

PRÁTICAS POPULARES EM SAÚDE INDÍGENA E INTEGRAÇÃO ENTRE O SABER CIENTÍFICO E POPULAR: REVISÃO INTEGRATIVA

PRACTICES IN INDIAN HEALTH AND INTEGRATION BETWEEN SCIENTIFIC AND POPULAR KNOWLEDGE: INTEGRATIVE REVIEW

PRÁCTICAS POPULARES DE SALUD INDÍGENA E INTEGRACIÓN ENTRE EL SABER CIENTÍFICO Y POPULAR: REVISIÓN INTEGRADORA

*Francisco Ariel Santos da Costa*¹
*Percy Antonio Galimbertti Catanio*²
*Antonia Eliana de Araújo Aragão*³
*Hermínia Maria Sousa da Ponte*⁴
*Franciane Pereira Fardin*⁵
*Lívia Mara de Araújo*⁶

RESUMO

.....

As práticas populares em saúde podem ser caracterizadas como a mais genuína forma do saber empírico de populações indígenas, como uma forma de expressão de identidade, não só cultural, mas de sabedoria e conhecimento sanitário desses povos. Assim, tendo em vista esse grupo étnico específico e seus diversos modos de organizar-se e proporcionar saúde, este estudo, uma revisão integrativa de literatura, levantou obras indigenistas para expor a integração de tais práticas na atenção primária à saúde (APS), relatar o que já foi observado e catalogado por estudos anteriores, para embasar a teoria e fortalecer a proposta de que tais práticas não devem ser adotadas de forma paliativa ou classificadas com menor importância, atribuindo a credibilidade e o respeito inerentes às particularidades dessas populações. Por fim, constatou-se que é possível e necessário integrar ações assistenciais/científicas e práticas populares, evidenciando e tornando cada vez mais clara a importância da equidade de acesso e da integralidade da assistência, legitimando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

.....

Palavras-chave: *Saúde de Populações Indígenas; Saúde Indígena; Práticas Populares.*

1. Enfermeiro graduado pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada (Inta). Sobral (CE), Brasil.
2. Médico Psiquiatra. Doutor em Políticas Públicas. Coordenador do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC). Sobral (CE), Brasil.
3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Coordenadora do curso de graduação em Enfermagem do Inta. Sobral (CE), Brasil.
4. Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora no INTA. Sobral (CE), Brasil.
5. Enfermeira. Especialista em Saúde Indígena e Saúde Pública pela Universidade Federal do Amazonas (Ufam). Responsável Técnica pelo Polo Base Tremembé da Secretaria Especial de Saúde Indígena de Itarema. Itarema (CE), Brasil.
6. Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pelo Inta. Sobral (CE), Brasil.

ABSTRACT

Popular health practices may be characterized as the most genuine way of empirical knowledge on Indian populations, as a form of expressing identity, not only cultural, but related to wisdom and health knowledge of these peoples. Thus, considering this specific ethnic group and its various ways of organizing and providing health care, this study, an integrative literature review, surveyed Indianist works to expose the integration of such practices in primary health care (PHC), report what has already been observed and cataloged by previous studies, to support the theory and strengthen the proposal that such practices should not be adopted in a palliative manner or classified with less importance, assigning the credibility and respect inherent to the peculiarities of these populations. Finally, we found that it is possible and necessary to integrate clinic/scientific actions and popular practices, highlighting and making clear the significance of equity of access and comprehensive care, legitimizing the principles of the Brazilian National Health System (SUS).

Keywords: *Health of Indigenous Peoples; Indian Health; Popular Practices.*

RESUMEN

Las prácticas populares de salud pueden caracterizarse como la forma más genuina del saber empírico de las poblaciones indígenas, como forma de expresar identidad, no sólo cultural, sino de sabiduría y conocimiento de salud de estos pueblos. Por lo tanto, considerando este grupo étnico específico y sus diversas formas de organización y provisión de atención, este estudio, una revisión integradora de literatura, investigó trabajos indigenistas para exponer la integración de dichas prácticas en la atención primaria de salud (APS), informar de lo que se ha observado y catalogado por estudios anteriores, apoyando la teoría y reforzando la propuesta de que tales prácticas no deben ser adoptadas de manera paliativa o clasificadas con menos importancia, asignando la credibilidad y el respeto inherente a las peculiaridades de estas poblaciones. Finalmente, se constató que es posible y necesario integrar acciones clínicas/científicas y prácticas populares, haciendo cada vez más evidente la importancia de equidad del acceso e integralidad de la atención, legitimando los principios del Sistema Único de Salud brasileño (SUS).

Palabras clave: *Salud de Pueblos Indígenas; Salud Indígena; Prácticas Populares.*

INTRODUÇÃO

As práticas populares em saúde fazem parte da história da humanidade desde as mais antigas civilizações e mostram-se presentes até os dias atuais. Mesmo com todo o avanço biotecnológico da medicina, o saber místico e o curandeirismo seguem proporcionando contribuições e constituem uma herança de nossos antepassados, enraizada nas superstições e nos rituais religiosos do povo brasileiro¹.

O saber em saúde indígena legitima o que há de mais nativo e ancestral na cultura brasileira e revela a importância de práticas milenares, que independem da imposição de novas culturas e/ou métodos considerados mais eficazes, mantendo-se, embora muitas vezes marginalizadas, na identidade cultural e no dia a dia de um povo. O conhecimento popular, em geral, não se baseia em meros achismos ou especulações, mas remonta a tradições de cura e a costumes que, quando bem sucedidos, por meio de evidências e experiências positivas com ervas, rezas ou rituais, foram repassados de geração para geração sob a forma de lendas ou receitas caseiras. Muitas delas despertaram o interesse da comunidade científica e da indústria farmacêutica, que passaram a analisar tais práticas sob uma óptica metodológica^{1,2}.

No entanto, é notório que as comunidades indígenas sofreram muito desde o início da colonização no Brasil, por apresentarem modos de organização social muito peculiares sob a óptica dos portugueses. Assim, ao longo dos séculos, a identidade cultural desses povos se perdeu progressivamente, ao ponto de comunidades inteiras se mostrarem completamente alheias às suas características originais, quando não se tornaram extintas. Isso evidencia ainda mais a necessidade de levantar conhecimento sobre as práticas tradicionais indígenas, com vistas à sua preservação e valorização pela cultura dominante: os profissionais da saúde e da educação³.

As práticas populares apresentam recursos que os serviços de saúde não proporcionam, e vice-versa. A escolha de tratamentos dessa natureza decorre de visões acerca do ser humano e de significados atribuídos às suas próprias experiências de vida diante dos processos de adoecimento, de cura, de saúde e de doença – assim, tais significados estão em constante construção, não são algo definitivo. Portanto, as decisões de uma prática popular em saúde seguem uma avaliação da realidade em que o paciente está imerso e há inúmeros motivos para buscar essa opção de tratamento¹.

Este estudo indica que é possível e necessário integrar o

saber científico e o saber empírico, em prol de alcançar um objetivo comum. Isso ressalta a importância da preservação das práticas e dos saberes populares em saúde de determinado grupo étnico, proporcionando o aprimoramento da equipe de saúde indígena na prevenção e promoção da saúde no contexto da atenção primária à saúde (APS), em termos individuais e coletivos.

Busca-se fomentar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com equidade de acesso e da integralidade da assistência, valorizando as diversas formas dos conceitos de prevenção e promoção de saúde, sem imposição vertical de informações e saberes. As características da própria comunidade assumem papel de destaque, sem rotulações entre o certo e o errado diante dos profissionais da saúde; cada indivíduo é protagonista de sua história, de suas experiências e de sua visão de mundo e deve compartilhar saberes com os demais usuários dos serviços disponíveis.

MATERIAL E MÉTODO

O estudo adotou a seguinte questão norteadora: “É possível integrar as práticas populares e a atividade assistencial na atenção primária à saúde em populações indígenas?”.

Trata-se de revisão integrativa realizada em novembro e dezembro de 2015. A fonte da coleta de dados, isto é, artigos científicos, foi a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com consulta à Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e à Base de Dados de Enfermagem (BDEnf).

Os critérios de inclusão foram artigos: 1) em português; 2) disponíveis em texto integral; 3) de livre acesso; 4) não repetidos na Lilacs e na BDEnf; e 5) abordando a temática representada pelo descritor em ciências da saúde (DeCS) “saúde de populações indígenas”. As buscas levaram à identificação inicial de 640 artigos; ao aplicar os critérios de inclusão indicados acima, foram selecionados 25 artigos.

Após a leitura integral dos 25 artigos selecionados, estes foram subdivididos em 3 categorias temáticas: 1) O modelo de atenção diferenciada à saúde indígena (12 artigos); 2) A participação popular indígena em saúde pública (6 artigos); e 3) A cultura indígena integrada aos serviços de saúde (7 artigos).

Os estudos foram avaliados em suas respectivas categorias temáticas, já subdivididas, intercalando ideias e pensamentos afins entre os autores em relação à questão norteadora. A análise teve por principal finalidade expor evidências acerca dos processos ligados à saúde indígena em um contexto amplo e diversificado em todo o território nacional. Essa etapa abriu um leque de possibilidades para explorar o conhecimento levantado na revisão de literatura,

importância da preservação das práticas e dos saberes populares em saúde.

contemplando a proposta de expor a integração de práticas populares em saúde na APS de modo esquematizado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira temática sobre o modelo de atenção diferenciada englobou basicamente os distritos sanitários especiais indígenas (DSEI), a partir do conceito, desde sua implantação, bem como outras reflexões e experiências de campo, também relata as grandes contribuições dos agentes indígenas de saúde (AIS) na APS e seu reflexo na qualidade do serviço, bem como a óptica da Política Nacional de Saúde Indígena diante do SUS.

A segunda subdivisão temática abordou as particularidades sanitárias indigenistas e a participação popular em saúde na APS, que expõe em sua síntese a educação popular em saúde, a inclusão de práticas tradicionais nos serviços assistenciais do SUS e demais reflexões sobre esses processos.

A terceira e última subdivisão temática versou sobre os processos de integração evidenciados por estudos com relatos das práticas populares em saúde, desde o uso de medicamentos até os tratamentos e as terapêuticas indígenas aliados à atuação da equipe de profissionais da saúde.

Tabela 1. Caracterização dos artigos selecionados por estado de realização da pesquisa. Sobral, 2015.

Estado	Frequência	%
Amazonas	2	8%
Brasília	2	8%
Espírito Santo	1	4%
Mato Grosso do Sul	2	8%
Minas Gerais	1	4%
Pernambuco	5	20%
Rio de Janeiro	7	28%
Rondônia	1	4%
Roraima	1	4%
Santa Catarina	1	4%
São Paulo	1	4%
Tocantins	1	4%
TOTAL	25	100%

Fonte: Elaborada pelos autores.

A Tabela 1 indica que o estado com maior frequência de pesquisas no contexto da saúde indígena brasileira é o Rio de Janeiro (28%), porém, encontram-se nesse grupo somente revisões bibliográficas e revisões integrativas. A maioria das pesquisas de campo se concentrou no Norte e no Nordeste, com destaque para Pernambuco (20%); nesse grupo, 40% dos estudos foram realizados com a etnia Xukuru de Ororubá, com foco na educação popular em saúde associada às práticas de saúde pública; a região Norte do país também totaliza 20% dos estudos, porém, apresenta maior extensão territorial e prevalência de comunidades indígenas.

Tabela 2. Caracterização dos artigos selecionados por ano de publicação. Sobral, 2015.

Ano de publicação	Frequência	%
1987	1	4%
1989	1	4%
2000	1	4%
2002	1	4%
2003	1	4%
2005	1	4%
2007	4	16%
2008	1	4%
2010	3	12%
2011	1	4%
2012	3	12%
2013	3	12%
2014	1	4%
2015	3	12%
TOTAL	25	100%

Fonte: Elaborada pelos autores.

A Tabela 2 indica que os estudos pioneiros remontam à segunda metade da década de 1980, período em que começaram a surgir os movimentos e as políticas indigenistas para a estruturação e implantação efetiva da APS voltada a populações indígenas no Brasil. Também vale ressaltar a crescente relevância do tema no contexto atual: 56% das obras foram publicadas entre 2010 e 2015.

O modelo de atenção diferenciada à saúde indígena

Estudos indicam que a assistência à saúde indígena deve ser diferenciada, contemplando cada grupo ou etnia a partir de suas características demográficas e suas especificidades culturais – que estão intimamente ligadas ao processo saúde-doença como um todo^{3,4}.

A ação de diferenciar com vistas a contemplar necessidades específicas se mostra fundamental para essas populações; em um país tão extenso e variado como o Brasil, não se pode

A ação de diferenciar com vistas a contemplar necessidades específicas se mostra fundamental para essas populações.

esperar uma padronização das inúmeras práticas de saúde pública. Observam-se diversas formas de organização em cada comunidade, o que também demanda diversas formas de organização dos serviços de saúde disponíveis, com base na equidade de acesso e na integralidade da assistência.

Partindo do conceito de atenção diferenciada, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), aprovada em 2002, preconiza a implantação de subsistemas de saúde locais, denominados DSEI, que atuam por meio da organização e atuação de equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI)⁴.

Um estudo evidencia que a estrutura da EMSI não se mostra muito diferente do modelo convencional da Estratégia Saúde da Família (ESF): os AIS equivalem aos agentes comunitários de saúde (ACS) da ESF. Os AIS devem pertencer, reconhecer-se e ser reconhecidos como pertencentes à tribo ou à comunidade indígena em foco⁵.

Nota-se um modelo específico aplicado à saúde indígena, que chega a recorrer a terminologias diferentes para cada setor e para cada função das EMSI. A saúde dessas populações é pautada em adequar o modelo da APS às suas especificidades, uma vez que é de suma importância não impor uma padronização rigorosa à assistência, com vistas a proporcionar um atendimento humanizado e contemplar o respeito ao paciente e à comunidade como um todo^{4,5}.

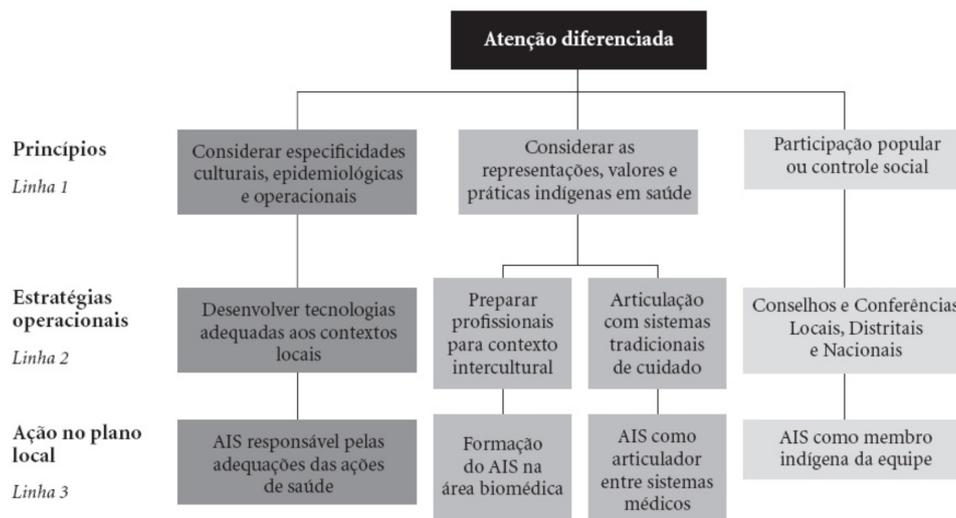
Um estudo reforça que os AIS são caracterizados como profissionais do serviço de saúde, devem reportar-se a um polo-base, o qual deve constituir um setor de referência, com a presença de técnicos de enfermagem, enfermeiros, dentistas e médicos. Vale reforçar que tais estruturas físicas devem localizar-se dentro das terras indígenas; qualquer outro serviço específico voltado à saúde dessas populações será oferecido por unidades vinculadas ao SUS em todo o território nacional, porém, preferencialmente, os processos serão mediados pela Casa do Índio (Casai)⁶.

Outra pesquisa analisa duas populações indígenas distintas, os Yaminawa (Ucayali, Peru) e os Yawanawa (Acre, Brasil); evidencia-se que, apesar de apresentarem identidades socioculturais semelhantes, o fato de encontrarem-se em países distintos, sob outra forma de governo, afeta suas

práticas e costumes. Vale refletir sobre o nível de influência das questões políticas e de gestão sobre a cultura ou as práticas culturais de um povo, saindo da visão macro de país em direção ao foco no serviço de saúde como reflexo da gestão local, que articula processos e mobiliza a comunidade. Deve-se reforçar a importância do cuidado sem subversão e alteração de identidades individuais ou coletivas⁷.

Pesquisadores⁴ desenvolveram um organograma, um modelo sistemático de princípios e estratégias, com foco na legitimação do caráter na saúde indígena, considerando: especificidades culturais, representações e valores da prática para os indígenas, participação popular e controle social. A partir desses princípios, foram elaboradas estratégias adequadas a cada contexto, desde a formação e capacitação de profissionais da EMSI e dos AIS até a articulação entre os setores em âmbito local, estadual e nacional.

Figura 1. Modelo de atenção diferenciada



Fonte: Pontes, Rego e Garnelo⁴.

Nota-se que tal modelo de atenção diferenciada à saúde indígena é pautado nos princípios indigenistas de respeito e valorização da cultura de cada povo em termos de saúde, evidenciando a necessidade de formação constante acerca dos processos de promoção da saúde e prevenção de doenças, sempre buscando fortalecer a relação intercultural entre o profissional e o índio e observando o direito à voz e à autonomia de cada comunidade⁴.

A participação popular indígena em saúde pública

Esta temática aborda, sob a óptica das particularidades sanitárias indigenistas, a participação popular em saúde no contexto da APS, como ferramenta essencial para a integração de saberes e práticas e, também, para a criação e o fortalecimento dos vínculos entre a comunidade assistida e a equipe de saúde inserida em sua realidade. Ressalta-se a necessidade do conhecimento acerca de ambas as visões de saúde e os conceitos envolvidos, bem como o caráter intrínseco a esse processo de compartilhamento e troca de informações.

Um estudo realizado com a etnia Xukuru de Ororubá, em

Pernambuco, relata a importância da educação popular em saúde como base para a formação dos profissionais da saúde dedicados a populações indígenas, bem como a participação dos AIS nesse processo⁸.

A participação popular na logística dos serviços de saúde pode ser ilustrada pela necessidade de recorrer a membros da própria comunidade como AIS, por se entender que seus saberes acerca do cotidiano se mostram essenciais, colaborando para aumentar a confiança da comunidade nos serviços de saúde disponíveis e para estabelecer uma relação positiva com o polo-base do DSEI⁸.

Ao acompanhar a medicação em domicílio disponibilizada a pacientes com diagnóstico de tuberculose, um estudo relata a atuação dos AIS como indispensável para evitar o abandono do tratamento; a inserção de uma figura confiável, um membro da própria etnia, viabiliza e potencializa a adesão ao tratamento na grande maioria dos casos⁹.

Vale ressaltar que não só os AIS, mas os demais membros das comunidades e tribos indígenas, como detentores de saberes populares em saúde, são estimulados a colaborar com a EMSI^{8,9}, de modo que os métodos adotados pelos curandeiros e xamãs sejam reconhecidos e registrados nas ocorrências dos profissionais de saúde, sempre primando

pela não maleficência na comunidade.

Pesquisadores⁹ reforçam a necessidade de que as intervenções e os diálogos entre as equipes multiprofissionais e os pacientes das comunidades indígenas sejam viabilizadas e aprimoradas pelos AIS, aumentando a eficácia da ESF com base no respeito a cada cultura e na confiança entre os membros de cada comunidade.

A necessidade da participação da comunidade na unidade de saúde em seu território é algo natural, pautada na noção de responsabilidade¹⁰; os usuários tendem a se sentir mais seguros para dialogar sobre suas próprias histórias de vida, contribuindo para aumentar a capacidade de atendimento na maioria dos casos. Não apenas no contexto da saúde indígena, uma logística excessivamente padronizada tende a infantilizar os usuários e comprometer sua interação com os profissionais da saúde.

Vale destacar um estudo recente que relata o trabalho de parteiras em Tocantins, em caráter domiciliar, proporcionando atenção integral e complementar, com diálogo e troca de experiências com a equipe multiprofissional. Isso demonstra como a participação da comunidade pode ser benéfica nos serviços de saúde organizados com vistas à atenção de qualidade¹⁰.

Ainda sob essa perspectiva, uma pesquisa realizada com a etnia Maxakali, em Minas Gerais, expõe a dificuldade de enfermeiros no trabalho de parto; eles não conseguiam atender aos pedidos nem se comunicar adequadamente com a paciente para proporcionar uma assistência de qualidade, necessitando de constante tradução e interpretação de uma antropóloga nesse momento¹¹.

Trata-se de um exemplo singular de prática popular em saúde, com repasse de conhecimentos da comunidade para os profissionais, uma vez que o vocabulário local se mostra indispensável para lidar com uma situação tão específica do processo saúde-doença¹¹. Para muitos, isso pode constituir uma troca de papéis, já que os profissionais de enfermagem costumam proporcionar educação em saúde, porém, torna-se evidente a necessidade de descartar uma rígida hierarquização de saberes ao lidar com moldes diferenciados de vida e costumes.

Uma pesquisa realizada com a etnia Pankararu, em Pernambuco, sobre os aspectos que envolvem o nascimento, relata o papel de confiança assumido pelas parteiras desde o pré-natal; mesmo sem laços diretos de parentesco com as gestantes, elas recorrem ao instinto maternal, levando-nos a refletir sobre o nível de fragilidade das pacientes e o significado atribuído à assistência nessa etapa. Um olhar abrangente mostra-se indispensável para proporcionar, de fato, um atendimento humanizado em todos os modelos de atenção à saúde¹².

A cultura indígena integrada aos serviços de saúde

Por fim, esta temática analisa estratégias para aliar a cultura de uma comunidade indígena em termos de saúde ao modelo da ESF. As evidências levantadas por meio dos resultados e das considerações dos pesquisadores acerca da integração entre o saber científico e popular nortearam este estudo.

As lideranças religiosas e/ou de saúde em uma comunidade indígena constituem figuras extremamente fortes e formadores de opinião diante de seu povo, pois se recorre a eles em momentos emergenciais – com ou sem a presença de EMSI no território. Essas autoridades devem ser destacadas e respeitadas pelos profissionais de saúde para possibilitar a criação de vínculos positivos com a comunidade e evitar conflitos decorrentes de visões divergentes nos processos de adoecimento e cura.

Uma pesquisa de campo no DSEI do Alto Rio Negro, no Amazonas, relata a implantação eficaz do modelo de atenção diferenciada à saúde indígena, com interações entre os AIS e a EMSI. Diversos casos foram analisados sob essa perspectiva; em um deles, um membro da tribo indígena, após encaminhamento pela unidade de referência com diagnóstico de dengue, em tratamento domiciliar com uso de fármaco antitérmico, desenvolveu quadro febril intermitente sem melhora viabilizada por abordagem médica convencional. Recorrendo a ervas e infusões administradas por um especialista indígena local, observou-se significativa melhora e o quadro de hipertermia foi solucionado⁴.

Um pesquisador ressalta a importância da integração entre os saberes científicos da EMSI e os saberes populares da tribo indígena, evidenciando a indispensável contribuição dos AIS como articuladores e facilitadores do diálogo entre a comunidade e os profissionais da saúde⁶.

Um dos estudos brasileiros pioneiros sobre populações indígenas diante dos aspectos socioculturais ligados à saúde indica a necessidade de equipes multiprofissionais, com a inclusão de conhecimentos antropológicos acerca da população a ser assistida. Isso tende a evitar o

um exemplo singular de prática popular em saúde, com repasse de conhecimentos da comunidade para os profissionais.

estranhamento de ambas as partes e a não adesão aos tratamentos prescritos¹³.

Uma pesquisa de campo quantitativa, realizada com diversas comunidades do interior do Mato Grosso do Sul, destaca que os índices de mortalidade materna por complicações durante o trabalho de parto são elevados em populações indígenas em comparação a outras etnias. Isso sugere a necessidade de uma atenção diferenciada à saúde indígena; um serviço de saúde de qualidade deve integrar as práticas populares e os métodos empíricos tradicionais¹⁴.

Para alcançar um processo de integração eficaz, um estudo de caso realizado em campo na tribo indígena dos Mbyá, em Aracruz-ES, indica a “interculturalidade” como um processo e uma ferramenta, com confronto inicial de ideias distintas, porém, sempre buscando uma mesma meta, no caso, a saúde. Tal processo necessita de diálogo e de intermediação para encontrar pontos em comum e viabilizar uma troca de saberes horizontal e integral¹⁵.

Mostra-se necessária a criação de um espaço ainda mais específico, dedicado exclusivamente a processos integrativos, onde ambos os tipos de saber e de práticas possam interagir de modo igualitário para a construção de um modelo mais abrangente de saúde indígena¹⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas populares em saúde indígena constituem uma expressão de identidade cultural e evidenciam a importância do saber empírico no autocuidado observado nesses grupos sociais. A integração de tais práticas à APS oferecida a essas populações se caracteriza como algo essencial e emergente, tendo em vista o atual contexto de atenção diferenciada no SUS.

Observou-se na literatura analisada uma ampla discussão do tema saúde indígena em suas diversas esferas: social, cultural, demográfica e sanitária. Além disso, unificando todas essas esferas em uma problemática, isto é, o direito civil, retoma-se o leque de condições propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS): o bem-estar físico, mental e social como um todo.

*“interculturalidade”
como um processo
e uma ferramenta,
com confronto
inicial de ideias
distintas.*

Contudo, ao analisar individualmente as obras indigenistas, constata-se a militância de uma causa maior, colocando a participação popular em foco e destacando a autonomia de cada povo e, mais especificamente, de cada cidadão indígena como ator em seu próprio processo de busca pelo ideal de saúde.

Portanto, todos os estudos analisados, embora sob ópticas diferentes, relatam experiências desafiadoras, porém, positivas do indígena como detentor de saber popular em saúde, que pode e deve ser aliado ao saber científico das equipes multiprofissionais, incentivando o diálogo permanente entre ambas as partes, a fim de aprimorar habilidades e superar deficiências em termos de educação em saúde. Mostra-se perfeitamente possível construir novos modelos em busca da equidade de acesso e da integralidade da assistência no SUS.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Francisco Ariel Santos da Costa contribuiu com a concepção da pesquisa e a redação do manuscrito; **Percy Antonio Galimbertti Catanio, Antonia Eliana de Araújo Aragão, Hermínia Maria Sousa da Ponte e Lívia Mara de Araújo** contribuíram com a análise e interpretação dos dados e a revisão crítica do manuscrito; **Franciane Pereira Fardin** contribuiu com a análise e interpretação dos dados e a redação e revisão do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira SC, Leite JC. Saber e poder popular no cuidado à saúde. Saberes e Práticas: Experiências em Educação Popular e Saúde. 2011;1(1):19-22.
2. Torres RAM, Silva MRF. Inter-relações entre comunicação, cultura e educação popular. Saberes e Práticas: Experiências em Educação Popular e Saúde. 2011;1(1):40-44.
3. Maggi RS. A saúde indígena no Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant [serial on the internet]. 2014 [cited 2016 Nov 12];14(1):13-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v14n1/1519-3829-rbsmi-14-01-0013.pdf>
4. Pontes ALM, Rego S, Garnelo L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva [serial on the internet]. 2015 [cited 2016 Nov 12];20(10):3199-210. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3199.pdf>
5. Athias R, Machado M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2001 [cited 2016 Nov 12];17(2):425. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v17n2/4187.pdf>

6. Diehl EE, Grassi F. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cad Saúde Pública* [serial on the internet]. 2012 [cited 2016 Nov 12];28(5):819-31. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v28n5/02.pdf>

7. Gil LP. Políticas de saúde, pluralidade terapêutica e identidade na amazônia. *Saúde Soc* [serial on the internet]. 2007 [cited 2016 Nov 12];16(2):48-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n2/06.pdf>

8. Brito A, Albuquerque PC, Silva EH. Educação popular em saúde com o povo indígena Xukuru do Ororubá. *Interface Comun Saúde Educ* [serial on the internet]. 2013 [cited 2016 Nov 12];17(44):219-28. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/aop0113.pdf>

9. Marques AMC, Cunha RV. A medicação assistida e os índices de cura de tuberculose e de abandono de tratamento na população indígena Guaraní-Kaiwá no Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* [serial on the internet]. 2003 [cited 2016 Nov 12];19(5):1405-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n5/17813.pdf>

10. Gusman RL, Viana APALV, Miranda MABM, Pedrosa MV, Villela WV. Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. *Rev Panam Salud Pública* [serial on the internet]. 2015 [cited 2016 Nov 12];37(4/5):365-70. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v37n4-5/v37n4-5a26.pdf>

11. Casas RL. Saúde Maxakali, recursos de cura e gênero: análise de uma situação social. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.

12. Gilberti AC. Nascendo, encantando e cuidando: uma etnografia do processo de nascimento nos Pankarau de Pernambuco. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.

13. Coimbra Júnior, Carlos EA. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [serial on the internet]. 2000 [cited 2016 Nov 12];5(1):125-32. Available from: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0367.pdf>

14. Teixeira NZF, Pereira WR, Barbosa DA, Vianna LAC. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [serial on the internet]. 2012 [cited 2016 Nov 12];12(1):27-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n1/03.pdf>

15. Pellon LHC, Vargas LA. Cultura, interculturalidade e processo saúde-doença: (des)caminhos na atenção à saúde dos Guaraní Mbyá de Aracruz, Espírito Santo. *Physis (Rio J)* [serial on the internet]. 2010 [cited 2016 Nov 12];20(4):1377-97. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a17v20n4.pdf>

16. Sucupira AC, Mendes R. Promoção da saúde: conceitos e definições. *Sanare (Sobral, Online)* [serial on the internet]. 2003 [cited 2016 Nov 12];4(1):7-10. Available from: <file:///D:/107-197-1-SM.pdf>

Recebido em 03/07/2016 Aprovado em 10/11/2016

