

Considerações sobre a saúde da mulher indígena no Centro-Oeste - um estudo bibliográfico complementar

Considerations on Indigenous woman's health of Brazilian Centro-Oeste region - A complementary bibliographic study

REGINA MARA JURGIELEWECZ GOMES*

SÔNIA GRUBITS**

Resumo

Este artigo pretende considerar alguns elementos que norteiem a compreensão sobre a saúde da mulher indígena no Centro-Oeste brasileiro. Para tanto se serviu de dados bibliográficos disponíveis como o Inquérito Nacional feito pela Fiocruz. Percebeu-se que o acesso às informações referentes à saúde da mulher indígena é deveras restrito e obstaculizado e isto gerou alto grau de dificuldade, mas esclareceu sobre as possíveis formas de impedimentos encontradas no caminho da compreensão. Consideraram-se, também, conceitos de identidade, alteridade e Cuidados voltados para a saúde. Concluiu-se que a forma como as indígenas vivem é bastante sugestiva de uma vida pouco saudável e que necessita de cuidados em caráter de urgência.

Palavras-chave: Saúde; Mulher; Indígena.

* Doutora em Psicologia. Professora no Curso de Psicologia Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS.

** Pós-doutorado em Saúde Mental no Trabalho pela UNICAMP, Professora e Vice-coordenadora Programa de Doutorado e Mestrado Pós Graduação em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Campo Grande, MS.

Abstract

This paper aims to consider some information to guide understanding the indigenous women health in Central Brazil. Data source came from bibliographic data available as the National Survey done by Fiocruz. It was noticed that access to information regarding the health of indigenous women is quite restricted and hindered and this created a high degree of difficulty, but clarified about possible forms of impediments encountered in the way of understanding. Also were considered concepts of identity, otherness and practices of health care. It was concluded that the way Indians live is very suggestive of an unhealthy life and which requires emergency care.

Keywords: Health; Women; Indigenous.

Introdução

Ao observarmos vários grupos étnicos de uma região como é o Centro-Oeste, fica difícil não considerarmos, sobretudo enquanto profissionais de saúde e pesquisadores, a constituição da identidade dos sujeitos que compõem cada etnia.

É importante destacar que estamos considerando Centro-Oeste como uma macrorregião e como tal com ampla diversidade. Isto se aplica, também, para o caso dos indígenas. Estamos diante de uma Região com diversidade a ser considerada como fator preponderante.

Acreditamos ser relevante trazer algumas informações que possam ajudar na localização e conseqüente compreensão do tema proposto, qual seja a saúde da mulher indígena no Centro-Oeste. Começaremos por uma breve localização geográfica.

Assim sendo, há de ser registrado que a presença indígena é muito intensa no Centro-Oeste. Podemos citar algumas reservas e parques indígenas, tais como: o Parque Indígena do Xingu, que reúne cerca de 20 tribos diferentes, o Parque Indígena do Araguaia, na ilha do Bananal, a Reserva Indígena Xavante, a Reserva Indígena Parecis, Aldeia Jaguapiru, Aldeia Bororó, as Etnias Guarani/ Kaiowa, Terena, Kadiwéu, Guató, Atikum e Ofaié.

De um modo geral os índios desta Região dedicam-se a agricultura, pecuária, artesanato, garimpagem, caça e pesca. Contudo, sofrem com as frequentes invasões de seus territórios.

Para maior ilustração devemos ressaltar que conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, o termo Região Centro-

-Oeste foi institucionalizado pelo Governo Federal, em 1941, quando realizou a primeira divisão territorial do Brasil em macrorregiões.

Atualmente esta região é formada pelos Estados de Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Goiás e pelo Distrito Federal. Ocupa uma área de 1.606.371,505 km², o que equivale a 18,5% da área de todo o país, abrangendo a maior parte do Planalto Central com chapadões recobertos por cerrados. Os indígenas foram os primeiros habitantes da Região Centro-Oeste. Isto posto, acreditamos que nosso leitor tenha uma visualização e localização adequada da Região Centro-Oeste.

Na constatação de que, por meio da construção do social e compartilhamento cultural é possível a melhoria de padrões de vida, pensamos na possibilidade do compartilhamento entre culturas. É na tentativa de tornar nossas práticas mais humanizadas que pensamos ser possível partilhar os diversos conhecimentos que profissionais da área de saúde e indígenas, possam nos proporcionar e para tanto, venham a facilitar nosso trabalho diante das diferentes realidades socioculturais.

Qualquer pessoa tem sua identidade e necessita reconhecer-se e ser reconhecido. Ao pensarmos a Saúde da Mulher Indígena, a indagação decorrente está sobre sua identidade. Como esta mulher se percebe? Ela se percebe como pessoa saudável, feliz ou como pessoa adoecida, infeliz, entristecida? Neste momento estamos pensando em identidade como afirmado por Grubits e Darrault-Harris (2000), qual seja, a constituição implicando na soma de influência de fatores intrapessoais que diz respeito às capacidades inatas de cada sujeito como também a características adquiridas da personalidade somadas a fatores interpessoais, que estão relacionadas à nossa identificação com outras pessoas. A constituição de nossa identidade ainda envolve fatores culturais, valores sociais, aos quais fomos expostos no decorrer de nosso desenvolvimento, tanto globais quanto comunitários.

Desta forma, no processo de compreensão sobre a saúde da mulher indígena, visualizaremos, também, suas características de identificações culturais. Devemos explicitar que diante de uma macrorregião as generalizações serão muito cautelosas e servirão como disparadores para novas investigações.

Identidade e as representações sociais

Como já mencionamos anteriormente, a construção da identidade implica a soma de influência de fatores intrapessoais, ou seja, as capacidades inatas do indivíduo e as características adquiridas da personalidade somadas a fatores interpessoais, que são as identificações com as outras pessoas, e ainda os fatores culturais, ou seja, valores sociais a que uma pessoa está exposta, tanto globais quanto comunitárias (GRUBITS; DARRAULT-HARRIS, 2000). Na visão semiótica, os autores explicam que a identidade:

[...] não tem definição e opera-se ao conceito de alteridade, sendo que a identificação permite decidir sobre traços ou conjuntos de traços comuns, entre dois ou mais objetos, Enquanto que a distinção é a operação pela qual se reconhece a sua identidade. O par porém é interdefinível, pela relação de pressuposição recíproca, e é indispensável para a estrutura elementar da significação (GRUBITS, DARRAULT-HARRIS, 2003, p. 186).

Por outro lado, autores como Noack (2006), pensam que o ponto de partida é a observação de que as ideias de unidade, coerência e continuidade, enquanto constituintes do conceito de identidade, parecem perder o seu poder explicativo atualmente, na assim chamada pós-modernidade. O ideal de um EU uno e total levou a muitos debates e fez perguntar sobre se se deveria abdicar do conceito de identidade.

Alteridade por definição é a capacidade de se colocar no lugar do outro na relação interpessoal (relação com grupos, família, trabalho, lazer é a relação que temos com os outros); com consideração, identificação e dialogar com o outro. Quando você se relaciona com outra pessoa ou grupos é preciso conhecer a diferença, compreender a diferença e aprende com a diferença, respeitando o indivíduo como ser humano psicossocial. Isso é alteridade.

Moscovici (2004) compreende a identidade como representação do ator social, um fenômeno cognitivo em que o próprio ator social é o objeto de seu conhecimento, e este projeta sua identidade no objeto que representa. As representações sociais buscam conhecer o modo de como um grupo constrói um conjunto de saberes que

expressam a identidade do grupo social, ou seja, as representações que ele forma sobre vários objetos, e principalmente o conjunto dos códigos culturais que definem, em cada momento histórico, as regras de uma comunidade. Grubits e Darrault-Harris (2003, p. 186) ainda sobre identidade, apontam o seguinte:

A identidade serve igualmente para designar o princípio da permanência, que permite ao indivíduo continuar o “mesmo”, de “persistir no seu ser”, ao longo de sua existência narrativa, malgrado as mudanças que ele provoca, sofre ou aquelas que podem ocorrer de forma mais inesperada e repentina.

Machado (2005) propõe que a compreensão da identidade é enriquecida quando se analisam as narrativas a partir de traços culturais, sendo que esses dão significado à identidade, ou seja, não se pode compreender a identidade sem considerar a cultura e vice-versa. A cultura não deve se manter em uma suposta integridade. O que deve ser preservada é sua diferenciação em relação às outras culturas, ou seja, as fronteiras, e essas são traçadas por elementos que têm origem cultural. Aliado a esta ideia, Ayres (2004b, p. 75) afirma o seguinte, “[...] nossas identidades não são construções a priori, inscritas como um destino inexorável para nossas biografias no momento em que nascemos. Esta identidade vai sendo construída no e pelo ato de viver, de por-se em movimento pelo mundo”.

O cuidado nas práticas de saúde

Quando se fala de cuidados nas práticas de saúde, diversos fatores estão envolvidos. Dentre estes fatores incluem-se as diferenças sociais, culturais e religiosas, ou seja, tudo aquilo que constitui uma pessoa. Enquanto profissionais de saúde deve-se levar em consideração tais fatores no que tange a prática em saúde. As ações de saúde são e sempre foram norteadas por conceitos e pressupostos metodológicos que embasam a atuação dentro da relação terapêutica. As tecnologias ajudam no tratamento e na lida com paciente. É por meio delas que se consegue estabelecer determinada confiança quando se propõe um trabalho terapêutico.

Diante de tantas diferenças, entende-se que o cuidado dispensado ao paciente deve ir muito além daqueles aspectos técnicos e instrumentais da biomedicina. Em se tratando das diversas culturas presentes nesta sociedade e de grupos populacionais específicos, nos perguntamos: será que nossa prática consegue acompanhar e ter o cuidado ideal com esta diversidade?

Diante deste questionamento nos propomos a falar sobre o Cuidado, dentro de uma visão heideggeriana. Dentro desta visão o Cuidado vai transformar as ações em saúde, em uma prática que vai muito além das ciências biomédicas, ele se apresenta como uma poderosa ferramenta para a transformação das ações e serviços de saúde. Este novo cuidado também irá proporcionar um novo significado a humanização e transcender as estruturas conceituais de saúde.

Dentro da visão existencialista heideggeriana, Ayres (2004b) explica que o cuidado para Heidegger, refere-se a essa “curadoria” que está sempre exercendo sobre a sua própria existência e a do seu mundo, nunca como ato inteiramente consciente, intencional ou controlável, mas sempre um resultado de uma autocompreensão e ação transformadoras. Segundo este mesmo autor, para Heidegger, em sua visão ontológica, o existir humano seria essa auto-reflexão que designa o cuidado como o próprio ser do homem - *ser-aí-da-sein* (AYRES, 2004b).

Nesta visão heideggeriana, o homem é uma constante de transformação e pode ser pensado fora dos padrões impostos pelo conhecimento científico e por conceitos cristalizados. O homem é um ser mutável de infinitas possibilidades. É um ser de contínua concepção e realização. É um ser de projetos e sonhos e de felicidade. Neste sentido:

[...] a noção de felicidade remete a uma experiência vivida valorada positivamente, experiência esta que, frequentemente, independe de um estado de completo bem-estar ou de perfeita normalidade morfofuncional. É justamente essa referência à relação entre experiência vivida e valor, entre os valores que orientam positivamente a vida com a concepção de saúde, que parece ser o mais essencialmente novo e potente nas propostas de humanização (AYRES, 2004b, p. 19).

É importante destacar que, quando falamos de sujeitos de sonhos, de felicidade e com um projeto de vida, estamos falando dentro de uma visão existencialista, de sujeitos em constante transformação - *de-vir*. Onde passado, presente e futuro implicam uma experiência co-existente. Quando falamos de projeto de vida, falamos sobre o ser que “esta lançado” no mundo. Ser existencial constituído da herança genética e da cultura que o cerca. Um ser que é “ser para” e “ser-com”. “Implica intersubjetividade e interação, que conferem novidade ao que já era nosso, pelo modo como nos re-apropriamos continuamente de nossa existência comum” (AYRES, 2007, p. 55).

O conceito de felicidade transcende qualquer estado de coisas ou de completo. A primeira delas diz respeito à definição de saúde utilizada pela Organização Mundial da Saúde - OMS na década de 70, onde se diz o “estado de completo bem-estar físico, mental e social”. A felicidade transcende este conceito porque permite o movimento das coisas, pois, nós próprios nos movemos e nos transformamos a todo tempo. O conceito de felicidade é que irá apontar o caminho para a ação.

As ações em saúde também precisam deste movimento, desta mudança em suas práticas. É preciso repensar o modelo biomédico – paradigma biomédico - que prioriza a prevenção, o controle de risco e a normalidade funcional. Ayres (2007, p. 51) quando fala sobre os aspectos do modelo biomédico aponta para o seguinte:

A racionalidade instrumental biomédica esta enraizada nos horizontes normativos desse contexto de sociabilidade. Sua relação com a chamada desumanização prende-se ao fato de que, ao longo de sua história, a aplicação dessa instrumentalidade perde de vista os processos de transformação e reconstrução prática de suas bases normativas, absolutizando as relações meios-fins sobre as quais se constitui essa instrumentalidade coo o discurso sobre saúde por definição.

Quando falamos de integralidade, humanização e cuidado, falamos de um conjunto de princípios e estratégias que norteiam ou deveriam nortear as relações entre os sujeitos – pacientes e profissionais de saúde. A questão é, o quanto os conceitos em saúde

podem limitar a práticas dos profissionais quando da sua atuação diante de sujeitos tão distintos e em movimento para mudanças:

[...] os horizontes normativos que orientam os conceitos de saúde e doença são construídos socialmente, mas os obstáculos à felicidade que estes horizontes permitem identificar são também fruto da vida em comum, e só coletivamente se consegue efetivamente construir respostas para superá-los. (AYRES, 2004b, p. 27).

A atenção à saúde não pode apoiar-se apenas na tecnologia. Certamente, reconhecemos a importância que a ciência e sua tecnologia têm para o tratamento de nossos sujeitos, no entanto devemos, enquanto profissionais desenvolver sensibilidade. Devemos considerar os aspectos socioculturais do processo saúde-doença. O cuidado vai muito além dos utensílios médicos e da tecnologia. Envolve relações humanas, envolve intersubjetividades. “É preciso buscar outros tipos de conhecimento, [...] é preciso que o cuidado em saúde considere e participe da construção de projetos humanos” (AYRES, 2004a, p. 85).

Ao falar de uma noção de ser existencial, do ser lançado no mundo, falamos do desafio proposto para as novas práticas em saúde, uma vez que subentende-se que estas práticas também são reconhecidas como cuidado, lançadas no mundo e sendo reconstruídas, um horizonte de mudanças e transformações no dinamismo que caminha junto com o ser existencial. O cuidado é, pois “[...] designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de recuperação da saúde” (AYRES, 2004b, p. 22).

O desafio então é humanizar as práticas de saúde, tirando-as do roteiro estético. Deixar de lado o atendimento mecanizado, dispensados as pessoas. Trata-se aqui da presença ativa dessas pessoas. De acordo com Ayres (2007) ao modo de uma visão hermenêutica, operar o cuidado sugere admitir que a objetualidade, intrínseca as ações de saúde, não deve ser produto unicamente do saber instrumental provido pelo arsenal científico-tecnológico de seus serviços e seus profissionais, dispensados ao usuário ou população. O que

se propõe dentro de perspectiva hermenêutica é a reconstrução humanizada das práticas de saúde. Uma mudança que oriente seus profissionais, serviços, os programas e políticas, tornando-os mais sensíveis diante dos sujeitos com projetos de felicidade.

Neste sentido, o encontro terapêutico deve transcender o cenário onde a relação entre profissional e paciente configura-se no atendimento sistematizado e protegido pela tecnologia. É preciso ir além, pensar na humanização desta relação onde o Cuidado nas práticas de saúde vai proporcionar uma relação terapêutica que irá priorizar a troca entre os pares. Onde saber instrumentar e sabedoria prática irão trabalhar em conjunto. Esta sabedoria prática da um tom de humanização em nossas ações, pois por ela entende-se um tipo de sabedoria que não cria objetos, pelo contrario, ela constitui pessoas. Neste sentido:

[...] quanto mais o cuidado se configura como uma experiência de encontro, de trocas dialógicas verdadeiras, quais mais se afasta de uma aplicação mecânica e unidirecional de saberes instrumentais, mas a intersubjetividade ali experimentada retroalimenta seus participantes de novos saberes tecnocientíficos e práticos (AYRES, 2007, p. 53).

Este encontro pautado em um novo conceito de Cuidado é capaz de relacionar a técnica com aspectos humanos da atenção à saúde permite uma nova configuração na díade paciente e profissional de saúde, dispostos a ouvir e serem ouvidos. Deve-se priorizar por uma relação, um encontro, onde o sujeito atendido possa resgatar sua identidade e apoderar-se de sua responsabilidade diante de um novo estado existência, neste caso, a doença.

É preciso ampliar os horizontes normativos que guiam nossas práticas de saúde. Devemos expandir nossos horizontes, caminhar junto com as mudanças que afetam nossos pacientes, assim “como norte e desafio central da humanização é a progressiva elevação dos níveis de consciência e domínio público das relações entre os pressupostos, métodos e resultados das tecnociências da saúde com os valores associados à felicidade humana” (AYRES, 2004b, p. 20).

Quando o cientista e/ou profissional da saúde não pode prescindir da ausculta do que o outro (o paciente ou os grupos populacionais assistidos) deseja como modo de vida e como, para atingir esse fim, pode lançar mão do que esta disponível (saberes técnicos e valores pessoais, a religião etc.), então de fato já não há mais objetos apenas, mas sujeitos e seus objetos. Ai a ação assistencial reveste-se efetivamente do caráter de Cuidado (AYRES, 2004a, p. 86).

O que precisamos é tornar nossas práticas e nosso modo de enfrentar a realidade, mais flexível. Ter dinamismos nas técnicas, quando a situação nos pede. Nosso trabalho terapêutico deve ter como prioridade a mudança, acolher o novo e estar aberta a reconstrução das práticas. Segundo Ayres (2004b) um bom começo para as mudanças esta no acolhimento. De acordo com este autor o acolhimento é “recurso fundamental para que o outro do cuidador surja positivamente no espaço assistencial, tornando suas demandas efetivas como o norte das intervenções propostas, nos seus meios e finalidades” (AYRES, 2004b, p. 23).

Outra ferramenta importante para a mudança em nossas práticas é o dialogo, o qual dentro de uma perspectiva hermenêutica irá fazer a fusão de horizontes. A qualidade com que recebemos e ouvimos nossos pacientes fará toda a diferença. Mas estamos diante de uma grande questão: a alteridade. Sim, será necessário aprender a conhecer e respeitar a cultura indígena para poder ouvi-los com o devido respeito. Será que estamos dispostos a ouvir nossos sujeitos naquilo que eles são antes de primeiro ver sua doença, ou ouvimos estes sujeitos apenas com os ouvidos da tecnologia? Quando tomamos consciência deste novo Cuidado em nossas práticas, passamos a tratar, não só a doença, mais sim nossos sujeitos de projetos, sonhos e felicidades respeitando sua cultura e sua identidade.

A Saúde da mulher indígena na Região Centro-Oeste

Considerando a dificuldade de acesso a dados bibliográficos e dados de pesquisas, utilizamos o que foi possível sem entrar na ceara mais delicada de ONGs e outras instituições Públicas que exigiram muita burocracia e demandaram tempo para não prestarem

qualquer informação. Este dado, por si só, nos levou a reflexão. Sentimos que não é um tema que pareça ser bem vindo para estudos e indagações. Um tema que sugere ter algum tipo de sombra que de certa maneira não permite uma visão clara dos fatos.

Vamos nos valer de alguns dados observados pela FIOCRUZ e que podem nos auxiliar na compreensão de nossa indagação.

Observaremos alguns elementos pesquisados no Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (nº 7), 2009.

No caso a região que nos interessa é o Centro-Oeste. A margem estudada é bastante ampla, contudo é uma referencia sobre a mulher indígena e um indicador que mantém a iniciativa para novas buscas e proposição de pesquisas e propostas de soluções para os problemas encontrados.

Assim sendo, é importante observar vários dados para conseguir uma conclusão razoável.

Vamos aos dados que consideramos para este artigo:

1. Neste quesito foram registrados dados de observações a partir de ‘anotações gerais’ dos Cadernos FIOCRUZ (2009) feita sem dados estatísticos.

a) Fornecimento de água potável

Neste item observou-se a água para consumo humano e de animais. O Inquérito revela que em algumas aldeias foi relatado que não havia rede de água encanada e seus moradores captavam água de cacimba, chuva, igarapés e rios. Nas aldeias em que foram implantadas redes de distribuição de água, foi comumente indicado que a manutenção do sistema era deficiente. Em algumas aldeias havia o início do processo de implantação da rede de distribuição de água, porém ficou inconcluso, segundo vários relatos.

Neste item já é possível identificar que a saúde começa seus primeiros passos de forma diferenciada do não índio. De forma geral, não consomem água devidamente encanada e consequentemente tratada, contudo não podemos nos esquecer de que originariamente eles não sabem usar água encanada e a água para eles possuem significados diferenciados. Fica uma reflexão sobre o que é doença para o indígena, originariamente, e o que é doença para o não indígena.

b) saneamento básico

Aqui foi observada a baixa existência do saneamento básico. Foi descrito que poucas aldeias possuem sistema de saneamento básico. Naquelas onde foram construídos banheiros com fossa séptica nos domicílios, foi comumente indicado que há falta de água para a descarga de dejetos.

Neste item a situação ficou pior. Não tem saneamento básico e ausência de água para descarga de dejetos. Situação de saúde pública bastante grave. Não conseguiremos pensar em vida saudável, não é mesmo? Se isto fosse uma cidade de não índios. No caso estamos considerando a realidade indígena. Originariamente, eles não convivem com saneamento básico ou similar, eles mesmos resolvem estes problemas. Desde que lhes fossem dadas as devidas possibilidades de vivenciarem sua cultura. No momento que são aculturados e urbanizados, passamos a utilizar os parâmetros urbanos para verificar os padrões de saúde e doença destes povos e esquecemos sua identidade e cultura.

c) Geração de Renda e acesso a projetos de sustentabilidade

A pesquisa revela que a maioria das aldeias não conhecem os meios que viabilizam os financiamentos para geração de renda e sustentabilidade.

Neste item fica claro que a falta de conhecimento dos meio geradores de renda, torna o indígena refém dos programas assistenciais e, além disso, os faz mais infantilizados, do ponto de vista emocional. Não são capazes de prover seu próprio sustento.

d) Um dado muito significativo apresentado foi que no

Centro-Oeste, sobretudo no Mato Grosso do Sul, a questão fundiária (regularização e demarcação de terras) foi reiteradamente indicada como importante problema. As populações indígenas daquele estado estão *confinadas* em áreas diminutas que não oferecem condições de acesso a todos para produção de alimentos. As aldeias recebem cestas básicas do Governo do Esmedidas paliativas que não oferecem indicativos de melhoria das condições de vida da população (FIOCRUZ, 2009, p. 88).

Neste item a única coisa que nos resta é lamentar. O confinamento que além de tudo tira a cultura, dignidade, esperança e autoestima de um povo.

e) Em relação à assistência à saúde as críticas foram para FUNASA. Solicitaram mais profissionais de saúde. Afirmam que as estruturas são precárias para os atendimentos em algumas aldeias e que falta transporte para locomoção de pacientes que necessitam de atendimento especializado. Enfim, o atendimento a saúde, de um modo geral, é percebido como precário.

Neste item temos a constatação, de forma geral, que o atendimento a saúde não é aquilo que deveria ser. Os indígenas sentem-se desamparados e sem atendimento especializado adequado e, além disso, sem a devida locomoção.

f) Curiosamente poucas aldeias revelaram ter algum tipo de produção ou criação de animais de forma coletiva. Conforme o Inquérito, diversas lideranças informaram que no passado houve iniciativas neste sentido, mas que “não deram certo”.

Neste item fica uma curiosidade: o que aconteceu? Apesar de que para algumas áreas o simples fato de estarem ‘confinados’ em espaços pequenos, já é determinante para o insucesso de práticas coletivas. A sobrevivência fala mais alto. Contudo, em outras áreas, o que deve ter gerado esta não coletividade?

2. Estrutura física do domicílio

No Centro-Oeste a combinação encontrada mais comum foi:

Piso: tipo chão de terra – a maioria, 58,2%;

Parede: de tijolo – a maior parte, 45,3% ou outros materiais -20,8% e

Cobertura/telhado: de palha – menos da metade, 30,0% ou telha.

3. Com relação ao local onde os moradores costumam defecar

Em mais de 70% dos domicílios indígenas investigados as pessoas referem que defecam fora do domicílio, com um terço indicando que defecam “no mato”.

É importante destacar que na Região Centro-Oeste, há uma importante concentração de respostas na opção fora de casa que significa na latrina/sanitário usado somente por aquele domicílio, isto em um total de 65,7%.

Neste item temos um dado muito relevante apesar de a grande maioria defecar “no mato”, foi detectado que no Centro-Oeste a maioria usa a latrina/sanitário.

Vale lembrar que já fora destacado a falta de água para descarga de dejetos. Portanto usam a latrina/sanitário, mas não devem ter água suficiente para descarga de dejetos.

4. Em relação destinação do lixo

Em aproximadamente 80% dos domicílios investigados, consideradas todas as macrorregiões, o lixo é predominantemente enterrado. A segunda categoria mais frequente, ainda que reduzida, é lixo “coletado por serviço de limpeza”, perfazendo 13,0%.

No Centro-Oeste este percentual é de 98,6%, o que equivale dizer que a maioria absoluta de domicílios tem a prática de enterrar o lixo.

Neste item temos um problema gravíssimo. Como será que isto é conduzido? Como está a contaminação do solo? Do lençol freático? Enfim temos uma questão de saúde pública a olhos vistos. Isto somado a falta de água, latrina e aí vai escorrendo a saúde pelo cano do descaso.

5. Origem da água potável

No que tange a origem da água utilizada para beber, há uma significativa diversidade considerando as macrorregiões, com as frequências mais elevadas para as categorias denominadas de “torneira fora de casa de uso do domicílio” que tiveram índices de 36,6% e, posteriormente, as categorias “torneira dentro de casa” com índices de 19,1% e a categoria “outros” 14,2% .

No Centro-Oeste há um grande predomínio de “torneira fora de casa de uso do domicílio” atingindo a maioria absoluta com índice de 63,5%.

O Inquérito investigou, também, no caso de água para beber referida como oriunda de torneira, qual era a origem da água. No Centro-Oeste houve absoluto predomínio de “rede da FUNASA”, com proporção acima de 90%.

Foi também perguntado quanto à existência de torneira com água dentro de casa, que poderia ter uso para beber ou outros fins. Há dois conjuntos que se destacam: no Norte 91,6% e no Centro-Oeste 85,3% predominou a resposta negativa, qual seja não dispõem de torneira dentro de casa que funcione.

Neste item há uma incongruência. Existe torneira dentro de casa, contudo torneira que não funciona. Não funciona e não tem água potável. A água utilizada está fora do domicílio. Quanto ao tratamento dado para a água para beber, no Centro-Oeste o uso de hipoclorito de sódio e decantar/coar a água foi de 3% e de ferver a água foi de menos de 7%. O que equivale dizer que os cuidados com a água não são os adequados ou recomendados.

6. Energia elétrica

Aproximadamente um terço dos domicílios no Centro-Oeste não tem luz elétrica.

No conjunto das macrorregiões, 19,8% dos domicílios referiram utilizar algum meio para o aquecimento domiciliar, com as maiores proporções no Centro-Oeste que foi de 36,0%. No Centro-Oeste o “fogo no chão” foi a categoria mais referida com 88,8%, no Sul/Sudeste o predomínio foi o de “fogão à lenha” com 64,9% para fins de aquecimento.

Neste item notamos a existência de áreas sem recursos elétricos. Isto faz grande diferença na qualidade de vida e na qualidade de saúde. Revela o padrão de vida que esses indígenas devem manter. E pensar que poderiam ter começado com filtro de barro e vela de louça, a necessidade de energia elétrica já demonstra a urbanização que pretendemos para estes povos.

7. Itens para caracterização socioeconômica dos domicílios

Foi observada a quantidade de 19 itens, se presentes ou não nos domicílios. Para todas as variáveis foi identificado que as médias são sempre inferiores a 01, indicando que os domicílios têm menos de uma unidade de cada um dos itens. Para diversas variáveis, tais como rádio AM/FM, geladeira e/ou freezer, fogão, forno de micro-ondas e animal de carga/trabalho, observa-se um gradiente, com os menores valores médios no Norte, seguidos pelo Centro-Oeste, Nordeste e Sul-Sudeste, respectivamente. Para outras variáveis, ainda que o gradiente não esteja presente, nota-se que os valores para o Norte e Centro-Oeste tendem a ser menos elevados que aquelas do Nordeste e Sul/Sudeste.

Ao gerar indicadores de diferenciação socioeconômica, constatou-se um valor intermediário para o Centro-Oeste. Isto a partir da “Análise de Componentes Principais” uma técnica estatística multivariada aplicada pela FIOCRUZ.

A caracterização socioeconômica revelou no primeiro componente os eletrodomésticos, geladeira, freezer, videocassete/DVD, fogão, telefone celular e antena parabólica. O que caracteriza uma urbanização. No segundo componente surgem o motor de popa, ralador de mandioca e motosserra. Caracteriza uma produção mais rural.

Neste item fica notória a urbanização do indígena. Eles consomem os produtos da cultura ‘branca’. Estamos falando de um indígena urbano.

8. Fonte de Renda

Neste item constata-se que no conjunto das macrorregiões pesquisadas, o trabalho remunerado corresponde a 62,0% e os benefícios sociais a 63,9%. Estas foram as principais fontes de dinheiro para os moradores dos domicílios investigados.

É muito curioso notar que há equivalência da importância da venda de artesanato ou produção cultural para todas as macrorregiões, *com exceção do Centro-Oeste, que apresenta uma proporção mais baixa 8,7%*.

Neste item a observação é pareada a outro já expresso, qual seja, o da incapacidade de gerar renda. Não conhecem os meios geradores de renda. No Centro-Oeste desconhecem a importância do artesanato como expressão cultural e fonte de renda. A questão é: quando e como isto começou? Porque os indígenas, do Centro-Oeste e de forma geral, abandonaram o artesanato como fonte de expressão e renda? O que isto nos revela?

9. Estratégias domésticas de obtenção dos alimentos

Neste item verificou-se que a compra foi a estratégia mais frequente em todas as macrorregiões.

A segunda fonte dos alimentos mais frequentemente referida pelos domicílios é o cultivo e a criação doméstica de animais.

Por outro lado, a coleta e a caça ou pesca mostraram-se importantes fontes de obtenção de alimentos para os domicílios indígenas.

Neste item notamos que os indígenas são reféns dos programas assistencialistas. A principal fonte de obtenção de alimentos é a compra. Em algumas áreas é bastante compreensível, não têm onde plantar ou criar, afinal as terras não são suficientes.

10. Alimentação

Quanto ao tipo de gordura utilizada para cozinhar, predomina em todas as macrorregiões o óleo vegetal.

Foi perguntado nos domicílios quanto à percepção de faltar ou sobrar comida ao longo do ano.

Mais da metade dos domicílios de todas as macrorregiões referiram percepção de falta. Quanto à sobra, a menor proporção foi no Centro-Oeste com o percentual de 40,4%, com as demais macrorregiões na faixa de 55-70%.

Os responsáveis pelos domicílios foram indagados quanto ao que costumam comer/beber a partir de uma lista com 14 itens ou combinações. Para diversos itens ou combinações, não houve diferenças entre as macrorregiões, com proporções elevadas em todas:

Mandioca: acima de 95%; Batata e outros tubérculos: 80-90%; Frutas: acima de 90%; Ovos: acima de 85-95%; Frango: acima de 90%.

Neste item devemos considerar que os indígenas estão tão urbanizados que utilizam o óleo vegetal na alimentação. No tocante a falta de alimento, no Centro-Oeste é revelado o fato de faltar alimentos, ou seja, não há sobras de alimentos. Muito preocupante é o tipo de alimento ingerido. Ingerem de forma demasiada carboidratos o que equivale pensar em sobrepeso para esta população.

Considerações finais

Quando pensamos em saúde e em suas práticas surge um conceito deveras importante ligado a elas que é o cuidado. Ayres (2004a, p. 74) relata que o cuidado que conhecemos em saúde é aquele consagrado como “[...] o conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento”. No entanto, este mesmo autor, nos apresenta uma nova forma de cuidado, defendida por Heidegger, em sua visão existencialista. Dentro desta visão, ontológica existencialista, o conceito de Cuidado vai

transcender qualquer definição que possa ser dada a este conceito, principalmente, no que diz respeito as nossas práticas em saúde. Assim tratamos:

[...] aqui do cuidado como um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade (AYRES, 2004a, p. 74).

Dentro da visão existencialista heideggeriana, Ayres (2004a) explica que o cuidado para Heidegger, refere-se a essa “curadoria” que está sempre exercendo sobre a sua própria existência e a do seu mundo, nunca como ato inteiramente consciente, intencional ou controlável, mas sempre um resultado de uma autocompreensão e ação transformadoras.” (HEIDEGGER, 19995 *apud* AYRES, 2004b, p. 21). Segundo o autor para Heidegger o existir humano seria essa auto-reflexão que designa o cuidado como o próprio ser do humano – “*ser-aí*” ou *da-sein*. Em relação a esta definição do ser, explica-se:

O *dasein* ou “*ser aí*”, construção com a qual caracteriza a existência humana, é um “estar lançado” num mundo que por sua vez, só é percebido enquanto tal na (por meio da) atividade “projetiva humana”, isto é, da tripartição temporal da consciência do ser (em presente, passado e futuro), efetivada e possibilitada no e pelo ato de atribuir significado às experiências pretéritas, a partir de uma vivência atual, estendida como o devir de um projeto existencial (AYRES, 2004b, p. 75).

É nesta perspectiva de um ser lançado no mundo que este novo Cuidado irá movimentar-se para estar lado a lado com o humano em sua condição existencial de mudança. Este novo conceito de Cuidado defendido como uma das principais ferramentas para modificar nossas práticas em saúde, é capaz de transformar o encontro terapêutico – humanizá-lo. É a renovação das práticas em saúde. O

cuidado, dentro de sua visão ontológica existencial irá propiciar o encontro das intersubjetividades. Ele proporcionará também o desenvolvimento de uma nova concepção dialógica, onde se apresenta oportunidade para ausculta sensível, dialogo e acolhimentos humanizados. Este é o novo horizonte normativo das ações em saúde.

Quando falamos dos serviços e das ações em saúde, políticas públicas, leis e normas, tecnologias, estamos falando de uma característica normativa que define toda estas ações, mas que ao mesmo tempo se distanciam das características singulares de seus usuários, principalmente no que diz respeito aos aspectos psicossociais da doença. É neste sentido que precisamos repensar e reconstruir nossas práticas de saúde, principalmente quando se trabalha com populações tão distintas. É o caso deste estudo, o qual irá trazer características marcante e singular encontradas no grupo indígena estudado. Enquanto profissionais de saúde, precisamos ter o cuidado de levar em conta estas particularidades, para que o serviço prestado a esta população alcance seus fins com qualidade. Ações e práticas efetivas são aquelas onde existe o dialogo e a troca entre os pares. Onde os diferentes saberes atuam dentro do cenário clínico. Onde ocorre a fusão dos horizontes.

Por que estamos falando em CUIDADO? Parece-nos bastante óbvio que o que embasa as relações no entorno da saúde deveria ser o cuidado com o ser humano. Observando o Inquérito apresentado pela FIOCRUZ, neste artigo, notamos várias vezes a falta de cuidados elementares para com a saúde básica. Chegamos a apontar elementos que seriam ou poderiam ser considerados da ordem de saúde pública ou doença pública, porque não? Podemos elencar vários elementos desde a água, como fonte que falta ou é inadequada para o consumo, como pensar em saúde dessas mulheres se elas não dispõem sequer de água potável. Não podem contar com a água para descarga de dejetos em caso de utilização de sanitários ou latrina. Uma vida, no sentido de saneamento básico, muito rudimentar e precário. Sugerindo que a queixa sobre a Saúde, que os indígenas fazem é procedente e muito pertinente. Muito seguramente a relação de oferta de serviços de saúde é bastante falha e deixa a desejar. O que equivale a dizer que essas mulheres não recebem os cuidados básicos necessários.

Se voltarmos nosso olhar para a alimentação, continuamos a percepção de uma alimentação, além de bastante urbanizada, muito enriquecida por carboidratos. Isto sugere uma margem de pessoas com sobrepeso. Uma alimentação pobre, descuidada, sem a devida orientação. Devemos considerar que no Mato Grosso do Sul, os indígenas relatam que estão confinados em espaços pequenos e que não conseguem produzir adequadamente. Soma-se a isto o fato deles não mais se sentirem capazes de produzirem em conjunto, perderam a noção de coletivo e, também, estão deixando de lado o artesanato como fonte de renda. Neste sentido é revelado que não conhecem os modos geradores de renda. Estão acostumados a serem supridos pelos Programas de Governo. Isto não sugere um traço de autonomia e equilíbrio. Sugere uma formação de identidade dependente e conseqüentemente mais infantilizada e insegura.

De forma geral, podemos concluir que a saúde da mulher indígena no Centro-Oeste é uma decorrência de sua localização e construção de sua identidade. Por certo esta mulher deve estar com serias dificuldades em construir um projeto de felicidade atrelado a sua cultura, considerando a avalanche urbanizadora que as acometeu.

Percebemos que elas estão urbanizadas e como tal envoltas nos projetos e planos que caracterizam a cultura do não índio. Isto, por si só, já é motivo de *entristecimento*. Estamos considerando que estas mulheres não escolheram este fato em seus planos de vida, mas foram brutalmente tragadas por eles. Aqui podemos pensar em uma perda ou confusão de identidade. Conforme já mencionamos anteriormente, Grubits-Darrault-Harris (2000), Ayres (2004b), Machado (2005), concordam que as narrativas irão construindo a identidade do sujeito ao longo de sua existência. É bom lembrar que estas narrativas podem ser embasadas em uma vida saudável ou não e isto fará toda a diferença na construção da identidade deste sujeito.

Finalmente, pensamos que além de decretos como o que criou a comitê de Gestão Integrada de Atenção em Saúde e Segurança Alimentar para a População Indígena, se faz necessário uma reestruturação na forma como os CUIDADOS são ofertados a esta população, sobretudo para as mulheres, alvo de nosso trabalho. Considerando os Cuidados em uma visão existencialista é possível, também, considerar que existe uma pessoa com um projeto de vida que inclui

sua felicidade conforme seus valores culturais. Para que isto seja possível é importante que a SAÚDE esteja ao seu alcance. Sem as condições mínimas de moradia, de saneamento básico e condições alimentares, não é possível pensar em um contexto de saúde e sim de um problema público a ser imediatamente solucionado.

Pra se falar em saúde indígena é preciso ouvir o rezador da aldeia e nunca impor nossos avanços científicos e tecnológicos e principalmente nossa soberba farmacológica e ambiental, os mesmos são produtos de uma cultura e genes adaptados a sua própria evolução.

Fica a intenção de novos trabalhos que dê continuidade à indagação central sobre a saúde da mulher indígena. No nosso caso, observamos, que a saúde da Mulher Indígena no Centro-Oeste encontra-se bastante comprometida e requer Cuidados emergenciais.

Referências

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 73-92, set., 2003-fev, 2004a.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n.3, p. 16-29, set-dez, 2004b.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis - Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

FIOCURZ. **Inquérito nacional de saúde e nutrição dos povos indígenas**. Relatório Final. (Análise dos dados), n. 7. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 01.12.2009.

GRUBITS, S.; DARRAULT-HARRIS, L. **Psicossemiótica na construção da identidade infantil**: um estudo da produção artística de crianças Guarani/Kaiowá. São Paulo: Casa do Psicólogo; Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco, 2000.

GRUBITS, S; DARRAULT-HARRIS, I. Ambiente, identidade e cultura: reflexões sobre comunidades Guarani/Kaiowá e Kadiwéu de Mato Grosso do Sul. **Psicologia & Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 182-200; jan/jun., 2003.

MACHADO, H. V. Identidade organizacional: um estudo de caso no contexto da cultura brasileira. **Revista de Administração de Empresas - eletrônica**, São Paulo, v. 4, n. 1, jun., 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v4n1/v4n1a12.pdf> Acesso em: 6 mai 2014.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2004.

NOACK, J. A ideia de identidade sob uma perspectiva semiótica. **Revista Galáxia**, São Paulo, n. 12, p. 103-113, 2006.

Contato das Autoras

Regina M.Jurgielewecz Gomes – E-mail: reginajur@terra.com.br/reginagomes@ufgd.edu.br

Sônia Grubits – Email : sgrubits@uol.com.br

Recebido em: 15/07/2015

Aceito em: 10/08/2015