



PRODUÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE E ALIMENTAÇÃO A INDÍGENAS EM CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA REGIÃO DE PAULO AFONSO – BAHIA

JAILMA COSTA, LORENA OLIVEIRA, MARCUS VINICIUS, URÂNIA LIMA,
IDA OLIVEIRA, JOÃO PAULO DE OLIVEIRA, JULIEDE DE ANDRADE, MARIA
INÊS SANTOS, IANE CARINE FREITAS E LIGIA AMPARO-SANTOS

PRODUÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE E ALIMENTAÇÃO A INDÍGENAS EM CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA REGIÃO DE PAULO AFONSO – BAHIA

PRODUCTION OF HEALTH CARE AND FOOD FOR INDIGENOUS PEOPLE WITH NONCOMMUNICABLE CHRONIC CONDITIONS IN PRIMARY CARE IN THE REGION OF PAULO AFONSO – BAHIA

JAILMA COSTA BRITO¹

jailmaufba07@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-8659-6049>

LORENA OLIVEIRA DOS SANTOS²

lorenasantos.nut@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-8935-4758>

MARCUS VINICIUS FERREIRA DE SOUZA³

marcusferreira2@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0006-5550-3053>

URÂNIA LIMA DE OLIVEIRA⁴

ur.oliveira@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0001-9428-2402>

IDA OLIVEIRA DE ALMEIDA⁵

ida_almeida2010@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-3558-1971>

¹ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde da Universidade Federal da Bahia. Graduada em nutrição pela Universidade Federal da Bahia. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação e Cultura (Nepac/Ufba).

² Nutricionista pela Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia. Residente em saúde coletiva com ênfase em planejamento e gestão em saúde. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação e Cultura (Nepac/Ufba).

³ Mestrando do Programa de Pós-graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde da Universidade Federal da Bahia. Graduado em nutrição pela Universidade Federal da Bahia. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação e Cultura (Nepac/Ufba).

⁴ Graduada em nutrição pela Universidade Federal da Bahia.

⁵ Mestra pelo Programa de Pós-graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (Ufba). Nutricionista graduada pela Universidade do Estado da Bahia (Uneb).

JOÃO PAULO DE OLIVEIRA RIGAUD⁶

joaoprigaud@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-2856-0603>

JULIEDE DE ANDRADE ALVES⁷

juliede.alves@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-2389-3908>

MARIA INÊS SANTOS CAMPINHO⁸

ines.scampinho@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-6680-6101>

IANE CARINE FREITAS DA SILVA⁹

iane.silva@sauda.gov.br
<https://orcid.org/0009-0005-3375-6327>

LICIA AMPARO-SANTOS¹⁰

amparo@ufba.br
<https://orcid.org/0000-0002-6925-642>

⁶ Doutorando em ciências sociais pela Universidade Federal da Bahia, com estágio doutoral na Universidad de Buenos Aires. Mestre em alimentos, nutrição e saúde pela Universidade Federal da Bahia. Pós-graduado em antropologia pela Faculdade Dom Alberto. Graduado em gastronomia pela Faculdade Unime. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Alimentação e Cultura (Nepac/Ufba).

⁷ Mestre e doutora em alimentos, nutrição e saúde da Universidade Federal da Bahia. Especialista em vigilância sanitária. Nutricionista graduada pela Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia (Enufba). Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Alimentação e Cultura (Nepac/Ufba).

⁸ Mestranda do Programa de Pós-graduação em alimentos, nutrição e saúde da Universidade Federal da Bahia. Graduada em Nutrição pela Universidade Federal da Bahia. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Alimentação e Cultura (Nepac/Ufba).

⁹ Mestre em alimentos, nutrição e saúde pela Universidade Federal da Bahia. Especialista em saúde indígena pela Unifesp. Especialista em promoção da saúde e desenvolvimento social pela Ensp/Fiocruz. Graduada em nutrição pela Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia. Atua como nutricionista responsável técnica pelo Sisvan Indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Alimentação e Cultura (Nepac/Ufba).

¹⁰ Professora titular da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia. Doutora em ciências sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Mestre em *medical education* pela University of Dundee. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Alimentação e Cultura (Nepac/Ufba).

Resumo

Este estudo objetiva compreender a produção do cuidado à saúde e alimentação aos indígenas com condições crônicas não transmissíveis, a partir das narrativas de profissionais de saúde no âmbito da atenção primária em um polo-base do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. Trata-se de estudo exploratório qualitativo, cujos dados foram produzidos a partir de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde atuantes na região. Os resultados evidenciaram os desafios para a produção do cuidado que vão desde as condições concretas de trabalho até a lida desses profissionais para a produção do cuidado integral, que demanda a apropriação de “um olhar diferenciado” na perspectiva da interculturalidade, no encontro cotidiano entre a medicina tradicional indígena e a medicina ocidental. Destacam-se o reconhecimento da importância dos deslocamentos desses povos de seus territórios de origem como fator determinante do processo saúde/doença e a importância de se atentar às especificidades de saúde dos povos indígenas do Nordeste.

Palavras-chave: Saúde de populações indígenas. Atenção primária à saúde. Doenças crônicas não transmissíveis. Interculturalidade.

Abstract

This study aims to understand the production of health care and food for indigenous people with Noncommunicable Chronic Diseases, based on the narratives of health professionals in the scope of Primary Care in a Polo Base of the Special Indigenous Health District of Bahia. This is a qualitative exploratory study, whose data were produced from semi-structured interviews with health professionals working in the region. The results showed the challenges for the production of care, ranging from the concrete working conditions to the way these professionals deal with the production of comprehensive care, which requires the appropriation of “a different view” from the perspective of interculturality, in the daily encounter between traditional indigenous medicine and Western medicine. What stands out is the recognition of the importance of the displacement of these peoples from their territories of origin as a determining factor in the health/disease process and the importance of paying attention to the health specificities of the indigenous peoples of the Northeast.

Keywords: Indigenous health. Primary health care. Noncommunicable chronic diseases. Cultural competency.

Introdução

As populações indígenas são consideradas comunidades tradicionais formadas por diferentes coletividades e culturas que se identificam e dispõem de ordenamento próprio (Santos, 2021). Residem no Brasil, de acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), aproximadamente 1,7 milhão indígenas, o que representa 0,83% da população brasileira, número 89% superior ao observado no Censo de 2010. A pesquisa ainda aponta que 44,48% dos indígenas (753.357 mil) concentram-se na região Norte do país e que a segunda maior porcentagem (31,22%) corresponde ao Nordeste, com 528,8 mil autóctones. Quanto aos estados, o Amazonas (490,8 mil) e a Bahia (229,1 mil) possuem 42,51% dessa população.

Os povos indígenas passaram a ser mapeados pelo IBGE em 1991, com base na autodeclaração no quesito “cor ou raça”. A partir do censo de 2022, entretanto, o instituto ampliou a metodologia, tendo a participação das próprias lideranças das comunidades na coleta de dados e passando a considerar outras localidades além das terras oficialmente demarcadas (IBGE, 2022; Brasil, 2016).

No que se refere à saúde dos povos indígenas, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 possibilitou a construção de uma Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, posteriormente integrada à Política Nacional de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2016), por meio da portaria n. 254/2022 do Ministério da Saúde.

A atenção primária à saúde (APS), porta de entrada do SUS que visa garantir a assistência de forma integral, conforme as particularidades locais, determinantes e condicionantes de saúde (Brasil, 2022), em áreas indígenas, tem suas ações executadas via Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SasiSUS). Nesse sentido, o cuidado à saúde deve partir de uma visão colaborativa que respeita a heterogeneidade dos povos, principalmente na perspectiva da interculturalidade e práticas de cuidado tradicionais (Pedrana et al., 2018).

No âmbito da saúde, espera-se que a interculturalidade, caracterizada pelo encontro de culturas diferentes, seja concebida mediante diálogo, de forma que haja integração horizontal dos saberes da medicina tradicional indígena e da racionalidade biomédica. Nessa perspectiva, a articulação entre os saberes tradicionais indígenas e a medicina ocidental é um desafio persistente (Pedrana et al., 2018; Mendes et al., 2018).

Sobre as condições de saúde relacionadas à alimentação, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan) reconhece a alimentação adequada como condicionante e determinante para a situação de saúde da população (Brasil, 2013). Na APS, o cuidado alimentar e nutricional é elaborado por meio de estratégias que promovam a Política de Alimentação Adequada e Saudável (Paas), sendo esse um elemento fundamental para a produção do cuidado, visto que a alimentação está associada à prevenção de condições crônicas não transmissíveis (CCNTs) (Brasil, 2022).

Segundo o SasiSUS, entre 2015 e 2017, no Brasil, ocorreram 42.583 casos de condições crônicas não transmissíveis, incluindo as doenças cardiovasculares, respiratórias agudas, diabetes mellitus e neoplasias (Brasil, 2019). O cenário emergente das CCNTs em meio à população indígena brasileira é oriundo de mudanças no cenário epidemiológico, que incluem a redução dos territórios em decorrência dos conflitos pelas terras e a expansão agrária que contribui para o crescente contato com a população não indígena, os centros urbanos e a acessibilidade a alimentos ultraprocessados (Chagas et al., 2020).

Nesse contexto, considerando a complexidade das questões que envolvem o cuidado à saúde dessa população, a alimentação e as condições crônicas não transmissíveis, o presente estudo objetiva compreender a produção do cuidado à saúde e alimentação dos povos indígenas com CCNTs, a partir das narrativas de profissionais de saúde da atenção primária do polo-base de Paulo Afonso, do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia (Dsei-Bahia).

Metodologia

Este estudo faz parte do projeto “Qualificação do cuidado a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco associados no âmbito da atenção primária à saúde do SUS no estado da Bahia: integrando pesquisa, extensão e formação”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pelo Ministério da Saúde, por meio da chamada CNPq/MS/SAPS/DEPROS n. 28/2020, com o objetivo de formação e pesquisa sobre o tema das DCNTs e seus fatores de risco associados no âmbito da APS.

No período de setembro de 2021 a agosto de 2022 realizou-se estudo exploratório, com abordagem qualitativa e lócus na região de Paulo Afonso, Bahia, à qual pertence o polo-base de Paulo Afonso – Dsei-Bahia.

O universo empírico da pesquisa foi composto por profissionais de saúde que trabalham nos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas dos polos-base da Bahia e aceitaram contribuir voluntariamente com o projeto. O contato com esses profissionais foi realizado pelo método *snowball* – bola de neve – (Pires, 2008), por meio de um informante-chave do Dsei-Bahia, que forneceu os contatos dos profissionais atuantes do polo-base de Paulo Afonso; cada informante sugeriu outro, e assim sucessivamente.

Como técnica de produção de dados, foram realizadas entrevistas narrativas a partir de um roteiro semiestruturado, subdividido em três blocos: identificação dos participantes; compreensão dos profissionais sobre as práticas de produção do cuidado/atenção em saúde voltadas para indígenas com CCNTs; e aspectos relacionados às práticas alimentares e CCNTs. Considerando o contexto da pandemia de covid-19, no qual o estudo foi desenvolvido, as entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores em plataforma virtual, individualmente e com duração média de 50 minutos cada. As interlocuções foram gravadas e transcritas na íntegra.

Os dados produzidos foram analisados e sistematizados em diálogo com a literatura científica e seguindo algumas etapas: leitura exaustiva das transcrições seguida de análise e discussão que possibilitaram a definição de eixos analíticos a ser interpretados à luz dos referenciais teóricos pertinentes ao tema.

A partir da identificação de temáticas recorrentes e relacionadas ao objetivo do estudo, ocorreu a definição dos eixos analíticos: “Caracterizando o universo empírico e as condições para a produção do cuidado”; “O desafio da produção do cuidado na saúde desde uma perspectiva intercultural”; e “O cuidado à saúde e à alimentação e nutrição aos indígenas com CCNT”.

Os aspectos éticos desse trabalho consideram a resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, e a resolução n. 510, de 7 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde, e foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia, sob o parecer n. 5.237.500. Todos os participantes receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a participação voluntária nessa pesquisa. Para manter sigilo dos participantes não foram mencionadas suas profissões, e utilizaram-se nomes fictícios.

Resultados e discussão

Caracterizando o universo empírico e as condições para a produção do cuidado

Foram entrevistados cinco profissionais de saúde, todos atuantes no polo-base de Paulo Afonso, que está localizado na região norte da Bahia, no entorno da Estação Ecológica do Raso da Catarina, sertão da bacia do rio São Francisco. Todos os participantes do estudo eram adultos (três mulheres e dois homens) entre 33 e 57 anos; sendo dois autodeclarados indígenas; quatro eram graduados, um possuía nível técnico, e o maior tempo de atuação na saúde indígena era de 22 anos. De acordo com sua formação, os profissionais que atuam na atenção primária

em comunidades indígenas são em geral nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, odontólogos, técnicos em enfermagem, agentes indígenas de saúde, entre outros, categorias em que se enquadram também os cinco entrevistados.

Sobre o ingresso na carreira, os profissionais relataram que tiveram a oportunidade de atuar na saúde indígena após a realização de processo seletivo público simplificado e contratação mediante convênios. Segundo Ana (46 anos), o trabalho é desafiador, tendo em vista as particularidades da população; ela informa que “surgiu uma oportunidade, em 2000, de trabalhar com a saúde indígena e, assim, deu certo. (...) tenho dificuldades, é claro..., mas as dificuldades são superadas, porque o amor que a gente tem pela terra, pelos indígenas, a gente supera, supera tudo isso. Eu sou feliz no que eu faço”.

Quanto à qualificação para atuar nas áreas indígenas, em que pesem os desafios para concretizar a agenda prevista na diretriz sobre a formação e educação permanente de trabalhadores da saúde indígena da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, todos os entrevistados passaram por processos formativos, uma vez que essa população requer atenção de certa forma diferenciada, como observa Janine (53 anos): “Nós somos capacitados para entrar na terra indígena. Mesmo as pessoas que são formadas, dando um exemplo, elas são treinadas para atuar na área indígena porque são povos especiais, são povos diferentes com suas tradições, com suas culturas”.

Outro interlocutor abordou a questão de “um olhar diferenciado” na perspectiva da interculturalidade: segundo Mário (37 anos), “a gente atua dentro das especificidades da área indígena tendo a precaução de estar trabalhando em conjunto com as situações culturais, de costumes das aldeias deles. (...) A gente tem que trabalhar em conjunto, a equipe, o profissional que trabalha na saúde indígena deve ter esse olhar e esse perfil, saber que é importante para a comunidade indígena”. Quanto a isso, Freitas et al. (2021) enfatizam que os profissionais da saúde atuantes na saúde indígena devem ser capacitados para realizar o trabalho de forma interdisciplinar, tendo em vista as particularidades desses povos.

Todavia, autores também discutem os desafios para a formação em uma atenção diferenciada que ainda pode ser vista como “privilegio” – ou até simplificada – destacando a importância de propiciar uma formação sensível à diversidade e à construção coletiva de um diálogo simétrico (Landgraf, Imazu, Rosado, 2020; Diehl, Pellegrini, 2014).

Quanto às condições de trabalho, as narrativas revelam a logística e a infraestrutura como uns dos pontos críticos do processo de trabalho.

Segundo Vanessa (33 anos),

aqui a gente tem a dificuldade da logística. No meu polo são divididas em 19 aldeias, e a gente tem duas semanas para atender todas essas aldeias. A gente não consegue atender todas essas aldeias devido à logística. A equipe Nasi [Núcleo Ampliado de Saúde Indígena] não tem, como as outras equipes multidisciplinares, uma viatura, um carro só para a equipe. Então a gente tem dificuldade de poder trabalhar em todas as áreas, em todas as aldeias. A gente não consegue. No meu caso, que tenho que atender outros polos, fica mais difícil ainda.

Ainda sobre esse ponto, Mário informa que

a maioria das aldeias não tem estrutura física. Uma aldeia ou outra tem posto de saúde, postos de saúde mais antigos, que há décadas foram construídos. Então, quando sempre me perguntam qual é a maior dificuldade para nossas equipes hoje, eu sempre pontuo, nas reuniões, que a primeira coisa que já deveria ter sido pensado para melhorar a qualidade da assistência é a condição de trabalho, é estrutura física do posto saúde, que nas maiorias das aldeias não tem.

Segundo Mendes et al. (2018), a precariedade das estruturas e a logística complexa que algumas regiões possuem reverberam negativamente na qualidade dos serviços prestados em áreas indígenas, sendo primordiais investimentos que propiciem melhores condições de trabalho a seus profissionais. Profissionais e indígenas buscam encontrar soluções a fim de contornar os impasses da falta de espaços físicos viáveis para a construção do trabalho. Segundo Mário, “a gente atua em parceria com a comunidade. Então, se a gente não tem aquela estrutura, a gente vai atuar numa unidade de saúde, numa escola. Num espaço que eles têm e eles nos cedem. Então, é dessa forma que a gente vem atuando,

enquanto a gestão mesmo, que faz a execução orçamentária, que é Brasília, e, no caso, o distrito – Salvador – conseguem melhorar."

Durante as narrativas, a desmotivação e a sobrecarga de trabalho foram pontos abordados por Vanessa, quando se diz impossibilitada de exercer seu plano de trabalho:

eu me vejo um pouco desmotivada (risos) devido à estrutura. A gente não tem tanta estrutura nas nossas mãos, mas a cobrança é imensa. A gente tem tantos planos... todo mês a gente se reúne para fazer nossos atendimentos, nossas atividades, mas quando chega no dia, por exemplo, a gente tem uma atividade em tal aldeia. Vamos fazer uma palestra, uma peça de teatro, que adere mais aqui nas aldeias. [Ela ainda relata que] O pessoal gosta bastante, mas quando chega no dia, não dá, não tem carro, faltou gasolina, a gente fica desacreditado pelo povo. 'Ah! Não vou não na próxima reunião'; 'Ah! Eu não vou mais, porque o pessoal diz que vem e acaba não vindo'. A gente tem ideia de fazer grupos, mas não consegue. A gente já tentou, mas nunca deu certo devido a isso.

Em consonância ao que foi descrito, tendo em vista a área de cobertura e a quantidade de profissionais, o deslocamento e a logística de trabalho apresentam disparidades, impossibilitando, muitas vezes, as ações da equipe multidisciplinar (Sandes et al., 2018). Nesse sentido, o descrédito dos indígenas para com a equipe de saúde é resultado de ações alheias à vontade da própria equipe. A logística de trabalho, muitas vezes com falhas estruturais, faz com que as ações de cuidado em saúde sejam limitadas e restritas. Como efeito da desestruturação, é possível observar a desmotivação e o "sentir-se de mãos atadas" relatado pelos interlocutores.

O depoimento de Mateus (55 anos), que atua há 22 anos na saúde indígena e acompanhou as mudanças nas condições oferecidas aos profissionais, revelou que

Lá no início (...), a precarização trabalhista fazia com que houvesse uma rotatividade muito grande de profissionais. (...) Na época nós éramos, digamos assim, pagos pela prefeitura de cada região que tinha índio. Recebia um recurso pelo Ministério da Saúde e aí repassava aquele valor sem mais nenhum tipo de direitos trabalhistas. Então, a gente não tinha férias remuneradas, nem décimo terceiro, fundo de garantia... a gente não tinha praticamente nada. Então 'rodava' muito profissional.

Mateus, todavia, considerou que

determinadas pessoas podem passar 20 anos e não criar esse vínculo. Vai depender muito do profissional, mas hoje nós temos abertura realmente. Eles são um povo que pra você ganhar a confiança deles, requer tempo e, graças a Deus, nós chegamos nesse patamar. Assim, as pessoas que estão entrando hoje realmente não são preparadas realmente não são. Em serviço aprendem. Na sequência, vai aparecendo uma capacitação aqui, uma capacitação ali.

Em suma, tais dificuldades podem repercutir diretamente na produção do cuidado, uma vez que, o profissional não encontra o suporte e local adequado para o atendimento aos indígenas. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, criada em 2002, preconiza um modelo de organização diferenciado, voltado para a atenção à saúde indígena, tendo como uma de suas diretrizes a "preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural" (Brasil, 2002, p. 13). Além disso, os agentes indígenas de saúde são potencialidades para as ações de saúde, dado que, são profissionais indígenas que conhecem e residem no território.

Desafios da produção do cuidado na saúde desde uma perspectiva intercultural

Este eixo analítico tem como propósito discorrer, a partir da perspectiva dos entrevistados, sobre os desafios no processo da produção do cuidado à saúde dos povos indígenas do ponto de vista intercultural. A interculturalidade está prevista na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a qual entende que a atenção em saúde deve contemplar a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, reconhecendo a eficácia da medicina tradicional e o direito desses povos a sua cultura. Na prática, o que ainda se observa é uma perspectiva proveniente do modelo biomédico hegemônico sem estabelecer formas efetivas de diálogo intercultural entre indígenas e profissionais da APS (Rocha, Porto, Pacheco, 2019).

A literatura argumenta que a interação dos saberes científicos e tradicionais indígenas é um dos principais desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na prática do cuidado. Segundo Vanessa, a interculturalidade é “você ter um olhar diferenciado. É você olhar para aquela pessoa como um ser único, aquele paciente, aquele usuário. Você tem que entender um pouco da história para poder conduzir o atendimento, e, às vezes, você não consegue em apenas um encontro. Com o tempo você consegue entender um pouco da história, da família..., mas você tem que entrar no mundinho daquela pessoa”.

Vanessa apresentou uma perspectiva de cuidado continuado que é produzido e refeito a cada contato. Para tanto, ela coloca como necessária a compreensão de como as estruturas socioculturais e as experiências de vida daquele indígena estão engendradas e fazem interface com sua saúde. Assim, a escuta atenta e o interesse pelo outro (Ayres, 2004) surgem como ferramentas que, mediante o consentimento daquele que está sendo cuidado, abrem espaço para que o profissional de saúde conduza o atendimento valorizando as singularidades existentes.

Assim, a promoção do cuidado integral passa pelo movimento de estar “presente ao outro” (Magalhães, Amparo-Santos, 2020, p. 8). Construir e fortalecer vínculos é o que Pankararu (Pontes et al., 2022, p.197) narra como o “elo” existente entre os agentes de saúde indígena e a população a ser trabalhada. Desse mesmo modo, Melo, Freitas e Apostolico (2021) afirmam que a articulação entre os saberes deve ser estimulada com a finalidade de melhoria da saúde indígena, levando em consideração os aspectos socioculturais dentro de uma perspectiva intercultural.

A medicina tradicional indígena e a medicina ocidental devem caminhar juntas, ser aliadas, pensa Ana que, entretanto, encontra resistência pelo caminho: “quando a gente consegue fazer esse equilíbrio da medicina tradicional e medicina biomédica, a gente vai caminhar. Agora, a gente encontra um outro caso (...) de que eles são mais resistentes”. A interlocutora informou ainda que “teve o caso de uma senhora que tinha pé diabético, uma ferida. Ela disse que tinha sido um

‘trabalho’ (algo como uma magia) e ela não aceitava nem visita. A gente ia visitar, mas com todo o cuidado para evitar complicações. (...) E ela [dizia que] ia curar com o rezador. A gente tentou, fez de tudo, e ela acabou falecendo”.

Segundo relato de Vanessa, “a gente sempre concilia a medicina tradicional com a não indígena. Tenta, né? Há casos de gente que não comprehende e abandona o tratamento medicinal e fica apenas com tratamento indígena. Isso acaba, às vezes, atrapalhando no tratamento”. Vanessa revela ainda que, ao ingressar na saúde indígena, ficou um pouco desnorteada, sem saber o que fazer. “Mas a gente vai tentando aos poucos conciliar os tratamentos”; é um choque de “culturas” entre o “científico” e o “indígena”. Para ela, “trabalhar na saúde indígena foi uma oportunidade de levar conhecimento pra comunidade, tentar ajudar um pouco com a minha área. Mas, quando a gente entra na saúde indígena, saúde pública como um todo, é um universo bem complexo”.

Constata-se que ainda há uma perspectiva em que impera o “levar conhecimento”, o que coloca em questão quais são os conhecimentos a ser “levados” e em que circunstâncias. Diehl & Pelegrini (2014), ao discutir ferramentas para o proporcionar o diálogo cultural incorporando temas específicos ao desenvolvimento de competências pedagógicas como a antropologia, salientam que não se trata de seu uso instrumental, intencionando melhor convencer as comunidades indígenas da intervenção biomédica, mas antes de ampliar a sensibilidade das formações à questão da diversidade e diferenças.

Ressalta-se que a Vanessa é uma profissional indígena e, considerando que a articulação entre os saberes biomédicos e os modos de fazer centrados na normativa coloca em conflito os próprios saberes culturais indígenas dada a sua complexidade, possuir esta identidade pareceu ser conflituoso e desafiador. Isso nos leva a pensar que, além da formação dos profissionais não indígenas para atuação em contexto intercultural, faz-se necessário também pensar numa preparação para os próprios indígenas atuarem no setor saúde, não sendo suficiente sua

formação nos conhecimentos biomédicos sem a devida articulação com seus próprios valores e saberes, que irão conformar sua prática.

O desconhecimento e a falta de entendimento acerca das diversas culturas encontradas dentro das comunidades indígenas resultam nesse “choque de culturas” e no estranhamento cultural entre os atores que produzem o cuidado – usuários e profissionais (Ribeiro et al., 2017). Tal ponto é destacado por Vanessa, que relatou ter sentido esse “choque”, tendo em vista a pluralidade de costumes que cada aldeia e povo carrega: “A gente tenta conciliar de acordo com cada aldeia. Já é diferente, já é difícil porque cada pessoa pensa de um jeito, imagine um povo. E, no início, eu senti um pouco de dificuldade, porque eram outras áreas que eu não conhecia direito. Foi um pouco difícil, porque você... – a palavra às vezes chega a ser incompetente – não consegue dar conta de tantas aldeias e suas peculiaridades”.

Assim, ao se tratar de uma população culturalmente distinta, essa necessidade torna-se ainda mais indispensável, uma vez que tal relação possibilita ao profissional o reconhecimento da cultura e de suas particularidades, aspecto que compõe o cuidado em saúde desses povos (Mendes et al., 2018).

O cuidado à saúde e à alimentação e nutrição aos indígenas com condições crônicas não transmissíveis

Este eixo analítico apresenta o modo como se conforma a produção do cuidado à saúde, à alimentação e nutrição junto aos povos indígenas com CCNTs, a partir das principais questões apontadas pelos interlocutores. Destaca-se que a evasão de profissionais capacitados e experientes na saúde indígena dificulta a construção de vínculo e confiança na relação usuário/profissional (Sandes et al., 2018). O processo saúde/doença/cuidado nas comunidades indígenas advém de determinantes socioeconômicos e culturais, que estão diretamente associados à preservação do território, do meio ambiente e das práticas

de cuidado tradicionais, como pressuposto na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pedrana et al., 2018).

Tradicionalmente, os povos indígenas obtêm seus alimentos a partir do plantio, da pesca e caça; no decorrer dos anos, entretanto, essa prática vem sofrendo modificações, resultantes da implementação de novos sistemas políticos e socioeconômicos, reduzindo os limites de terras indígenas (Barros et al., 2018). A interlocutora Vanessa relatou os impactos vividos por seus parentes causados pela migração forçada.

Eu cresci nessa comunidade já um pouco diferente dos meus pais. Os meus pais e meus avós, quando queriam tal alimento, por exemplo, iam atrás pescar, passavam horas remando atrás de um peixe, iam colher um fruto, uma hortaliça. Em 1986/1987, devido à construção de uma barragem aqui em Itaparica, a nossa aldeia foi inundada e depois desse acontecimento viemos para uma nova terra, onde se olhava e não via nada. Você não sabia onde ir atrás do seu peixe, o que plantar. Até hoje a gente não tem terra. Com essa mudança, aconteceu a depressão, principalmente dos mais velhos que até hoje se lamentam e têm aquela saudade.

A imposição desses novos hábitos a essas comunidades também é feita como via de “adaptação” a uma nova realidade precarizada, já que a agricultura e as formas de trabalho se encontram inviabilizadas, pois, em diversos casos, o que ocorre é a expulsão desses povos de seus territórios originais por empresas ou outros interesses comerciais na região. Eles só retornam a suas terras após a demarcação, e, algumas vezes, quando já encontram um solo empobrecido e o comprometimento da fauna e flora (Ribas, Leite, Gugelmin, 2007).

Concomitantes a essas mudanças das formas de obtenção dos alimentos e na maneira de se alimentar, têm sido observadas, nas últimas décadas, modificações do padrão alimentar e adesão de práticas alimentares regradas principalmente ao consumo de alimentos industrializados. Esse processo é denominado transição alimentar e nutricional (Rodrigues, Oliveira, Santos, 2020; Barros et al., 2021).

As narrativas evidenciam essas alterações de hábitos alimentares dos povos tradicionais. Os profissionais acreditam que o aumento da incidência de CCNTs nas comunidades indígenas está em anuência com

o atual perfil de saúde dos brasileiros não indígenas, caracterizado pelo aumento crescente dos números de indivíduos com essa ocorrência. Para Mário,

a questão das doenças, hipertensão, diabetes, é [que] temos uma porcentagem alta hoje em dia. Nas aldeias a gente vê que é muito. A cultura, digamos urbana, já está dentro das nossas comunidades indígenas. Então, é comum que a alimentação deles hoje, principalmente, seja o que é normal do dia a dia das outras pessoas, dos povoados, das cidades e dos centros urbanos. Eu acredito que isso colabore, uma vez que, há um crescimento principalmente da hipertensão e diabetes aqui no polo-base. É uma curva ascendente, bem como é no resto da população brasileira.

Outra interlocutora também abordou essa questão como uma das principais dificuldades encontrada para a adoção das práticas tradicionais de cuidado. Segundo Ana, “hoje a gente vê nas comunidades indígenas a inserção de embutidos, das comidas industrializadas. Então, fazer com que exista este resgate da alimentação mais natural, do equilíbrio; a gente tem muita dificuldade em relação a isso”.

Sendo assim, notam-se o processo de transição nutricional no polo-base e a dissonância com os princípios da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Tais fatores podem ser associados ao aumento da incidência de condições crônicas não transmissíveis. A APS em povos indígenas exige pluralidade nas estratégias, protagonismo indígena, integração dos saberes, valorização das práticas tradicionais e rompimento com o olhar biomédico hegemônico.

Ademais, o descontentamento e a angústia em ter suas terras violadas fazem emergir agravos em saúde como alcoolismo, tabagismo e depressão. A narrativa de Mateus ilustrou a situação:

[Há] uma aldeia chamada Tuxá, que é uma aldeia ribeirinha ali no município de Rodelas, e as outras são aqui no município de Glória. Existe uma pequena quantidade de aldeias aqui no município de Paulo Afonso, essa de Rodelas eu tenho muitos relatos de que foi a mais prejudicada. Eles saíram do espaço que entendiam como terra, da agricultura de subsistência, da pesca, para que a Companhia Chesf [Companhia Hidroelétrica do São Francisco], não sei se vocês já ouviram falar, inundasse a terra deles. A Chesf fez uma vila, (...) eles saíram do que eles conheciam de terra, de identificação, de cultura, de

formato de vida para uma vila. Então, esses [indígenas] terminaram tendo consequências muito maiores de álcool, de drogas, de depressão, de suicídio. É uma aldeia que a gente precisa ter um olhar diferenciado.

Além disso, o impacto econômico que as novas formas de subsistência revelam a vulnerabilidade desses povos, e a experiência da fome torna-se algo tangível no cotidiano (Ribas, Leite, Gugelmin, 2007) de “quem mora dentro de uma comunidade tão difícil como essa [em] que eu trabalho (...). Então, você vê ainda muita casa de taipa, fogo de lenha, panela no fogo, casinha sem ter praticamente nada dentro de móvel, quatro panelinhas todas sujas de preto e feijão pra cozinhar, quando tem. O arroz, a carne não se fala. Galinha não se fala” (Mateus).

O contato com populações não indígenas e as questões territoriais impuseram mudanças na forma de obtenção do alimento, o que antes era conquistado por intermédio da agricultura, pesca e caça agora passa a ser adquirido, em parte, no comércio ou ainda destinado à venda (Brasil, 2002). Segundo Vanessa, “a população indígena, com o passar do tempo, foi adquirindo os hábitos alimentares e sociais dos não indígenas e com esse avanço foi tumultuando, trazendo as doenças crônicas. A gente encontra muita obesidade, diabetes, hipertensão. Não há essa questão de alimentação cultural, como o pessoal acha que a gente se alimenta. Aqui se alimenta, por exemplo, de *fast food*, de alimentos com alto índice de sódio, principalmente as crianças. As mães dão bastante doces”.

Em decorrência disso, há uma redução na diversidade alimentar desses povos e maior participação de alimentos ricos em carboidratos, gordura e sódio, uma vez que o comprometimento das atividades de subsistência antes praticadas dá lugar ao trabalho remunerado, o que possibilita a aquisição comercial. A intensidade das transformações socioeconômicas e comportamentais, portanto, contribui diretamente para a transição epidemiológica observada na população indígena (Leite, Santos, Coimbra Junior, 2007).

Além dessa perspectiva, a entrevistada Ana relatou o uso de medicamentos como principal prognóstico em casos de indivíduos portadores de CCNTs e transtornos mentais, bem como, ressaltou a

presença do olhar biomédico hegemônico nas aldeias. Segundo ela, os profissionais de saúde veem na aldeia “uma medicalização muito forte. Eles querem remédios, querem tomar remédios! Em algumas aldeias já estão abandonando algumas práticas tradicionais. E aí, por exemplo, quando inicia o psicotrópico, eles não querem mais abrir mão de psicotrópico”.

Esta investigação ressalta que tal conflito entre as práticas de cuidado tradicionais e a biomédica hegemônica evidencia efeitos contrários aos princípios e pressupostos fundantes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Essa contradição pode favorecer a perspectiva do olhar colonizador estigmatizado, desencadeando um processo de abandono cultural das práticas de cuidado tradicionais quando não reconhecemos como o processo de medicalização alcança as comunidades indígenas. Distintos autores indígenas destacam como foi a atuação da Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai), mediante sua política de assistência à saúde, entre as décadas de 1960 e 2000, com a distribuição indiscriminada de medicamentos (Pontes et al., 2022), que pode estar associada a tal fenômeno.

Para o enfrentamento da medicalização do cuidado e do abandono das práticas tradicionais, Ana expôs estratégias de estímulo à retomada das práticas culturais: “existe a questão do estímulo, de promover a medicina tradicional. Nós já tentamos, a farmacêutica e a nutricionista. A gente fez um projeto para hortas, mas é mais complicado e tem a questão de estimular mesmo o uso da medicina tradicional, de retomar isso”.

As narrativas ainda apontam que o cuidado referente às CCNTs no polo-base de Paulo Afonso é organizado de forma multidisciplinar, numa perspectiva da educação em saúde, conscientização e educação alimentar e nutricional por meio de oficinas, rodas de conversas, palestras e exposições sobre diferentes temas que abordam prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Conclusão

O estudo buscou desvelar como os profissionais de saúde atuantes em áreas indígenas produzem o cuidado à saúde e à alimentação dos indígenas com condições crônicas não transmissíveis no seu cotidiano de trabalho, procurando uma perspectiva interdisciplinar, mediada pela educação em saúde para e com os indígenas, bem como intencionada a lidar com os desafios para promover um diálogo intercultural. Os desafios, no entanto, são inúmeros e vão desde a ampliação de uma formação diferenciada dos profissionais até as condições objetivas de infraestrutura para possibilitar a produção do cuidado. Reforça-se, no que tange à permanência e estímulo desses profissionais para que permaneçam engajados, que é necessário garantir a infraestrutura adequada para que a qualidade do trabalho possa ser alcançada extraíndo suas potencialidades, somando a qualificação do processo formativo dos profissionais não indígenas e indígenas, reforçando a relevância da atuação intersetorial e o uso das tecnologias leves.

No que se refere ao entendimento do fenômeno saúde/doença/cuidado nas comunidades indígenas em que atuam, alguns entrevistados expressaram a importância do território, cujo direito tem sido constantemente violado a partir do deslocamento imposto a esses povos, na determinação do quadro atual das CCNTs, assim como das práticas alimentares vigentes na região. Neste ponto, é importante ressaltar a relevância de aprofundar a compreensão do que seja o território nas cosmovisões indígenas e seu imbricamento na produção da identidade e do processo saúde/doença/cuidado dos povos. Do contrário, sem tal entendimento, e sem estabelecer diálogos de modo horizontal, não parece ser possível a produção de uma atenção à saúde diferenciada.

Ainda em suas narrativas, eles expressaram que a construção do cuidado a esses povos vai além de respeitar sua cultura, ainda que seja observado nos exemplos apresentados o cotidiano no qual a prevalência das práticas biomédicas se destaca. Os interlocutores identificam ainda a urgência de estratégias que possam aliar as práticas medicinais

biomédicas e tradicionais, produzindo um cuidado integrado, com profissionais que possam construir no seu cotidiano vínculos a partir dos esforços em compreender todo o contexto de lutas dos indígenas e as múltiplas vulnerabilidades vivenciadas.

No caso da região em estudo, cabe ainda destacar nestas linhas finais, a importância de considerar as distintas realidades dos povos indígenas do Brasil, destacando a luta pelo reconhecimento da identidade indígena dos povos situados no Nordeste, diante do estereótipo criado do indígena da região amazônica. Os indígenas do Nordeste possuem especificidades na sua luta histórica pela terra, datada desde os primórdios do processo colonizador no Brasil, que produzem singularidades na relação corpo/território/saúde. Urge, portanto, a produção de estudos e pesquisas que deem conta dessas especificidades regionais para melhor desvelar os desafios à implementação de políticas de saúde, alimentação e nutrição, assim como de segurança alimentar para os povos indígenas.

Referência

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e sociedade*, v. 13, p. 16-29, 2004.

BARROS, Dayane de Melo et al. A influência da transição alimentar e nutricional sobre o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 7, p. 74647-74664, 2021.

BARROS, Gustavo Galdino de Meneses et al. Transição nutricional e sua relação com a prevalência de hipertensão arterial em índios brasileiros. *Revista Diálogos Acadêmicos*, v. 7, n. 2, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]*. Brasília:

Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz_organizacao_cuidados_alimentacao_aps.pdf. Acesso em 13 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf. Acesso em 22 ago. 2023.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 2016 [1988]. Disponível em:
https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em 15 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em 22 ago. 2023.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em 15 set. 2023.

CHAGAS, Cristiane Alvarenga et al. Prevalência estimada e fatores associados à hipertensão arterial em indígenas adultos Krenak do estado de Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00206818, 2020.

DIEHL, Eliana Elisabeth; PELLEGRINI, Marcos Antonio. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 4, p. 867-874, abr. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Os indígenas no censo demográfico 2022*. Brasília: IBGE, 2022.

FREITAS, Fernanda Pereira de Paula et al. Experiências de médicos brasileiros em seus primeiros meses na Atenção Primária à Saúde na Terra Indígena Yanomami. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, p. e200212, 2021.

LANDGRAF, Julia; IMAZU, Nayara Emy; ROSADO, Rosa Maris. Desafios para a educação permanente em saúde indígena: adequando o atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 24, p. e190166, 2020.

LEITE, Maurício Soares; SANTOS, Ricardo Ventura; COIMBRA JUNIOR, Carlos Everaldo Alvares. Alimentação e nutrição dos povos indígenas no Brasil. In: KAC, Gilberto; SICHERI, Rosely; GIGANTE, Denise Petrucci (orgs.). *Epidemiologia nutricional*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Atheneu; 2007. p. 503-517.

MAGALHÃES, Lilian Miranda; AMPARO-SANTOS, Ligia. Multiplicidade, heterogeneidade e coordenação: a produção do cuidado em alimentação e nutrição a partir das práticas de apoio matricial. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 7, p. e00127819, 2020.

MELO, Jair da Silva; FREITAS, Noélle de Oliveira; APOSTOLICO, Maíra Rosa. O trabalho em saúde coletiva da equipe de enfermagem brasileira no distrito sanitário especial indígena. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, p. e20200116, 2021.

MENDES, Anapaula Martins et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, p. e184, 2018.

PEDRANA, Leo et al. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, p. e178, 2018.

PIRES, Álvaro. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, Jean et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 154-211.

PONTES, Ana Lúcia de Moura et al. *Vozes indígenas na saúde: trajetórias, memórias e protagonismos*. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Piseagrama/Fiocruz, 2022.

RIBAS, Dulce Lopes Barboza; LEITE, Maurício Soares; GUGELMIN, Silvia Ângela. Perfil nutricional dos povos indígenas do Brasil. In: BARROS, Denise Cavalcante; SILVA, Denise Oliveira; GUGELMIN, Silvia Ângela (orgs.). *Vigilância alimentar e nutricional para a saúde indígena*[online]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007; p. 211-235.

RIBEIRO, Aridiane Alves et al. Processo de trabalho e produção do cuidado em um serviço de saúde indígena no Brasil. *Escola Anna Nery*, v. 21, p. e20170029, 2017.

ROCHA, Diogo Ferreira da; PORTO, Marcelo Firpo de Souza; PACHECO, Tania. A luta dos povos indígenas por saúde em contextos de conflitos ambientais no Brasil (1999-2014). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 383-392, 2019.

RODRIGUES, Rodrigo Alexandre da Cunha; OLIVEIRA, Francisco Pereira de; SANTOS, Raquel Amorim dos. Transição nutricional e epidemiológica em comunidades tradicionais da Amazônia brasileira. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 3, p. 11290-11305, 2020.

SANDES, Luiza Fernandes Fonseca et al. Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, p. e163, 2018.

SANTOS, Fabiana Jesus dos. Insegurança alimentar e as doenças crônicas não transmissíveis na população indígena: uma revisão integrativa. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição). Centro Universitário Ages, Paripiranga, 2021.

Recebido em: 19 de abril de 2024

Aceito em: 12 de junho de 2024