

***Oguata Pyahu* e o desafio de SUStentar (trans)formações e diretos em um novo caminhar na Saúde Indígena**

Paula Aparecida dos Santos Rodrigues¹

Cátia Paranhos Martins²

Elenita Sureke Abilio³

RESUMO

Em (trans)formação no SUS, após a formação no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Saúde Indígena, na UFGD, trago neste trabalho como profissional de saúde, o relato de experiência dos novos caminhos percorridos na saúde indígena, agora na Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), no Polo Base de Amambai/MS. Destaco as vivências na atenção primária em saúde nos municípios de Amambai, Coronel Sapucaia e Aral Moreira, contemplando as comunidades *Guapoy* (Amambai), *Taquaperi*, *Guassuty*, *Guaiviry* e *Kurussu Ambá*. Apresento o desafio de SUStentar em novos territórios e com inspiração na mobilidade *kaiowá* e *guarani* através do *Oguata Pyahu* (novo caminhar). Esse caminho segue sem fixação possibilitando (trans)formações e encantamentos. Junto à experiência vivenciada atualmente, estão as inquietações de estar em um lugar diferente, e receber o convite subjetivo a novas imersões e deslocamentos. Essa experiência apresenta, através do cuidado em saúde, a possibilidade de vivenciar as Políticas Públicas que buscam contemplar a diversidade dos povos e oferecer visibilidade às práticas tradicionais. Trago na bagagem de aprendizado e uso como norte a Educação Popular em Saúde, a Humanização, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, as Práticas Integrativas e Complementares do SUS, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos entre outras ferramentas do Sistema Único de Saúde (SUS). Diante de toda a sistematização, fico curiosa para compreender como se dá a aplicabilidade de movimentos e lutas transformados em Política, indo, também, além do próprio sistema, para uma formação cidadã. Nesse sentido, apresento o investimento em espaços de diálogo, buscando favorecer a autonomia e o protagonismo dos *kaiowá* e *guarani*. Destacam-se as vinculações produzidas em rodas de conversa de forma horizontalizada com trabalhadores(as) de saúde, educadores(as), rezadores(as), usuários(as) e suas famílias, também em grupo de geração de renda que

¹ Psicóloga especialista em Saúde com ênfase em Saúde Indígena pela Residência Multiprofissional em Saúde/UFGD, Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), Polo Base de Amambai/MS.

² Doutora em Psicologia pela UNESP-Assis/SP, Docente graduação Psicologia FCH/UFGD, tutora do programa de Residência Multiprofissional em Saúde/UFGD.

³ Mestre em Ensino em Saúde pela UEMS, Docente Faculdade Anhanguera de Dourados/MS, Psicóloga do CAPS-AD de Dourados/MS.

investe na agricultura familiar, no cultivo de plantas medicinais, na produção de artesanatos entre outras atividades, sempre com articulação em rede social e de saúde. A intenção é, a partir da construção coletiva e compartilhada, (re)construir e fortalecer laços identitários, valorizando a concepção dos povos indígenas sobre as alternativas, oportunidades e soluções que eles próprios encontram a partir de sua vida em comunidade para enfrentar os desafios e constituir-se como sujeitos de direito.

Palavras-chave: *Oguata Pyahu*; Sistema Único de Saúde; Saúde Indígena; *Kaiowá*; *Guarani*

INTRODUÇÃO

Em (trans)formação no SUS, após a formação no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), com ênfase em Saúde Indígena, na Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), trago neste trabalho como profissional de saúde, o relato de experiência dos novos caminhos percorridos na saúde indígena, agora na Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), no Polo Base de Amambai/MS.

Destaco as vivências na atenção primária em saúde nos municípios de Amambai, Coronel Sapucaia e Aral Moreira, contemplando as comunidades *Guapoy* (Amambai), *Taquaperi* e *Kurussu Ambá* (Coronel Saúcaia), *Guassuty* e *Guaiviry* (Aral Moreira).

As equipes de saúde são organizadas com trabalhadores(as) das profissões: Enfermagem, Técnico de Enfermagem, Odontologia, Auxiliar de Saúde Bucal, Agente Indígena de Saúde, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Farmácia, Vacinadora entre outros setores de organização das ações em saúde.

O desafio de SUSentar se apresenta, então, em novos territórios, mas ainda com os *Kaiowá* e *Guarani*. A partir desse encontro, ainda sigo com inspiração na mobilidade *Oguata Pyahu* (novo caminhar), tomando as construções possibilitadas na RMS como um novo caminhar no SUS.

A RMS como modalidade de educação em serviço, tem como base a Educação Permanente em Saúde, com o intuito de qualificar o SUS. Na UFGD, a RMS teve início em 2010, incluindo as especialidades de Enfermagem, Nutrição e Psicologia. O Programa busca contemplar a integralidade por meio da ação multiprofissional entre as áreas no contexto do SUS, através das ênfases em Atenção Cardiovascular e Atenção à Saúde Indígena (BRASIL, 2014).

No Programa, os Residentes conhecem e atuam nos setores do Hospital Universitário (HU), ainda em campos de prática externos com experiências na Atenção Básica, Atenção Especializada, na SESAI, Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) e no Hospital e Maternidade Porta da Esperança-Missão Presbiteriana Caiuá, vivenciando as rotinas dos serviços e dos usuários indígenas da região de Dourados/MS, de vários pontos de atenção da rede SUS.

Com o movimento de aproximação entre meu caminhar no SUS e a mobilidade *kaiowá* e *guarani*, através do *Oguata Pyahu*, trago Crespe (2015) que apresenta “o *Oguata*” traduzindo o caminhar entre as casas de parentes, busca pelo rezador e festas, através do convite “*jaha, jaha!*” (vamos, vamos!). Também diz que essa mobilidade, com a busca de outro lugar para viver, se refere à diminuição de conflitos entre parentelas. Com o uso do território, com a roça de coivara, para não levar a terra ao esgotamento a tempo de que ela se recupere, busca-se um novo lugar, em outro solo fértil.

Após tais movimentos, agora em outro solo fértil, com inserção na SESAI, trago na bagagem de aprendizado e uso como norte a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, a Política Nacional de Humanização, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicas entre outras ferramentas do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990). Diante de toda a sistematização, fico curiosa para compreender como se dá a aplicabilidade de movimentos e lutas transformados em Política, indo, também, além do próprio sistema, para uma formação cidadã.

Nesse sentido, apresento nesse trabalho as ações de investimento em espaços de diálogo, buscando favorecer a autonomia e o protagonismo dos *kaiowá* e *guarani*, através da construção coletiva e compartilhada para fortalecimento dos laços identitários.

CAMINHOS E MOVIMENTOS DO DESAFIO DE (SUS)TENTAR

“Um dia em profundo sono, o SUS lhe apareceu
Foi logo se apresentando e explicações lhe deu
Que o SUS não é do governo, que o SUS também era seu [...]
João então respondeu eu tô gostando de ver e o SUS lhe disse: tem mais
Melhor ainda vai ser, se equipes e usuários tentarem se conhecer
Então João acordou meio sem acreditar, mas estava decidido, não custa nada tentar
Se o SUS pediu ajuda, todo mundo tem que dar”.
(BRASIL, 2003).⁴

⁴ Música de Lincoln Macário Mota, “O dia que o SUS visitou o cidadão”, de 2003.

A busca por SUstentar os encantamentos e transformações junto aos kaiowá e guarani é viva em todos os espaços vivenciados atualmente. Contagiada por intensos deslocamentos nos últimos anos, sigo, sem fixação, a costura com os caminhos atuais. Aqui posso citar a Aldeia Amambai, chamada por referenciais dessa comunidade de *Guapoy*, localizada no município de Amambai. Nessa comunidade, existem três equipes de saúde, sendo dois postos de saúde, onde integro uma das equipes nas áreas chamadas de Panduí e Sertão.

Taquaperi, outro território que sigo caminhando, fica no município de Coronel Sapucaia, onde existem duas equipes de saúde, com dois postos de saúde. Aqui, faço parte, também de uma das equipes. Outra comunidade que atendo junto à mesma equipe, que é do mesmo município, é o Acampamento *Kurussu Ambá*, subdividido em três áreas, sendo I, II e III. Cada área com lideranças e organizações diferentes. Em *Kurussu Ambá*, a equipe realiza os atendimentos uma vez por semana, necessitando, então do revezamento dos profissionais. Dessa forma, encontro-me com essa comunidade uma vez ao mês.

Realizo os atendimentos também em *Guassuty*, no município de Aral Moreira. Aqui também devido a necessidade de revezamento entre os profissionais da equipe, me encontro uma vez por mês com a comunidade.

Na RMS vivenciei as diferenças entre o tempo cronológico e o tempo do vínculo. Hoje, sinto que tal experiência me ajudou compreender a importância de não ter pressa com o que pede calma. O tempo do encontro entre as diferenças pede suavidade. Aprendi também, que o caminho de transformações pede essa calma para a absorção das paisagens.

Sobre o cuidado em saúde, surge como desafio o tempo de escuta. Ouvir o outro, suas histórias, sua realidade e suas imersões traz o convite à interculturalidade e assim à mistura compartilhada de afetos.

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), criada em 2010 e vinculada ao Ministério da Saúde, é responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, para garantir aos usuários atenção integral através dos princípios do SUS, contemplando a diversidade brasileira (BRASIL, 1999).

A SESAI traz como diretrizes a organização dos serviços de saúde com Distritos Sanitários Especiais e Pólos base (atenção primária e serviços de referência); preparação dos trabalhadores para o contexto intercultural; monitoramento das ações aos povos indígenas; articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; promoção e uso adequado de medicamentos; promoção de ações específicas em situações especiais; promoção ética na

pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas; promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena e controle social (BRASIL, 2002).

Dessa forma, o acesso à saúde busca se democratizar com a valorização da comunicação entre as redes de atenção à saúde, nas construções vinculares e experiências humanizadoras, conquistando um espaço de evolução no âmbito da saúde coletiva, efetivando a cogestão⁵.

Sobre os cidadãos, sua diversidade e demandas singulares dos povos, podemos fazer uma reflexão sobre a formação de redes de conceitos, podendo citar um dos princípios do SUS: a equidade (BRASIL, 2012). As concepções sobre equidade no exercício do trabalhador estão relacionadas à visibilidade do usuário no sistema de saúde, produção do cuidado, produção de si entre outros impactos, o que está vinculado à garantia do acesso à saúde (TEIXEIRA, 2008).

Atualmente, tendo como companhia trabalhadores(as) com formações diferentes, em outros territórios e outro cenário, busco constantemente a disposição aos novos deslocamentos. O diferente continua sendo apresentado, agora em novos caminhos.

Tenho como companheiras de caminhada as coautoras desse trabalho, pois também são coautoras dessa história de encantamentos e (trans)formação. Nos anos de graduação Elenita me apresentou o SUS como luta e conquista de direitos, fazendo o convite para a experiência de conhecer para reconhecer. Mergulhei nas Políticas Públicas, fruto das lutas dos povos desse país e compreendi que a coletividade traz mais sentido aos trabalhadores de saúde. Reencontrei Elenita na continuidade do meu processo de formação, compartilhando a experiência da RMS.

Em especialização na RMS, também encontrei Cátia, que desde o início percebi olhar de forma especial para a realidade vivenciada pelos trabalhadores de saúde. Sua companhia possibilitou degustar e digerir as intensidades dos inúmeros lugares diferentes. Aprendi com ela também, o sentido da flexibilidade necessária nesse processo de deslocamentos junto aos povos indígenas e também em processos institucionais, por vezes desconfortantes.

Caminhamos juntas por uma rede de vínculos, reconstruindo os olhares sobre o SUS, sobre as formas de cuidar, sobre a diversidade étnica e sobre uma formação pautada na coletividade. Assim, entendemos o SUS como espaço de reencontros e continuidades. Por

⁵ Método de democracia institucional, através da pluralidade, transversalidade, com espaço de produção de subjetividade do coletivo. Traz a politização da gestão de forma compartilhada entre usuários, trabalhadores e gestores (CAMPOS; CUNHA, 2010).

isso, continuamos juntas no desafio de SUSstentar, tentando no SUS, SUSstentadas pela alteridade.

OGUATA PYAHU E NOVOS ENCONTROS

Apresenta-se no cenário da saúde um modelo médico hegemônico, com o olhar centrado no biologicismo, desconsiderando história e cultura, de forma curativa e pragmática. Em contraponto, estão as práticas populares junto às terapias alternativas, com práticas de saúde tradicionais, conhecimentos etnomedicinais dos povos indígenas e grupos comunitários (LANGDON, 2014).

Segundo Langdon (2014), é importante identificar a interação e a relacionalidade das práticas sociais, onde esse caráter relacional e de múltiplas vozes dizem das relações sociais com ligação ao processo saúde/doença, articulando conceitos e práticas. A intermedicalidade vem de uma realidade de negociações entre agentes políticos. Nesse sentido, é importante o valor da coletividade e autonomia dos povos, com o reconhecimento da pluralidade dos saberes.

A necessidade do fortalecimento dos espaços de diálogo se faz importante quando existe a tendência à fragmentação das práticas em saúde. Nesse sentido, é preciso o encontro do serviço e trabalhadores(as) com as famílias da comunidade, para que se possa reinventar as formas de cuidado e autocuidado.

O investimento nas ações preventivas abre um leque de estratégias que podem ser encontradas em construção coletiva. Na mistura dos olhares dos(as) trabalhadores(as), é possível acrescentar mais ingredientes, onde as oportunidades de escuta pedem um novo formato.

As observações disparadoras desse trabalho estão em torno de ações fragmentadas, diante da necessidade de mais espaços de diálogo entre equipe. Algumas falas ouvidas no trajeto aos postos de saúde, nas estradas, nos atendimentos, entre outros lugares, podem exemplificar tais reflexões. Trago as vozes que despertam-me inquietações, provocando movimentos em busca de um SUS que contemple a singularidade de cada território.

Em uma das comunidades, ouvi de um dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) “*a gente se sente humilhado, e ouvimos coisas que machucam...*” (sic). Após uma maior vinculação com a mesma pessoa ouvi “*você pode trazer uma apostila sobre autoestima para eu ler? Quero que aquelas informações do papel entrem aqui dentro...*” (sic).

Percebemos nas falas anteriores, ouvidas nos primeiros espaços de escuta oferecidos aos(as) trabalhadores(as), ressentimentos, distanciamentos, incompreensões, insatisfações

entre outras inquietações. Para o acolhimento das famílias, o trabalhador carrega o que tem de história, de desafios, de limitações e assim, a disposição às possibilidades de resolução para questões complexas, podem ficar prejudicadas.

As oportunidades de escuta oferecidas vem trazendo efeitos, potencializando as vinculações e integralidade do cuidado, pois o que fortalece a cada dia e o que mantém o(a) trabalhador(a) no SUS, ainda parece ser os vínculos com sua comunidade. E nesse processo de construção de vínculo está o(a) AIS que transita entre as várias formas de cuidar, inclusive e principalmente as tradicionais.

Diante de tal questão, o SUS apresenta, além de outras ferramentas, a Educação Permanente em Saúde (EPS). A EPS fomenta o exercício do trabalho como espaço de produção pedagógica e produção do cuidado, onde o diálogo entre equipe pode problematizar diversos temas da rotina dos serviços (FRANCO, 2007). Ainda é possível lançar mão da *Valorização do Trabalhador de Saúde*, uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2007).

O desafio da Psicologia em equipe multiprofissional é observado no momento em que são solicitados os atendimentos, percebido na fala “*A parte que me cabe já foi feita, não sei mais o que fazer...*” (sic). Apresenta-se aqui, mais uma vez, a fragmentação que pode resultar na descontinuidade do cuidado, entendendo que os atendimentos na vida das famílias são constantes. Ao identificar como solitário o caminho do cuidado, leva-se ao entendimento de que “cabemos em uma única parte”.

A arte do Encontro Multiprofissional traz a costura e a mistura, que ao se aproximarem formam a rede de vínculos, fortalecendo a equidade em saúde. Aqui, além da EPS, é possível ver também como referência a *Clínica Ampliada e Compartilhada*, outra diretriz da PNH, fomentando o *Projeto Terapêutico Singular* e a *comunicação em rede* (BRASIL, 2009a).

A equipe multiprofissional faz a mediação do direito à saúde, eliminando o caráter de servidão do SUS. Sendo os(as) trabalhadores(as) agentes de direito, é preciso refletir sobre como a comunidade enxerga o próprio Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o que tem a dizer como usuários desse. Ainda é possível ter aqui como referência a *Cogestão*, buscando o diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários, encontrando juntos soluções para o processo do trabalho, cuidado e autocuidado (BRASIL, 2009b).

Diante dos movimentos frente aos desafios apresentados junto às equipes, ouço que “*eles ficam quietos mesmo, não vão falar. Indígena é assim...*” (sic). O formato de palestras, o uso de mesas e algumas tecnologias, podem distanciar as pessoas que se encontram. Expõem-

se as informações de temas específicos, porém, não se tem o retorno suficiente para que o(a) trabalhador(a) avalie tal atividade e seus efeitos.

Esses impasses dizem do desencontro da saúde indigenista e da saúde indígena (CRUZ; COELHO, 2015). É importante pensar como podemos investir nesse encontro para além da língua e como ouvir além das palavras. Só será possível criar canais de escuta diversos se a disposição ao deslocamento intercultural for potencializada. O formato de conversa horizontalizado parece ir de encontro à coletividade e autonomia dos usuários que compõem os espaços de diálogo.

Além das ferramentas já citadas como possibilidades, o SUS ainda traz a Educação Popular em Saúde, que ao democratizar os formatos de conversa, ainda insere o saber tradicional como importante no processo de cuidado, fomentando a participação popular entre os atores desse processo. Dessa forma, promove vínculos com rede em comunidade, que encontra suas próprias soluções e estratégias para lidar com as condições vivenciadas (BRASIL, 2014).

Ainda sobre os desafios da Psicologia no SUS me inquieta a fala “*veja se você a convence ir para a CASAI...*” (sic). A inserção da Psicologia em equipe multiprofissional é um investimento diário, onde as distorções podem estar presentes no discurso dos demais profissionais, que devem ser acolhidos diante de tal questão. O convencimento parece estar ligado à persuasão, o que limita a oportunidade de reflexão dos envolvidos, fragilizando o sentido do autocuidado.

Fazer saúde “para” e não “com” a comunidade, pode trazer grandes prejuízos ao longo do tempo. A reincidência de internações, o olhar para o atendimento psicossocial limitado à Psicologia e Serviço Social, as feridas abertas nas histórias do(as) trabalhadores(as), entre outros desencontros, podem fazer com que o trabalho e o autocuidado não façam sentido;

Em meio aos desafios, sobre o tema violência doméstica ouvi “*ela vai voltar com o marido e vai apanhar de novo! Não adianta tentar!*” (sic). Essa fala parece retratar a perda do sentido do cuidar. O pedido de ajuda em situação de violência acontece muito em condições já extremas. Desconsiderar o movimento de busca por ajuda, entendendo que “não adianta” talvez venha, infelizmente, do sentimento de inutilidade ao trabalho, vindo também do desgaste recorrente. Essa posição acaba por cegar o(a) trabalhador(a) diante das possibilidades de ajuda apresentadas, o que traz a atenção para a saúde do(a) trabalhador(a).

Trago comigo algumas indagações como: qual o “motivo que move” a ação dos(as) trabalhadores(as) na saúde indígena? Como o trabalhador se reconhece no que faz? Quais seus medos de tentar?

Percebe-se como necessária a amplitude da coletividade, entendendo que além de fortalecer a rede familiar e a sintonia entre a equipe, é preciso fomentar a comunicação com a rede externa, podendo incluir demais órgãos assistenciais.

A produção de sentidos a todos os atores dessa história se tornará ainda mais possível com a construção coletiva e a partilha de sugestões. Usuários, trabalhadores e gestores tem algo a dizer, mas onde e de que forma podem ou conseguem dizer?

Entendendo, então, que é preciso um novo formato para os encontros dialogados, a fim de contribuir essencialmente com o atendimento psicossocial e situações colocadas como prioritárias (Violência Doméstica, Suicídio, Álcool e Drogas e demais vulnerabilidades), direciono os olhares e intenções para o diálogo do SUS com a comunidade indígena, observando as especificidades de cada território.

Faz necessário, lançar mão das Políticas do SUS que oferecem visibilidade aos usuários, com perspectiva política e pedagógica, que vão oferecer impacto na educação em saúde, onde contemple a pluralidade dos saberes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: ESPINHOS E FLORES NO DESAFIO DE (SUS)TENTAR

Para que ações sejam desenvolvidas com a comunidade, é importante “estar junto” em muitos aspectos. Apresentam-se como impasses as condições de locomoção dos(as) trabalhadores(as) às comunidades, bem como, a frequência da continuidade do acolhimento das famílias. Tal condição, coloca o “lugar no carro” como mais uma meta a ser cumprida.

É percebida a angústia da possibilidade do não cumprimento de metas institucionais, somada às metas e expectativas pessoais dos(as) trabalhadores(as). Parece existir a delicadeza entre a obrigação e a realização pessoal, tendo como desafio a possibilidade do encontro de ambas.

Outro grande desafio é a tendência ao formato de palestra, com atividades previamente estruturadas, diante do argumento de que “*eles não falam nada*” (sic). O tempo da escuta é subjetivo e imprevisível, principalmente nos casos de grande complexidade: Suicídio, Violência Doméstica, uso abusivo de álcool e drogas, entre outras vulnerabilidades.

Faz-se necessária a organização das atividades a fim de que a escuta psicológica não aconteça de forma prejudicada e insuficiente, adequando, então, com a rotina dos demais profissionais.

A língua aparentemente parece ser um fator de desencontro e de fato faz falta não falar guarani. Porém, como já dito, a disposição é para a descoberta de outras formas de interação, que podem ser facilitadas com acolhimento e com o deslocamento intercultural dos que irão se encontrar. Uma importante ajuda também para esses momentos, são os(as) trabalhadores(as) indígenas que se colocam como interlocutores no processo do cuidado junto aos trabalhadores não indígenas.

Nesse sentido, sigo com as possibilidades de vinculação entre os que cuidam, os que são cuidados e também quando esse encontro se mistura. Cada território possibilita momentos diferentes e formas diferentes para essa costura.

Para a possibilidade de vinculação contínua, dentre outras atividades, são realizados encontros mensais com os usuários de saúde mental e suas famílias, momento que agora está além da entrega de psicotrópicos. O público vem crescendo a cada mês, o encontro entre usuário, família e equipe de saúde é promovido como forma de acolhimento, através de práticas humanizadas, dinamizando a socialização dos envolvidos, inspirada na luta antimanicomial.

Após imersão nos territórios e aproximação com referenciais das comunidades, para contribuir com a valorização da cultura e identidade *kaiowá* e *guarani*, também foi criado um grupo de rezadores(as). A intenção é promover o cuidado intercultural, onde as práticas tradicionais se tornam parte da rotina da equipe de saúde, com respeito às concepções de saúde da comunidade. Na oportunidade os rezadores trazem as plantas medicinais utilizadas no preparo do remédio caseiro, apresentando também a impotência da reza.

Ainda sobre a valorização de identidades e educação em saúde, foi criado um grupo de jovens, a fim de contribuir com a concepção de corpo e diminuição de vulnerabilidades apresentadas a esse momento de vida, como o uso abusivo de álcool e drogas. Porém, é importante que as percepções estejam além de tais questões, refletindo junto aos jovens a realidade vivenciada nas comunidades, como a fome e demais violações de direitos, atreladas às possibilidade do *teko porã* (bem estar), aos sonhos e expectativas para o futuro, como forma de enfrentamento.

Outro grupo criado é direcionado à geração de renda familiar, para aproximação das pessoas que vivem a agricultura familiar, que fazem artesanato, entre outras produções. A intenção é promover ação comunitária para a reflexão coletiva sobre a possibilidade de renda a partir de tais produções. Entende-se que dessa forma, além de fortalecer a rede em

comunidade, é possível auxiliar na independência financeira, como por exemplo das mulheres vítimas de violência doméstica, que por vezes ficam sujeitas ao sustento do agressor.

São realizadas, também, rodas de conversa com os educadores, entendendo a participação ativa da escola na vida dos estudantes. Nos encontros dialogados é possível aprender com os educadores as concepções tradicionais, as histórias do território, as expectativas para uma educação intercultural, a importância do encontro entre educadores e equipe de saúde, entre outras preciosidades.

Percebo o vínculo como uma planta a ser regada, onde é possível receber as flores quando os encontros se misturam indo além dos momentos com públicos específicos, organizados junto à comunidade. Aqui posso citar o encontro de um senhor, que possui uma roça, com os rezadores, onde ofereceu espaço em sua horta para cultivarem juntos plantas medicinais próximo ao posto de saúde, auxiliando nos cuidados à comunidade.

Também colho flores quando sou procurada por um rezador, que cuidou de uma mulher com dores no corpo, vítima de violência doméstica e me diz “*você pode conversar com ela? Ela está apahando muito do marido*” (sic). As flores desse caminhar também aparecem quando tenho a oportunidade de ser cuidada por rezadores(as), ter aulas sobre a cultura com educadores, receber a pintura de urucun e convites ao *guaxiré* nas áreas de retomada, produzindo meu *teko porã*.

Ao me inspirar no *Oguata Pyahu*, onde aprendo todos os dias sobre a importância das companhias desse caminhar e da calma para as transformações, sinto que o cuidado intercultural acontece quando as formas de cuidar se misturam, quando as culturas se encontram e quando um universo se abre ao outro aproximando vínculos e histórias, saberes e práticas. Aqui dissolvem-se binarismos que segregam e então é possível o encontro do saber e do fazer, da teoria e da prática, do ser e do estar na possibilidade de tornar-se.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Lei nº 9836/99. **Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena**. Brasília DF, 23 de Setembro de 1999.

BRASIL. Ministério da Educação. **Residência Multiprofissional**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12501&Itemid=813#perguntas%20frequentes>. Acesso em: 28 de set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH): documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão e Estratégia Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Políticas de promoção da equidade em saúde**. Brasília , 2012.

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências**. Brasília DF, 19 de setembro de 1990a.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; CUNHA, Gustavo Tenório. **Método Paidéia para Co-Gestão de coletivos organizados para o trabalho**. ORG & DEMO, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010. Disponível em <<http://revistas.marilia.unesp.br/index.php/orgdemo/article/viewFile/468/364>> Acesso em 28 de set. 2016.

CRESPE, Aline Castilho. **Mobilidade e Temporalidade Kaiowá: Do Tekohá à Reserva, do Tekohará ao Tekohá**. UFGD, Dourados/MS, 2015. Disponível em <www.ufgd.edu.br> Acesso em 08 de Janeiro de 2016.

CRUZ, Katiane Ribeiro da; COELHO, Elizabeth Maria Beserra. **A saúde indigenista e os desafios da particip(ação) indígena**. Saude soc., São Paulo , v. 21, supl. 1, p. 185-198, May 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 de set. 2016.

FRANCO, Túlio Batista. **Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., Interface - Comunic., Saúde, Educ. v.11, n.23, p.427-38, set/dez 2007.

LANGDON, Esther Jean. **Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas**. Ciência & Saúde Coletiva. Florianópolis, SC: UFSC, 2014. Disponível em <[://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01019.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01019.pdf)>.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. **O Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações**. Médico sanitário, docente e pesquisador do Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa / Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP. São Paulo, 2008.

