos”. Os demais foram do lado de fora, à maneira dos peixes. Nem todos conseguiram realizar o processo de humanização e por isso permaneceram na condição de peixes, tornando-se assim inimigos dos humanos.

Buchillet (1988) observa que “outros mitos, que não tratam especificamente do comportamento ritual, dão exemplos de gula, avidez pelo mel, impropriedade sexual (incesto), etc. para dar conta desta mutação definitiva em animal”. (BUCHILLET, 1988:31). Isso explica a origem de muitas doenças em humanos. Os peixes, devido não poderem ter concretizado seu processo de humanização, se perpetuaram na condição animal e por isso roubam as almas das puérperas e das mulheres menstruadas que se banham nos rios; roubam também as almas das crianças recém-nascidas, banhadas nos rios sem a proteção xamanística, levando-as para o fundo. Assim, vulneráveis às ações das demais gentes que habitam o universo, as vítimas perdem sua condição humana, donde se denota o caráter não-permanente dessa condição.

Outras gentes e seres animais possuem um potencial de humanidade não concretizado por diversos fatores. Quando se despem de suas peles, se vêem como humanos e agem como se humanos fossem. Segundo Buchillet (1988), “os indivíduos metamorfoseados, que já eram designados pelo nome de um animal, mas com aparência humana, transformaram-se em animal ou em espírito, por não terem sabido comportar-se como verdadeiros humanos.” (BUCHILLET, 1988: 31).

Quando os animais se vestem com suas peles, ganham suas condições naturais e passam a enxergar os humanos com seus olhos animais. Decorre daí que na condição de animais os homens os caçam, pois suas carnes passam a ser consideradas indispensáveis à sobrevivência humana. Conseqüentemente, os animais passam a enxergar os humanos como predadores de suas espécies. Assim, o nascimento de um humano possui significado predatório para suas espécies, criando uma hostilidade nos animais que se expressa na capacidade de sua carne em produzir malefícios à saúde humana quando consumida, especialmente quando os humanos encontram-se em condições vulneráveis (menstruação, período pós-parto, crianças, adolescentes não iniciados pelos ritos).

No Lago de Leite, Ye'pâ-õ'akíhi (uma das formas do Ye'pâ-masí original) oferece aos ancestrais da humanidade cuias contendo arco, cestos e demais instrumentos indígenas e cuias contendo espingarda e diversos instrumentos que se caracterizam por produtos manufaturados. A escolha das cuias dar-se-ia a partir dos primeiros ancestrais a terem saído da cobra da transformação e pisado o plano terreno. O ancestral dos "brancos" (Pekâsĩ), ignorando isso, teria se antecipado na escolha, e tomado para si a cuia com a espingarda, manuseando-a e disparando-a, restando aos demais a cuia com os instrumentos indígenas. Outra versão conta que a hierarquia teria sido obedecida e que os mais velhos teriam escolhido a cuia com os artefatos indígenas, as quais possibilitariam a construção e a evolução da humanidade de forma mais gradual, restando a Pekâsĩ a cuia contendo a espingarda e outros produtos manufaturados (roupas, papel e máquinas) que justificariam a rapidez da sua evolução.

A atitude hipotética de Pekâsĩ ao ter invertido a ordem hierárquica, também explicaria sua audácia, seu imediatismo, sua incoerência e sua insensatez, atitudes reputadas como negativas nas sociedades tradicionais indígenas, por terem subestimado as regras, os modos de comportamento e principalmente o tempo para as escolhas.

Era marcante a diferença de Pekâsĩ para os demais, e em virtude disso a cobra da transformação realizou uma segunda viagem ao lado oposto do

Lago de Leite, para lá deixá-lo, e a partir dali e daquele momento, povoar todas as demais terras nos continentes, com auxílio de seus instrumentos de criação.

## **5. CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA**

Na concepção dos povos Tukano do Alto Rio Uaupés (Rios Papuri e Tiquié), as doenças podem decorrer do contato dos não-indígenas com os indígenas. Estas doenças são culturalmente explicadas e classificadas como “doenças de brancos”, cuja cura muitas vezes demanda não somente os conhecimentos e ações dos pajés mas a incorporação dos saberes e práticas da biomedicina. São exemplos a gripe, o sarampo, o coqueluche.

As doenças de causa sobrenatural são classificadas como “doenças de índio”, porque delas emergem particularidades e problemas relacionados ao sobrenatural. Esta classificação irá depender do contexto do surgimento da doença, de sua evolução e do entendimento e negociações nas interrelações família-comunidade-medicina tradicional.

“Estragos”, “sopros” e “encantações” são “doenças de feitiçaria”, que podem ser produzidas pelos pajés ou a partir da ação maldosa dos animais contra os humanos, quando estes transgridem restrições alimentares a certas carnes de animais nos ritos de iniciação, de resguardo e de cura. .

Na visão dos povos Tukano, os animais de sangue quente transmitem sua energia a quem consome sua carne. Toledo, Giatti e Pelicioni (2009) destacam que “O acúmulo excessivo desse tipo de energia desperta a atenção de entes da natureza para com a pessoa, que assim passa a correr maior risco de sofrer doenças ou outros agravos como, por exemplo, o ataque por um animal peçonhento” (TOLEDO, GIATTI e PELICIONI, 2009:183).

Os pajés são os que detêm poderes para, durante os estados de transe, negociarem com os seres da natureza o que poderá ser caçado, os meios para tal, a forma de caça e o local onde poderá ocorrer. Isso garante a proteção à saúde do caçador.

Os animais podem se vingar dos homens produzindo-lhes doenças quando estes ingerem as carnes de caça, mas também podem atingí-los

desenvolvendo e utilizando suas “armas” - bico, rabo, membros, unhas, etc – no interior do corpo humano, a partir das carnes de caça consumidas. Assim, nesta perspectiva, o perigo dos alimentos é permanente, contudo seu efeito maléfico poderá não ocorrer em virtude da “descontaminação”, através do ato cotidiano do benzimento da comida pelo pajé.

Buchillet (1988) comenta que a carne dos animais caçados para consumo agregam à sua substância natural (carne, sangue e gordura) o seu próprio modo de vida (hábitos de vida), além de tudo mais do que o homem se utilizou para obtê-la (materiais dos instrumentos, armas, iscas e técnicas empregadas). São também agregados à substância natural, os meios utilizados pelo homem no preparo e cozimento da carne. Todos esses fatores reunidos irão diminuir ou agravar os perigos do consumo da carne de caça para a saúde dos indivíduos e da coletividade. Para C. Hugh Jones (1979) apud Buchillet (1988), “A doença é neste último caso, uma repetição dos processos produtivos que a precederam.” (BUCHILLET, 1988: 34).

Outra forma dos humanos se protegerem das doenças é praticando jejum ou restrições alimentares, durante os rituais comunitários e nos períodos de vulnerabilidade (nascimento, menarca, pós-parto, etc). Nessas condições, determinados alimentos não devem ser consumidos; outros têm restrições quanto a qualidade, composições, formas de aquisição e condições de preparo.

Durante os estados liminares (nascimento, puberdade, doença, morte) ou por ocasião das festas onde se consome caxiri, tabaco, caapi ou paricá, os indivíduos estão mais vulneráveis à ação de outros seres que habitam o universo. Portanto, nesses estados, os ritos, os benzimentos e orientações dos pajés são de grande importância, pois através da reclusão, do jejum absoluto e da restrição alimentar, logra-se integrar ou reintegrar os sujeitos à sociedade.

Buchillet (1988) observa que a terapêutica envolve etapas, tais como a proibição do consumo de certos alimentos, a seleção daqueles a serem consumidos e suas porções, a reintrodução gradual dos alimentos suprimidos, a descontaminação de todos os alimentos e, finalmente, o banho pós-reclusão. Habitualmente, o consumo de carne ou de plantas demanda o benzimento pelo pajé (BUCHILLET, 1988: 33).

Buchillet (1988) apud Vidille (2006), descreve que o pajé detém um repertório de estratégias de prevenção e cura que envolve, por exemplo, saberes para benzer o local de construção de uma casa, interferir em fenômenos naturais como na ocorrência de chuva, raios e trovões e benzer locais de plantação. (VIDILLE, 2006: 52)

No processo das encantações terapêuticas para a cura, o pajé utiliza alimentos líquidos e plantas selecionadas pelas propriedades e efeitos de suas substâncias. Um e outro são posicionados sobre o doente ou na direção dele. Então, o pajé invoca o nome de animais e outros seres envolvidos com a doença. Segundo Buchillet (1988),

As palavras da encantação atribuem, assim, a doença a um certo número de animais, plantas, substâncias, e descrevem como estes animais e estas plantas ... são reunidos, destruídos e expulsos (afastados do doente) e como, no momento da restauração do corpo do paciente, o atributo de um outro animal ou de outra planta - útil, desta vez para o objetivo da cura - é transferido por meio das encantações”(BUCHILLET, 1988: 39).

As doenças também advêm da feitiçaria realizada por um pajé, o qual se utiliza de plantas e ervas preparadas para misturá-las à comida das vítimas ou esfregadas nas suas roupas, causando-lhes até mesmo a morte. Entretanto, a modalidade mais difundida consiste na utilização das ervas fumadas e sopradas pelo pajé olhando, na direção da vítima (“sopro”) ou nela pensando (“estrago”). O motivo pode ser por inveja ou raiva de alguém que se sinta lesado ou injustiçado por outro(s). O pajé também enterra o resíduo das ervas fumadas, individualmente na casa da vítima ou num local de conjunto de casas, quando o malefício destina-se a atingir toda uma comunidade.

De maneira oposta, o “sopro” pode ter a função de proteger o indivíduo e a comunidade contra os males lançados por outros pajés.

## **6. SISTEMATIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA**

### **RELATO DE CASO**

O presente caso ocorreu entre os anos de 2010 e 2011 em São Gabriel da Cachoeira, quando trabalhávamos como enfermeira na CASAI, e poderá

mostrar que da experiência a equipe de saúde daquela instituição pôde extrair conhecimentos práticos, com base na representação social do processo saúde-doença dos povos Tukano. A protagonista será conhecida pelo nome fictício de “Vânia”.

Vânia é uma mulher da etnia Tukano, de cerca de 30 anos, moradora da Comunidade São Luiz, localizada na calha do Rio Tiquié, distante a mais de 600 km da sede do município de São Gabriel da Cachoeira. A história dela remonta a uma orfandade precoce e agregação à família de uma tia, na mesma comunidade em que nasceu. Com esta família passou toda a sua infância, adolescência e parte da idade adulta, até conhecer um homem indígena e com ele casar-se.

A partir de então, segundo informações do marido, o comportamento dela passou a mudar. Vânia queixava-se de ouvir vozes “dentro da cabeça e no ouvido” e de ter sensações tácteis, como se lhe estivessem “enfiando uma faca nas costas”. Estes sintomas a aterrorizavam e ao mesmo tempo preocupavam o marido, fazendo com que ele recorresse ao pajé da comunidade, o qual após os ritos de verificação da medicina tradicional, declarou que Vânia sofrera “encantamento”, pois os espíritos dos seres da floresta passaram a perturbar sua mente. Segundo a cosmologia Tukano, a natureza em si e seus seres reagem às agressões e transgressões perpetradas por humanos, produzindo nestes as doenças. O “encantamento” é uma delas, cuja cura é conduzida pelo pajé, mediante poderes que este detém para contactar os seres da natureza, conhecer as causas da doença e mediar o tratamento através dos ritos de desencantamento.

No caso de Vânia, tais ritos foram iniciados pelo pajé na comunidade, contudo os resultados não se converteram em melhora dos sintomas. Na CASAI, o marido informou que acreditava na eficiência dos procedimentos da medicina tradicional indígena conduzidos pelo pajé e atribuía a falha terapêutica ao fato de saber que Vânia não havia sido benzida quando criança e nem quando da primeira menstruação. Acreditava que para Vânia ter obtido a cura, deveria estar previamente protegida, porém já adulta e vulnerável, estava predisposta ao encantamento.



Os pensamentos de Vânia, de cunho delirante-alucinatório, persistiam e justificavam seu estado de confusão mental, de ansiedade e de inquietude e isso preocupava muito não somente seu marido, que não podia deixá-la só para ir pescar, como também os demais parentes na comunidade, pois seu comportamento dificultava relacionar-se e a participar habitualmente do cultivo da roça.

Como o tratamento não pôde ser concluído pela medicina tradicional, a equipe de saúde que atuava na comunidade pediu permissão ao pajé para que alternativamente Vânia fosse tratada pelos “brancos” (pela biomedicina), referenciando-a à CASAI.

Já na CASAI, após a longa viagem de Vânia de rabeta<sup>1</sup> por alguns dias, suas idéias, comportamento e discurso estavam bastante alterados. Ela foi acompanhada até o hospital da cidade, tendo sido atendida, tratada com drogas psicotrópicas em regime de internação hospitalar e lá permaneceu por dois dias. Houve discreta melhora, mas o caso deveria ser tratado pelo psiquiatra e não havia este especialista no hospital ou na cidade. Vânia foi liberada para retorno à CASAI-ARN, para que lá pudesse aguardar seu encaminhamento para Manaus, contudo ela a isso se opunha. O marido também não queria o encaminhamento dela para Manaus, alegando a longa distância (cerca de 1.200 km), a espera habitual para a consulta com o especialista e, principalmente na avaliação dele, o fato do tratamento dispensado nos hospitais daquela cidade não ser bom, idéia formada a partir das experiências negativas de outros usuários da sua comunidade. Diante disso, inicialmente cedemos aos argumentos do casal quanto ao pedido de retorno à comunidade de origem.

Pouco tempo depois, o casal necessitou novamente de auxílio e teve de regressar à CASAI. Os sintomas de Vânia haviam recrudescido.

---

<sup>1</sup> Rabeta- pequena canoa à qual vai acoplado um motor de popa, cujo eixo da hélice é longo e o tanque de combustível comporta pouco volume. A potência do motor habitualmente utilizado na região é de 13 a 15HP. Há necessidade de sucessivos reabastecimentos durante os longos trajetos pelos cursos d’água do alto Rio Negro, até a sede do município de São Gabriel da Cachoeira, porque a capacidade do tanque de gasolina (ou Diesel, dependendo do fabricante do motor) varia de 2,2 a 3,6 litros.

Consonante a realidade local naquela ocasião, novamente Vânia foi encaminhada ao hospital porque não havia médico na CASAI. O relacionamento da equipe de profissionais do hospital com os indígenas seguia estritamente o modelo biomédico de tratamento. Embora a PNASPI preconize a especificidade das ações de saúde nos diversos níveis de atenção, invariavelmente as equipes de saúde ainda atuam com base no modelo de cuidado médico-assistencial. As concepções indígenas de saúde e de doença não eram consideradas, entretanto alguns profissionais mostravam-se mais dispostos a ouvir e buscar entender os argumentos dos indígenas.

De volta à CASAI, Vânia continuou usando medicamentos psicotrópicos até apresentar moderadas melhoras em seu estado psíquico. Então, o marido mais uma vez requisitou a alta dela e o casal retornou à comunidade de origem.

Lá, novamente os sintomas recidivaram, desta vez com grave alteração do comportamento, obrigando-os mais uma vez a voltar para São Gabriel da Cachoeira. Como nas vezes anteriores, Vânia e o marido foram acolhidos numa enfermaria compartilhada por hóspedes de diversas etnias, contudo o comportamento dela causava transtornos aos hospedados que se encontravam na CASAI. Segundo informações do marido, apesar dele considerar excessiva as doses dos medicamentos antipsicóticos e sedativos, ela os vinha usando regularmente na comunidade, conforme orientação médica.

O estado psíquico de Vânia, o sofrimento dela e do marido, associados às pressões dos demais clientes e hóspedes por resoluções para aquele caso, mobilizaram a equipe de saúde da CASAI. O impasse terapêutico estava criado e urgia uma solução. À medida que Vânia regressava para tratamento, a equipe percebia a necessidade de construir um cuidado específico, valorizando as crenças do casal quanto aos processos de adoecimento e cura, e quanto ao tratamento dispensado pela medicina tradicional.

Naquela ocasião, havia na CASAI uma rotina de reuniões entre os clientes, demais hóspedes e os profissionais de saúde. O caráter daquelas reuniões era educativo, pois os profissionais realizavam breves palestras sobre

saúde e doença para os clientes e demais hóspedes. A coordenadora de enfermagem e a assistente social propuseram mudar o modo dessas reuniões, que passaram a ser chamadas de Rodas de Conversas, cujo o objetivo era trocar saberes sobre saúde e doença entre clientes, hóspedes e profissionais, sob o enfoque da medicina tradicional indígena e da biomedicina. Eram proferidas pequenas palestras por clientes, hóspedes e profissionais em língua indígena e português.

Tanto a coordenadora de enfermagem quanto a assistente social viram no momento das rodas de conversas a ocasião propícia para abordar o tema “doenças do espírito” ou “doenças de índio” com a comunidade de clientes e hóspedes, a fim de solicitar de todos maior compreensão e tolerância para com o comportamento de Vânia.

Apesar de Vânia receber regularmente os medicamentos psicotrópicos administrados pela equipe de enfermagem da CASAI, seu sofrimento e a angústia de seu marido persistiam. Juntamente com a assistente social avaliamos e discutimos o caso entre nós e com os membros da equipe e daí então surgiu a proposta de solicitar do marido de Vânia a autorização para buscar auxílio junto a um pajé Yanomami, que em dias alternados comparecia à CASAI para tratar de uma criança da comunidade lá hospedada. Nosso argumento para o marido fundamentou-se nas crenças do casal quanto a efetividade dos métodos da medicina tradicional e assim propusemos a ele o tratamento à luz das concepções da etnia Yanomami. Ele acabou por acatá-lo. Em seguida, o pajé Yanomami também foi abordado e cedeu aos nossos argumentos para que ministrasse o tratamento pela medicina tradicional a uma indígena Tukano

Então, o pajé pediu para que conseguíssemos tabaco, breu branco 2, chibé e cuia de benzimento; o paricá ele o trouxe consigo. O pajé reuniu-se com todos da etnia Yanomami que lá se encontravam e daí resultou o consenso para a ocorrência dos ritos de cura naquele local.

---

2- resina oleosa e aromática de uma árvore amazônica

Em dias alternados, a uma determinada hora, quando então os Yanomamis desocupavam temporariamente o pavilhão, Vânia, seu marido e o pajé ocupavam para a realização dos ritos de cura da medicina tradicional Yanomami.

Após o primeiro rito, ela teve de cumprir restrições alimentares de carnes vermelhas, aves, peixes grandes, pimentas e “comidas do branco”(arroz, feijão, massas, comidas oleosas, etc). A alimentação ficava restrita a mingau de farinha, chibé, mingau de tapioca, maçoça, carne dos filhotes de Acará, dos de Piabinha e dos demais peixes pequenos dos rios. Gradativamente, as carnes dos demais peixes eram reintroduzidas na dieta, consumidas sob a forma de muquiados.

Todos os alimentos consumidos por Vânia, eram previamente benzidos pelo pajé.

Os sintomas foram remitidos gradualmente. À medida que as sessões se sucediam, a melhora era sentida por Vânia e percebida por todos e após algumas sessões, obteve-se o resultado desejado pelo marido, pelos profissionais de saúde e pela comunidade de hospedados. O pajé concluiu o tratamento e declarou a cura de Vânia.

A partir de sua efetiva melhora, voluntariamente Vânia passou a ajudar nos afazeres da cozinha e do rancho, sob supervisão à distância da equipe de saúde da CASAI e a orientação das cozinheiras. Também passou a participar da confecção e da venda de artesanatos e a se relacionar bem com todos.

A equipe entendeu que iniciava-se o processo de ressocialização de Vânia e a incentivava a interagir socialmente.

Naquela ocasião estava sendo implantado em São Gabriel da Cachoeira e começava a operar o Centro de Atenção Psico-Social (CAPS). Os membros da equipe desta unidade de saúde especializada, foram por nós contatados, quando então lhes fizemos um breve relato do caso sobre as condutas terapêuticas traçadas no hospital e os procedimentos da equipe na CASAI. Foram agendadas consultas com a psicóloga para a avaliação de Vânia e orientação do tratamento psicoterápico. As primeiras consultas foram

realizadas no CAPS, porém face a ainda incipiente atividade operacional daquela unidade de saúde, Vânia foi referenciada a uma psicóloga de outra unidade municipal, a qual deu sequência ao tratamento iniciado, contudo tanto no CAPS quanto nesta outra unidade de saúde, não houve a articulação entre os saberes da medicina tradicional com os da biomedicina. Vânia comparecia regularmente às consultas, sempre acompanhada de um profissional da CASAI, até que seu efetivo restabelecimento proporcionasse condições dela retornar à comunidade de origem, o que acabou ocorrendo algum tempo depois.

A EMSI no Pólo-Base regularmente referenciava Vânia para a CASAI, que agendava previamente as consultas de reavaliação no hospital e as de acompanhamento psicoterápico. Na CASAI, Vânia não só recebia os medicamentos dos quais fazia uso regular, mas também era tratada pelas práticas da medicina tradicional indígena. Segundo relato do marido, ela voltou a realizar seus afazeres de forma regular e a se relacionar bem na comunidade onde vivia. O casal foi socialmente reintegrado e a equipe da CASAI agregou conhecimentos para lidar com situações semelhantes.

## **7. INTERPRETAÇÃO DO CASO**

Podemos agora interpretar a experiência descrita, de acordo com as representações sociais do processo saúde-doença e do cuidado transcultural. Quando Menta (2002:70) afirma que a doença é uma construção cultural, é porque a interpretação da eficácia dos métodos de tratamento daquela condição resulta de procedimentos culturalmente validados na sociedade. Esta afirmativa está implícita na versão do marido, quando convictamente associa as causas do comportamento da sua mulher à falta de uma “proteção forte” através de benzimentos, evidenciando, assim, perfeita coerência com o pensamento cosmogônico vigente.

Quando Vânia sai da casa de sua família para morar com o marido, uma nova realidade se apresenta. Conforme asseveram Toledo, Giatti e Pelicioni, (2009:181), “de um lugar a outro, o processo é caracteristicamente dramático, especialmente para os indivíduos e as suas individualidades, pois a memória fica em um lugar que não o dela, é o lugar de outra subjetividade e muitas

vezes em uma espacialidade descontínua e fragmentada. Assim, os laços de identidade vão sendo redefinidos e a cultura agora será a síntese de dois lugares, um do imaginário e outro do vivido.”.

Segundo Jodelet (1989) apud Garnelo e Wright (2001: 276), as representações sociais resultam da elaboração de formas de conhecimento compartilhadas na sociedade, que auxiliam seus integrantes a interpretar, dar sentido e intervir na realidade. Garnelo e Wright (2001:276) acrescentam que a partir da elaboração daqueles conhecimentos, os homens se organizam entre si e com a natureza, destacando a influência do caráter subjetivo na formação da representação social do processo saúde-doença.

Para Massé (1995) apud Coloma (2010:132), um comportamento classificado como “anormal” decorre da auto-avaliação do próprio indivíduo, do seu grupo social de convívio e daqueles que têm o poder delegado pelo grupo social para declarar ou não situações de “anormalidade”. Portanto, a interpretação do estado em que Vânia se encontrava resultou de procedimentos culturalmente validados na sociedade, em harmonia com a afirmação de Menta (2002). O evento do casamento possivelmente desencadeou mudanças na percepção e no comportamento de Vânia.

O pajé, ao declarar o encantamento de Vânia pelos espíritos dos seres da floresta, o faz pelo conhecimento das relações cosmológicas entre os seres.

Buchillet (1988:29-30) chama à atenção para o fato de que

a doença é, assim, muitas vezes, imputada à malevolência dos animais, dos espíritos ou dos outros seres humanos, não implicando que esta agressão não seja consequência de uma impropriedade do indivíduo em sua relação com animais, espíritos ou ainda com outros humanos.

Trata-se de “doença de índio”, da qual a biomedicina desconhece o advento, o curso dos sintomas, seu diagnóstico e os tratamentos prescritos pela medicina tradicional indígena.

Segundo Pereira et al, (2013:135-136), nem todo comportamento classificado como anormal é considerado e tratado como doença pela aldeia.

Para a biomedicina, um transtorno mental envolve anormalidade do comportamento, entretanto segue um outro itinerário sob a lógica da medicina tradicional indígena, na qual o diagnóstico é definido pela concepção que a família, as lideranças e a comunidade têm sobre estados de anormalidade. Tais concepções não se forjam no consenso, mas resultam de negociação no grupo social acerca dos entendimentos do que seja a doença e de que forma deva ser tratada. Este processo pautado na organização social, é um exercício de conhecimentos, porque permite construir e desconstruir o processo saúde-doença pelo intercâmbio de idéias, através da negociação

Encontramos nas palavras de Langdon (2005) um fundamento para esse pensamento, quando a autora afirma que “... As interações sociais são baseadas numa realidade simbólica que é constituída de, e por sua vez, constitui os significados, instituições e relações legitimados pela sociedade...”

Para os indígenas, o ser humano é visto como parte integrante da natureza, cujos componentes guardam estreita relação com os elementos essenciais da vida. O corpo contém elementos da terra; a água, compõe seu sangue; seu espírito tem a energia do fogo; o ar que respira é um dos seus “alimentos”. No entendimento indígena do processo saúde-doença, corpo e espírito, componentes do ser, sofrem influências dos espíritos de animais, de seres inanimados e de seres fantásticos, porque eles se constituem dos mesmos elementos. As doenças também resultam do contato com espíritos da natureza, que reagem contra a desarmonia produzida pela ação deletéria do homem no campo físico e espiritual. As causas de doenças e as intervenções para a cura constituem-se respectivamente pelo contato com espíritos maus e pela utilização de plantas e contato com espíritos de animais bons (PEREIRA et al, 2013:144).

Pereira et al (2013) observam que os distúrbios psíquicos são um fenômeno cuja expressão no corpo e na mente é algo ainda passível de representação pelas culturas indígenas. Logo, tal fenômeno também poderá vir a constituir-se num elemento suscetível à ação de outros seres e espíritos, e assim determinar o adoecimento humano (PEREIRA et al, 2013:145).

No que se refere à doença de Vânia e a atitude do pajé na comunidade, poderemos nos servir do que Souza (2003) assevera: "...os pacientes encaminhados são aqueles cujo comportamento tornou-se por demais disruptivo, sem condições de manejo na sua região de origem". (SOUZA, 2003: 38). O mesmo autor acrescenta que os quadros psiquiátricos podem ser tratados nas comunidades pela utilização de técnicas da medicina tradicional

...associadas a uma maior tolerância por parte das comunidades indígenas com o comportamento disfuncional de alguns de seus membros. Dessa forma, apenas os quadros mais graves, que extrapolariam a capacidade continente local, seriam encaminhados para avaliação médica externa." (SOUZA, 2003: 39)

É útil também destacar o que Batista (2010) aponta sobre o advento de doenças mentais entre indígenas:

...ao pensar uma atuação de saúde mental dentro do universo indígena, é necessário problematizar quaisquer classificações psicopatológicas, tendo em vista que são construídas dentro de um contexto sócio-histórico específico..." (BATISTA, 2010: 13).

O mesmo autor ainda faz a observação de que "...a construção diferenciada da pessoa indígena requer também uma intervenção diferenciada..." (IDEM: 17)

O advento da "anormalidade" como doença repercute negativamente no cotidiano da vida do casal, ao se tornar um impeditivo da participação de Vânia no cultivo da roça, bem como um impeditivo para o trabalho do marido, o qual não podia deixá-la sozinha. Os convívios intra-domiciliar e comunitário, fundados em relações sociais bem definidas de tarefas e de compartilhamento dos recursos, encontravam-se bastante alterados. Assim, as repercussões sociais, econômicas e espirituais da doença são profundamente marcantes e evidentemente indesejadas, por ameaçarem o bem-estar do casal e da comunidade. Sobre este aspecto, Menta (2002) observa que "o completo bem-estar varia consideravelmente de acordo com as características individuais, temporais e espaciais"(MENTA, 2002:67) e acrescenta que "a saúde é entendida como a capacidade de relação com a cultura e ao meio a que se pertence, portanto, não significando apenas as necessidades básicas de sobrevivência".(IDEM)



O restabelecimento da harmonia entre o corpo e o espírito de Vânia com os seres e espíritos na natureza, suscitaram a intervenção do pajé da comunidade, todavia não houve a remissão dos sintomas e a cura não pode ser concluída com os recursos da medicina tradicional indígena. Poderíamos conjecturar que à luz da medicina tradicional, o pajé poderia não estar suficientemente preparado para obter a cura de Vânia (um pajé-onça é capaz de lidar com encantações fortes e complexas), ou mesmo ter cometido algum equívoco ou esquecimento na invocação do nome de um animal ou dos demais seres da natureza no processo da cura.

O pajé concordou com a proposta da EMSI em cuidar de Vânia com os recursos da biomedicina e permitiu o referenciamento dela para a CASAI. Tal atitude poderia estar agregada ao processo de cura, explicado pela possível ameaça da doença se estender para toda a comunidade e caberia a ele intervir para evitar que o pior não se consumasse naquele grupamento humano. A intervenção dos saberes da biomedicina, sem que isso se contraponha ou que venha a desmerecer as práticas e saberes tradicionais, pode ser entendido como a demonstração prática da flexibilidade da medicina tradicional.

Dado o ambiente de interculturalidade nas comunidades indígenas, os comportamentos “anormais” dos residentes nem sempre são evidentes para os profissionais de saúde e os AIS, para justificarem maior investigação. Daí a importância de conhecerem os processos que determinam aqueles comportamentos, pois conforme o que asseguram Pereira et al (2013: 143), os conhecimentos são construídos pela troca dos saberes da medicina tradicional indígena e da biomedicina, fundada no diálogo entre seus representantes.

Até o impasse terapêutico, a equipe de saúde na CASAI não considerara a conjunção das práticas das medicinas para o restabelecimento da saúde mental de Vânia. Para a construção dos cuidados, seria necessário considerar o que Garnelo e Wright (2001) destacam:

... Os sujeitos sociais – inseridos em um processo de transformação histórica e em contato com diversas formas de saber e de organização de atitudes frente ao fenômeno de doença – desenvolvem práticas e concepções científicas, míticas e de senso comum, que se imbricam e

se reproduzem em processo de interferência mútua e retroalimentação contínuas (GARNELO E WRIGHT, 2001: 283) .

Restava aos profissionais de saúde na CASAI articularem os saberes e práticas das medicinas tradicional e ocidental; restava que eles desenvolvessem a percepção da alteridade e aprimorassem seu respeito aos valores do outro, a fim obterem adesão e parceria, essenciais ao êxito do tratamento.

Naquele momento ocorria um impasse terapêutico, resultante dos seguintes fatos: os recursos da medicina tradicional indígena e da biomedicina, até então tinham se mostrado insuficientes; o tratamento com o especialista da biomedicina estava condicionado à transferência de Vânia para Manaus, no entanto ela e o marido se opunham; o casal permanecia fora de sua comunidade, centro de suas relações com os mundos terreno e espiritual e referência nas suas vida.

Na CASAI, a atuação da equipe limitava-se a executar o tratamento prescrito no modelo biomédico. Ainda não tinha ocorrido uma intervenção inovadora, criativa e eficiente para fazer frente à doença e suas repercussões negativas na vida social e econômica do casal.

Urgia, portanto, uma solução que produzisse melhora efetiva e prolongada e que atendesse às expectativas do marido, que desejava a cura de Vânia; às das comunidades, que esperavam por soluções que restaurassem o senso de “normalidade” na vida relacional; às dos profissionais de saúde, cujas opiniões sobre o tratamento englobavam conhecimentos da medicina tradicional e da biomedicina, isolados ou conjuntamente.

No que se refere à construção do cuidado, cumpre ressaltar o que Pereira et al (2013) observam:

os profissionais de saúde envolvidos no atendimento dos indígenas devem considerar que o ambiente cultural contribui para a configuração dos transtornos mentais, assim, deve-se conhecer o contexto cultural do indivíduo que é o ponto de partida para a construção dos planos de ação. O foco dessas ações não é meramente classificar as doenças, mas conhecer as particularidades socioculturais e as experiências que determinam os significados dos sintomas (PEREIRA et al, 2013: 145).

A solução encontrada por mim enfermeira e pela assistente social teve início quando ambas identificaram as rodas de conversas como o momento oportuno para a troca de saberes sobre doença mental. Dalí emergiram conceitos e ideias, levados posteriormente para a reunião de equipe, onde abordamos a necessidade do cuidado holístico diferenciado, considerando as representações indígenas do processo saúde-doença. A equipe, de início timidamente, deu corpo a uma idéia que já existia no pensamento de cada componente e que já se expressava como um incipiente pensamento coletivo, reorientando seus cuidados.

Leininger (1991), define o cuidado em sua Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural como “um ato para ajudar o outro em suas necessidades reais ou potenciais, um esforço para melhorar a condição humana ou ajudá-lo a enfrentar a morte.”.

Portanto, o cuidado evoca ajuda e carrega significados que expressam a marca individual de quem o realiza e de quem o recebe, pois esses significados emergem da cultura em que vivem, se refletem nas interações sociais e são passíveis de serem socialmente negociados. Os significados do cuidado se expressam no modo como o fazemos, nas palavras que utilizamos e principalmente nas atitudes para com o outro.

Obtivemos da comunidade de hóspedes o compromisso de maior tolerância para com Vânia, pelo argumento do “encantamento”, que guarda um essencial e profundo nexos de causa com a perspectiva da medicina tradicional indígena sobre o processo saúde-doença.

A equipe da CASAI, então, começou a considerar a possibilidade do pajé Yanomami contribuir para a cura de Vânia. Essa possibilidade, porém, esbarrava em dois óbices: o primeiro, envolvendo relacionamentos sociais conturbados entre povos de culturas distintas: Tukano do Alto Tiquié e Papuri e Yanomami das calhas dos rios Cauaburis e Marauíá. Contudo, é notória a ocorrência de concepções coincidentes do processo saúde-doença entre as diversas etnias indígenas do noroeste do Amazonas. Segundo Silveira (1999:120), “...nas representações Yanomami sobre saúde e doença, o aspecto biológico não existe como uma dimensão alheia ao corpo social ou à relação cosmológica que o sujeito mantém com o universo e o mundo dos

ancestrais”.(SILVEIRA, 1999: 120). Também é notória a importância das etnias em ratificarem suas alteridades e de assim se firmarem e serem reconhecidas. O segundo óbice seria convencer o marido Dessano e o pajé Yanomami. O cansaço e a angústia do marido, que ansiava pela recuperação de Vânia, pesou favoravelmente ao nosso argumento para a intervenção do pajé Yanomami. Quanto a este, nosso argumento na alteridade e no cuidado transcultural guiou nosso modo de apresentar-lhe o caso e de convencê-lo a ajudar alguém necessitado.

Ao reconhecermos a existência de concepções distintas de realidade, implicitamente reconhecemos a alteridade. Se quisermos compreender os valores e crenças que permeiam as práticas de saúde, teremos de fazê-lo no contexto da sua cultura e da sua sociedade. Teremos de ampliar o nosso foco para além da dimensão biológica e considerarmos a intensidade com que valores e crenças influenciam as práticas de saúde e de como nelas se manifestam.

As intervenções do pajé Yanomami para o “desencantamento” de Vânia, até ele declará-la “curada” por terem sido afastadas as causas primordiais da doença, e a ação dos fármacos administrados nas doses regulares, resultaram na remissão do delírio, das alucinações, da insônia e da inquietude, e na estabilização do humor e do comportamento dela, proporcionando melhorias na interação com as pessoas. Isso favoreceu o processo de ressocialização, construído a partir de atividades laborativas na cozinha da CASAI e de trabalhos manuais nas oficinas de arte.

Na CASAI, houve condições para a incorporação de cuidados fundamentados em distintas concepções de saúde. Isso se deu porque a quase totalidade dos profissionais da equipe mantinha laços de identidade cultural com a clientela atendida, fato que facilitava considerar outras formas de tratamento.

O fator impasse terapêutico catalizou a mudança de rumos no tratamento. Foi este impasse que permitiu articular os saberes de ambas as medicinas; que possibilitou a agregação das subjetividades durante a condução do tratamento de Vânia; que possibilitou à equipe da CASAI conhecer outras

práticas de cuidar, as quais serviram para reorientar suas condutas profissionais. Foi o impasse terapêutico que possibilitou aos profissionais reconhecer a importância das representações sociais do processo saúde-doença como indispensáveis ao cuidado holístico e diferenciado, e os levou a considerá-los essenciais numa atitude de ajuda. Também foi o impasse terapêutico que possibilitou a equipe considerar a alteridade no planejamento e execução do cuidado distinto.

Quando na CASAI os profissionais experimentaram manejar os saberes, passaram a produzir outros modos de fazer. Contudo, tornou-se necessário uma disposição individual e coletiva em articular saberes e incorporar novas ações ao cotidiano da prática assistencial. Era essencial que o cuidado fosse construído a partir de um paradigma que aglutinasse alteridade, interculturalidade e interdisciplinaridade.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

Os povos indígenas organizam seus sistemas sociais distintos daqueles da sociedade ocidental. Suas representações sociais de saúde e de doença também são distintas, pois seus significados e seus processos são cultural e socialmente validados nas interpretações coletivas de suas manifestações, reinterpretadas individualmente e negociadas coletivamente até serem reconhecidas como tais. A admissão da subjetividade na concepção do processo pressupõe o reconhecimento da alteridade. Portanto, as representações sociais se constituem de subjetividades negociadas e têm a marca do “outro”.

Para Kleinman (1980) apud Pellegrini (2013: 2), as sociedades indígenas concebem seus sistemas de saúde, apoiados nos componentes familiar, comunitário e profissional, e deles se servem para atribuir significados ao processo saúde-doença. Este sistema intermedia o doente e seu tratamento. Os sintomas e significados da doença de Vânia foram negociados nos componentes familiar (o marido), comunitário (a comunidade de hóspedes) e profissional (o pajé).

Para elaborar cuidados assistenciais em saúde indígena, é necessário considerar a especificidade da assistência preceituada pela PNASPI. O caso de Vânia possibilitou aos profissionais de saúde na CASAI a experiência de reconstruir o cuidado a partir do conhecimento das representações sociais de saúde e doença dos povos Tukano e a incorporar seus significados, conciliando os saberes da medicina tradicional indígena e os da biomedicina, vindo a contemplar a especificidade da assistência ao casal. Em cada membro da equipe havia uma disponibilidade latente para a reconstrução das práticas envolvendo os saberes de ambas as medicinas, principalmente nos técnicos de enfermagem, de maioria indígena. No entanto, apesar do contexto favorável à construção de novas práticas, restava articular todos os fatores concorrentes para sistematizar as ações

O princípio do respeito ao outro e às suas crenças, valores e costumes, permeou as decisões e ações da equipe de saúde da CASAI, ao atribuírem importância ao conhecimento das representações sociais indígenas do processo saúde-doença e sua incorporação na construção das práticas assistenciais. Elas dão significado às ações, porque atendem às especificidades do indivíduo e da coletividade e reafirmam suas distinções.

Podemos ainda extrair da vivência do caso o caráter holístico das ações, fundamentado nas afirmações de Kleinman (1980) apud Pellegrini (2013: 2), pois envolveram as crenças e expectativas do marido como representante do sistema familiar; envolveram também os anseios da sociedade indígena, representada pelos hospedados na CASAI e os residentes na comunidade de origem; do mesmo modo, envolveram os pajés e seus conhecimentos, representantes da medicina tradicional. Vilelas e Janeiro (2012), afirmam acerca da prestação do cuidado holístico, que este “aborda o desenvolvimento físico, psicológico, social, emocional e as necessidades espirituais” (VILELAS e JANEIRO, 2012: 121). Portanto, a congregação de saberes e práticas visou atender as necessidades de Vânia, de seu marido e de sua comunidade, nas dimensões biológica, psíquica, econômico-social e cultural, promovendo sua saúde, buscando sua cura e sua reabilitação social.

O convívio com Vânia, sua doença e as repercussões decorrentes, proporcionou aos profissionais da CASAI lidar com fenômenos psíquicos alterados, cujas interpretações encontram explicações de diversas naturezas: de crenças, pela ação de espíritos e de entidades fantásticas; biológica, pela bioquímica dos neurotransmissores; psíquicas, pela harmonia entre as estruturas da mente; sociais, pela condição de vulnerabilidade de Vânia e pela sua não-observância às recomendações das práticas saudáveis conformadas culturalmente. Portanto, declarar um estado de “anormalidade” do outro, a partir da percepção de seu comportamento, requer visão holística e análise dos seus fatores concorrentes e determinantes.

A “anormalidade” declarada do comportamento de Vânia resultou da compreensão da doença como “encantamento”, pelo marido dela, pelas comunidades e pelos representantes da medicina tradicional, devido a um estado prévio de vulnerabilidade, mas a tradicional formação dos profissionais de saúde enfoca a doença como um “problema” a ser diagnosticado e tratado pela utilização de tecnologias, inclusive as pesadas. Em contextos interétnicos estes conhecimentos atendem parcialmente às necessidades de saúde das populações indígenas, porque eles são construídos sobre bases unicamente biológicas e desconsideram aspectos condicionantes e determinantes de cunho social, cultural, psíquico e até mesmo econômico. A sensibilidade da equipe para compreender a importância desses aspectos na morbidade, possibilitou considerá-los na construção do plano terapêutico, que favoreceu o restabelecimento e a reintegração de Vânia ao convívio social.

Por fim, cumpre pontuar as conclusões de Bertolani e Leite (2009), segundo os quais

o uso da Teoria das Representações Sociais não apenas afigura-se como importante facilitador das relações que envolvem profissionais de saúde e indígenas. Aquele uso é, também, de grande relevância para a permanente avaliação dos serviços de saúde prestados às populações indígenas. (BERTOLANI E LEITE, 2009:298).

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRELLO, G. F. Iauaretê: transformações sociais e cotidiano no rio Uaupés (alto rio Negro, Amazonas). Tese de Doutorado em Ciências Sociais apresentada ao Depto. de Antropologia do Instituto Filosofia de Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, sob orientação do Prof. Dr. Mauro W. B. de Almeida. Campinas, SP : [s. n.], 2004. Acesso em 04/02/2014 às 21:50.
2. BATISTA, M. Q. Saúde mental indígena: um desafio interdisciplinar. Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Psicologia do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília. Professor (a) orientador (a): Prof. Dr. José Bizerril. Brasília - DF, Julho de 2010. Acesso em 14/03/2014 às 21:31.
3. BERTOLANI, M.N., LEITE I.C. O RESPEITO À DIFERENÇA: contribuições da Teoria das Representações Sociais para as políticas de saúde voltadas a populações indígenas. Rev. Pol. Públ. São Luis, v. 13, n. 2, p. 291-301 jul./dez. 2009. Acesso em 01/09/2013 às 14:09.
4. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.
5. BUCHILLET, D. Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro IN LANGDON, E. J., GARNELO, L. (Org). Saúde dos Povos indígena: reflexões sobre antropologia participativa. Contra Capa Livraria/ Associação Brasileira de Antropologia. Rio de Janeiro RJ, 2004, p53-67
6. BUCHILLET, D. Interpretação da doença e simbolismo ecológico entre os índios Dessana. Bol Mus. Para. Emilio Goeldi, Sér;. Antropol. 4(1), 1988. Acesso em 07/02/2014 às 23:54.
7. COLOMA, C.A. A interculturalidade na atenção à saúde dos povos indígenas IN Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org). Psicologia e povos indígenas / Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região – São Paulo: CRPSP, 2010. p125-137. Acesso em 07/02/2014 às 23:40.



8. FOLLÉR, M. J. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde IN LANGDON, E. J., GARNELO, L. (Org). Saúde dos Povos indígena: reflexões sobre antropologia participativa. Contra Capa Livraria/ Associação Brasileira de Antropologia. Rio de Janeiro RJ, 2004, p129-147.
9. GARNELO, L & WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(2):273-284, mar-abr, 2001. Acesso em 12/02/2011 às 00:59.
10. GARNELO, L., BUCHILLET, D. Taxonomia das doenças entre os índios Baniwa (Arawak) e Dessana (Tukano Oriental) do Alto Rio Negro (Brasil). IN Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 231-260, jul./dez. 2006. Acesso em 04/02/2014 às 23:16.
11. GURGEL, C. Doenças e Curas: o Brasil nos primeiros séculos. 1ª ed., 1ª reimpressão – São Paulo: Contexto, 185p, 2010.
12. GUTIERREZ, D.M.D. Representações Sociais Uma Abordagem Integradora nas Áreas de Educação e Saúde. Amazônica Revista de Psicopedagogia, Psicologia Escolar e Educação, Ano 1, Vol I, Nº 1, ISSN: 1983-3415 – Jul-dez, 2008, pág.149-170. Acesso em 03/12/2013.
13. HOLLIDAY, O. J. Para sistematizar experiências. Tradução de Maria Viviana V. Resende. 2. ed., revista. – Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2006. 128 p. Acesso em 07/02/2014 às 23:14.
14. LANGDON, E. J. A construção sociocultural da doença e seu significado para a prática médica IN Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História, Roberto G. Baruzzi e Carmen Junqueira (orgs). Ed. Terra Virgem, São Paulo, Brasil, 2005. Texto disponibilizado pela Universidade Federal de São Paulo. Universidade Aberta do Brasil. Curso de Especialização em Saúde Indígena. São Paulo, 2013
15. LEININGER, M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press, 1991.
16. LUCIANO, G. S. O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas do Brasil de hoje. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/ Museu Nacional, 2006.

17. MENTA, S.A. Processo saúde-doença entre populações indígenas brasileiras: uma questão conceitual e instrumental. *Tellus*, ano 2, n. 2, p. 65-72, abro2002 Campo Grande –MS. Acesso em 15/07/2013 às 23:23.
18. ÑAHURI (AZEVEDO, M), KUMARÕ (AZEVEDO, A. N.). Dahsea Hausirõ Porã ukushe wiophesase merã bueri turi: Mitologia sagrada dos Tukano Hausirõ Porã. Organização, apresentação e revisão Aloisio Cabalzar. União das Nações Indígenas do Rio Tiquié: São Gabriel da Cachoeira, AM: FOIRN, 2003. Coleção Narradores Indígenas do Rio Negro; v.5.
19. PELLEGRINI, M. Sistemas de atenção à saúde e contato entre saberes: para uma reflexão sobre as práticas. Universidade Federal de São Paulo. Universidade Aberta do Brasil. Curso de Especialização em Saúde Indígena. São Paulo, 2013, 6p. Acesso em 11/06/2013 às 23:55.
20. PEREIRA, P.P.G. Limites, Traduções e Afetos: Profissionais de Saúde em Contextos Indígenas. *MANA* 18(3): 511-538, 2012. Acesso em 15/02/2014 às 19:30.
21. PEREIRA, P. P. S., CEMIN, A. B., CEDARO, J. J., OTT, A. M. T. Política de atenção integral à saúde mental das populações indígenas de Porto Velho/ RO: a voz das lideranças. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*. Unidade de Tecnologia da Infomação e Comunicação em Saúde (UTICS) do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP) da Universidade de Brasília, v7,n4, 201 p131-145.
22. SILVA, N. E. K. Sistematização de experiências: Aproximando prática e teoria. Revisão: Lavínia S.S.Oliveira. Universidade Federal de São Paulo. Universidade Aberta do Brasil. Curso de Especialização em Saúde Indígena. São Paulo, SP 2013, 7p. Acesso em 05/02/2014 às 22:28
23. SILVEIRA, N. H. O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami IN LANGDON, E. J., GARNELO, L. (Org). *Saúde dos Povos indígena: reflexões sobre antropologia participativa*. Contra Capa Livraria/ Associação Brasileira de Antropologia. Rio de Janeiro RJ, 2004, p111-127
24. SOUZA, M. L. P. Reação Esquizofrênica em Paciente Indígena. *Casos Clin Psiquiatria* 2002; 4(1):30-32. Acesso em 14/03/2014 às 21:13.

25. SOUZA, M.L.P. Atendimento psiquiátrico a pacientes indígenas no Estado do Amazonas. Rev. Psiq. Clín. 30 (1):38-39, 2003. Acesso em 12/03/2014 às 23:56.
26. TOLEDO, R. F., GIATTI, L. L., PELICIONI C. F. Urbanidade rural, território e sustentabilidade: relações de contato em uma comunidade indígena no noroeste amazônico. Ambiente & Sociedade. Campinas v. XII, n. 1 p. 173-188. jan.-jun. 2008. Acesso em 04/02/2014 às 19:31.
27. VIDILLE, W. Xamãs e os espíritos ancestrais. Psyché – Ano X – nº 19. São Paulo. set-dez/ 2006 – p47-64. Acesso em 07/02/2014 às 23:50.
28. VILELAS, J.M.S., JANEIRO, S. I. D. Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. IN remE – Rev. Min. Enferm.;16(1): 120-127 jan./mar., 2012. Acesso em 17/08/2013 às 22:26.