

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ELLEN CAROLINE RODRIGUES BARRETOS

**PARTICIPAÇÃO DO AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE NO  
ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL DA MULHER GUARANI E KAIOWÁ**

CAMPO GRANDE

2021

ELLEN CAROLINE RODRIGUES BARRETOS

**PARTICIPAÇÃO DO AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE NO  
ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL DA MULHER GUARANI E KAIOWÁ**

Dissertação apresentada ao Instituto Integrado de Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte das exigências do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família para obtenção do título de Mestre, sob a orientação da Prof. Dra. Renata Palópoli Pícoli e coorientação da Dra. Raquel Paiva Dias-Scopel.

CAMPO GRANDE

2021

## DEDICATÓRIA

Dedico todo o esforço e a realização deste trabalho aos meus amados pais, Sérgio Paulo e Márcia, os quais sempre me incentivaram a persistir nos estudos, a buscar aprimorar o conhecimento e por concederem todo o amor e cuidado que um filho necessita.

Ao meu querido noivo, Damásio Gregório Filho, grande companheiro de caminhada ao longo destes oito anos, partilhando junto a mim dos desafios, pretensões, angústias, fé e alegrias da vida.

A todos os meus familiares, em especial a todas as mulheres de minha parentela e ancestralidade, as quais nunca puderam se assentar em uma cadeira de universidade ou de uma escola, devido às impossibilidades extrínsecas a elas, mas que jamais as foram retiradas a extraordinária coragem, fé e capacidade. Nosso DNA nos une e hoje eu posso estar aqui.

Às minhas amigas, Karina Witt e Eloanna Mangussi, irmãs não sanguíneas, que representam alegria e força nesta jornada.

Dedico esse trabalho a todos os povos indígenas. Em especial, aos Guarani e Kaiowá, que sobrevivem e resistem mesmo depois de tantas atrocidades causadas pela sociedade, mas que não perderam a sua esperança, sorriso e generosidade. A vocês é atribuído esse trabalho, produto de um pouco do que pude aprender com os Agentes Indígenas de Saúde em suas aldeias.



GUIMARÃES, *Ancestralidade e feminilidade*, 2021. Desenho em aquarela.

 *Agradecimentos*

Agradeço a Deus por me permitir vivenciar este momento da vida, bem como ter concedido esperança e fé, mesmo quando tudo me parecia sombrio e frio ou mesmo quando parecia não enxergar as soluções diante dos obstáculos da escrita da dissertação.

Agradeço aos meus pais por estarem sempre comigo, pelos conselhos e zelo e a todo o suporte emocional dispensado a mim neste mestrado. Obrigada por todo o carinho!

Ao meu noivo, Damásio e a sua família maravilhosa, por todo o apoio nesse trajeto de estudo. As palavras de encorajamento foram fundamentais para que eu pudesse concluir este trabalho. Obrigada de coração!

Minha mais profunda gratidão a minha orientadora, Professora Doutora Renata Palópoli Pícoli e a minha coorientadora, Doutora Antropóloga Raquel Paiva Dias Scopel, por me mostrarem os caminhos que precisava percorrer para a construção dessa dissertação, bem como pela paciência e humildade envolvida nesse processo e de sempre estarem acessíveis as minhas demandas.

Obrigada professora Renata, por me permitir o primeiro contato com os povos Guarani e Kaiowá e primeira experiência de pesquisa em campo, a qual foi extraordinária, bem sobre a importância do compromisso ético e da postura dialógica na condução da pesquisa.

Obrigada professora Raquel, por todos os direcionamentos teóricos-reflexivos relacionados à antropologia da saúde dispensadas a mim, além das correções exaustivas de minha dissertação. Suas falas e ensinamentos ficarão para sempre guardadas em minhas lembranças.

Aos membros da banca de qualificação: Professor Pós Dr. Daniel Scopel, sua bagagem como pesquisador na antropologia da saúde com os povos indígenas representou um diferencial nas contribuições dadas a esta dissertação de mestrado, e ao Professor Dr. Everton Ferreira Lemos, pelas significativas considerações realizadas.

A todos os colaboradores do projeto "Epidemiologia da sífilis na gestação e da sífilis congênita entre os povos indígenas de Mato Grosso do Sul: atenção à gestante e ao recém-nascido", vinculado ao PPSUS desenvolvido pela FIOCRUZ e à FUNDECT pela parceria e investimento financeiro.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família/INISA, por poder realizar meu objetivo de especializar-me nessa área e elaborar minha dissertação com a temática de interesse "Atenção à Saúde dos Povos Indígenas", a qual sempre sonhei quando acadêmica de faculdade.

Aos professores do mestrado, que me permitiram beber da fonte do conhecimento de vocês. Os saberes trabalhados em sala, as lições da vida compartilhados fizeram de cada momento ímpar e serviram de inspiração para todos nós mestrandos.

Aos colegas de classe, pelos momentos de construção do conhecimento e trocas de experiências pessoais e profissionais na saúde pública. O companheirismo, a alegria e sorrisos soltos foram marcantes em nossa turma. Nossa união merece destaque e reverência. Que possamos nos encontrar muitas outras vezes quando essa situação pandêmica da COVID-19 findar. Deixo aqui a minha gratidão e apreço a cada um de vocês.

À Laísa Guimarães, querida amiga, a qual presenteou-me e contribuiu com seus desenhos em aquarela para este trabalho. Que sua arte possa chegar a muitos lugares e pessoas. Deixo aqui os meus mais sinceros agradecimentos e carinho.

E, por fim, ao Raphael Rezende, secretário acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família/INISA, o qual sempre se fez solícito, responsável e resolutivo a qualquer demanda ou dúvidas dos mestrandos. Obrigada pela parceria!

A todos, o meu uníssonos e sincero: muito obrigada!

## RESUMO

Os Agentes Indígenas de Saúde (AISs) são mediadores entre a equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI) e a mulher indígena, e seu trabalho contribui para o cumprimento das diretrizes propostas na Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Eles estão inseridos no mesmo território que as gestantes indígenas e compartilham da mesma cultura e língua, o que possibilita uma mediação com os sistemas de saúde e adesão das gestantes ao pré-natal. Este estudo teve como objetivo descrever as contribuições e as dificuldades no acompanhamento pré-natal de mulheres indígenas Guarani e Kaiowá, pelos Agentes Indígenas de Saúde. Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória de abordagem qualitativa, com base em dados primários, realizada com 33 AIS que residiam e atuavam em quatro aldeias do Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, no período de maio a julho de 2018. A técnica de coleta/dados foi o grupo focal, por meio de um instrumento com perguntas norteadoras, com registro de gravação e transcrição na íntegra das falas das AIS e posteriores leituras para aprofundamento análise de conteúdo de Bardin. Evidenciou-se as categorias: “contribuições das AISs na atenção à saúde da mulher no pré-natal” e “dificuldades apresentadas pelas AISs no acompanhamento pré-natal”. A vivência das AISs no mesmo território que os Guarani e Kaiowá representou uma contribuição para a ampliação e facilidade do acesso à gestante ao pré-natal. Os conhecimentos em biomedicina somados ao conhecimento de práticas tradicionais dos Guarani e Kaiowá e boa comunicação das AIS com a gestantes revelaram-se importantes para a sensibilização das mulheres indígenas na adesão ao pré-natal. O trabalho do AIS homem apresentou ser diferente da AIS mulher quanto a abordagem e descoberta da gestante no território. As AISs podem ser importantes facilitadoras da EMSI para a adesão da gestante ao pré-natal através das redes de reciprocidade. A “vergonha” da mulher Gurani e Kaiowá em contar sobre a gravidez apresentou estar vinculada a 4 aspectos: não estar em condições apropriadas para a maternidade, as redes de fofocas na aldeia, a violência estrutural e questão de gênero. Há falhas e dificuldades quanto à formação de profissionais da EMSI para atuar em contexto interétnicos. Não há ações educativas na saúde da gestante devido as AISs não terem apoio e/ou presença dos profissionais integrantes da EMSI, bem como apresentaram através das falas, haver uma sobrecarga de trabalho de toda a equipe.

**Palavras-Chave:** Saúde dos povos indígenas. Serviços de saúde do indígena. Assistência pré-natal. Gravidez. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

Indigenous Health Agents (AISs) are mediators between the multidisciplinary indigenous health team (EMSI) and indigenous women, and their work contributes to compliance with the guidelines proposed in the National Policy for Indigenous Health Care. They are located in the same territory as the indigenous pregnant women and share the same culture and language, which allows for mediation with the health systems and adherence of pregnant women to prenatal care. This study aimed to describe the contributions and difficulties in the prenatal care of Guarani and Kaiowá indigenous women by Indigenous Health Agents. This is a descriptive-exploratory research with a qualitative approach, based on primary data, carried out with 33 AIS who lived and worked in four villages in the State of Mato Grosso do Sul, Brazil, from May to July 2018. The data collection technique was the focus group, through an instrument with guiding questions, with recording and full transcription of the AIS speeches, and subsequent readings to deepen Bardin's content analysis. The following categories were highlighted: “contributions of AISs in prenatal care to women's health” and “difficulties presented by AISs in prenatal care”. The experience of the AISs in the same territory as the Guarani and Kaiowá represented a contribution to the expansion and ease of access for pregnant women to prenatal care. The knowledge in biomedicine added to the knowledge of traditional practices of the Guarani and Kaiowá and good communication between the AIS and the pregnant women proved to be important for raising awareness among indigenous women regarding adherence to prenatal care. The work of the male AIS showed to be different from the female AIS regarding the approach and discovery of the pregnant woman in the territory. AISs can be important EMSI facilitators for pregnant women's adherence to prenatal care through reciprocity networks. The “shame” of the Gurani and Kaiowá women in telling about the pregnancy was linked to 4 aspects: not being in appropriate conditions for motherhood, the gossip networks in the village, structural violence, and gender issues. There are failures and difficulties regarding the training of EMSI professionals to work in interethnic contexts. There are no educational actions in the health of pregnant women because the AISs do not have support and/or the presence of professionals who are members of the EMSI, as well as they presented, through the speeches, that there is an overload of work for the entire team.

**Key- Words:** Health of indigenous peoples. Health services indigenous. Prenatal care. Pregnancy. Primary Health Care.

## LISTA DE MAPA

**Mapa 1.** Localização dos povos indígenas Guarani e Kaiowá no Mato Grosso do Sul.....34

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Perfil dos AISs participantes da pesquisa... ..	50
<b>Quadro 2.</b> Síntese das contribuições e dificuldades das AISs no acompanhamento pré-natal da gestante Guarani e Kaiowá.. ..	52

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AIS</b>	Agente Indígena de Saúde
<b>AISAN</b>	Agente Indígena de Saneamento
<b>CASAI</b>	Casa de Saúde Indígena
<b>CIMI</b>	Conselho Indigenista Missionário
<b>CISI</b>	Comissão Intersetorial de Saúde do Índio
<b>CNPSI</b>	Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>CONSEA/MS</b>	Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional de Mato Grosso do Sul
<b>COSAI</b>	Coordenação de Saúde do Índio
<b>DEOPE</b>	Departamento de Operações
<b>DSEI</b>	Distrito Sanitário Especial Indígena
<b>EMSI</b>	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
<b>EqSF</b>	Equipes de Saúde da Família
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>EVS</b>	Equipes Volantes de Saúde
<b>FIOCRUZ</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>FUNAI</b>	Fundação Nacional do Índio
<b>FUNASA</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>FUNDECT</b>	Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONG</b>	Organização Não Governamental

<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>PACS</b>	Programa Agentes Comunitários de Saúde
<b>PAISC</b>	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
<b>PAISM</b>	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
<b>PHPN</b>	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
<b>PMAQ-AB</b>	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
<b>PNAISM</b>	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
<b>P NASPI</b>	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
<b>PPSUS</b>	Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
<b>PSF</b>	Programa da Saúde da Família
<b>RI</b>	Reserva Indígena
<b>RID</b>	Reserva Indígena de Dourados
<b>RMM</b>	Razão de Mortalidade Materna
<b>SASI</b>	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
<b>SESAI</b>	Secretaria Especial de Saúde Indígena
<b>SIM</b>	Sistema de Informações sobre Mortalidade
<b>SPI</b>	Serviço de Proteção aos Índios
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SUSA</b>	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TI</b>	Terra Indígena

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 Assistência à saúde dos povos indígenas .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1.1 Assistência à mulher indígena .....</b>	<b>25</b>
<b>2.2 Povos indígenas Guarani e Kaiowá, no Mato Grosso do Sul .....</b>	<b>33</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>43</b>
<b>3.1 Objetivo geral.....</b>	<b>44</b>
<b>4.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>44</b>
<b>4 MÉTODOS .....</b>	<b>45</b>
<b>4.1 Tipo, local e período da pesquisa .....</b>	<b>45</b>
<b>4.2 População e critérios de inclusão .....</b>	<b>47</b>
<b>4.3 Procedimento de coleta de dados .....</b>	<b>48</b>
<b>4.4 Organização e análise dos dados .....</b>	<b>49</b>
<b>4.5 Aspectos éticos .....</b>	<b>49</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>50</b>
<b>5.1 Contribuições das AISs na atenção à saúde da mulher no pré-natal .....</b>	<b>54</b>
<b>5.2 Dificuldades apresentadas pelas AISs no acompanhamento pré-natal .....</b>	<b>61</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>82</b>



GUIMARÃES, *Agente Indígena de Saúde conversando sobre o pré-natal com a mulher grávida*, 2021. Desenho em aquarela.

## 1 *Introdução*

No Brasil, a constituição federal de 1988 representou um marco central na redemocratização do país, culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) (BRASIL, 1990), este último implementando uma rede de serviço nas terras indígenas tentando superar as deficiências de cobertura e acesso.

A atenção primária à saúde (APS) nesses locais acontece por meio do SASI, de modo a integrar a rede de serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2002). A PNASPI prediz a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços de saúde com base na diversidade sociocultural e nas particularidades epidemiológicas e logísticas, devendo a SASI ofertar uma assistência aos povos indígenas segundo o princípio da integralidade (MENDES *et al.*, 2018; BRASIL, 2002).

A diferenciação na qualidade dos serviços de saúde requer dos profissionais um olhar diferenciado para o indígena. As EMSIs tem o AIS como um de seus integrantes e esse trabalhador possui um papel importante na realização do princípio de atenção diferenciada, é o principal ator e estratégico para a configuração da relação com a sociedade não indígena nos serviços de APS, possibilitando um elo num contexto em que atuam e coexistem (DIAS-SCOPEL, 2005).

Por ele compartilhar da mesma cultura, língua e território em que assiste, facilita o vínculo e as atividades de intervenção na área da saúde materna e infantil, colabora ainda para a diminuição dos indicadores de morbimortalidade e o aumento da qualidade do pré-natal (SCOPEL, 2007; SCOPEL; DIAS-SCOPEL; LANGDON, 2015). Não obstante, os AISs representam uma melhoria de acesso aos serviços de saúde para as indígenas acompanhadas.

Desde a criação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), estudos vêm demonstrando disparidades na cobertura, indicadores e variáveis, sobretudo nos recortes socioeconômicos e regionais. Existem discrepâncias na oferta de serviços de saúde em que, na atenção pré-natal, as diferenças estão ligadas diretamente aos contextos sociodemográfico rural e urbano e a dimensão étnico racial (CARDOSO; MENDES; MELÉNDEZ, 2013; PÍCOLI; CAZOLA; LEMOS, 2017).

As mulheres indígenas são as que apresentaram maiores disparidades, com risco de óbito materno quatro vezes maiores que as mulheres brancas, no estado de Mato Grosso do Sul (PÍCOLI; CAZOLA; LEMOS, 2017).

Pesquisar a respeito dessa temática tem relevância tanto para o campo da saúde como para a sociedade, tendo em vista que os aspectos que envolvem a gestação necessitam ser compreendidos a partir de uma construção sociocultural e não apenas como um fenômeno meramente biológico e fisiológico (DIAS-SCOPEL, 2014; SCOPEL, 2007) e que os aspectos que envolvem o acompanhamento da gestante pelo AIS também necessitam ser compreendidos sob a mesma percepção.

A realização desta dissertação é oriunda de uma pesquisa intitulada “Epidemiologia da sífilis na gestação e da sífilis congênita entre os povos indígenas de Mato Grosso do Sul: atenção à gestante e ao recém-nascido”, aprovada no edital de chamada FUNDECT/DECIT-MS/CNPq/SES Nº 03/2016 – seleção pública de Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS-MS), coordenado pela FIOCRUZ de Mato Grosso do Sul.

Diante deste exposto, essa dissertação tem como objetivo descrever as contribuições e as dificuldades no acompanhamento pré-natal de mulheres indígenas Guarani e Kaiowá pelos Agentes Indígenas de Saúde.



GUIMARÃES, *Mulher indígena grávida*, 2021. Desenho em aquarela.

## *2. Revisão de Literatura*

## 2.1 Assistência à saúde dos povos indígenas

O princípio da atenção diferenciada para os povos indígenas do Brasil foi baseada nos princípios e modelos propostos em diferentes documentos, como a Declaração de Alma-Ata (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978), Constituição brasileira (BRASIL, 1988) e Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2005). Após quase duas décadas da Declaração de Alma-Ata foi estabelecido o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (BRASIL, 2002), na forma de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que tinha como objetivo fornecer atenção diferenciada aos povos indígenas.

Como estratégia para alcançar os objetivos da atenção diferenciada, institucionalizou-se o Agente Indígena de Saúde (AIS) como parte das equipes que prestam serviços de atenção primária nas aldeias, “visando atender a várias demandas, entre elas a criação de cargos assalariados para membros da comunidade, a ausência periódica de profissionais da saúde na aldeia e a mediação nas relações interétnicas” (LANGDON, DIEHL, DIAS-SCOPEL, 2014, p. 213). O AIS, de acordo com a PNASP, deve ser membro da comunidade onde é inserido e eleito por ela para assumir a função.

Langdon, Diehl e Dias-Scopel (2014) comentam que o papel do AIS, citado nos documentos da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASP) é o ponto central para a realização da atenção diferenciada, na oferta de serviços de saúde diante do pluralismo e diversidade cultural, que incorpora o direito da comunidade em participar no seu planejamento, execução e avaliação. Para a construção da atenção diferenciada, a dimensão relativa à especificidade e à diversidade sociocultural dos povos indígenas está fortemente baseada na ação do AIS (DIEHL, LANGDON, DIAS-SCOPEL, 2012).

No entanto, pesquisas têm apontado falhas na execução da PNASP desde o início da implantação dos 34 DSEIs, como alta rotatividade dos profissionais da saúde (GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003), resultando em interrupções no atendimento; flutuação do número e da composição das equipes ao longo do tempo (LANGDON *et al.*, 2006); problemas de organização e contratação, como dos convênios da Funasa com as Organizações Não Governamentais (ONGs) (GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003; LANGDON *et al.*, 2006) renovados anualmente e que resultam em rupturas de pagamentos e insegurança de emprego; problemas em relação a qualidade da prestação dos serviços, nas práticas de controle de informações e dados sobre saúde,

refletindo na descontinuidade desses dados (NOVO, 2010) e na capacitação, sendo essa ainda muito irregular (ERTHAL, 2003; ROCHA, 2007).

Entre os povos indígenas Baniwa, as indicações para os cargos de agentes seguem as políticas das hierarquias internas, organizadas segundo os grupos de parentesco, a critérios inerentes à legitimação de cargos de lideranças e prestígio, dentre outros (Garnelo, 2003; Rocha, 2007). Erthal (2003) comenta que a escolha do AIS na comunidade indígena Tikúna é feita entre as afiliações políticas das lideranças e o surgimento de conflitos como consequência da criação do cargo assalariado. Rocha (2005) menciona sobre os agentes da comunidade Kaingáng de Santa Catarina, os quais, segundo relatos dos não indígenas da EMSI, reclamaram que os AIS foram selecionados segundo as alianças de parentesco e não segundo a motivação ou capacidade para o serviço em saúde.

De Moura-Pontes e Garnelo (2014) pontuaram a desvalorização do trabalho do AIS e seu papel subordinado nas relações hierárquicas nas equipes e mostrou-se haver relações de hegemonia e subordinação frente ao trabalho e a formação de AIS no Brasil. Nas análises do processo de formação, verificou-se que as práticas de conhecimento biomédico prevalecem, enquanto os conhecimentos e práticas indígenas são desvalorizados.

O modelo de atenção à saúde tem enfrentado vários obstáculos para alcançar a tão sonhada integralidade e equidade, também relacionado a discriminações e marginalizações por parte da sociedade civil, e da governabilidade do país que afeta diretamente a situação de saúde desses povos (COIMBRA Jr; SANTOS; ESCOBAR, 2003).

Sandes *et al.* (2018), ao compararem o acesso à atenção primária à saúde por comunidades indígenas da América do Sul, evidenciaram dificuldades quanto ao ingresso nos setores de saúde mais próximos das localidades indígenas; linguagem e figuras de materiais educativos indevidos; meios de transporte inadequados ou inexistentes até as unidades de saúde; escassez de dados epidemiológicos das aldeias indígenas; carência de informação sobre as culturas indígenas locais; a alta rotatividade de profissionais; e medo de discriminação ou humilhação por parte do paciente indígena.

Pereira (2012) comenta que a objetividade médica, a diferença de linguagem entre profissionais de saúde e pacientes ao exercício do poder médico e toda essa questão de poder, impede uma aproximação com o indígena dentro de seu contexto social.

Sob essa mesma perspectiva, Diehl e Pellegrini (2014) comentam que para trabalhar com o indígena deve-se conhecer muito mais que saberes biomédicos, sendo o nível de

graduação um fator distante de contribuir para atuação em contextos interétnicos e interculturais. Diante disso, deve-se contar com uma formação humanística, que compreendesse o contexto do indígena, suas práticas e saberes próprios sobre questões relacionadas à alimentação, higiene, recursos terapêuticos, corpo individual e coletivo.

Ribas, Concone e Pícoli (2016) elucidam que a maneira como um problema de saúde é evidenciado e explicado por um povo não deve ser negligenciado pelos serviços de saúde, haja vista que, em várias situações, o processo terapêutico do indígena é desvalorizado ou invalidado pelo profissional de saúde.

Apesar dessas dificuldades elencadas, o SASI-SUS é um meio possível para o primeiro acesso ao serviço biomédico de saúde, prevenção e cura de doenças. Isso fica claro quando relacionado ao que Scopel (2007) escreveu sobre a sociedade Mura no Amazonas quanto à doença hanseníase, apresentando que, mesmo diante das dificuldades relacionadas ao deslocamento e transporte, aos efeitos colaterais da medicação e ao preconceito interétnico a que os indígenas estão sujeitos, aqueles que têm aderido aos programas de tratamento e alcançado a cura contaram com a colaboração dos AISs de suas aldeias.

Sendo assim, os resultados com o tratamento – que é disponível pelo SUS através do SASI-SUS - tem se mostrado eficiente quando há a participação dos AISs, e o mesmo autor ainda comenta sobre a reelaboração constante das tradições indígenas com a incorporação de algumas práticas e concepções biomédicas, como na sociedade Mura, os quais compreendem a ação dos remédios usados no tratamento, estão dispostos a seguir as prescrições biomédicas e não possuem dificuldades em compreendê-las “uma vez que remédios e prescrições, tão ou mais complexos, estão presentes nos seus tratamentos tradicionais” (SCOPEL, 2007, p 137).

Não havia no Estado Brasileiro até antes do século passado alguma política que atendesse as demandas dos povos indígenas, o que impossibilitava o exercício de sua cidadania no que diz respeito ao atendimento de saúde diferenciado. Através do Serviço de Proteção aos Índios (SPI) em 1910, que nasceu a perspectiva de que os indígenas faziam parte da população brasileira, de que esse grupo necessitava de uma estrutura específica e uma equipe de saúde para atender aos seus problemas de saúde (FREIRE, 2011; MARTINS, 2013).

Na década de 50 foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), pelo Ministério da Saúde, atendendo as populações indígena e rural, combatia as endemias, surtos epidêmicos, a tuberculose e outras doenças transmissíveis e realizavam assistência quanto à vacinação e atendimento odontológico (BRASIL, 2006a).

Posteriormente, o SPI foi substituído pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) pela Lei 5 371 em 5 de dezembro de 1967, que, baseando-se no modelo de atenção do SUSA, criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS):

(...) realizavam atendimentos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem (BRASIL, 2002, p.07).

Na década de 70, a FUNAI teve dificuldades em manter a organização dos serviços de atenção à saúde, depois da crise financeira do Estado, pois havia grande diversidade e dispersão geográfica desses povos; isso levou os profissionais de saúde EVS a se concentrarem nos centros urbanos e o atendimento nas aldeias tornou-se esporádicos (BRASIL, 2002).

Nessa década, surgiu um movimento indígena de várias lideranças de diferentes etnias, as quais protagonizaram iniciativas de articulações políticas amplas a nível regional, nacional e internacional, apoiadas por organizações não governamentais, religiosas e laicas, universidades e entidades acadêmicas, que resultou em um evento político oficial importantíssimo: através da 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi aprovada a realização da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI), no ano de 1986 (VARGA; ADORNO, 2001).

No ano de 1988 a Constituição Federal determinou o respeito e o reconhecimento das organizações socioculturais dos indígenas e a capacidade civil plena deles, juntamente a isso: “definiu os princípios gerais do SUS, posteriormente regulamentados pela Lei 8.080/90, e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2002, p. 8).

Em 1991 foi criada pelo Ministério da Saúde, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), também, a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI) sujeitada ao Departamento de Operações (DEOPE) da FUNASA, com a visão de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena. Nesse período, a Resolução n ° 11, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), de forma que acompanhasse a saúde dos povos indígenas por meio da articulação intersetorial (NEUMANN, 2006).

Em 1999, através do Decreto n°. 3.156, governo federal aprovou a Lei Arouca (Lei n°. 9.836, de 23 de setembro de 1999), regulamentando as diretrizes aprovadas na II

Conferência Nacional de Saúde Indígena, as quais encontravam-se engavetadas no Congresso Nacional desde 1994 (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, 2013).

Essa lei determinou que o governo federal instaurasse o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), configurando uma rede de serviços implantada nas terras indígenas, a partir de critérios geográficos, demográficos e culturais, tendo por base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Foram então criados os 34 DSEIs através da Portaria 852/1999, seguindo os princípios do SUS, esse subsistema considera a participação indígena como fundamental para o melhor controle e planejamento dos serviços (ALTINI *et al.*, 2013).

É importante destacar aqui que, esses ganhos sociais é consequência da agência de atores sociais, como o movimento indígena, e fazer com que o leitor compreenda que não foi uma mera concessão do poder de estado, mas uma conquista dos povos indígenas. Diante disso, através da portaria nº. 254, de 31 de janeiro de 2002, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), em que requeria a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados então para a proteção, promoção e recuperação da saúde, garantindo assim aos indígenas o exercício de sua cidadania, tendo como propósitos e diretrizes:

Garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

Diretrizes:

(...) organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam; preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas; articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; promoção do uso adequado e racional de medicamentos; promoção de ações específicas em situações especiais; promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas; promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena; controle social (BRASIL, 2002, p. 13).

Dessa forma, esta política integra a Política Nacional de Saúde e entra em conformidade com as determinações das Leis Orgânicas da Saúde; isso contempla o

indígena na sua diversidade sociocultural, pois existe uma legislação específica sobre saúde desses indivíduos (RICARDO; RICARDO, 2011).

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena está organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) como um subsistema, deve funcionar articulado ao SUS. Os DSEIs prestam atenção primária à população indígena aldeada, mediante atuação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), nos moldes do Programa da Saúde da Família (PSF), compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem, agentes indígenas de saúde e outros profissionais, de saúde ou não, podem atuar juntamente com a EMSI no território distrital, de acordo com a realidade local (SANTOS; COIMBRA Jr; CARDOSO, 2008; BRASIL, 2002).

O modelo assistencial indígena organiza-se de forma em que cada distrito planeja sua rede de atenção dentro do seu território, atentando-se sempre a complexidade e de acordo com os princípios organizativos e doutrinários do SUS (GUIMARÃES, 2011; BRASIL, 2002).

Na organização da PNASPI é definido que: “nas aldeias, a atenção básica será realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde, nos postos de saúde e pelas equipes multidisciplinares periodicamente, conforme planejamento das suas ações” (BRASIL, 2002, p.14).

Eles atuam de modo semelhante ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) da Estratégia Saúde da Família (ESF), pode ainda conter nas aldeias Agentes Indígenas de Microscopia, Agentes Indígenas de Endemias, Agentes Indígenas de Saneamento e Técnicos de Enfermagem, levando em conta a realidade local (BRASIL, 2005a).

Na organização dos serviços de saúde, as comunidades terão outra instância de atendimento, os Polos-Base. Dos postos de saúde, as comunidades seguem para os Polos-Base, esses Polos podem se localizar dentro de uma comunidade indígena, como também em municípios de referências, atendendo a um conjunto de aldeias (ALTINI *et al.*, 2013).

Os serviços de apoio aos pacientes indígenas encaminhados à rede do SUS são prestados pela Casa de Saúde Indígena (CASAI), tendo como função abrigar e cuidar dos indígenas e de seus acompanhantes durante todo o período de tratamento; ficam localizadas nos municípios de referências ou nas capitais dos estados, “elas não têm como função promover ações médico-assistenciais e sim de agendar atendimentos especializados, dar apoio e continuidade ao tratamento já instaurado até que o índio esteja reabilitado e em condições de retornar a aldeia” (GUIMARÃES, 2011, p.26).

O relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2006, aprovou 100 resoluções agrupadas em torno do Eixo Temático Trabalhadores Indígenas e Não Indígenas de Saúde, em que as resoluções apontavam para a necessidade de provisão as EMSI e aos profissionais de saúde dos hospitais públicos de “conhecimentos antropológicos e culturais”, visando a compreensão das diferenças culturais e o respeito às práticas tradicionais (BRASIL, 2007).

Em 2010, pelo decreto 7.333, na estrutura do Ministério da Saúde, criou-se a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), a partir da reivindicação dos indígenas durante as Conferências Nacionais de Saúde Indígena (FERREIRA; PORTILHO; NASCIMENTO, 2013).

### **2.1.1 Assistência à mulher indígena**

As instâncias gestoras do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena ensaiam elaborar uma política pública específica que atenda a saúde das mulheres indígenas brasileiras, porém, até o momento não houve avanços. Se por um lado, “as políticas públicas buscam meios universais de intervenção sobre os problemas de saúde enfrentados pelas mulheres, por outro, elas reconhecem a multiplicidade dos pontos de vistas acionados pelas indígenas” (FERREIRA, 2013, p. 1158).

A mesma autora comenta que as políticas públicas em saúde negociam significados relacionados à categoria mulher indígena e considera que sempre será uma prática discursiva e contínua, ainda que as mulheres indígenas reivindicam que os serviços de saúde respeitem as suas especificidades culturais e suas decisões sobre a forma que deseja ser tratada diante de uma política pública tangida por princípios da igualdade, equidade e universalidade.

Estudos já verificaram que a participação do ACS no serviço de saúde contribuí para a redução dos indicadores de morbi-mortalidade, bem como o aumento da qualidade dos serviços, sendo dentre eles o acompanhamento pré-natal. É através dele que a mulher gestante será incentivada e informada sobre sua relevância, facilitando o acesso dela à unidade de saúde, além de estabelecer uma ligação entre mulher gestante, equipe e família (ESPÍNDOLA; COSTA, 2006; CANEVER *et al.*, 2011).

Lehmann e Sanders (2007), sobre um estudo da viabilidade e eficácia da saúde comunitária nos programas de trabalho nos países que continham os Agentes Comunitários de Saúde, apontam que há um consenso na literatura sobre a sua contribuição valiosa para o desenvolvimento da comunidade e, mais especificamente,

podem melhorar o acesso e a cobertura das comunidades com serviços básicos de saúde. Apontam que o uso desses profissionais de saúde foi identificado como uma estratégia para lidar com a crescente escassez de trabalhadores de saúde, especialmente em países de baixa renda. Ainda que eles realizam ações que levem a melhores resultados de saúde, especialmente, no campo da saúde materno-infantil.

Os mesmos autores evidenciam, através de uma série de ensaios analisados, a comprovação das reduções na mortalidade infantil por meio dos ACS. Kahssay, Taylor e Berman (1998) comentam que os ACSs podem ser a única ligação viável e aceitável entre o setor da saúde e comunidade, podendo cumprir o objetivo de melhorar a saúde da população a curto prazo. Lehmann e Sanders (2007) expõem que, para esses profissionais poderem dar uma contribuição eficaz, eles precisam ser cuidadosamente selecionados, devidamente treinados e apoiados de forma adequada e contínua.

O AIS é um excelente mediador entre a equipe e a comunidade e isso se fortifica tendo em vista que ele compartilha da mesma cultura, língua e território em que assiste, facilitando o vínculo e atividades de intervenção, ele deve atuar com estratégias educativas, de acordo com o planejamento da equipe e por meio de visitas domiciliares. (BRASIL, 2018; FURLAN, 2008).

Deve haver, segundo consta na Política Nacional Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, atividades de formação e capacitação para esses profissionais, não de modo a substituir seus saberes, mas acrescentar o conhecimento e técnicas da medicina ocidental:

A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não (BRASIL, 2002, p.15).

Sendo de competência do AIS para a sua qualificação:

Competência 1: “Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde e cidadania, considerando o território socioambiental, os contextos interculturais e intersetoriais e a qualidade de vida da população indígena” (BRASIL, 2018, p.20).

Competência 2: “Realizar, em equipe, ações de prevenção de doenças e agravos, e de recuperação da saúde, fundamentadas no ciclo de vida, no perfil epidemiológico da população indígena, nas diretrizes e protocolos da atenção básica, articuladas aos cuidados e práticas tradicionais” (BRASIL, 2018, p.23).

Competência 3: “Produzir e analisar informações, fundamentadas no modelo de vigilância em saúde, incorporando a percepção da comunidade indígena sobre o processo saúde-doença, para subsidiar o planejamento das ações em equipe e o controle social” (BRASIL, 2018, p.25).

Diehl, Langdon e Dias-Scopel (2012) comentam que os AISs são atores que detêm um conhecimento específico, sendo capazes de garantir acesso aos recursos materiais e simbólicos ofertados pelos serviços de saúde, e que eles vêm sendo selecionados como conselheiros de saúde nos níveis local e distrital, haja vista que a comunidade enxerga neles figuras políticas centrais no território.

As mesmas autoras apontaram alguns problemas relacionados às atribuições dos AISs na prática, como as relações de hierarquia entre eles e a EMSI, principalmente no que se refere a questão dialógica. Comentam que os AISs consideram insuficientes a quantidade de palestras e cursos contínuos, gerando como consequência ambiguidade no seu papel como profissional; notou-se uma alta rotatividade de profissionais; e apontam que em muitos casos o AIS é o único profissional da equipe multidisciplinar que permanece presente na aldeia.

Canerver *et al.* (2011) evidenciaram durante a pesquisa que os ACSs não possuíam informações e ferramentas suficientes para compreender e avaliar a efetividade das suas ações, sendo necessário realizar trabalhos de educação permanente com esses profissionais; os ACSs sentiram-se apreciados com conteúdo teórico que foram lhes passado durante o período da pesquisa e estimulados a aprimorarem suas práticas, respeitando suas atribuições e trazendo resultados positivos ao acompanhamento pré-natal.

Dias-Scopel, Scopel e Langdon (2017) sobre o pré-natal, comentam que a EMSI da terra indígena Kwatá-Laranjal, no Amazonas, não conseguia cumprir com o que era preconizado pelo Ministério da Saúde, das seis consultas de acompanhamento com cada gestante, devido aos serviços ficarem centralizados na aldeia maior, com frequentes encaminhamentos à cidade para a realização e exames. Observou-se que os esforços de gestantes, familiares e AISs para realizar consultas, exames e procedimentos biomédicos do pré-natal eram cercados por dificuldades relativas aos deslocamentos e à ausência de exames sorológicos básicos.

No Brasil, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda de política nacional questões que até então eram relegadas ao segundo plano, revelando as desigualdades nas condições de vida das mulheres (ÁVILA; BANDLER, 1991). As

desigualdades de gênero são causadoras de problemas de saúde, resultando em adoecimento, sofrimento e morte (OPAS, 2021).

As maiores causas de óbitos encontradas em mulheres em idade fértil são por causas externas (trânsito, violência, lesões), neoplasias, doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, doenças infecciosas, parasitárias (MARTIN, 2018; PITILIN; SBARDELOTTO, 2019) e homicídio (SOUZA *et al.*, 2017). Pode-se perceber que as maiores causas de óbitos em mulheres não estão associadas ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto nessa faixa etária, pois considera-se que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto ela não deve ser considerada doença (BRASIL, 2006b).

No Brasil, em 2019, ocorreram 59,1 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos, sendo que, em países desenvolvidos, de acordo com o último dado fornecido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no ano de 2015 apresentou 12 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, ou seja, em 2015 os países desenvolvidos já estavam com índices bem menores que a recente situação do país (BRASIL, 2021; OPAS, 2021).

Isso é preocupante para o Brasil, haja vista que os coeficientes de mortalidade materna e infantil são influenciados diretamente pelas condições assistenciais ao pré-natal e que a maioria dos casos de mortalidade materna pode ser evitada (OPAS, 2021).

Da mesma forma que populações diferentes são expostas a variados tipos de enfermidades e mortes, deve então se pensar na incorporação com a perspectiva de gênero, de planejamento em ações de saúde que melhore as condições de vida, igualdade e direitos de cidadania da mulher (BRASIL, 2004).

Foi elaborada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a qual consta em suas diretrizes sobre as necessidades de saúde da população feminina, do controle de patologias mais prevalentes nesse grupo, abrangendo as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais, ainda que a elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher sejam norteadas pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia.

Essas diretrizes foram feitas considerando a heterogeneidade que caracteriza o país como: as condições socioeconômicas, culturais, acesso a serviços de saúde, de forma a compreender as diferentes conjunturas que a mulher possa estar. Juntamente a isso, foram pensadas devido às estatísticas sobre mortalidade, sendo a mortalidade materna um bom indicador para avaliar as condições de saúde de uma população (BRASIL, 2004).

Com o objetivo de reduzir a mortalidade materna garantindo os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, foi lançada uma estratégia pelo Ministério da Saúde, em todo o território nacional, a Rede Cegonha (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013a), visando-se proporcionar as mulheres um bem gestar, qualidade de vida durante a gestação, parto e pós-parto, o planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e também com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e garantir o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A Rede Cegonha sistematizou e institucionalizou, porém somente no papel, um modelo de atenção ao parto e ao nascimento.

Com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), houveram algumas melhorias na saúde materna e infantil, além do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), tais como as modificações socioeconômicas e demográficas, a melhoria da educação de mulheres, no sistema de água e saneamento e os programas de renda (VANDERLEI; FRIAS, 2015), porém os avanços foram insuficientes.

Coimbra *et al.* (2003) apresentou que os coeficientes de mortalidade materna e infantil são influenciados diretamente pelas condições assistenciais ao pré-natal, ao parto e também pela condição biológica e presença de doenças ocasionadas ou agravadas pelo ciclo gravídico-puerperal. O autor comenta que a cobertura de assistência ao pré-natal no Brasil, em questão São Luís do Maranhão, ainda é baixa, mesmo após ter ocorrido um aumento nas últimas décadas e que a inadequação da assistência era associada a desigualdade social.

A assistência pré-natal é primeiro passo para uma gestação e parto saudáveis, podendo assim identificar as mulheres com maiores riscos de complicações durante a gestação e parto, diminuindo as chances de intercorrência com ela e a criança; deve haver no pré-natal uma preparação física e psíquica da mulher, que as informações educativas sobre parto e cuidados com a criança sejam passadas a ela, bem como o seu estado nutricional mantenha-se adequado (BRASIL, 2006c; BRASIL, 2013b).

Sobre os objetivos das consultas pré-natais, consta-se na íntegra:

1. Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação;
2. Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
3. Desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:

- 3.1 Escuta ativa da mulher e de seus (suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas;
- 3.2 Atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias;
- 3.3 Estímulo ao parto normal e resgate do parto como ato fisiológico;
- 3.4 Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;
- 3.5 Exames laboratoriais:
  - ABO-Rh, hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta;
  - Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;
  - VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;
  - Urina tipo 1, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;
  - Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação, sempre que possível;
  - Sorologia para hepatite B (HBsAg), com um exame, de preferência, próximo à 30ª semana de gestação, se disponível;
  - Sorologia para toxoplasmose na primeira consulta, se disponível;
- 3.6 Imunização antitetânica: aplicação de vacina dupla tipo adulto até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em gestantes com esquema vacinal completo há mais de 5 anos;
- 3.7 Avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do SISVAN;
- 3.8 Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais;
- 3.9 Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama;
- 3.10 Tratamento das intercorrências da gestação;
- 3.11 Classificação de risco gestacional e detecção de problemas, a serem realizadas na primeira consulta e nas subsequentes;
- 3.12 Atendimento às gestantes com problemas ou comorbidades, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado;
- 3.13 Registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação.
4. Atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com realização das ações da “Primeira Semana de Saúde Integral” e da consulta puerperal, até o 42º dia pós-parto (BRASIL, 2006c, p. 10,11).

Diante disso, a atenção primária visa a promoção, proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, bem como ações de saúde no âmbito individual e coletivo. Porém a qualidade desta atenção ainda não é e nunca foi satisfatória, sendo uma das causas a não realização das 6 consultas mínimas preconizadas pelo MS, acarretando em óbitos maternos por causas obstétricas (variando

48,4% a 67% para contextos brasileiros) sendo que a maioria delas são evitáveis caso o pré-natal ocorresse como o recomendado (RUAS *et al.*, 2020; TRONCON *et al.*, 2013).

Quando se trata da saúde das mulheres indígenas no Brasil - categoria em situação de maior vulnerabilidade em saúde, marcada por colonialismo, poder e epidemias que, segundo Ávila (2014) faz com que esse grupo populacional enfrente graves problemas de saúde - apresentam alta fecundidade e elevada razão de mortalidade materna (RMM), sendo necessária uma atenção pré-natal implementada de forma eficaz pelos DSI e SASI (GARNELO *et al.*, 2019).

Garnelo *et al.* (2019), quando analisou os dados de mortes maternas de mulheres indígenas disponibilizados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) de 2008 a 2016, verificou altos valores da razão de mortalidade materna (RMM), 118,8, 127,9 e 112,8/100 mil nascidos vivos em 2008-2010, 2011-2013 e 2014-2016, respectivamente; em todos os triênios a RMM para as mulheres indígenas foi a mais elevada dentre todas as categorias de cor ou raça no país, com exceção das mulheres pretas em 2011-2013. Sendo evidenciado que as mulheres indígenas são comparadas com segmentos da população brasileira com alta vulnerabilidade social e deficiência de cobertura de atenção à saúde.

Quando se pensa nos problemas de saúde da mulher indígena também deve-se atentar para a qualificação a atenção obstétrica visando a redução da mortalidade materna e infantil, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), isso somente será possível por meio da renovação do modelo obstétrico hegemônico, sobretudo pelo fomento de técnicas de cuidado não invasivas, sendo preciso um novo modo de intervir na atenção ao parto e ao nascimento, levando em consideração as práticas de atenção ao parto normal (MONTEIRO *et al.*, 2020).

Silva *et al.* (2020) apontam para possibilidades de mudança no modelo obstétrico hegemônico pelas enfermeiras obstétricas no Brasil, em que, frente as suas práxis, a formação de profissionais que tenham pensamento crítico sobre a ruptura desse modelo é necessária e desafiadora, pois associa-se ao enfrentamento de paradigmas no cotidiano das instituições. Na realidade dos serviços de saúde, tem-se a fragmentação da assistência, onde a medicalização e a institucionalização do parto tornaram o corpo da mulher objeto de intervenções. Os autores trazem que a práxis das enfermeiras e o uso das tecnologias não invasivas constituem possibilidades para ruptura do modelo hegemônico culturalmente instituído no país, sendo necessária a constituição de um consenso que supere o senso comum.

Moliterno *et al.* (2013) verificaram sobre o processo de gestar e parir de mulheres indígenas Kaingang, o quanto as escolhas e opiniões dessas mulheres são irrelevantes aos profissionais, indicando a supremacia da formação técnica e intervencionista do profissional médico, que ignora o preparo da indígena e sua escolha para o parto natural, ficando claro, ainda que essas mulheres deixaram a possibilidade de participarem ativamente de seus partos, visto que os profissionais são os únicos responsáveis pela decisão das condutas e tratamentos a serem implementados desde a internação.

A equipe de saúde deverá levar em consideração as medidas adotadas pelas mulheres indígenas com relação à sua gestação e parto, pois as especificidades culturais de cada povo devem ser respeitadas. Como no caso das mulheres indígenas Kaingang, que utilizam de ervas e redução da quantidade de comida para inibir o crescimento do feto, de forma a facilitar o período expulsivo durante o parto; alimentos que devem ou não ser ingeridos no período gestacional e pós parto de acordo com essa cultura; as gestantes exercerem atividades como trabalhar na roça a fim de que a sua muscula seja preparada para o momento do parto, assim, tudo isso deve ser levado em consideração pelo profissional (MOLITERNO *et al.*, 2013).

Os mesmos autores evidenciaram que as mulheres mais idosas eram as que mais tinham o conhecimento sobre as ervas usadas como remédios durante o parto normal, sendo então as idosas as detentoras do conhecimento tradicional; evidenciaram que as mulheres Kaingang possuem uma insatisfação quanto a hospitalização para o parto, devido serem submetidas a uma posição diferente da que são acostumadas para o nascimento de seus filhos - exigindo que ficassem em decúbito dorsal no momento do parto - não condizendo pois, com suas concepções sobre o modo de parir e contrariando a fisiologia do parto.

As mulheres indígenas Wayúu colombianas preferem que a gravidez seja assistida por uma parteira, devido desempenhar um papel decisivo na comunidade e de ser provida de dons; as bebidas à base de erva são oferecidas pelas parteiras quando as gestantes sentem dores intensas. Existem cuidados com a alimentação da mãe para facilitar a expulsão do feto, evitar doenças e para que a criança não demore a nascer; as gestantes não podem carregar grandes pesos, apesar de realizarem atividades diariamente; as mães das gestantes são precisas no acompanhamento e participação do parto (NAVARRO; BELTRÁN, 2019).

Scopel, Dias-Scopel e Langdon (2015), sugerem que as práticas de autoatenção realizadas individual ou coletivamente, tendem a incorporar as práticas biomédicas sem deixar de realizar as práticas ditas tradicionais. Segundo os autores, embora os AIs não fossem reconhecidos como especialistas em práticas indígenas de atenção, “eles faziam

indicação de ‘remédios do mato’ e orientavam doentes que procurassem curadores, pajés e outros especialistas” (2015, p. 2562), também observaram que mães foram consultar benzedores, por indicação de AISs após a visita domiciliar. Essa prática não era restrita à visita dos AISs, constituindo-se como “atividade de autoatenção amplamente difundida e o uso de remédios caseiros era assunto comum em rodas de conversas” (2015, p. 2562).

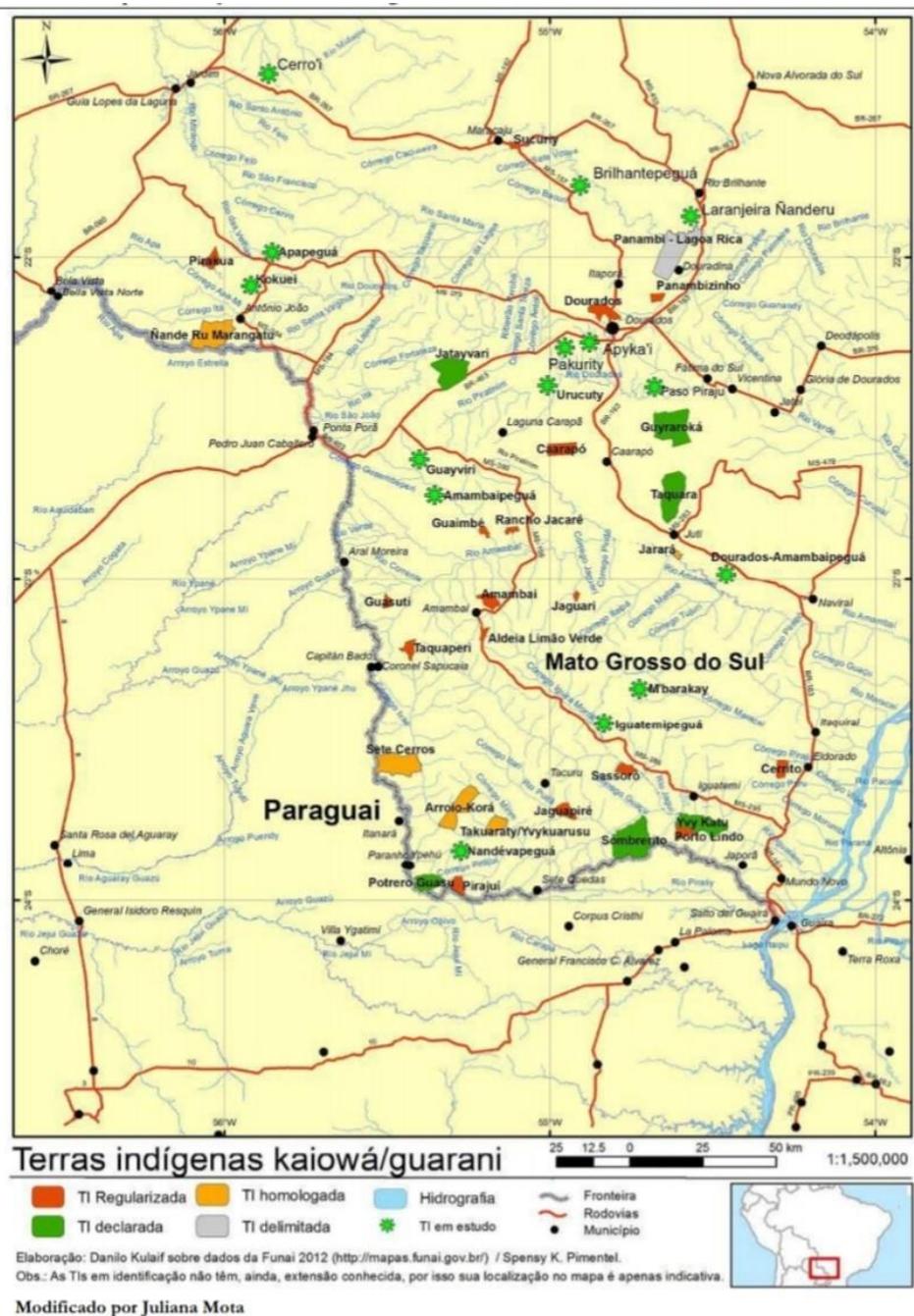
## **2.2 Povos indígenas Guarani e Kaiowá no Mato Grosso do Sul**

Há quatro povos Guarani no mundo, os quais são semelhantes nos aspectos fundamentais de sua cultura e organizações sócio-políticas, mas diferentes no modo de falar a língua guarani, de manifestar a religião e de aplicar as tecnologias no campo. Esses grupos reconhecem a origem, proximidade e diferenças existentes, sendo: os Mby’á; os Pãi-Tavyterã - no Brasil conhecidos como Kaiowá; os Avá Guarani - no Brasil denominados Guarani ou Ñandeva; e os Ache-Guayakí (MELIÀ *et al.*, 2008).

A população Guarani e Kaiowá é uma das maiores no país – a segunda etnia indígena mais numerosa - sendo existentes no Brasil três subgrupos: Kaiowá, Ñandeva e Mby’á; esses três originam-se do tronco Tupi e da família linguística Tupi-Guarani (PEREIRA, 1999). Em Mato Grosso do Sul são encontrados dois subgrupos dos Guarani: Kaiowá e os Ñandeva ou Guarani, que representam a população mais numerosa dentre as outras indígenas no estado (GRÜNBERG, 2002; IBGE, 2010).

Em Mato Grosso do Sul eles estão localizados na porção sul (Mapa 1), que de acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), somam aproximadamente 43 mil, dos quais 35 mil vivem em terra indígena e 8,1 mil fora dela.

Mapa 1. Localização dos povos indígenas Guarani e Kaiowá no Mato Grosso do Sul



Fonte: FUNAI (2012). Org: Danilo Kulaif

A maior parte dos indígenas Guarani Kaiowá no Estado de Mato Grosso do Sul encontram-se nas oito reservas demarcadas pelo SPI de 1915 e 1928, sendo: Amambai, Caarapó, Dourados, Limão Verde, Pirajuy, Porto Lindo, Sassoro e Takuapiry (BRAND, 1997).

Nas áreas demarcadas na década de 1980 em diante, encontram-se: Cerrito, Guaimbe, Guasuty, Jaguapire, Jaguari, Jarara, Ñande Ru Marãngatu, Campestre, Panambi, Panambizinho, Pirakua, Potrero Guasu, Rancho Jakare, Sete Cerros, Sucuriy, Takuaraty/Yvykuarusu (Paraguasu); em áreas identificadas estão Arroio Cora, Guyra Roka, Jataivary, e outras em processo de identificação: Kokue'i, Takuara e Sombreiro (CHAMORRO, 2015).

Desde 1980, algumas áreas Guarani e Kaiowá foram regularizadas e outras encontram-se em processos judiciais, aguardando decisão dos órgãos responsáveis pelo processo de demarcação, conforme apontado por Brand (2004). Entretanto, não é de hoje que esses indígenas lutam pelo direito de sobreviver em seus territórios, tendo em vista que, desde a colonização portuguesa é que os povos originários resistem.

A partir do século XVI os Guarani e Kaiowá têm de lidar com os diversos ataques das frentes de ocupação, as quais se intensificaram a partir do século XX, durante a colonização do sul do Estado no MS, sendo vítimas da violência direta (assassinatos, expulsões, espancamentos etc.), do terror (ameaças e pressões) e ludibriação por parte dos fazendeiros, funcionários do governo e missionários (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO/MS; COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO/SP; MPF/PGR 3ª REGIÃO, 2000).

Esses dilemas devem ser percebidos a partir da questão agrária no Mato Grosso do Sul, a qual sempre esteve ligada à relação conflituosa entre concentração fundiária e a luta pela terra (FREITAS, 2019). É importante falar sobre a questão agrária para compreender a atual situação dos povos indígenas na região.

O conflito pelo direito à terra é antigo. A regulamentação pela apropriação de terras, com a Lei das Sesmarias em 1534, foi um fator pontual para o monopólio de terras no país, pois, era através dela que se fazia a distribuição com a finalidade de que se aumentasse a produção agrícola e se garantisse a ocupação territorial do Brasil (BASTOS, 2014).

“Com o fim da Sesmarias em 1822, o Brasil ficou desprovido de qualquer Lei a respeito da questão fundiária até que se criasse a Lei de Terras em 1850” (BASTOS, 2014, p. 22), assim, as terras que antes eram ofertadas pelo governo, agora só poderiam ser adquiridas pelo poder de compra. Para Martins (1986) é nesse momento que a terra se torna cativa, pois passa a ter valor comercial, implicando em relações capitalistas.

Borin (2011) relata sobre a questão agrária que, historicamente, se desenvolveu mais homoganeamente no Brasil pela Lei de Terras em 1850 e a Lei Áurea em 1888, as quais, juntamente com a pressão inglesa de caráter político-econômico, criaram condições

objetivas para a construção do cenário capitalista, nos moldes de uma economia agroexportadora. O autor aborda que isso possibilitou que posseiros, ex-escravos e os recém colonos imigrantes obtivessem suas terras e que o capitalismo brasileiro “que teve como força motriz a tríade latifúndio, escravidão e monocultura de exportação”, continuasse a seguir o mesmo modelo, porém, agora, “sob nova roupagem: o Agronegócio” (BORIN, 2011, p. 16 e 17).

No final do século XIX, após a Guerra do Paraguai, houve uma preocupação por parte do governo brasileiro de ocupar as regiões fronteiriças, que até então os Guarani e Kaiowá viviam sem muito contato com os não indígenas, dando a concessão à Companhia Matte Larangeira para exploração da erva-mate, numa área bastante extensa, coincidindo com boa parte do território desse povo (CONSELHO INDIGENISTAS MISSIONÁRIO/MS; COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO/SP; MPF/PGR 3ª REGIÃO, 2000).

Essa Companhia teve expressiva participação dos índios Guarani e Kaiowá na exploração dos ervais, como aponta os trabalhos de Antônio Brand (1997), Vietta (2007) e Ferreira (2007), utilizando da mão de obra desses indígenas devido possuírem um vasto conhecimento e dominação sobre a mata, com técnicas de extração da erva-mate. A atuação da empresa no Estado do MS foi contemporânea para a criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), sendo o SPI importante na execução dos projetos coloniais ao criar reservas indígenas e liberar terras para a exploração colonial (CRESPE; PEREIRA, 2015).

Vale destacar que a partir da ditadura militar em 1964, a agricultura passou por um processo de modernização com diversificação de produção, juntamente ao crescimento da exportação de manufaturados, inaugurando um período de dinamismo externo inédito na história do país (OLIVEIRA, 2020). A partir de 1964, o Estado brasileiro passou a intervir mais na agricultura, direcionando o planejamento para o setor rural e determinando os rumos da produção, instaurando seu projeto modernizador e facilitando créditos (NETTO; MELO; MAIA, 2010).

Bastos (2014) comenta que nessa época, o Mato Grosso do Sul se inseriu nessa ideia de desenvolvimento econômico, quando passou a receber políticas de incentivos de fomento ao produtivismo em larga escala.

Mizusaki (2009) menciona que a partir da década de 50 e, sobretudo, depois de 1970, a criação de gado começou a ganhar destaque no Estado do MS, desenvolvendo nas áreas de mata uma pecuária melhorada, tratada com pasto plantado - chamado de “colônião”- o que impulsionou, nos anos de 1950-60 a formação de grandes extensões de

terra nesses locais. A autora ainda dialoga que, para o desmatamento, era comum o serviço de empreita, realizado através de um empreiteiro de mão-de-obra - comumente chamado de “gato” - contratando os trabalhadores nordestinos.

O Estado do Mato Grosso do Sul manteve sua economia voltada para a exploração agrícola e pecuária em grande escala, visando o atendimento da indústria nacional e do mercado internacional de *commodities* agrícolas (como a cana-de-açúcar, milho e soja) (FREITAS, 2019). Segundo Furtado (1971), a fase da rápida expansão das exportações de produtos primários foi por indução da revolução industrial, caracterizando-se pela modernização das formas de consumo, que trouxe com isso o tratamento de produtos como a carne, algodão, café e sementes oleaginosas no Brasil.

Nessa situação, o processo de desenvolvimento do capital no campo em Mato Grosso do Sul passou a ter as bases sob o domínio do capital industrial, que se expandia no país, “orientado pelo modelo de produção, propugnado pela chamada Revolução Verde” (MIZUSAKI, 2009, p. 56 e 57). Esse nome era um programa idealizado e patrocinado inicialmente pelo grupo Rockefeller, no contexto da Segunda Guerra Mundial, referente à preocupação com a questão alimentícia, tendo a intenção de aumento da produção e produtividade agrícola no mundo, com a mudança no processo de agricultura tradicional pela agricultura mais moderna e com controle dos produtores, sendo que, por trás, havia interesses de grandes grupos econômicos em ampliar mundialmente suas vendas de insumos modernos (BRUM, 1988).

Com a “produção em larga escala como a soja, o milho e recentemente a cana-de-açúcar no Mato Grosso do Sul, houve mudanças na forma de subordinação do capital no campo” (BASTOS, 2014, p. 25). Diante disso, aconteceu um crescimento exponencial da área do plantio pelo arrendamento de grandes extensões de terras necessárias para as plantações, aumentando a exploração das matas, concentração da terra nas mãos de poucos – como na das grandes empresas - gerando um impacto ambiental devido ao uso intensivo dos solos e dos recursos hídricos e uso indiscriminado de fertilizantes, defensivos agrícolas e insumos químicos que acabam esgotando os recursos naturais existentes (FREITAS, 2019).

Além de tudo, com “aparente riqueza que emerge no campo sul-mato-grossense, como modelo de desenvolvimento promovido pelo Estado e alavancado pelo capital avançam veemente em territórios indígenas travando um cerco desleal nessas comunidades” (BASTOS, 2014, p. 26). O autor declara que, se já não bastasse invadirem os territórios dos Guarani e Kaiowá, dos trâmites judiciais prejudicarem o processo de

demarcação das terras indígenas e agravos de violências contra essas comunidades, ainda há a existência de um aparato ideológico criado por alguns agentes como tentativa de não resolver a problemática indígena: de pensar a questão indígena como um “retrocesso e atraso cultural e econômico” (p. 26), sendo esse um discurso que serve aos interesses de proprietários de terra para justificar a não retomada dos indígenas de seus territórios tradicionais.

Como pôde notar, a reforma agrária é uma questão complexa, que envolve política, que implica em decisões do Estado e, ainda, tomada de defesa de interesse. Veiga (2002) percebe a reforma agrária como essencial para se chegar ao desenvolvimento econômico, sendo impossível negar o efeito distributivo da transferência de terra.

Já Stédile (2002) acredita que uma reforma agrária capitalista não irá resolver o problema do campo, devido que ela reproduziria as relações sociais características desse modo de produção, sendo necessária uma reforma agrária que conduzisse a mudanças no modo de produção, aos moldes do socialismo, que promovesse a descentralização da propriedade e organizasse coletivamente os meios de produção. Pode-se notar assim que a questão agrária no Brasil tem, por muitas vezes, uma tomada de posição como motivação, uma orientação ideológica e/ou a defesa de interesses.

Diante disso, os Guarani e Kaiowá, assim como as demais populações indígenas do Mato Grosso do Sul, sofreram com um processo histórico agressivo e violento, sendo a colonização a responsável pelo domínio e exploração do território, provocando um “esparramo” (BRAND, 1993), “confinamento” (BRAND, 1997) e “silenciamento” dos grupos que já habitavam o local (NASCIMENTO; LANDA; VIEIRA, 2013).

A questão indígena no Mato Grosso do Sul é considerada, por um lado, como “uma das maiores tragédias da América Latina pela gravidade da crise humanitária, insegurança e violência a que foram submetidos os Guarani e Kaiowá” (MONDARDO, 2020, p. 135). Por outro lado, uma potência devido à força coletiva da luta por direitos, terras e territórios, uma vez que o conflito territorial entre indígenas e fazendeiros é caracterizado como “uma disputa tensa e dramática pelo acesso à terra, território e direitos humanos na fronteira do Brasil com o Paraguai” (MONDARDO, 2020, p. 135).

A política de criação de Reservas Indígenas caracteriza-se pelo que Brand (1997) chama de confinamento compulsório, referente à concentração de indígenas em áreas delimitadas pelo governo que, escolhidas aleatoriamente e de preferência próximas as das não indígenas, visou a integração gradativa dos indígenas à sociedade envolvente, não levando em consideração qualquer vínculo dos povos nativos com o seu território

tradicional. Sendo, dessa forma, realizada as implantações de políticas oficiais de aldeamento forçadas pelo governo.

O Serviço de Proteção ao Índio (SPI) teve uma participação importante e decisiva no processo de demarcação das Reservas Indígenas Guarani e Kaiowá no sul de Mato Grosso do Sul, pois, cabia não apenas retirar os índios da área de conflito com os colonos, mas também de encaminhá-los para reservas já estabelecidas pelo governo (EREMITES DE OLIVEIRA; PEREIRA, 2009).

Para efetivar o confinamento dos índios nas reservas, Brand e Azambuja de Almeida (2014) comentam que em documentos encontrados do SPI, há relatos sobre o uso de violência física pelos “civilizados” para confinar os indígenas nas reservas e para deixarem o seu território original, já que agora essas terras estavam disponibilizadas para a colônia agrícola desses civilizados.

Tais situações constrangedoras na qual os indígenas Guarani e Kaiowá foram submetidos visava-se aplicar políticas de fixação indígena, que incluía a prática de aldeamento, sendo desconsiderado o fato de que nem todos os povos indígenas viviam em aglomerados - o problema de aplicar o termo aldeia como sinônimo de local de habitação de indígenas é que nem todos os que vivem em território brasileiro moram em maloca (aglomerado de casas comunais onde vive uma família extensa) (EREMITES DE OLIVEIRA; PEREIRA, 2009).

Além do objetivo das reservas serem concentrar os indígenas em pequenas áreas, também havia o interesse de que os indígenas passassem a realizar uma agricultura nos moldes capitalistas, visando o mercado; também deve-se destacar que, as oito terras demarcadas pelo SPI em 1915 a 1928 foram com dimensões inferiores ao lote padrão, equivalente à metade da extensão das propriedades dos colonos, e as outras terras demarcadas entre 1980 e 90 - também com lotes pequenos - só aconteceu em ação de retomada envolvendo integrantes da comunidade indígena - homens, mulheres e crianças - e aliados à sociedade não indígena (CONSELHO INDIGENISTS MISSIONÁRIO/MS; COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO/SP; MPF/PGR 3ª REGIÃO, 2000).

Dos 43 mil indígenas Guarani e Kaiowá existentes no Mato Grosso do Sul, 8.100 pessoas, segundo o censo de 2010 do IBGE, vive fora das terras indígenas, sendo que, boa parte reside em:

acampamentos, em barracos precários feitos de sucata e lona plástica, em vagões de trem abandonados, sem acesso à maior parte dos

benefícios previstos para as comunidades indígenas nos programas governamentais. Os acampamentos estão na margem de rodovias, na periferia das cidades e das reservas ou terras indígenas e nas proximidades de terras reivindicadas como indígenas (CHAMORRO, 2015, p. 308).

Segundo a mesma autora, os acampamentos construídos de barracos precários feitos de sucata e lona plástica, os indígenas vêm chamando de “retomada” e estão dentro das áreas reivindicadas, sejam elas já identificadas, em identificação ou sem nenhum processo administrativo oficial. Seria o caso de Kurussu Amba, Ypo’i, Laranjeira Nhanderu, Itay Ka’aguyrusu, Guyra Kambiy, Pyelito Kue, Guaiviry, já os outros acampamentos são considerados “de beira de estrada” (CHAMORRO, 2015, p. 308).

Nos acampamentos indígenas no Mato Grosso do Sul são registrados “altos índices de contaminação nos mananciais e córregos que acarretam doenças aos indígenas” (BASTOS, 2014, p. 52). A mesma autora comenta que vários dos agrupamentos de Guarani e Kaiowá que se localizavam nos fundos das fazendas, foram destruídos pelos possuidores das terras; diversas formas de recursos foram utilizados para que os indígenas desocupassem as terras, sendo o processo de expropriação feita através da violência e da força; que caso continuassem na insistência em permanecer, ocorriam as ameaças e por último a expulsão, em que, por muitas vezes, “famílias inteiras eram deixadas às margens das rodovias próximos das Reservas demarcadas” (BASTOS, 2014, p 52).

O Parecer nº 801 EHSN/COGEJUR/CONJUR-MS/CGU/AGU, de 25 de junho de 2012, define que a ausência de demarcação em territórios indígenas não impede a adoção de medidas para garantir condições de salubridade adequadas aos povos indígenas e que é dever constitucional do Poder Público eleger meios adequados para concretizar o direito fundamental à saúde diante das especificidades de cada realidade encontrada.

Entretanto, a comitiva realizada pelo Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional de Mato Grosso do Sul (CONSEA/MS) em 2016 concluiu, nos seus relatórios, que a realidade vivida pelos povos Guarani e Kaiowá pode ser denominada como tragédia humanitária e indica evidentemente a negação de direitos humanos. Nas palavras do CONSEA/MS:

A comitiva concluiu que a realidade vivida pelos povos Guarani e Kaiowá pode ser denominada como uma tragédia humanitária e denota explicitamente a negação sistemática de direitos humanos em função da omissão do Poder Público. Foi possível constatar em todas as comunidades visitadas a ocorrência de fome e desnutrição, a precariedade do acesso a saúde, a água e a educação, a ausência de

documentação civil, um constante sentimento de medo de ataques violentos por ordem dos fazendeiros da região e uma forte criminalização das lideranças indígenas que resistem e reagem aos abusos de poder dos órgãos de polícia. A demarcação das terras indígenas é a condição primária para a realização do Direito Humano à Alimentação Adequada dos povos indígenas Guarani e Kaiowá do Cone Sul do Mato Grosso do Sul e para o acesso a todas as políticas públicas previstas no Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Plansan). A situação de insegurança alimentar e nutricional dos povos indígenas Guarani e Kaiowá é causada diretamente pelo descumprimento de seus direitos territoriais garantidos pela Constituição Federal do Brasil. (CONSEA, 2017, p.78).

O processo de perda territorial associado às condições impostas pelas reservas contribuiu para a atual situação dos Guarani e Kaiowá, que pode ser evidenciada pelas condições de precariedade que essas pessoas convivem nos acampamentos, negados a esses os recursos fundamentais e elementares para a sobrevivência como água e alimentos (BASTOS, 2014).

A mesma autora mostra que nos acampamentos o poço é insuficiente para atender as demandas do grupo e, assim, muitos utilizam da água de córregos e lagos, cujas condições são de insalubridade para o consumo diário.

Também se deve atentar para as questões indígenas, a respeito da densidade demográfica dos Guarani e Kaiowá, que cresceu com a chegada de novos moradores e com a alta taxa de crescimento da população em um dado espaço, trazendo à tona uma série de problemas que vão desde os altos índices de alcoolismo, suicídios e desnutrição até a crescente violência interna (CAVALCANTE, 2013).

Relatório feito pelo Conselho Indigenista Missionário (CIMI) mostrou que o Mato Grosso do Sul é o estado que mais possui mortes indígenas no país, em 2019 registrou 40 casos de assassinatos (CIMI, 2020).

Quanto ao elevado número de suicídios que acontece no Estado do MS, cerca de 83% deles são dos Guarani e Kaiowá, sendo em sua maioria jovens. O grito desse povo contra as situações de violência que vivem hoje pode ser representado tanto pela questão do suicídio como forma de negação do cenário desesperançoso ao qual encontram-se confinados quanto pelas retomadas de pequenas parcelas de seu território que recuperam o seu *tekoha* (lugar da vida social, da reprodução e alimentação) (HECK; MACHADO, 2011).

Para esse povo o território é muito importante: é o local que vivem, onde podem plantar e colher, caçar e pescar, cultivar plantas medicinais, praticar o *Oguata*

(caminhadas), estabelecer relações familiares, alianças, arte e práticas religiosas, de forma a viver de acordo com suas tradições culturais (PRADELLA, 2009; MELIÀ, 1990).

Viver neste espaço é imprescindível para sua sobrevivência física e cultural, como também a persistência na luta pela retomada de territórios ocupados pelos não indígenas, como pode ser notado na fala de Colman:

[...] *tekoha* significa espaço, lugar (ha), possível para o modo de ser e de viver (teko). Tal é a importância deste conceito que numa mesma palavra aglutinam dois conceitos: vida e lugar. Devido às agressões ao meio ambiente e ao processo de espoliação de suas terras, os Kaiowá e Guaraní têm encontrado crescentes dificuldades para esta sobrevivência (COLMAN, 2007, p. 21).

Essas comunidades não se intimidam nem desistem de lutar pelo *Tekohá*. Tais motivações têm estimulado cada vez mais outros Guaraní e Kaiowá a se mobilizarem e se unirem em ações coletivas pela retomada dos seus territórios tradicionais. Embora o Estado Brasileiro não garanta o espaço requerido por esse povo, eles sempre encontram formas de sair em busca de novas alternativas, como têm sido as retomadas de áreas consideradas tradicionais e a migração para espaços urbanos (BRAND, 1997; COLMAN, 2007).



GUIMARÃES, *Agente Indígena de Saúde na aldeia*, 2021. Desenho em aquarela.

### 3 Objetivos

### **3.1 Objetivo geral**

- Descrever as contribuições e as dificuldades no acompanhamento pré-natal de mulheres indígenas Guarani e Kaiowá, pelos Agentes Indígenas de Saúde.

### **3.2 Objetivos específicos**

- Conhecer as atribuições dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) na atenção à saúde da mulher e pré-natal.

- Contextualizar as contribuições e as dificuldades apresentadas pelos AIS no acompanhamento pré-natal de mulheres indígenas no território.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 Tipo, local e período da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória de abordagem qualitativa, com base em dados primários, realizada nas aldeias Sassoró, Bororó, Jaguapiru, e Te'yikue no Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, no período de maio a julho de 2018. Essas aldeias pertencem aos Polos Base de Tacuru, Dourados e Caarapó, respectivamente.

A primeira aldeia, Sassoró, está localizada no município de Tacurú, na bacia do rio Iguatemi, em Mato Grosso do Sul, é uma das oito reservas instituídas pelo SPI de 1915 a 1928, sendo essa criada em 1928; possui uma superfície de 1.932, há nas proximidades do porto homônimo no rio Hovy - que era utilizado pela Cia. Matte Larangeira para transporte da erva coletada na região (MURA, 2010).

Essa Terra Indígena (TI) encontra-se no interior de um território (*tekoha guasu*), habitado pelos Guarani e Kaiowá, tendo cada comunidade política seu lugar de origem (*tekoha*) em diversos locais desse espaço; nos anos 1940 e 1950 essa população sofreu com várias epidemias como o sarampo, catapora, varíola, gripes e tuberculose, provocando intensos conflitos entre famílias rivais devido atribuírem a causa principal das doenças à prática de feitiçaria (BRAND, 1997; PEREIRA, 2002).

Até o fim dos anos 1960, a maior parte da população desse território residia fora da TI, onde, posteriormente, seriam atraídos pela Missão Evangélica Caiuá, que prestava atendimento médico e devido à expulsão pelos fazendeiros, onde então um significativo contingente de famílias passou a residir em Sassoró (PEREIRA, 2002).

Segundo a última estimativa de 2010 do IBGE, a TI tem uma população de aproximadamente 3.000 pessoas, que estão distribuídas entre 500 a 765 famílias, a 05 km da rodovia entre os municípios de Tacuru e Iguatemi; os pontos de referências da aldeia são: o Posto de saúde Guilherme Resã Kwe-Mi, a Escola Municipal Indígena Ubaldo Arandu Kwe-Mi, a Casa Dias Luzileide Silveira; sendo existentes na localidade, igrejas de várias denominações, bares e o posto da Funai que atende a aldeia (CASTELÃO; VIEGAS, 2017).

A segunda e terceira aldeia, Bororó e Jaguapiru, fazem parte da TI de Dourados, criada pelo SPI entre 1915 e 1928. O SPI dividiu a TI em duas aldeias nas primeiras décadas do século XX (PEREIRA, 2014). Totalizam uma área de 3.539 hectares, com

uma população estimada em 15 mil indígenas Guarani, Kaiowá e Terena (TERRAS INDÍGENAS, 2021). Devido terem perdido suas terras e ficarem dispersos no atual território sul-mato-grossense, esses indígenas, que já estavam instalados nas proximidades da área de fundação da TI, foram realocados para essa localidade (PEREIRA, 2014).

A TI de Dourados tem seus limites territoriais junto aos limites do perímetro urbano do município, situando-se ao norte da cidade (SANTANA JUNIOR, 2010). Segundo o mesmo autor, devido à grande população indígena ali existente estar em um espaço pequeno que, somado a escassez de recursos naturais – levando a um quadro de miséria dentro dessas aldeias- são muitas as dificuldades enfrentadas pelos indígenas para sobreviverem, fazendo com que a TI fosse considerada, pelo Governo Federal na década de 1990, como “uma das áreas indígena mais problemáticas do país devido ao registro de inúmeros casos de suicídios, motivados em sua maioria pela perda da perspectiva de vida no interior da reserva” (p. 204).

Pereira (2014) explica que ao longo da segunda metade do século XX, a divisão e distribuição dos lotes na Reserva Indígena de Dourados (RID) passaram a ser transferidas por herança ou compra e, hoje, o “loteamento” em pequenas porções de terra, semelhante ao que acontece no espaço urbano, são vendidos para pessoas interessadas em construir casas ao lado da rodovia ou nas travessas próximo a ela.

Diante disso, o número de travessas veio a aumentar nas proximidades da rodovia e lotes maiores foram subdivididos em áreas menores e ocupadas por uma ou mais famílias nucleares; as famílias que dispõem de condições financeiras melhores procuram comprar seus próprios lotes, sendo mais valorizados os que estão localizados ao lado da rodovia MS 156 ou ao longo das principais travessas que dão acesso a essa rodovia. Ainda sobre a ocupação dos lotes pelas famílias, Pereira (2014) afirma:

a reunião de casas de parentes num pequeno lote costuma formar espécies de aglomerados, que fornecem a base para muitas práticas de sociabilidade entre parentes, como o compartilhamento dos cuidados com os filhos e para a autoproteção, dado o grau de violência interna na RID.

(...) A maioria dos lotes não dispõe de espaço para plantar lavoura, já que a maioria dos índios vive na reserva, mas depende de atividades renumeradas fora dela para sustentar suas famílias. A agricultura de produção de alimentos é cada vez menos praticada e menos prestigiada entre os indígenas que vivem na RID. A compra e venda de lotes pode gerar problemas de convivência entre vizinhos que nem sempre são parentes nem aliados. Mas a dinâmica social tende a deslocar os

desafetos, que, muitas vezes, são levados a vender ou trocar seus lotes para construir relações de vizinhanças mais harmônicas. Quando isso não acontece, a convivência entre desafetos pode resultar em tensão ou violência (PEREIRA, 2014, p. 08).

Além disso, o autor ainda destaca que a presença de não indígenas dentro RID é considerada foco de tensão e conflito pelas lideranças das duas aldeias, diante do fato de que a maior parte dos não indígenas vive na aldeia Jaguapiru e a retirada forçada desses geraria conflitos com as parentelas nas quais se inseriram.

A quarta e última aldeia da pesquisa foi a Te'yikuê, RI de Caarapó, criada pelo SPI em 1924, está localizada no município de Caarapó, em Mato Grosso do Sul, ficando cerca de 15 km do município; é uma área de 208.960,00 há, com população Guarani e Kaiowá de aproximadamente 5 mil indígenas (TERRAS INDÍGENAS, 2021).

Na região central da RI estão localizados o Posto da FUNAI, a Escola Municipal Indígena Ñandejara, o Posto de Saúde Zacarias Marques, o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e a Escola Estadual e próximas a essa área se estabelecem as parentelas de maior prestígio interno (PÍCOLI, 2008).

A história da RI Te'yikue teve o mesmo resultado de confinamento das demais reservas demarcadas pelo SPI entre 1915 e 1928; a partir da década de 1950 acontece uma superpopulação e sobreposição de famílias extensas no local, uma intensificação das atividades agropecuárias e extrativismo de madeira que geraram uma degradação ambiental, enfraquecimento do solo e a troca de vegetação nativa por outra vegetação (do tipo colônia e braquiária) (MARTINS, 2018).

Segundo o mesmo autor, esses fatores impediram as práticas culturais e religiosas dos Guarani e Kaiowá - como o plantio tradicional das roças *ava kokue arandu rupi* - gerando dificuldades na produção de alimentos e nas práticas dos seus rituais.

#### **4. 2 População e critérios de inclusão**

Foram convidados a participar da pesquisa todos os Agentes Indígenas de Saúde que atuavam nas aldeias Sessoró (Pertencente ao Polo de Tacuru), Bororó e Jaguapiru (pertencentes ao Polo de Dourados) e Te'yikuê (Polo de Caarapó), que estivessem atuando no momento da coleta e vinculados às Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI).

As aldeias foram selecionadas por conveniência. Foram convidados a participar da pesquisa todos os Agentes Indígenas de Saúde pertencentes às EMSIs das aldeias referidas, por participarem no atendimento às gestantes no pré-natal e por serem conhecedores da cultura de seu povo e das práticas tradicionais relativas à gestação. No total participaram 33 pessoas, sendo: na aldeia Bororó 9 pessoas (7 mulheres e 2 homens); na aldeia Te'yikuê 8 pessoas (6 mulheres e 2 homens); na aldeia Jaguapiru, 10 pessoas (9 mulheres e 1 homem); e na aldeia Sassoró, 6 pessoas (2 mulheres e 4 homens).

### **4.3 Procedimento de coleta de dados**

Utilizou-se como técnica de pesquisa o grupo focal, por meio de um instrumento com perguntas norteadoras (Apêndice A), tendo como subsídio a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena e a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2002; BRASIL, 2017).

Para Morgan e Krueger (1993 apud GATTI, 2005), o grupo focal é um método de se coletar dados a partir da captação de falas, sentimentos, atitudes, crenças, experiências e reações, além de permitir a imersão nos vários pontos de vistas e processos emocionais pela conjuntura criada, concebendo assim os significados manifestados.

Morgan (1997) menciona que, durante toda a conversa, o moderador ou facilitador será quem irá permitir a interação e debate, quem irá fornecer explicações claras sobre o intuito do grupo e garantir que todos recebam uma chance de fala; o moderador poderá usar de perguntas abertas, desafiando os participantes a criar uma gama de significados sobre o tema.

A figura do observador também é relevante para o êxito do grupo focal. Dall'Agnol e Trench (1999) expõem que o observador registra os acontecimentos grupais que, em sintonia com o moderador/mediador, auxilia na condução, intervindo para obter informações que não foram muito bem esclarecidas; colabora no controle do tempo, transcrição das falas e encarrega-se de manusear o aparelho de gravação; pode, no final, contribuir com o seu parecer, complementando a síntese.

Gatti (2005) profere que os participantes devem se sentir livres para participar, mesmo se o seu ponto de vista diverja entre outros participantes. Essa autora considera que o emprego de mais de um grupo focal na pesquisa permite ampliar o foco de análise.

Diante disso, para a realização do método, os grupos focais em cada Polo foram previamente agendados com os enfermeiros atuantes das equipes multidisciplinares de

saúde indígena (EMSI) de cada aldeia, que verificaram a disponibilidade do dia e horário de modo a não influenciar na rotina de trabalho do AIS.

Aconteceu um grupo focal em cada Polo, sendo a execução em sala privada e em local de trabalho do AIS. De início, foram dispostas de modo circular as cadeiras para os participantes da pesquisa se acomodarem; em seguida, com moderador fazendo a dinâmica (cada um se apresentava com nome, etnia e tempo de serviço) e, após, introduzindo perguntas abertas e fazendo com que cada um expressasse a sua ideia. Enquanto isso, duas observadoras (uma delas é a autora da presente dissertação), registravam os acontecimentos, intervindo quando as informações não tinham sido bem compreendidas. O tempo de duração de cada grupo focal foi de aproximadamente duas horas.

#### **4.4 Organização e análise dos dados**

Os dados qualitativos resultantes foram gravados, transcritos na íntegra e submetidos a repetidas leituras para posterior análise e categorização, utilizando-se da análise de conteúdo: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados – inferência e interpretação (BARDIN, 2006).

Os discursos dos participantes foram identificados como: AIS homem ou AIS mulher, seguidos de F1 a F33 e Terra Indígena, conforme o exemplo a seguir: “O dia estava ensolarado” (AIS mulher, Sassoró, F 24).

#### **4.5 Aspectos éticos**

Todos os aspectos éticos foram respeitados, em conformidade com as resoluções n. 466/2012 (BRASIL, 2012a) e 510/2016 (BRASIL, 2016a), do Conselho Nacional de Saúde, e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordando em participar da pesquisa de forma voluntária. A pesquisa que deu origem a este artigo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, sob o parecer n. 2.155.788/2017.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 86,8% dos Agentes Indígenas de Saúde que atuavam nas aldeias Sassoró, Bororó, Jaguapiru, e Te'yikuê, no Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, com predomínio de mulheres (72,7%) pertencentes às etnias Guarani, Kaiowá e Terena, com idade de 19 a 45 anos e tempo de atuação como AIS entre 1 ano e 2 meses a 20 anos. O perfil dos AIS participantes da pesquisa encontra-se descrito no Quadro 1.

Vale destacar que, neste estudo, a maioria dos AISs são mulheres. Neste sentido, nas seções subsequentes, ao nos referirmos aos AISs, será utilizado o gênero feminino.

Após a análise do material empírico, evidenciou-se os núcleos de sentido relativos às categorias, “contribuições das AISs na atenção à saúde da mulher no pré-natal” e “dificuldades apresentadas pelas AISs no acompanhamento pré-natal”, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 1. Perfil dos AISs participantes da pesquisa, 2018.

<i>AIS</i>	<i>TERRA INDÍGENA</i>	<i>ETNIA, IDADE E TEMPO DE ATUAÇÃO</i>
Mulher	Te'yikuê	Kaiowá, 28 anos de idade, 5 anos de serviço
Mulher		Guarani e Kaiowá, 30 anos de idade, 14 anos de serviço
Mulher		Kaiowá, 23 anos de idade, 3 anos de serviço
Homem		Guarani, 33 anos de idade, 4 anos e meio de serviço
Mulher		Guarani, 19 anos de idade, 3 meses de serviço
Homem		Guarani e Kaiowá, 21 anos de idade, 1 ano e dois meses de serviço
Mulher		Kaiowá, 25 anos de idade, 1 ano e seis meses de serviço
Homem		Guarani e Kaiowá, 22 anos de idade, 1 ano e dois meses de serviço
Mulher		Kaiowá, 40 anos de idade, 1 ano e dois meses de serviço

Mulher	Jaguapiru	Guarani, 20 anos de idade, 2 anos de serviço
Mulher		Terena, 27 anos de idade, 5 anos de serviço
Mulher		Terena, 38 anos de idade, 15 anos de serviço
Mulher		Terena, 30 anos de idade, 7 anos de serviço
Homem		Guarani, 22 anos de idade, 2 anos de serviço
Mulher		Kaiowá, 28 anos de idade, 10 anos de serviço
Mulher		Terena, 34 anos de idade, 15 de serviço
Mulher		Terena, 40 anos de idade, 14 anos de serviço
Mulher		Terena, 39 anos de idade, 4 anos de serviço
Homem		Bororó
Mulher	Guarani, idade e tempo de serviço não informados	
Mulher	Guarani, 38 anos de idade, tempo de serviço não informado	
Mulher	Guarani, 37 anos de idade, tempo de serviço não informado	
Mulher	Kaiowá, 55 anos de idade, 16 anos de serviço	
Mulher	Guarani, 43 anos de idade, 20 anos de serviço	
Mulher	Kaiowá, 32 anos de idade, 10 anos de serviço	
Mulher	Kaiowá, 35 anos de idade, 10 anos de serviço	
Mulher	Kaiowá, 59 anos de idade, 17 anos de serviço	
Mulher	Sassoró	
Homem		Kaiowá, 38 anos de idade, 5 anos de serviço
Mulher		Kaiowá, 43 anos de idade, 17 anos de serviço
Homem		Kaiowá, 30 anos de idade, 2 anos e meio de serviço
Homem		Kiaowá, 31 anos de idade, 6 anos de serviço
Homem		Kaiowá, 39 anos de idade, 3 anos e meio de serviço

Nota: elaborado pela pesquisadora, 2021.

Quadro 2. Síntese das contribuições e dificuldades das AISs no acompanhamento pré-natal da gestante Guarani e Kaiowá, 2018.

<i>Atribuições das AISs na Saúde da Mulher (Ministério da Saúde)</i>	<i>Contribuições das AISs na atenção à saúde da mulher no pré-natal (evidenciadas)</i>	<i>Dificuldades apresentadas pelas AISs no acompanhamento pré-natal (evidenciadas)</i>
Conhecer todas as gestantes de sua aldeia e informar a equipe de saúde.	Facilitação na identificação de gestantes no seu território para o acompanhamento pré-natal	Ambiguidade na orientação quanto às práticas tradicionais
Ter uma postura vigilante, identificando sinais de risco nas gestantes, principalmente com as gestantes que apresentarem muitas queixas.	Ampliação e facilitação do acesso da gestante indígena ao pré-natal	Ausência de ações educativas coletivas na saúde da gestante por não terem o apoio e /ou presença dos profissionais da EMSI
Realizar a busca ativa das gestantes que não realizaram o pré-natal.	O AIS é o primeiro membro da EMSI a saber quando uma mulher está grávida	Identificação de gestantes da sua comunidade: mulheres escondem a gravidez por motivo de “ <i>vergonha</i> ”. A “ <i>vergonha</i> ” pode estar relacionada a 4 aspectos: não estar em condições apropriadas para a maternidade, redes de fofocas, a violência estrutural e questão de gênero.
Esclarecer sobre as queixas mais comuns nesse período, explicando quais são os cuidados que podem melhorar esses sintomas.		
Acompanhar os tratamentos das gestantes.		
Realizar atividades educativas na aldeia sobre gestação, abordando as mudanças no corpo da mulher, as regras e cuidados tradicionais, a importância da alimentação e da vacinação, a participação da parteira e de outros especialistas tradicionais (pajés, rezadores, benzedores), o trabalho da equipe de saúde no pré-natal, o desenvolvimento do bebê na barriga da mãe, comportamentos que prejudicam a gestação (uso de	Orientação à gestante quanto a importância do acompanhamento pré-natal para a saúde materna e infantil	

álcool, drogas e fumo), sinais do parto, a importância da amamentação e outros temas importantes.		
Ser um profissional ético para que a gestante se sinta segura e confie no trabalho realizado.	Práticas tradicionais de saúde	
	Apropriação da biomedicina	
Trabalhar em parceria com os especialistas locais, como parteiras, pajés, raizeiros e rezadores.	Busca ativa das gestantes que não fazem o pré-natal	
	Reciprocidade	
Criar uma rotina de comunicação com a equipe do Polo Base para repassar informações referentes às gestantes, principalmente quando apresentarem sinais de risco.	AISs mulheres e a questão de gênero	
	Atentos aos aspectos éticos de seu trabalho como agente	
Solicitar o quanto antes que médico (a) e enfermeiro (a) avaliem as gestantes que apresentarem alguma alteração ou queixa importante.		

Nota: elaborado pela pesquisadora, 2021.

## 5.1 Contribuições das AISs na atenção à saúde da mulher no pré-natal

A contribuição das AISs na identificação das gestantes de sua comunidade para o acompanhamento pré-natal ficou evidente nos relatos quando elas destacaram a importância da comunicação e do vínculo da AIS com a família nesse processo. A família Guarani e Kaiowá é denominada como parentela (PEREIRA, 2004), família-grande (SCHADEN, 1974) e ainda família extensa (MELIÀ; GRÜNBERG; GRÜNBERG, 1976).

Para os Guarani e Kaiowá, a parentela representa a base da vida social, estrutural e do sistema de cooperação (PEREIRA, 2004). O mesmo autor comenta que a convivência íntima e continuada, significando princípio ou origem é denominada de fogo doméstico. Melià, Grünberg e Grünberg (1976) descrevem que a base da vida social desse povo encontra-se nas relações familiares, podendo ser de origem de sangue, política e de pessoas adotivas. Essas dimensões da vida dos Guarani e Kaiowá são mais amplas que apenas as relações de consanguinidade e afinidade, e conferem um papel relevante no acompanhamento da gestante.

Evidenciou-se, por meio das falas das AISs, que os membros da parentela se constituem pessoas centrais, em quem as AISs devem acessar para identificar as gestantes de sua comunidade: *“a mãe conta, o vizinho conta, na visita domiciliar”* (AIS mulher, Bororó, F27); *“quando é mãe solteira, nova, esconde (gravidez), aí a gente fica sabendo pelo familiar”* (AIS mulher, Te' yikuê, F8); e *“tem algumas que ficamos sabendo porque a sogra conta. Aí conversamos com essa pessoa e pedimos para trazer o comprimido, e ela diz que não tem mais (...)”* (AIS mulher, Jaguapiru, F11).

A vivência das AISs no território junto às parentelas contribui para a ampliação e a facilitação do acesso da gestante indígena ao pré-natal, haja vista que o AIS é considerado um mediador entre a comunidade indígena e o serviço de atenção diferenciada à saúde (DIAS- SCOPEL, 2005; NOVO 2010).

Os membros da parentela são tidos como as pessoas responsáveis pelo cuidado com a gestante. Pessoas com diferentes laços de parentesco podem ajudar a mulher, para tanto, é preciso ser reconhecido como detentor de conhecimento para essa função: *“primos, irmãs, mãe, tias, dá pra ajudar. Mas os que não tem conhecimento, não dá pra ajudar”* (AIS mulher, Te' yikuê, F22); *“a maioria mora junto com a sogra ou junto com a mãe. A avó sempre acaba cuidando (...)”* (AIS mulher, Jaguapiru, F12); e *“ a mãe fala para a filha que está grávida, para se cuidar, orientar”* (AIS mulher, Te' yikuê, F8).

Pode-se inferir sobre a contribuição da AIS como sendo o primeiro membro da EMSI a saber quando uma mulher está grávida: *“eu tive uma filha assim, gravidez indesejada. Aí a primeira pessoa que procurei foi uma Agente Indígena de Saúde que trabalhava aqui. E ela me falou para fazer o pré-natal direitinho, conversar com a enfermeira (foi um tipo de apoio)”* (AIS mulher, Te’ yikuê, F4); *“vem e fala pra gente que está grávida.”* (AIS mulher, Teyi’ Kuê, F8); *“Tem algumas que ficamos sabendo por que a sogra conta. Aí conversamos com essa pessoa e pedimos para trazer o comprimido, e ela diz que não tem mais (...) aí ficamos sabendo e falamos para ir passar pela consulta com a enfermeira”* (AIS mulher, Jaguapiru, F11); *“Pelos vizinhos. Às vezes o vizinho é um parente”* (AIS homem, Te’yikuê, F3); *“Quando é gente nova, esconde. Vizinho fala, os familiares falam. Eles falam: acho que fulana está grávida.”* (AIS mulher, Te’yikuê, F8). As visitas domiciliares às parentelas facilitam essa identificação e, posteriormente, orientação à mulher sobre as consultas e exames a serem realizados no início da gravidez.

Soma-se às contribuições das AISs, a responsabilidade em comunicar aos outros membros da EMSI sobre as novas gestantes em sua aldeia, para o planejamento das consultas e acompanhamento da gestante, como na fala: *“a gente dá o nome pra enfermeira, para o técnico de enfermagem e eles pedem pra chamar ela (a gestante) para fazer o exame. Aí a enfermeira aproveita e faz tudo: teste rápido, exame de sangue”* (AIS homem, Te’ yikuê, F32). Pode-se evidenciar aqui uma atribuição do AIS quanto: *“conhecer todas as gestantes de sua aldeia e informar a equipe de saúde”* (BRASIL, 2016 b, p. 64).

Foi possível notar que o trabalho do AIS homem na atenção à saúde da gestante apresentou ser diferente da AIS mulher quanto a abordagem e descoberta da gestante na área. As gestantes dificilmente dirigem-se aos AISs homens para contar sobre a gravidez e, quando sabem, é pela parentela: *“Pelos vizinhos. Às vezes o vizinho é um parente”* (AIS homem, Te’yikuê, F3), sendo preciso que outros profissionais de saúde ajudem a orientar a mulher sobre o pré-natal *“a gente dá o nome pra enfermeira, para o técnico de enfermagem e eles pedem pra chamar ela (a gestante) para fazer o exame. Aí a enfermeira aproveita e faz tudo: teste rápido, exame de sangue”* (AIS homem, Te’ yikuê, F32).

Sobre essa diferença no atendimento de AIS homem e AIS mulher com a indígena, Ferreira (2013) aborda a questão de gênero no atendimento quanto a saúde sexual e reprodutiva da mulher, e evidencia que essa diferença se remete às normas de conduta que regem as relações sociais e culturais, e, para amenizar as dificuldades existentes com

isso, faz-se necessário a contratação de AISs mulheres. Na Oficina sobre Atenção Integral à Saúde da Mulher Indígena, realizado pela autora, encontrou-se essa questão: “A mulher indígena, para falar sobre corrimento vaginal e realizar exame ginecológico, ou seja, abrir as pernas para o médico homem é muito difícil, pois vai contra os valores culturais” (p. 1154).

Percebe-se, neste presente estudo com as gestantes Guarani Kaiowá, que os assuntos relacionados a assistência à saúde da mulher, o que inclui a sua saúde sexual e reprodutiva, devem também ser compreendidos sob o aspecto das relações de gênero. O AIS homem recorre a ajuda da parentela para identificar uma gestante de sua área e na ajuda da EMSI para dar início ao pré-natal, como já mencionado nas falas: “*Pelos vizinhos. Às vezes o vizinho é um parente*” (AIS homem, Te’yikuê, F3); “*a gente dá o nome para enfermeira, para o técnico de enfermagem e eles pedem pra chamar ela (a gestante) para fazer o exame. Aí a enfermeira aproveita e faz tudo: teste rápido, exame de sangue*” (AIS homem, Te’yikuê, F32).

Quanto ao atendimento pelas AISs mulheres com as gestantes, foi evidenciado que, além de comunicar a equipe sobre a nova gravidez no território, facilitam na relação dialógica com mulher e, conseqüentemente, na captura da gestante para o pré-natal, como na fala: “*Aí a primeira pessoa que procurei foi uma Agente Indígena de Saúde que trabalhava aqui. E ela me falou para fazer o pré-natal direitinho (...)*” (AIS mulher, Te’yikuê, F4). Devido a questão de gênero, as AISs por serem mulheres e representarem a maioria (72,7% dos AISs eram mulheres nos Territórios Indígenas Guarani e Kaiowá), podem contribuir mais do que os AIS homens para essa captura/identificação das novas gestantes.

As AISs ainda podem ser uma grande facilitadora para a adesão da gestante ao pré-natal por meio das redes de reciprocidade. A reciprocidade é um dos princípios para a constituição e consolidação da política de atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas, caracterizada por uma busca de “coexistência equitativa entre as comunidades indígenas e os agentes de intervenção na saúde, tanto em nível da troca de experiências como da oportunidade de decisão” (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, 2013, p. 6).

A reciprocidade é um ponto central, na qual as AISs podem contribuir tanto para a adesão da gestante ao pré-natal quanto na consolidação de alianças. Garnelo (2003) descreve que a reciprocidade baseada nas trocas ou intercâmbios recíprocos são centrais para essa consolidação e, hoje, no cenário político das aldeias, tornou-se bastante

complexo com a multiplicidade de lideranças tradicionais, sendo um desses líderes/atores políticos indígenas atuais, o AIS.

A posição que a AIS encontra-se na comunidade, como estando em um cargo politicamente prestigioso, deverá retribuir com bens e serviços, assim como evidenciado por Garnelo (2001, 2003). Ainda, deve-se atentar para a questão de que, na lógica comunitária, na qual incorpora o AIS ao conjunto de bens disponíveis, a mesma autora comenta que os medicamentos (bens disponíveis) circulam segundo as regras de reciprocidade e não segundo necessidades biomedicamente determinadas. Sendo assim, a reciprocidade deve ser percebida nesses aspectos da lógica comunitária.

Outra questão que deve ser pontuada neste presente estudo é que a maioria dos AISs são mulheres, ou seja, as mulheres Guarani e Kaiowá representam a maior parte do papel de destaque no cuidado à saúde da comunidade. Na sociedade Guarani e Kaiowá as mulheres são as principais responsáveis pela manutenção do grupo, procriação e a alimentação da parentela, assumindo uma série de responsabilidades na ordem do coletivo (Seraguza, 2013). Pereira (2011, p.1) infere que a mulher Guarani e Kaiowá na figura da mãe é o “principal sustentáculo dessas sociedades”, produtora, envolvida nos cuidados com as lavouras, na coleta frutos e outros recursos provenientes do solo, no processamento das comidas que sucede no fogo culinário, e que controlar o fogo lhe dá a prerrogativa de alimentar os membros da família.

A respeito de quando perguntado às AISs como orientavam a gestante sobre o pré-natal, comentaram: *“o nosso papel é promover saúde”* (AIS mulher, F15, Bororó); *“é importante o pré-natal para ver se o bebê está bem. O pré-natal é pra cuidar dela e do bebê; se o bebê está ganhando peso, como que tá lá dentro. Ultrassom é pra saber a formação do bebê lá dentro, então tudo isso. Por isso que falo: tem mãe que não sabe a importância do ácido fólico, para tomar o remédio, não jogar fora, explico tudo certinho. Tem aquele exame que faz tudo, no começo e depois de seis meses, aparece tudo, aí já previne; por exemplo, toxoplasmose, outra doença, aí já toma o remédio”* (AIS mulher, Te' yikuê, F8); *“Tem mães da gestante que briga muito com ela. Aí ela fica com medo de vir, não quer vir. Aí a gente fala com ela, explica a importância e ela acaba vindo.”* (AIS mulher, F 32, Jaguapiru). O AIS homem mencionou que *“tem que fazer (pré-natal), para o bebê nascer saudável, sem ter risco de desnutrição, ver se o coraçãozinho bate bem ou não”* (AIS homem, Sassoró, F5)”.

Percebe-se, nestes discursos, a contribuição das AIS em orientar a gestante sobre a importância do acompanhamento pré-natal para a saúde materna e infantil. Nas aldeias,

Atenção Primária à Saúde deve ser realizada com a participação dos AISs, entendido como membro integrante da EMSI, sendo que as ações dos AISs relacionadas acompanhamento pré-natal compõem o conjunto de atribuições orientadas pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) e Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (BRASIL, 2002) no desenvolvimento de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de vigilância em saúde e de ações educativas individuais e coletivas, considerando as necessidades da comunidade indígena.

Destaca-se nos relatos das AISs o uso de conhecimentos da biomedicina para sensibilizar as mulheres indígenas sobre o pré-natal como o “ultrassom”, “ácido fólico”, prevenção da “toxoplasmose” e, quando mencionado pelo AIS homem, verificou-se na fala quanto aos riscos de “desnutrição”, problema de saúde prevalente nesta população, conforme evidenciado por Pícoli, Carandina e Ribas (2006).

Essa prática de uso da biomedicina pelas AISs está contemplada na diretriz da PNASPI, que aborda a apropriação pelos indígenas de conhecimentos da biomedicina de modo a agregar ao seu conhecimento tradicional de saúde (BRASIL, 2012b). Estudos têm mostrado que em contextos interculturais, os AISs são reconhecidos pela comunidade indígena como representantes de conhecimento da biomedicina, que os colocam como agentes que facilitam o acesso aos insumos, consultas e exames ofertados pelos serviços de saúde (DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012; ERTHAL, 2003; NOVO, 2009).

Soma-se a isso, a contribuição das AISs nas práticas tradicionais de saúde: “*eu oriento as mães da minha área: benze antes de ir para o hospital. Benze, depois vai pro hospital*” (AIS mulher, Jaguapiru, F5). A importância da vida religiosa, como descrito por Pereira (1999) e Schaden (1974), ficou evidente nas falas das AISs no que se refere aos processos de cura.

Menéndez (2003) define autoatenção como representações e práticas da população tanto em nível de sujeito como do grupo social para diagnosticar, explicar, assistir, resolver ou curar processos que afetam a sua saúde em termos reais ou imaginários. Através da expressão “em nível de sujeito e grupo social”, no conceito de autoatenção, ele salienta as ações coletivas dos conjuntos sociais (2003, 2009). Sendo assim, pode-se inferir que a recomendação das AISs quanto às práticas tradicionais de saúde “benze antes de ir para o hospital. Benze, depois vai pro hospital”, está relacionada às práticas de autoatenção.

Por outro lado, nos relatos das AISs, parece haver uma ambiguidade na orientação quanto às práticas tradicionais relacionadas ao resguardo dos pais para o nascimento

saudável da criança, visto que mencionaram exemplos dessas práticas, mas colocando-as como sendo realizadas no passado ou por famílias: “(...) *não podia fazer nada porque iria fazer mal pro bebê. A mãe não podia fazer bolo, porque senão, poderia ter alguma coisa na bolsa (saco vitelino) na hora do bebê nascer*” (AIS homem, Sassoró, F30) e, “*a orientação da família é mais tradicional. A sogra fala que o homem não pode fazer certas coisas, tipo: marido gosta de sair, aí eles dizem que o marido tem que ficar mais perto da esposa, não pode trabalhar com coisa pesada, não pode fazer cerca. Mexer com cerca falam que o bebê pode se enrolar com o cordão (cordão umbilical)*” (AIS homem, Te’ yikuê, F32).

As práticas tradicionais Guarani e Kaiowá ainda acontecem no cotidiano, mas nos discursos com o não indígena isso não apareceu. Garnelo, Sampaio e Pontes (2019) sobre os AISs no Alto Rio Negro, comentam: “As equipes de saúde consideram que seu papel é mudar ou abolir os saberes populares, ou criar mecanismos administrativos ou médicos que promovam tal modificação” (p. 32), e ainda “nega, ignora ou marginaliza essa diversidade, conforme apontado nas experiências formativas de AIS” (p. 32).

De Moura-Pontes e Garnelo (2014) mencionam que a biomedicina parece ser a forma de cuidar com maior expansão na saúde indígena brasileira. Também, que a situação do AIS parece um reflexo do processo de hegemonia da biomedicina e que o setor governamental ganhou acesso à maioria das populações indígenas com ações de saúde de medicina científica, principalmente na vacinação e no uso de medicamentos, mas não progrediu em uma proposta intercultural de saúde. Sendo assim, os AISs homens colocarem as práticas tradicionais sendo realizado pela parentela e não se incluírem, deve ser pensado sob o aspecto de que estavam diante de uma sociedade não indígena a qual valoriza e dá prioridade a abordagem da biomedicina, sendo essa de grande destaque nos tópicos de matriz curricular propostos na formação dos AIS.

Mesmo diante disso, notou-se nos relatos dos AISs homens que as medidas de resguardo dos pais descritas por Schaden (1974), mostram-se indispensáveis para o bem-estar da criança e se constituem em saberes transmitidos ao longo das gerações, como também estruturantes das relações sociais cotidianas. O resguardo é conhecido como um conjunto de práticas manejadas que um indivíduo ou grupo vivenciam, com a intenção de “prevenir ou minimizar enfermidades e infortúnios que, em última instância, implicam em risco de morte” (DIAS-SCOPEL, 2014, p. 169).

Neste sentido, o reconhecimento e o respeito dessas práticas tradicionais dos Guarani e Kaiowá, sejam as práticas orientadas por eles e/ou as referidas como sendo

pertencentes ao seu povo sejam respeitadas pelos serviços e articuladas aos cuidados com a gestante e a criança indígena nas aldeias, conforme evidenciado por Ferreira (2013).

O reconhecimento e o respeito dessas práticas tradicionais estão intrinsicamente relacionados ao compromisso do SASI com a oferta de capacitação dos membros da EMSI, inclusive o AIS, para atuação em contexto intercultural tendo como diretriz a atenção diferenciada (DIEHL, LANGDON, DIAS-SCOPEL; 2012).

Outra contribuição das AISs referida nos relatos foi a realização de busca ativa das gestantes que não realizaram o pré-natal: *“as faltosas na consulta, nós AISs vamos atrás. Cobra até elas virem”* (AIS mulher, Jaguapiru, F5). As visitas domiciliares realizadas pelas AISs para a captação da gestante faltosa podem facilitar o acesso da gestante ao ofertar um atendimento diferenciado e dando a possibilidade da mulher ir até UBSI (Unidade Básica de Saúde Indígena) sem a necessidade de agendamento de consulta. Evidencia-se através dessa fala uma atribuição do AIS que é *“realizar a busca ativa das gestantes que não realizaram o pré-natal”* (BRASIL, 2016 b, p.64), conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Outro aspecto importante correlacionado às contribuições do AIS no pré-natal é a necessidade do trabalho em equipe no contexto intercultural para promover momentos de aprendizagem, aproximação entre a teoria e a prática, e ainda, orientação adequada à gestante quanto às suas dúvidas e/ou necessidade de avaliação de outro profissional da EMSI, conforme evidenciado neste relato: *“se perguntar uma coisa que não sei, eu falo pra enfermeira, pergunto pro médico e tal, porque temos dúvidas, mas aí perguntamos e falamos pra ela; isso ajuda muito no pré-natal”* (AIS mulher, Te'yikuê, F8); *“por isso tem que começar o pré-natal cedo, se descobrir alguma coisa cedo dá pra tratar (...) coisas que aprendemos com a enfermeira, que ela passa pra gente como orientar (...)”* (AIS mulher, F 32, Jaguapiru,). Isso ainda demonstra outras atribuições do AIS: *“esclarecer sobre as queixas mais comuns nesse período (...)”* (BRASIL, p. 64), e *“solicitar o quanto antes que médico (a) e enfermeiro (a) avaliem as gestantes que apresentarem alguma alteração ou queixa importante”* (BRASIL, 2016 b, p. 65).

Observou-se a contribuição relacionada a atitude da AIS que envolve o *“saber ser”* (BRASIL, 2018, p. 34) expressa no reconhecimento pelo agente da necessidade do estabelecimento do vínculo e da dedicação de tempo aplicado ao diálogo com a gestante: *“tem que explicar pra mãe (sobre o pré-natal) (...), por isso que é muito bom gastar o tempo com aquela mãe, com aquela mulher”* (AIS mulher, Te'yikuê, F8).

As AISs mostraram-se atentas aos aspectos éticos de seu trabalho como agente: “*aqui dentro da comunidade nós temos que ter limites, não podemos falar uma palavra de qualquer jeito. Não posso comentar com as pessoas, tem que ter ética*” (AIS mulher, Bororó, F2). Evidencia-se com isso, mais uma atribuição do AIS que é “ser um profissional ético para que a gestante se sinta segura e confie no trabalho realizado” (BRASIL, 2016, p. 65). A dimensão ética de seu trabalho promove a relação de confiança entre o AIS e a gestante, ajudando ela e sua família a entenderem melhor o papel do AIS no acompanhamento pré-natal.

## **5.2 Dificuldades apresentadas pelas AISs no acompanhamento pré-natal**

A ausência de ações educativas coletivas na promoção da saúde das gestantes de forma a integrar outros membros da EMSI foi evidenciada como uma dificuldade na atuação junto às gestantes, como pode constar nos relatos: “*fazemos a orientação nas visitas e não mais nas rodas de conversa (porque não tem mais esse tipo de trabalho em conjunto)*” (AIS mulher, Bororó, F1), e “*não tem como fazer ações educativas, pois não temos apoio (presença) desses profissionais. Há uma sobrecarga de trabalho para todos os profissionais de saúde*” (AIS mulher, Bororó, F10).

Isso se deve a problemas relacionados à falta de formação de profissionais para atuar em contexto interétnicos, a precariedade das estruturas de saúde, escassez de equipamentos e insumos, dificuldades logísticas, alta rotatividade de profissionais, descontinuidade no repasse de recursos para pagamento do pessoal contratado através das conveniadas e delimitação da participação indígena (MENDES *et al.*, 2018; DIEHL *et al.*, 2003; GARNELO; BRANDÃO, 2003; GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003; GARNELO, 2012; VERDUM, 2006; CONSÓRCIO IDS-SSL-CEBRAP, 2009; ERTHAL, 2003).

Mendes *et al.* (2018) evidenciam “enormes distâncias entre o que a PNASPI prevê e a precariedade com que a mesma se concretiza no cotidiano vivido pelos povos indígenas” (p. 04), causando um enfraquecimento na APS. Menéndez (2003), ao abordar os modelos de atenção à saúde segundo uma perspectiva antropológica, comenta que os sistemas de saúde com os povos indígenas se pautam exclusivamente pela perspectiva biomédica, conhecida por negar, ignorar ou marginalizar diversas questões e produções culturais desses povos.

De Moura-Pontes e Garnelo (2014) mencionam que a biomedicina parece ser a forma de cuidar com maior expansão na saúde indígena brasileira; a atual situação do trabalho do AIS parece um reflexo do processo hegemonia da biomedicina; e que o setor governamental ganhou acesso à maioria das populações indígenas com ações de saúde de medicina científica, principalmente na vacinação e o uso de medicamentos, mas não progrediu em uma proposta intercultural de saúde. Apontam ainda a atual situação educacional dos AISs, que é derivada da ausência de processos formais e a irregularidade dos cursos, o que, quando ocorriam, enfatizavam o conteúdo biomédico.

Assim, um grande desafio persiste na atenção diferenciada: “o da realização da diretriz que propõe a articulação entre as chamadas ‘medicinas tradicionais’ e o sistema médico oficial” (MENDES *et al.* 2018, p. 03), em que a própria racionalidade biomédica impede a flexibilização das ações em direção ao diálogo intercultural com os povos indígenas.

Os relatos das AISs aqui no estudo evidenciam a dificuldade relacionada a oferta de ações educativas para as gestantes. Essa constatação é contrária ao que propõe a Declaração de Alma-Ata (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978), ao reafirmar da importância dos cuidados primários à saúde no qual o agente de saúde e demais profissionais da Atenção Primária Saúde devem incluir, nas suas práticas, ações de promoção da saúde, individual e coletiva como estratégia para o cuidado integral em saúde.

Contraria também a atribuição do AIS pelo Ministério da Saúde quanto ao “realizar atividades educativas na aldeia sobre gestação, abordando as mudanças no corpo da mulher, as regras e cuidados tradicionais, a importância da alimentação e da vacinação (...)” (BRASIL, 2016 b, p. 65).

Na formulação da PNASPI ressalta ainda a necessidade de cursos de capacitação dos AISs serem uma prioridade, o que aqui na prática não acontece como na teoria. Em análise sobre a implantação do subsistema e as atividades da FUNASA, Garnelo, Macedo e Brandão (2003) reconhecem a ênfase especial dada à formação dos AISs, mas também que existem dificuldades quanto à provisão dos cursos de capacitação tanto para os agentes quanto para os demais profissionais da EMSI.

Pode-se dizer que há várias falhas no subsistema de saúde indígena e são questões a se refletir e a melhorar para que a qualidade de ações ofertadas aos povos indígenas aconteça de fato como se espera na PNASPI. Em especial, aqui com as Guarani e Kaiowá, as falhas estão atreladas ao processo de trabalho do AIS, aos problemas relacionados à

falta de formação de profissionais da EMSI para atuar em contexto interétnicos, à precariedade nas estruturas dos serviços/dificuldades logísticas, resultando no impedimento quanto a flexibilização do diálogo intercultural e de ações voltadas à saúde da mulher indígena.

Outras dificuldades no trabalho das AISs, as quais referiram, foi em identificar algumas gestantes da sua comunidade, tendo como justificativa o fato de que mulheres escondem a gravidez por inúmeros motivos, conforme relatos: “*algumas gestantes escondem, não vai para o pré-natal. Tem um caso de uma que era viúva, e não quis fazer, se escondia (...)*” (AIS mulher, Bororó, F27); “*mãe solteira tem vergonha (...)*” (AIS mulher, Bororó, F10); “*algumas pensam que é velha para casar (...) vizinho vai falar, as pessoas do posto de saúde vão falar se ela tiver grávida. A gestante acha que todo mundo vai falar, e realmente a comunidade fala!*” (AIS mulher, Bororó, F10); e “*tem filha que tem medo da mãe brigar, quer saber quem é o pai, porque às vezes a família fala que é vergonha pra família. Outros pais falam que as pessoas vão colocar culpa da menina que está grávida, neles*” (AIS homem, Te’yikuê, F31).

Pode-se evidenciar dificuldades para o trabalho das AISs na identificação dessas mulheres para o pré-natal, que parece estar atrelada aos aspectos da vida do povo Guarani e Kaiowá, possivelmente relacionada a “vergonha” da gestante indígena diante de situação de gravidez não aprovada pela comunidade.

A comunidade falar sobre a nova gravidez remete-se às redes de fofocas nas relações sociais. Garnelo (2003) menciona que “as fofocas promovem ritualização e circunscrição dos conflitos” (p. 47) citando Altman (1994), que diz que a eficácia social dos boatos “é garantida pelas relações materiais ou simbólicas que lhes servem de contexto (...) e cumprem também um papel de questionamento e fragilização das relações sociais, mantendo a demarcação das diferenças entre os grupos e facções constitutivas da estrutura social” (GARNELO, p. 47, 2003).

Os boatos na comunidade, sobre a mulher estar grávida, devem ser refletidos neste aspecto das relações sociais, atentando-se para as fragilizações, facções e conflitos existentes a partir das redes de fofocas: “*não dá pra falar pra ninguém, se não dizem que foi o AIS quem soltou*” (AIS homem, Bororó, F13); “*não podemos falar uma palavra de qualquer jeito*” (AIS mulher, Bororó, F2).

É importante salientar que os (as) AIS, além de trabalhadores (as) da APS são também parte da comunidade indígena, dos conflitos existentes entre famílias, dentre todas as relações sociais ali compartilhadas.

As gestantes esconderem a gravidez por motivo de “vergonha” pode ainda ser percebido sob o aspecto da violência estrutural. O conceito de violência estrutural oferece como marco a violência do comportamento, que se aplica às estruturas (família, sistemas econômicos, políticos, nações, culturas), que geram a opressão em algum indivíduo ou sociedade, tornando-o mais vulnerável ao sofrimento e à morte sendo que, as estruturas determinam as práticas de socialização que leva alguém a aceitar ou a infligir sofrimentos de acordo com o papel que desempenha (BOULDING, 1981). As mulheres esconderem a gravidez deve ser pensado sob esse aspecto.

Por estarem as mulheres indígenas em condições das mais gravemente afetadas por violências múltiplas, em questão as Guarani e Kaiowá, em que na atual situação vivida pelas famílias nas reservas, as relações de gênero tornam-se conflituosas e, por vezes violentas, como evidenciado por Zimmerman e Viana (2014).

Os mesmos autores expõem que as violências contra as mulheres dessa etnia são decorrentes do processo de violação de seu povo, às modificações negativas implicadas nas relações de contato com a sociedade não indígena, o não reconhecimento de suas terras, a degradação da paisagem natural e a introdução de drogas e bebidas alcoólicas nas aldeias.

Nichnig (2020) relaciona a violência das mulheres Guarani e Kaiowá em sua pesquisa, aos estupros e violência física ocorridos sendo que essas mulheres, nas palavras do autor: “denunciavam que seus corpos são territórios violentados por homens (indígenas ou não)” (p. 11) e sofrem, além disso, diferentes violências. Sendo assim, a “vergonha” das mulheres indígenas em contar que estão grávidas, deve ser pensada nas diversas violências a elas causadas, sendo que, na violência estrutural, a mulher está na condição de aceitação dos sofrimentos causadas pelas estruturas diversas, refletido assim, no seu comportamento de “vergonha”.

Quando indagadas sobre o momento certo para engravidar, percebeu-se que ter filhos implica estar em condições apropriadas para a maternidade, que não é dada na ordem biológica, mas social. Não estar nessas condições, por sua vez, implica ser alvo de julgamentos e fofocas, além de poder sofrer repreensão por parte de membros da parentela: “Tem família que fala: *“quem mandou você engravidar?”*” (AIS mulher, Jaguapiru, F16); *“tem filha que tem medo da mãe brigar, quer saber quem é o pai, porque às vezes a família fala que é vergonha pra família. Outros pais falam que as pessoas vão colocar culpa da menina que está grávida, neles”* (AIS homem, Te’ yikuê, F3); *“Tem mãe que não aceita que a filha está grávida”* (AIS mulher, Jaguapiru, F16). A noção de

“vergonha” emerge, nesses casos, justamente quando se avalia a repercussão do anúncio de uma gravidez que ocorre fora das condições sociais ideais.

Pereira (2016) comenta que a demora em estabelecer um matrimônio nessa fase da juventude em que se afastam por muito tempo do fogo doméstico, acarreta sanções morais e o jovem passa a ser visto como volúvel e instável logo, pouco confiável nas questões de interesse público. Quando as AISs foram indagadas sobre quando estariam preparadas para engravidar, evidenciou-se sobre a importância do casamento e renda, como na fala: “*quando ela estiver casada, tiver bem com o marido, tiver uma renda boa*” (AIS mulher, Jaguapiru, F16).

O matrimônio possui um grande realce na vida social dos Guarani e Kaiowá, a fim de evitar uma “ruína da vida social” (PEREIRA, 2004, p.60). Sobre a questão da renda, Schaden (1974) apresenta que é a partir do casamento que o casal assume responsabilidades econômicas que até aí não conheciam e que a autonomia econômica da família elementar vai sendo adquirida aos poucos, pois os casais novos não dispõem de inteira independência, sobretudo quando moram na casa do sogro.

Evidenciou-se, neste estudo, que a atuação de AISs homens representou uma especificidade e limitação da atuação no acompanhamento pré-natal, tendo como justificativa a “vergonha” das mulheres, mas agora não como violência estrutural, mas sob o aspecto da questão de gênero: “*tem mulher que tem vergonha de contar diretamente pra nós (homens), contam meio por cima. Aí a gente tem que pegar pelo menos uma palavrinha delas ali né. (...) faz meses que ‘não baixou’ (‘não desceu’), aí a gente fica sabendo e pede pra fazer o teste (de gravidez)*” (AIS homem, Te’yikuê, F32), e “*a maioria das adolescentes tem vergonha de falar para nós agentes homens; mas tem outras que falam e aí eu já conversei com a enfermeira, já mando pro Posto*” (AIS homem, Sassoró, F30).

A questão de gênero é um dos motivos que dificulta o acompanhamento pré-natal das gestantes com AISs homens. Ferreira (2013) comenta sobre a “vergonha” que as mulheres indígenas sentem ao serem atendidas por profissionais de saúde, de que elas têm dificuldades em falar sobre seus problemas de saúde para alguém do sexo oposto, seja indígena ou não indígena, especialmente se estes problemas estiverem relacionados à saúde sexual e reprodutiva.

A autora diz que na oficina realizada com as mulheres indígenas em sua pesquisa, elas citavam haver dificuldades em contar para homens com quem não possuem vínculos próximos de parentesco, sobre os problemas íntimos vivenciados por elas, mesmo esse

homem ocupando a posição de AIS e que “essa atitude é decorrente do sentimento de vergonha das mulheres que, por sua vez, remete às normas de conduta que regem as relações de gênero no âmbito das comunidades indígenas” (p. 1157).

Quanto às limitações do estudo, pode-se dizer que as AISs no grupo focal poderiam ter relatado em consonância com ponto de vista do sistema biomédico de saúde e como este sistema esperava que respondessem, havendo, pois, a necessidade de pesquisas futuras in loco sobre o assunto.

Ainda se pontua, como limitação da pesquisa, a carência de estudos sobre a saúde da gestante indígena Guarani e Kaiowá no território de Mato Grosso do Sul e a atuação das AISs na saúde da mulher nessa localidade, a fim de ampliar o entendimento sobre esta temática.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou as contribuições das AISs na atenção à saúde da mulher no pré-natal e as dificuldades apresentadas pelas AISs no acompanhamento pré-natal. A vivência das AISs no mesmo território que as Guarani e Kaiowá representou uma contribuição para a ampliação e facilidade do acesso à gestante ao pré-natal. Os membros da parentela são tidos como as pessoas responsáveis pelo cuidado com a gestante e pessoas centrais que as AISs devem acessar para identificar as gestantes de sua comunidade.

As AISs apresentaram-se como o primeiro membro da EMSI a saber quando uma mulher está grávida em seu território, orientando a gestante sobre a importância do pré-natal e sendo responsável por contar aos outros membros da EMSI sobre a descoberta de uma nova gestante na sua área.

Os conhecimentos em biomedicina, somados ao conhecimento de práticas tradicionais dos Guarani e Kaiowá, e boa comunicação das AISs com a gestantes, revelaram-se importantes para a sensibilização das mulheres indígenas na adesão ao pré-natal.

O trabalho do AIS homem apresentou ser diferente da AIS mulher quanto à abordagem e descoberta da gestante no território. As gestantes Guarani e Kaiowá dificilmente reportam-se aos AISs homens para contar sobre a gravidez, diferente das AISs mulheres, em que há uma facilidade na relação dialógica e identificação da gestante para o pré-natal.

As AISs podem ser importantes facilitadoras da EMSI para a adesão da gestante ao pré-natal através das redes de reciprocidade.

Quanto às dificuldades apresentadas pelas AISs no acompanhamento pré-natal, percebeu-se neste estudo que o SASI, na teoria, garante recursos, capacitação profissional e respeito à interculturalidade dos povos indígenas, mas que na prática ocorrem falhas e dificuldades quanto à formação de profissionais da EMSI para atuar em contexto interétnico, o que nas falas dos AIS apresentaram que não há ações educativas por não terem apoio e ou presença dos profissionais integrantes da EMSI, como também há uma sobrecarga de trabalho de toda a equipe.

Outra dificuldade apresentada pelas AISs foi a “vergonha” da mulher Gurani e Kaiowá em contar sobre a sua gravidez. Neste estudo apresentou-se que a vergonha pode

estar vinculada a 4 aspectos: não estar em condições apropriadas para a maternidade, a rede de fofocas na aldeia, violência estrutural e questão de gênero.

O conhecimento gerado dessa pesquisa trouxe informações acerca das especificidades dos Guarani e Kaiowá, demandas por acesso e subsídios para que os gestores possam reorganizar, no contexto de sua governabilidade, a forma do cuidado com gestante indígena, a fim de diminuir a mortalidade materna e infantil, e ainda possibilidades de melhorias no processo de trabalho do AIS a partir das evidências das contribuições e dificuldades no acompanhamento às gestantes nos territórios Guarani e Kaiowá.

## REFERÊNCIAS

- ALTINI, E.; RODRIGUES, G.; PADILHA, L.; MORAES, P. D.; LIEBGOTT, R. A. (org). **Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas.** Campo Grande: Conselho Indigenista Missionário, 2013.
- ÁVILA, M. B. E.; BANDLER, R. **A Contracepção no Brasil 1980-1990.** Recife: SOS Corpo, 1991.
- ÁVILA, T. **Cultura, Sexualidade e Saúde Indígena: etnografia da prevenção das DST/Aids nos povos Timbira do Maranhão e do Tocantins.** In: TEIXEIRA, C. C.; GARNELO, L., comps. *Saúde Indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, pp. 241-261. Saúde dos povos Indígenas collection. ISBN: 978-85-7541-582-5. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575415825.0010>. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4q4z4/pdf/teixeira-9788575415825-10.pdf>. Acesso: 12 set. 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70, 2006.
- BASTOS, T. C. F. **As disputas territoriais entre indígenas e proprietários de terra no município de Dourados-MS: os acampamentos indígenas como perspectivas de resistência e luta pela terra.** Dissertação (Mestrado em Geografia) – Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2014.
- BORIN, A. L. S. **A “NOVA” SENZALA É LOGO ALI: ao lado da “Capital do Agronegócio”; lá nos fundos dos canaviais sertanezinhos.** Franca. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 2011.
- BOULDING, E. **Las Mujeres y la Violencia. In La Violencia y Sus Causas.** Editorial UNESCO. Paris: França, 1981.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 20 dez 2021.
- BRASIL. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 06 mar. 2021.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** 2ª Ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: 2004.

BRASIL. **Portaria Nº 1.088, de 04 de julho de 2005**. Dispõe sobre a definição dos valores do incentivo financeiro de atenção básica de saúde aos povos indígenas e sobre a composição e organização das equipes multidisciplinares de atenção à saúde indígena. Diário Oficial da União, seção 1, páginas 58 e 59, Distrito Federal, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos da Atenção Básica n. 17**: Saúde Bucal. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, com Ênfase na Mortalidade Materna**: relatório final. Brasília: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual Técnico – Pré Natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília: 2006.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**: contribuir para a Atenção Integral da Saúde da Mulher e Criança. Brasília: 2011.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html).

BRASIL. **Portaria nº 755, de 18 de abril de 2012**. Dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**: gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar. Brasília: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de atenção à saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: 2013.

BRASIL. **Resolução 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde**. Diário Oficial da União 2016; 7 abr.

BRASIL. **Ações de prevenção a agravos e doenças e de recuperação da saúde dos povos indígenas**. Programa de qualificação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN). Brasília: 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agente Indígena de Saúde e Agente Indígena de Saneamento**: diretrizes e orientações para a qualificação. Brasília: 2018.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>. Acesso em 12 mar. 2021.

BRAND, A. J. **O confinamento e o seu impacto sobre os Pai-Kaiowá**. Dissertação (Mestrado em História) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1993.

BRAND, A. J. **O impacto da perda da terra sobre a tradição Kaiowa/Guarani: os difíceis caminhos da Palavra**. Tese (Doutorado em História) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.

BRAND, A. **Os complexos caminhos da luta pela terra entre os kaiowá e guarani no MS**. In: Tellus, ano 4, abr. 2004, n. 6, p. 137-150. Campo Grande – MS: UCDB, 2004.

BRAND, A.; AZAMBUJA DE ALMEIDA, F. A. A ação do SPI e da FUNAI junto aos Kaiowá e Guarani, no MS. **Revista de Estudos em Relações Interétnicas | Interethnica**, [S. l.], v. 11, n. 1, 2014. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/interethnica/article/view/15316>. Acesso em: 25 abr. 2021.

BRUM, A. J. **Modernização da agricultura** – trigo e soja. Petrópolis: Vozes, 1988.

CANERVER, B. P.; MATTIA, D.; VIRTUOSO, A. M.; SCHMITT, K. R.; FONTOURA, M. H. C.; AMESTOY, S. C.; TRINDADE, L. L. Percepções das agentes comunitárias de saúde sobre o cuidado pré-natal. **Revista Investigacion e Educacion en Enfermería**, v. 29, n. 2, p. 202-211, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105222400006.pdf>. Acesso em: 18 dez 2020.

CARDOSO, L. S. M; MENDES, L. L.; MELÉNDEZ, G. V. Diferenças na atenção Pré-Natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, v.17, n. 01, març. 2013. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130008>. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/581>. Acesso em 20 mar. 2021.

CASTELÃO, D. D.; VIEGAS, L. R. A importância do EJA para os jovens e adultos da aldeia Sassoró. **Web-Revista SOCIODIALETO** –NUPESDD / LALIMU, v. 8, nº 23, p. 15-29, ago/nov 2017. ISSN: 2178-1486. Disponível em: <http://sociodialeto.com.br/index.php/sociodialeto/article/view/89/65>. Acesso em: 13 abr. 2021.

CAVALVANTE, T. L. V. **Colonialismo, território e territorialidade: a luta pela terra dos Guarani e Kaiowa em Mato Grosso do Sul**. Tese (Mestrado em História). Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras, 2013. Disponível em: [https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/106620/cavalcante\\_tlv\\_dr\\_assis.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/106620/cavalcante_tlv_dr_assis.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 22 abr. 2021.

CHAMORRO, G. Povos indígenas guarani falantes no atual Estado de Mato Grosso do Sul (séculos XVI-XXI). In: CHAMORRO, G.; COMBÈS, I. (orgs.). **Povos indígenas em Mato Grosso do Sul: história, cultura e transformações sociais**. Dourados: Ed. UFGD, 2015.

CIMI. Conselho Indigenista Missionário. **Relatório**. Violência contra os povos indígenas do Brasil. Dados de 2019. Disponível em: <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2020/10/relatorio-violencia-contr-os-povos-indigenas-brasil-2019-cimi.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2021.

COIMBRA Jr., C. E. A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR. A.L. **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz /Abrasco, 2003.

COIMBRA, L. C.; SILVA, A. A. M.; MOCHELA, E. G.; ALVES, M. T. S. B.; RIBEIRO, V. M. F. A.; BETTIOLD, H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 456-462, Ago. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000400010>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000400010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000400010&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 11 dez. 2020.

COLMAN, R. S. **Território e sustentabilidade: os Guarani e o Kaiowá de Yvy Katu**. Dissertação – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, Mestrado em desenvolvimento local, 2007.

CONSEA. **Tekoha: direitos dos povos Guarani e Kaiowá**. Visita do CONSEA ao Mato Grosso do Sul. Brasília: Presidência da República, 2017.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO/MS; COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO/SP; MPF/PGR 3ª REGIÃO. **Conflitos de direitos às terras Guarani Kaiowá no Estado de Mato Grosso do Sul**. São Paulo: Palas Athena, 2000.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. **A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil**. Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. Brasília: CIMI, 2013.

CONSÓRCIO IDS-SSL- Cebrap. **Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena**, Abril de 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. CONASS. **Nota Técnica 04**. A Integração da Saúde Indígena no SUS: Uma proposta da Gestão Estadual. Brasília, 2014.

CRESPE, A. C.; PEREIRA, L. M. Impasses e hesitações no reconhecimento dos territórios de ocupação tradicional dos Kaiowá e Guarani no Estado de Mato Grosso do Sul. **DATALUTA**, març. 2015. Disponível em: [http://www2.fct.unesp.br/nera/boletimdataluta/boletim\\_dataluta\\_3\\_2015.pdf](http://www2.fct.unesp.br/nera/boletimdataluta/boletim_dataluta_3_2015.pdf). Acesso em: 12 abr. 2021.

DALL'AGNOL, C.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 20. n.1, p.5-25, 1999. Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchaEnfermagem/article/view/4218/2228>.

DE MOURA-PONTES, A. L.; GARNELO, L. La formación y el trabajo del agente indígena de salud en el Subsistema de Salud Indígena en Brasil. **Salud pública de México**, v. 56, p. 386-392, 2014.

DIAS-SCOPEL, R. P. **O Agente Indígena de Saúde Xokleng**: por um mediador entre a Comunidade Indígena e o Serviço de Atenção Diferenciada à Saúde – uma abordagem da Antropologia da Saúde. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

DIAS-SCOPEL, R. P. **A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto**: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

DIAS-SCOPEL, R.; SCOPEL, D.; LANGDON, E. J. Gestação, parto e pós-parto entre os Munduruku do Amazonas: confrontos e articulações entre o modelo médico hegemônico e práticas indígenas de autoatenção. **Ilha Revista de Antropologia**. Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 183-216, jun. 2017.

DIEHL, E. E; DRACHELER, M. L.; MENEGOLLA, I. RODRIGUES, I. **Financiamento e Atenção à Saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul**. In: COIMBRA Jr., C.E.A.; SANTOS, R.V. e ESCOBAR, A.L. (Orgs.). Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 217-235, 2003. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/bsmtd/pdf/coimbra-9788575412619.pdf>. Acesso em: 15 ago 2021.

DIEHL, E. E; LANGDON, E. J.; DIAS-SCOPEL, R. P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 819-831, Maio 2012. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2012000500002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2012000500002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em 12 set 2020.

DIEHL, E.E.; PELLEGRINI, M.A. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Caderno de Saúde Pública**, v.30, n.4, p. 867-874, Rio de Janeiro, abr., 2014.

EREMITES DE OLIVEIRA, J.; PEREIRA, L. M. **Ñande Ru Marangatu**: laudo pericial sobre uma terra Kaiowa na fronteira do Brasil com o Paraguai, em Mato Grosso do Sul. 1. Edição. Dourados: Editora UFGD, 2009.

ERTHAL, R. **A Formação do Agente de Saúde Indígena Tikuna no Alto Solimões**: uma avaliação crítica. In: COIMBRA Jr., C.E.A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L.

(Orgs.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 197-216, 2003.

ESPÍNDOLA F; COSTA I. Agentes Comunitários de Saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 18, n. 1, p. 43-51. Disponível em:

[http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista\\_odontologia/pdf/1\\_janeiro\\_abril\\_2006/agentes\\_comunitarios.pdf](http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/1_janeiro_abril_2006/agentes_comunitarios.pdf). Acesso em 11 ago. 2020.

FERREIRA, E. A. L. **A participação dos índios Kaiowá e Guarani como trabalhadores na Companhia Matte Larangeira**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em História – História, Região e Identidade da Universidade Federal da Grande Dourados, 2007.

FERREIRA, L. O. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção a saúde da mulher indígena. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(4), 1151-1159, 2013.

FERREIRA, L. B.; PORTILHO, J. A. C.; NASCIMENTO, W. F. D. A Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva: Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP)**, Brasília: v. 7, n. 4, p. 82-95, 2013.

FREIRE, C. **Memórias do SPI**. Rio de Janeiro: Museu do Índio-FUNAI, 2011.

FREITAS, A. A. R. A questão agrária em Mato Grosso do Sul. **Movimentação**, Dourados, v. 6, n. 11, p. 11-25, dez. 2019. ISSN 2358-9205. Disponível em: <<https://ojs.ufgd.edu.br/index.php/movimentacao/article/view/10919/6230>>. Acesso em: 24 abr. 2021. doi:<https://doi.org/10.30612/mvt.v6i11.10919>.

FURLAN, P. **Veredas no Território: análise da prática de Agentes Comunitários de Saúde**. São Paulo: Lemos; 2008.

FURTADO, C. **Formação econômica do Brasil**. 11. ed. São Paulo: Nacional, 1971.

GARNELO, L. Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena: uma experiência de educação e comunicação em saúde indígena. In: VASCONCELOS, E. (Org .) **A Saúde nas Palavras e nos Gestos: reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde**. p.237-260. São Paulo: Hucitec, 2001.

GARNELO, L. **Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C. (Orgs.). **Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

GARNELO, L. Política de saúde indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: Ed. MEC; Secadi, 2012. p. 18-58.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. S.; PONTES, A. L. **Atenção diferenciada: a formação técnica de agentes indígenas de saúde do Alto Rio Negro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

GARNELO, L.; HORTA, B. L.; ESCOBAR, A. L.; SANTOS, R. V.; CARDOSO, A. M.; WELCH, J. R. Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, supl. 3, Ago. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00181318> Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019001505001](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001505001). Acesso em: 03 abr. 2021.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GRÜNBERG, F. P. **Reflexões sobre a situação dos guarani no Mato Grosso do Sul, Brasil**. Brasília: EAG-CTI, 2002.

GUIMARÃES, V. L. B. **A qualidade da atenção à saúde indígena no Brasil**. (Especialização), Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

HECK, E.; D.; MACHADO, F. D. (org.). **As Violências contra os Povos Indígenas em Mato Grosso do Sul - E as Resistências do Bem Viver por uma Terra sem Males**. Campo Grande: CIMI-MS, 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **Censo Demográfico 2010. Características gerais dos indígenas - Resultado do universo. 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. ISSN 0104-3145. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/95/cd\\_2010\\_indigenas\\_universo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/95/cd_2010_indigenas_universo.pdf). Acesso em: 12 ago 2020.

KAHSSAY, H; TAYLOR, M.; BERMAN, P. **Agentes comunitários de saúde: o caminho a seguir**. Genebra: Saúde Mundial Organização, 1998.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E.; DIAS-SCOPEL, R. P. O Papel e a Formação dos Agentes Indígenas de Saúde na Atenção Diferenciada à Saúde dos Povos Indígenas Brasileiros. In: TEIXEIRA, C. C.; GARNELO, L. **Saúde Indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. Saúde dos povos Indígenas collection. In: ISBN: 978-85-7541-582-5. <https://doi.org/10.7476/9788575415825>.

LEHMANN, U.; SANDERS, D. **Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers**. Evidence and Information for Policy, Department of Human Resources for Health Geneva, January 2007. Disponível em: [https://www.who.int/hrh/documents/community\\_health\\_workers.pdf](https://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf). Acesso em: 25 jul 2021.

MARTIN, J. C. **Mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil: enfoque na enviabilidade das causas**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Pós-

Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2018.

MARTINS, J. S. **A reforma agrária e os limites da democracia na "Nova República"**. São Paulo: Hucitec, 1986.

MARTINS, A. L. O. **Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013.

MARTINS, E. S. Reserva de Caarapó: as tentativas passadas e atuais de retekoharizar o espaço. **XIV encontro de história da Ampuh – MS**. História: o que é, quanto vale, para que serve?, 8 a 10 de out. 2018.

MELIÀ, B.; GRÜNBERG, G.; GRÜNBERG, F. **Etnografía Guaraní del Paraguay Contemporáneo: Los Pai-Tavyterã**. Seplemento Antropológico. Assunción: Centro de Estudios Antropológicos de La Univerdad Católica, 1976.

MELIÀ, B. **A Terra Sem Mal dos Guarani**. In: Revista de Antropologia, vol. 33. Publicação do Departamento de Antropologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas – Universidade de São Paulo, 1990.

MELIÀ, B.; AZEVEDO, M.; BRAND, A.; HECK, E.; PEREIRA, L. M. **Guarani Retã 2008: Povos Guarani na Fronteira**. Argentina, Brasil e Paraguai, 2008.

MENDES, A.M.; LEITE, M. S; LANGDON, E. J; GRISOTTI, M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública** [online]. v. 42, e.184, p. 01-06, 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e184/#>. Acesso em: 17 ago 2021.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atenção dos padecimientos: exclusões ideológicas e articulações práticas. In: MENÉNDEZ, E. L. **Sujeitos, Saberes e Estruturas** – uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec/Aderaldo & Rothschild, 2009. p. 17-70.

MIZUSAKI, M. Y. **Território e reestruturação produtiva na avicultura**. Dourados: Editora da UFGD, 2009.

MOLITERNO, A. C. M.; BORGHI, A. C.; ORLANDI, L. H. S.; FAUSTINO, R. C.; SERAFIM, D.; CARRERIRA, L. Processo de gestar e parir entre as mulheres Kaingang. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.2, p. 293-301, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200004>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000200004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000200004&script=sci_abstract&tlng=pt).

MONDARDO, M. L. O movimento Guarani e Kaiowá pela reapropriação social da natureza e as retomadas de tekoha. **Revista NERA**, Presidente Prudente, v. 23, n. 52, p. 133-150 Dossiê – 2020, ISSN: 1806-6755. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/nera/article/view/7192>. Acesso em: 13 abr. 2021.

MONTEIRO, B. R.; SOUZA, N. L.; SILVA, P. P.; PINTO, E. S. G.; FRANÇA, D. F.; ANDRADE, A. C. A.; OLIVEIRA, A. A. V. Atenção à saúde no contexto do pré-natal e parto sob a perspectiva de puérperas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 4, e20190222, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0222>. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n4/pt\\_0034-7167-reben-73-04-e20190222.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n4/pt_0034-7167-reben-73-04-e20190222.pdf). Acesso em: 12 abr. 2021.

MORGAN, D. **Focus group as qualitative research**. Qualitative Research Methods Series. 16. London: Sage Publications, 1997.

MURA, F. A trajetória dos chiru na construção da tradição de conhecimento Kaiowa. **Mana** [online], v. 16, n. 1, p. 123-150, abr. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-93132010000100006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mana/a/jCQwLZNq9qqGr9Tz6fnGxN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 fev. 2021.

NASCIMENTO, A. C.; LANDA, B. S.; VIEIRA, C. M. N. Escolas indígenas guarani/kaiowá do Mato Grosso do Sul: tensões entre saberes. **Quaestio**, Sorocaba, SP, v. 15, n. 2, p. 279-294, dez. 2013. Disponível em: <http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php/quaestio/article/view/1796/1676>. Acesso em: 20 mar. 2021.

NAVARRO, A. M. A.; BELTRÁN, M. P. B. Creencias y prácticas de cuidado genérico en gestantes Wayúu colombianas. **Rev. Cien. Cuid**, Cúcuta, Colombia, v. 16, n. 1, p. 08-19, Ene - Abr 2019.

NEUMANN, Z. A. **Memória da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – Cisi/CNS 2000–2006**. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2006.

NETTO, C. G. A. M.; MELO, L. M.; MAIA, C. M. **Políticas públicas e desenvolvimento rural no Brasil**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2010.

NICHNIG, C. R. **Meninas e mulheres Guarani e Kaiowá construindo a kuñangue aty guasu**: gênero e a agenda do enfrentamento às violências. XVIII Encontro Estadual de História: Direitos humanos, sensibilidades e resistências, 2020. ISSN: 2316-1035.

NOVO, M. P. Saúde e Interculturalidade: A participação dos Agentes Indígenas de Saúde/AISs do Alto Xingu, **Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar**, v.1, n.1, p. 122-147, 2009. Disponível em: <https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/bitstream/bvs/1282/2/873610545.pdf>. Acesso em: 17 jun 2021.

NOVO, M. P. **Os Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu**. Brasília: ABA/Paralelo 15, 2010.

OLIVEIRA, B. R. B. G. **Três ensaios sobre Economia Brasileira no período 1967-1988**: Inter-relação entre aspectos de economia política e Política econômica e o durgimento e consolidação do pensamento da Unicamp. Tese (Doutorado) – Pós-Graduação em Economia da Indústria e Tecnologia do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2020.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Convenção n. 169 sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes e Resolução Referente Ação da OIT sobre Povos Indígenas e Tribais**. 2. ed. Brasília: OIT, 2005 [1989].

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. **Folha informativa – Gênero. Mortalidade Materna**. 2021. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5668:folha-informativa-genero&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5668:folha-informativa-genero&Itemid=820). Acesso em 02 jan 2021.

PEREIRA, L. M. **Parentesco e Organização Social Kaiowá**. Campinas. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 1999.

PEREIRA, L. M. **Relatório de identificação da Terra Indígena Guyra Roká**. Município de Caarapó, Mato Grosso do Sul. Documentação Funai, Brasília, 2002.

PEREIRA, L. M. **Imagens Kaiowá do sistema social e seu entorno**. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de São Paulo, 2004.

PEREIRA, L. M. **A importância da Mulher Kaiowa**. Entrevista. IHUONLINE, 2011. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/artigo/3810-levi-marques-pereira>. Acesso em: 17 set 2020.

PEREIRA, L. M. **A atuação do órgão indigenista oficial brasileiro e a produção do cenário multiétnico da Reserva Indígena de Dourados**. 38º Encontro Anual da ANPOCS, 2014. Disponível em: <http://www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/38-encontro-anual-da-anpocs/gt-1/gt21-1/8809-a-atuacao-do-orgao-indigenista-oficial-brasileiro-e-a-producao-do-cenario-multietnico-da-reserva-indigena-de-dourados-ms?path=38-encontro-anual-da-anpocs/gt-1/gt21-1>. Acesso em 20 abr. 2021.

PEREIRA, L. M. **Os Kaiowá em Mato Grosso do Sul**: módulos organizacionais e humanização do espaço habitado. Dourados MS: Ed. UFGD, 2016.

PEREIRA, P. P. G. Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. **Revista Mana** [online], v. 18, n. 3, p. 511-538, dez. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-93132012000300004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mana/a/SrMChTrKSHKfPxpRGgZr6z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2020.

PÍCOLI, R. P. **Saúde, doença e morte de crianças: um olhar segundo a percepção dos Kaiowá e Guarani**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2008.

PÍCOLI, R. P.; CARANDINA, L.; RIBAS, D. L. B. Saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guaraní, Área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 223-227, jan. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000100025>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/z6yPtJDDTBgG6mw6ZWC8YxL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 12 abr. 2021.

PÍCOLI, R. P.; CAZOLA, L. H. O.; LEMOS, E. F. Mortalidade materna segundo raça/cor, em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2010 a 2015. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 17, n. 4, p. 729-737, dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000400007>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-382920170004000729&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-382920170004000729&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 20 abr. 2021.

PITILIN, E. B.; SBARDELOTTO, T. Mortalidade de mulheres em idade reprodutiva: estudo comparativo entre dois períodos. **Rev. Fund. Care Online**, v.11, n.3, p. 613-619, Abr./jun. 2019. DOI:10.9789/2175-5361.2019.V11i3.613-619. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-988044>. Acesso em: 13 abr. 2021.

PRADELLA, L. G. S. *Jeguata*: o caminhar entre os guarani. In: **Espaço Ameríndio**. Porto Alegre, v. 03, nº 02, p. 99 – 120. 2009.

RIBAS, D.L.B.; CONCONE, M.H.V.B.; PÍCOLI, R.P. Doenças e práticas terapêuticas entre os Teréna de Mato Grosso do Sul. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n.1, p.160–170, 2016.

RICARDO, C. A; RICARDO, F. (org.). **Povos Indígenas no Brasil: 2006/2010**. 1ª ed. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2011.

ROCHA, C. C. **Adoecer e Curar**: processos da sociabilidade Kaingáng. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2005.

ROCHA, E. **Uma Etnografia das Práticas Sanitárias no Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro-Noroeste do Amazonas**. Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia) - Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2007.

RUAS, C. A.M.; QUADROS, J. F. C; ROCHA, J. F. D.; ROCHA, F. C; NETO, G. R. A; PIRIS, A. P; RIOS, B. R. M.; PEREIRA, S. G. S.; RIBEIRO, C. D. A. L.; LEÃO, G. M. M. S. Perfil e distribuição espacial da mortalidade materna. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 20, n. 2, p. 385-396, Jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200004>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-382920200002000385&script=sci\\_arttext&tlng=pt#B6](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-382920200002000385&script=sci_arttext&tlng=pt#B6). Acesso em: 16 jan. 2021.

SANDES, L. F. F.; FREITAS, D. A.; SOUZA, M. F. N. S.; LEITE, K. B. S. Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura. **Revista**

**Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e163, 2018. DOI:

10.26633/RPSP.2018.163. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6385845/>. Acesso em: 12 dez 2020.

SANTANA JUNIOR, J. R. Produção e reprodução indígena: o vir e o porvir na reserva de Dourados/MS. **CAMPO-TERRITÓRIO: revista de geografia agrária**, v. 5, n. 9, p. 203-236, fev., 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/11932-Texto%20do%20artigo-44154-1-10-20100518.pdf> . Acesso em 12 abr. 2021.

SANTOS, R.V; COIMBRA JR. C. E. A.; CARDOSO, A. M. **Saúde dos Povos Indígenas e Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SCHADEN, E. **Aspectos fundamentais da cultura Guarani**. São Paulo: Pedagógica e Universitária/EDUSP, 1974.

SCOPEL, D. **Saúde E Doença Entre Os Índios Mura De Autazes (Amazonas): Processos Socioculturais e a Práxis da Autoatenção**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2007.

SCOPEL, D.; DIAS-SCOPEL, R. P.; LANGDON, E. J.. Intermedicalidade e protagonismo: a atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2559-2568, Dez. 2015.

SERAGUZA, L. **Cosmos, Corpos e Mulheres Kaiowa e Guarani**. De Aña a Kuña. Dissertação (mestrado em Antropologia), Universidade Federal da Grande Dourados. Dourados: 2013.

SILVA, G. F.; MOURA, M. A. V.; QUEIROZ, A. B. A.; PEREIRA, A. L. F.; CARVALHO, A. L. O; NETTO, L. A. Possibilidades para a mudança do modelo obstétrico hegemônico pelas enfermeiras obstétricas. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 8, e. 49421, jan.-dez. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.49421>.

SOUZA, E. R.; MEIRA, K. C.; RIBEIRO, A. P.; SANTOS, J.; GUIMARÃES, M. R.; BORGES, L. F.; OLIVEIRA, L. V.; SIMÕES, T. C. Homicídios de mulheres nas distintas regiões brasileiras nos últimos 35 anos: análise do efeito da idade-período e coorte de nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2949-2962, set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12392017>. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n9/2949-2962/pt/?abstract\\_lang=en#](https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n9/2949-2962/pt/?abstract_lang=en#). Acesso em 13 març. 2021.

TERRAS INDÍGENAS NO BRASIL. ISA. **Terra indígena**, 2021. Disponível em: <https://terrasindigenas.org.br/>. Acesso em 04 abr. 2021.

TRONCON, J. K.; QUADROS, N. D. L.; REHDER, P. M.; CECATTI, J. G; SURITA, F. G. Mortalidade materna em um centro de referência do Sudeste Brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 9, p. 388-393, Set. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000900002>. Disponível

em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032013000900002&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032013000900002&script=sci_arttext). Acesso em: 13 jan. 2021.

VANDERLEI, L. C. M.; FRIAS, P. G. Avanços e desafios na saúde materna e infantil no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, n. 2, p. 157-158, jun. 2015. ISSN 1806-3829. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292015000200157](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000200157). Acesso em 19 març. 2021.

VARGA, I. V. D; ADORNO, R. C. F. Terceirizando a Indianidade?. **Revista Direito Sanitário**, São Paulo, v.2, n.1, p. 10-26, mar., 2001.

VEIGA, J. E. Fundamentos do Agrorreformismo. In: STÉDILE, J. P. **A questão agrária hoje**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2002.

VERDUN, R. Perdas e Ganhos no Orçamento Indigenista do Governo Federal. In: RICARDO, Carlos Alberto; RICARDO, Fany (Orgs.). **Povos indígenas do Brasil: 2001-2005**. São Paulo: Edição Instituto Socioambiental, v., p. 124- 130, 2006.

VIETTA, K. **Histórias sobre terras e xamãs Kaiowa**: territorialidade e organização social na perspectiva dos Kaiowa de Panambizinho (Dourados, MS) após 170 anos de exploração e povoamento não indígena da faixa de fronteira entre o Brasil e o Paraguai. Tese de doutorado em Antropologia Social, USP, 2007.

ZIMMERMAN, T. R.; VIANA, A. E. Apontamentos sobre gênero e violência contra mulheres indígenas Kaiowá e Guarani em Amambai, MS (2007-2014). **Tellus**, Campo Grande, n. 27, p. 117-128, jul./dez. 2014. Disponível em: <https://www.tellus.ucdb.br/tellus/article/view/311/334>. Acesso em: 23 jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Declaration of Alma-Ata** – International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 1978. Disponível em: <[www.who.int/publications/81m88t8\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/81m88t8_declaration_en.pdf)>. Acesso em: 21 jul. 2021.

## APÊNDICE A

### Instrumento de coleta de dados do grupo focal

#### Aspectos socioculturais da gestação

- Como fica sabendo que uma mulher de seu território está grávida?
- Quando sabe que a mulher está grávida?
- Quando as mulheres estão prontas para engravidar?
- Quem cuida desta gestante e quem ajuda a cuidar da criança
- O que pode ou não pode fazer quando está grávida?
- O que pode ou não pode comer quando está grávida?

#### Papel do AIS na assistência à gestante - Princípio da atenção diferenciada

- Como descobre uma gestante na aldeia?
- Como é feito o acompanhamento pré-natal?
- Como é feita a abordagem do pré-natal?
- Qual a atuação do AIS com as gestantes faltosas no pré-natal?