



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE
CENTRO ACADÊMICO DO AGRESTE – CAA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO CONTEMPORÂNEA
LINHA DE PESQUISA EDUCAÇÃO E DIVERSIDADE

MARIA EDUARDA VALOIS SPENCER

**DECOLONIALIDADE DO CUIDADO: um criar-com novas possibilidades de educação
permanente na Saúde Indígena de Pernambuco**

CARUARU-PE

2024

MARIA EDUARDA VALOIS SPENCER

**DECOLONIALIDADE DO CUIDADO: um criar-com novas possibilidades de educação
permanente na Saúde Indígena de Pernambuco**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Contemporânea da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de mestra em Educação.

Área de concentração: Educação e Diversidade

Orientação: Saulo Ferreira Feitosa

CARUARU-PE

2024

Spencer, Maria Eduarda Valois.

Decolonialidade do cuidado: um criar-com novas possibilidades de educação permanente na Saúde Indígena de Pernambuco / Maria Eduarda Valois Spencer. - Recife, 2024.

87f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Centro Acadêmico do Agreste, Programa de Pós-Graduação em Educação Contemporânea, 2024.

Orientação: Saulo Ferreira Feitosa.

1. Educação Permanente; 2. Interculturalidade; 3. Saúde indígena; 4. Intermedicalidade; 5. Decolonialidade do cuidado. I. Feitosa, Saulo Ferreira. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

MARIA EDUARDA VALOIS SPENCER

DECOLONIALIDADE DO CUIDADO: um criar-com novas possibilidades de educação permanente na Saúde Indígena de Pernambuco

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Contemporânea da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de mestra em Educação. **Área de concentração:** Educação e Diversidade.

Aprovado em:

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Saulo Ferreira Feitosa (orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Sandro Guimarães de Salles (avaliador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Michele Guerreiro Ferreira (avaliadora externa)
Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dr. Gustavo Godoy Magalhães (avaliador externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Aos povos indígenas.

Ao SUS, através de todas as pessoas que cruzaram minhas veredas, permitindo-me participar de seus cuidados, e que me ensinaram a ser médica.

A todas as trabalhadoras e todos os trabalhadores do Cuidado, que se propõem a descolonizar suas práticas, a serviço de uma saúde que proporcione condições para lutar contra tudo o que oprime.

Ao meu filho, Joaquim, que carrega na sua ancestralidade a etnia Xukuru do Ororubá, e que me acompanhou, desde a gravidez, nos eventos indigenistas e nas atividades do mestrado.
Quem proporcionou maior sentido a todo este fazer decolonial.

AGRADECIMENTOS

Às minhas e meus ancestrais, encantadas, encantados e guias espirituais, que me ampararam e me conduziram deste, até e então... que comigo estão.

Aos povos indígenas, por terem conquistado todos os direitos e políticas. Por seguirem resistindo e me (trans)formando.

Às parteiras tradicionais, em nome de Dona Judite Xukuru e de Lia Haikal, por todos os aprendizados e cuidados compartilhados. Por retomarem a autonomia de a mulher parir, em tempos de considerável controle dos corpos.

Ao Sistema Único de Saúde e suas e seus usuários, por me ensinarem o que é medicina, e por, em vários momentos de minha vida, terem sido lar e retalhos de uma colcha de grandes rupturas epistemológicas.

Ao curso de Medicina do NCV-UFPE, que me deu espaço para filosofar com (o) Cuidado, e me convidou a mergulhar na Educação. Que me proporcionou uma formação sensível, crítica e criATIVA, através de professoras e professores que me inspiram enquanto mulher, profissional, mãe e trabalhadora do SUS.

Ao PPGEDUC, através de todo o corpo docente, técnico, serviços gerais. Ao meu orientador, Professor Saulo Feitosa, que sempre me ensina para além dos conteúdos curriculares, e que, com sua sabedoria e tamanha serenidade, segurou firme nas minhas mãos, enquanto eu atravessasse os momentos mais difíceis da minha vida, garantindo que eu não desistisse, ajudando-me a mergulhar fundo em todas as realidades que hoje compõem toda a minha dissertação, principalmente as entrelinhas.

Ao meu filho Joaquim, que me proporcionou redimensionar o meu corpo, convidando-me a filosofar formas outras, rompendo com as colonialidades. Que me permitiu acessar uma força tamanha dentro de mim, nunca sentida antes de sua existência. Agradeço, filho, por você ser um grande companheiro da minha trajetória indigenista.

À minha mãe, Luzia, que tem assumido sua fortaleza, sendo colo, suporte, amparo em momentos críticos da minha vida, também se permitindo descolonizar os cuidados comigo e com meu filho. Agradeço ainda por sempre incentivar minha luta e me apoiar enquanto mulher, mãe, trabalhadora do cuidado, cientista, indigenista.

À teia de mulheres, em nome de minha comadre Laura Canejo e de Marcinha Xukuru, que me envolveram, foram suporte e me ajudaram a tecer as entrelinhas desse fazer decolonial, seja com questionamentos, desterritorializações, até mesmo com os cuidados com meu filho, para que eu pudesse seguir no mestrado.

Ao meu pai, José Luiz, que me ensina a levar a vida de forma mais leve e sábia. Que não esconde o marejar e o brilho nos olhos ao me ver trilhando e conduzindo minhas (re)existências, mesmo com as devidas discordâncias em relação a ele e suas escolhas.

Ao sementeiro das (entre)linhas de cuidado do meu fazer decolonial, Saulo de Tarso.

A Spinoza, que, antes de se encantar durante meu processo mais desafia(dor), esteve presente nos momentos de intensos circuitos de afetos, sendo guia e proteção.

Ao Tempo.

Ha sido la fuerza insurgente de la ternura, de la esperanza, de los sueños y de la alegría de mujeres, hombres, ancianos, jóvenes y niños – no como recursos retóricos, ni re-teóricos, sino como fuerzas insurgentes insustituibles para transformar todas las dimensiones de la vida, que han sido tejidas desde sus propios territorios del vivir – la que ha permitido que esos pueblos subalternados por el poder, a pesar de estar acorralados por la muerte, no sólo recuperen la palabra y puedan hablar por sí mismos, sino que sobre todo, luchen, bailen, sonrían y canten; que encuentren desde la profundidad de sus dolores formas para seguir amando, para seguir soñando y creyendo, para burlar la muerte, y para continuar tejiendo la sagrada trama de la vida (ARIAS, 2010, p.93).

RESUMO

Este fazer decolonial emerge do incômodo sobre como ocorre a Educação Permanente (EP) na Saúde Indígena em Pernambuco, entre trabalhadoras e trabalhadores da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), partindo da perspectiva de que a EP da Atenção à Saúde Indígena deveria contribuir para a promoção do diálogo entre o Sistema Médico Ocidental e os Sistemas Tradicionais de Saúde Indígena. Assim, o objetivo geral desse fazer é apurar como a Educação Permanente pode contribuir para que ocorra a intermedicalidade na Saúde Indígena de Pernambuco, promovendo o diálogo entre o Sistema Médico Ocidental e os Sistemas tradicionais de Saúde indígena. Enquanto os objetivos específicos são: a) analisar como está ocorrendo a Educação Permanente na Saúde Indígena, no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) de Pernambuco; b) averiguar se a Educação Permanente da Saúde Indígena de Pernambuco reconhece a interculturalidade crítica na sua atuação; c) identificar possibilidades de diálogos entre o Sistema Médico Ocidental e os Sistemas Tradicionais de Saúde Indígena. A fundamentação teórico “metodofágica” se engaja no convite de Ortiz Ocaña e Arias López (2019) para desobedecer a metodologia da investigação, nesse caso, a partir do fazer decolonial, que assume ações constitutivas diante da hermenêutica dialética representada por Minayo (2008) e de enlaces cartográficos disparados por Rolnik (1987; 2019) e Oliveira e Paraíso (2012). O solo é fértil em documentos, normas e resoluções, registros etnográficos, atividades, eventos. Nesse movimento, o resultado se manifesta na “Decolonialidade do Cuidado” (des)envolvida no “giro decolonial” principalmente a partir de Mignolo (2009; 2010), Walsh (2007; 2012; 2014), Freire (2014), Gadotti (2012), Rufino (2021), Krenak (2020), almejando “criar-com” possibilidades de Educação Permanente na Saúde Indígena de Pernambuco, (pro)movendo o parar, pensar, olhar, escutar... ao romper com o automatismo mecanicista e assumindo o cultivo da arte do encontro, dando-se tempo e espaço inclusive para desaprender, reaprender, aprender.

Palavras-Chave: Educação Permanente; Interculturalidade; Intermedicalidade; Saúde Indígena; Decolonialidade do Cuidado.

ABSTRACT

This decolonial practice emerges from the discomfort regarding on how Permanent Education occurs in The Indigenous Health in Pernambuco among workers at the Secretariat of Indigenous Health (SESAI), based on the perspective that Permanent Education of Indigenous Health Care should contribute to promote the dialogue between Western Medical System and Traditional Indigenous Health Systems. Thus, the general objective of this work is to explore how Permanent Education can contribute to the occurrence of intermediality in The Indigenous Health in Pernambuco, promoting the dialogue between Western Medical System and Traditional Indigenous Health Systems. While the specific objectives are: a) to analyze how Permanent Education in the Indigenous Health is taking place in the Special Indigenous Health District (DSEI) of PE; b) to find out whether Permanent Education oh The Indigenous Health in PE recognizes critical interculturality in its actions; c) to identify possibilities of dialogue between the Western Medical System and the Traditional Indigenous Health Systems. The “methodophagic” theoretical foundation engages with the invitation of Ortiz Ocaña and Arias López (2019) to disobey the research methodology, in this case, based on the decolonial doing that assumes constitutive actions in the face of the dialectical hermeneutics represented by Minayo (2008) and cartographic links created by Rolnik (1987, 2019) and Oliveira and Paraíso (2012). The land is fertile in documents, norms and resolutions, ethnographic records, activities, events. In this movement, the result manifests itself in the “decoloniality of Care” (dis)engaged in the “decolonial turn” mainly from Mignolo (2009, 2010) and Walsh (2007, 2012, 2014), Freire (2014), Gadotti (2012), Rufino (2021), Krenak (2020), aiming to “create-with” possibilities for Permanent Education in Indigenous Health in PE, (pro)moting the stopping, thinking, looking, listening... when breaking with the mechanistic automatism and assuming the cultivation of the art of the encounter, even giving time and space to unlearn, relearn, learn.

Keywords: Permanent Education; Interculturality; Intermediality; Indigenous Health; Decoloniality of Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Documentos selecionados na revisão bibliográfica sobre educação permanente e saúde indígena	22
Quadro 2 – Organização do Distrito Sanitário Especial Indígena e Modelo Assistencial	32
Quadro 3 – Caracterização geral do DSEI-PE	33
Quadro 4 – Características geográficas do DSEI/PE	34
Quadro 5 – Demonstrativo da população por Polo Base	35
Quadro 6 – Perfil sócio demográfico, étnico-cultural e linguista dos povos indígenas, por Polo Base	36
Quadro 7 – Organização das leis e decretos selecionados para o estudo	44
Quadro 8 – Organização dos documentos selecionados para o estudo	45
Quadro 9 – Indicadores monitorados para Educação Permanente, no DSEI/PE, em 2022	61
Quadro 10 – Número de trabalhadores em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural (PPA), 2020 a 2023	61
Quadro 11 – Número de trabalhadores da atenção qualificados para o aprimoramento do trabalho em saúde	62

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Terras indígenas em Pernambuco	28
Mapa 2 – Distribuição dos povos indígenas de Pernambuco	28
Mapa 3 – Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)	32

SUMÁRIO

1 LANÇANDO CAMINHOS	13
2 POVOS INDÍGENAS DE PERNAMBUCO E A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA: TERRITORIALIDADES DO CUIDADO	25
3 ENREDO TEÓRICO METODOFÁGICO: UM EPISTEMOFAGIA ARREDIA	37
3.1 “Fazer Outro”: Hermenêutica Dialética e o “Hacer Decolonial”	39
3.2 Interculturalidade: um verbo	45
3.3 Intermedicalidade: a ciranda dos saberes	51
3.4 Educação em Saúde: uma retomada	53
3.5 Sistemas em Saúde: reflorestando saberes	63
	75
4 MEDITAÇÕES DECOLONIAIS	71
4.1 Decolonialidade do Cuidado: um manifesto	75
5 PARTEJANDO UMA PEDAGOGIA DO CUIDADO	82
REFERÊNCIAS	83

1 LANÇANDO CAMINHOS

“E eu não tinha medo mais. Eu? O sério pontual é isto, o senhor escute, me escute mais do que eu estou dizendo; e escute desarmado. O sério é isto, da estória toda [...]: eu não sentia nada. Só uma transformação, pesável. Muita coisa importante falta nome”. (Rosa, 2019)

Não podendo categorizar como o início de minha trajetória, mas considerando-a como parte do platô deste fluxo, a graduação médica foi uma espécie de ponto de mutação que me permitiu tecer redes na minha formação, trazendo-me a este agora: primeira turma do primeiro curso de Medicina de Caruaru-PE. O Campus do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) surge da Política de Interiorização do Governo Lula (2006) e em 2014, no Governo Dilma, tem início o curso de Medicina, já nascendo com as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina (2014). Territórios férteis e com a expectativa de uma população que já aguardava há mais de cinquenta anos o curso médico para o seu povo. Um Projeto Pedagógico de propósitos do cuidado integral, generalista, conduzidos por atuações crítica, sensível, criativa, cidadã, nos diferentes níveis da atenção à saúde e totalmente mergulhada no Sistema Único de Saúde (SUS). Ou seja, um ambiente completamente novo e cheio de estímulos capazes de proporcionar um circuito de afetos, que aumentam a potência, não somente de agir, mas de recriar o meu currículo, assim como fui influenciada por Spinoza (2013).

Vinda da capital pernambucana, Recife, resolvi morar no interior e, parafraseando, com imenso respeito, Chico Science & Nação Zumbi (1994), da lama ao caos, do caos à lama, saí de lá para (des)organizar, desterritorializar me territorializando. Saí de lá com a noção de que “há fronteiras nos jardins da razão”. Junto a minhas mestras e meus mestres, num contrafluxo do rio Ipojuca, interiorizamo-nos abrindo os caminhos no Agreste pernambucano. Solo rico em histórias e promessas, arte, luta e muitos saberes. O pano de fundo foi tecido para romper perspectivas hegemônicas corriqueiras da graduação médica, inquietar as estruturas e contribuir, então, com a construção do Projeto Político Pedagógico do curso, de forma coletiva, junto da gente, com o povo e para o povo.

Tudo isso imbricado numa proposta de renascimento da Medicina através de metodologias ativas de aprendizagem, em vivências no SUS, desde o primeiro período da graduação, adicionado à existência do Laboratório de Sensibilidades, Habilidades e Expressão,

e dos nossos Portfólios, que atuaram como um imenso balaio de novidades e gatilhos capazes de questionar a veracidade daquele curso. Mais ainda, provocaram um estranhamento nos discentes. Minha atitude, frente a tantos gatilhos, foi mergulhar fundo, porém protegida com aparatos críticos, para não perder o fôlego nas profundezas. Diante dos estudos em Educação Médica, a busca por referências que me trouxessem a garantia de que aquele era um solo não somente fértil para a reorientação da graduação médica, mas seguro de seriedade e de compromisso social naquilo a que se propunha.

A formação médica, neste cenário, só aprofundava a minha demanda de ir além dos saberes biologicistas, mecanicistas. Demandava rua, gente, relações com o meio ambiente, com a natureza. Demandava posicionamento político e aprofundamentos éticos. Até que a produção de desejos só aumentava, com tantas possibilidades de aprendizagens significativas, fazendo vibrar meu corpo a prestar mais um vestibular para a Licenciatura em Filosofia da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Caruaru em 2015, justamente numa ideia de me aproximar não somente da Filosofia, da atividade filosófica, assumindo atitudes filosóficas para além das paredes daquela instituição, como também adentrar em conhecimentos pedagógicos, políticos, históricos da Educação.

Para não dizer que as graduações aconteceram em paralelo, prefiro assumir que ocorreram *entranhadas*. Uma escola, progressista, libertária, com metodologias e espaços pedagógicos revolucionários, para uma graduação médica em Pernambuco; a outra escola, tradicional, com um currículo compartimentado, com turmas repletas de homens padres, frades, seminaristas, sendo eu a única mulher.

Cada vez mais imersa no academicismo intenso deste entranhamento de graduações, o corpo sentia falta daquilo que estava fora das instituições. O corpo demandava outras formas de saberes. Fui acessando a memória corporal e afetiva de contatos prévios, através da graduação médica, com o MST e com etnias indígenas de Pernambuco, no assentamento em Normandia e no Centro de Formação Paulo Freire, (des)orientando-me a buscar essas outras formas de saberes, a partir da ideia, tão presente nas falas dos(as) assentados(as) do MST, de que “Saúde é a capacidade de lutar contra tudo aquilo que nos oprime”, não podendo, assim, - ser determinada quanto à ausência de doença. Dessa forma, surgiu o projeto de extensão universitária com o povo Xukuru do Ororubá, visando à integração dos saberes tradicionais indígenas e da medicina branca. Desse projeto, a demanda de resgatar as parteiras tradicionais Xukuru do Ororubá, de resgatar, com a parteira Judite e a grande guerreira Marcinha, a cultura

do parto domiciliar tradicional de um povo, que foi e continua sendo castrado pelo sistema biomédico.

Mais (des)centrada nos cenários do campo, no SUS, preferindo estagiar nos serviços de saúde do território campesino de Caruaru e, mais na frente, por alguns meses, no Vale do Capão, na Chapada Diamantina (BA), estudei e pesquisei sobre o cuidado na atenção básica à saúde em zonas rurais. Nesse estradar, a relação com a cultura e com a arte do Campo, nos interiores do Nordeste, tem servido para potencializar minha predileção pelos territórios campesinos para minha atuação médica, filosófica, pedagógica, sensível, crítica e criativa.

Surpreendida pela Pandemia do Novo Coronavírus e seus impactos nos nossos povos originários, entrei para a Rede de Monitoramento dos Direitos Indígenas em Pernambuco. Diante da conjuntura sanitária e política, juntamente a pesquisadoras e lideranças indígenas, criamos uma espécie de diagnóstico da real situação das etnias indígenas em Pernambuco, diferentemente, do que o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) de Pernambuco divulgava. Foi quando decidi, ainda enquanto acadêmica, no final da graduação, participar do processo seletivo para médica do DSEI Alagoas-Sergipe, onde atuei enquanto médica *indigenista*, assistindo o povo Xucuru Kariri de Palmeira dos Índios–AL, principalmente de oito das dez aldeias, sendo uma delas não demarcada.

Pedi licença e permissão ao povo Xucuru Kariri para pisar em seus territórios e prestar a melhor assistência possível àquelas pessoas e comunidades. Em 28 de setembro de 2020, as máscaras não esconderam os sorrisos e os olhos marejados acolheram histórias de luta e de resistência. Aprendi rapidamente que não bastava ser médica de gente. A demanda em termos de assistência médica era exorbitante e mais intensamente com a pandemia. Entre 2020 e 2022, fiz parte da equipe multidisciplinar de saúde indígena e tive o privilégio de trabalhar em equipe. Mais ainda, convidei profissionais da equipe das outras áreas da saúde para participarem dos encontros clínicos, potencializando a clínica ampliada e valorizando seus saberes. Nossos supervisores cobravam metas e quantidade. Eu entendia a importância desses valores, mas não deixava que isso ferisse o cuidado humanizado, intercultural, sensível, crítico e criativo. Se precisávamos seguir os programas do Ministério da Saúde, faríamos em conjunto e nesse movimento, por exemplo, encontros clínicos de saúde mental eram compartilhados com psicóloga, farmacêutica, assistente social, agente indígena de saúde, dentista.

A cura não existia apenas na alopatia. A cura vem de cuidado. Cuidado com gente, com bicho, com terra, com planta. Alguns dias difíceis e desafiadores foram salvos pelo cheiro e

sabor de capim limão de Dona Helena. Mergulhada na Pandemia do Coronavírus, enfrentei surtos de Leishmaniose Tegumentar e de Esquistossomose em território indígena não demarcado, onde as condições sanitárias eram as piores possíveis. Nesse momento, ser médica também era ampliar o olhar do cuidado e acionar órgãos do município e do Ministério da Saúde para resolver a questão do abastecimento de água de uma região não demarcada. Ali tive a certeza de que exercer a Medicina é muito mais profundo e complexo do que a graduação médica me oportunizou aprender.

Uma territorialização constante, sem início nem fim... rizomática. E é cartografando que a gente se permite à antropofagia, nutrindo os devires, eterno vir a ser, potencializando o corpo sem órgãos que revoluciona, que cuida: #aondeoSUSchega. Certa vez me perguntaram: “e como é o seu consultório?”. Respirei fundo. Eu não tinha um consultório, mas alguns “pontos de encontro clínico”. Alguns com paredes decoradas com retratos antigos de familiares, santinhos, calendários confeccionados com fotos de alguma criança. Alguns até sem paredes, com tecidos. Outros com bambus que entre eles eu avistava, entre um suspiro e outro, um “quadro de parede”. Outros, ainda, com uma jaqueira enorme ou até mesmo uma mata bem formosa pela sua fauna e flora do agreste alagoano, que, inclusive, faziam parte do cuidado. Vez ou outra, havia um ar-condicionado com foco de luz e paredes brancas. Muitas outras vezes, a caçamba aberta de uma caminhonete da SESAI, estacionada numa sombra, era meu consultório. Isso tudo não tem como não lembrar, emocionada, do meu primeiro dia na universidade, no curso de Medicina, quando ainda não tínhamos nossas próprias paredes, mas recebíamos o convite para vivermos a universidade para além de quatro paredes. Ali estavam a complexidade e as profundezas do cuidado multifacetado, pois não adianta uma superestrutura construída e estéril, se não houver um corpo potente, vibrátil, crítico, sensível para se encontrar com a pessoa que busca ajuda por onde ela estiver, seja nos grandes centros urbanos, seja nas mais remotas áreas indígenas; e tudo isso é o que precisamos reconhecer como SUS.

Desenha-se, portanto, a luta pela vida na minha atuação, enquanto trabalhadora do SUS, nos territórios indígenas. Adotando bases na interculturalidade crítica e exercendo a intermedicalidade, não somente nessa clínica que filosofa, mas ainda nas vivências configuradas pela Educação em Saúde, percebo a dificuldade de outras e outros colegas da saúde exercerem a intermedicalidade, ainda mais por onde estamos atuando, inundadas(os) de cenários potentes e ricos para isso. É quando o devir-parteira amplifica minha dimensão do cuidado, porque também a dimensão do corpo se amplifica. Minhas conexões intercultural, ancestral, política, ética se engrandecem ao partejar mulheres indígenas. Amparar

tradicionalmente mais uma vida indígena, de preferência junto com parteiras indígenas, resgatando uma história, uma tradição, ecoando vozes e gritos de resistência e de muita força.

Hoje reconheço, com a devida lucidez, que o SUS, o Campo, o povo são minhas grandes escolas de rupturas epistemológicas, uma vez que me presenteiam com realidades diversas, críticas, convidando-me a *transver* o mundo e me estimulando a exercer uma Medicina que saiba filosofar e que está em Educação. Para isso, não há como não assumir também a política como base para minhas escolhas nesta trajetória, desde a minha participação na fundação do Diretório Acadêmico de Medicina do Agreste Guimarães Rosa, perpassando pelas orientações à esquerda diante dos últimos acontecimentos políticos no nosso país e até a minha atuação ética e descolonizadora enquanto médica da saúde indígena.

Sendo assim, deparo-me com a inquietude e a demanda de haver, de fato, práticas decoloniais na Saúde Indígena, no SUS, reconhecendo a Ética do Bem Viver¹¹, pautada no movimento Abya Yalano², visando à intermedicalidade, como mais uma forma de resistência e garantia das etnias dos povos originários frente ao genocídio que os assolam historicamente. Para isso, chegou a hora de assumir meu processo de interiorização, com rupturas epistemológicas coloniais, eurocêtricas, e pautar essa luta coletiva, contra hegemônica enquanto mulher antropofágica, (i)munda, latina e que “filosofa com”, que “cria com” os povos originários e o SUS.

Diante das vivências tecidas, faz-se pertinente iniciar a rabiscar a partir da pergunta problematizadora: a forma como ocorre a Educação Permanente na Saúde Indígena (SESAI) contribui para garantir o exercício da intermedicalidade entre os(as) trabalhadores(as) da saúde indígena? Partindo também do pressuposto de que não há um diálogo eficiente entre o Sistema

¹ Ética do Bem Viver e Bom Viver: em 1615, o termo foi cunhado no Vice-Reino do Peru por Guamán Poma de Ayala e difundido pelo movimento da população indígena na América Latina, a partir da existência social diferente daquela imposta pela Colonialidade do Poder, podendo ser percebida como a formulação mais antiga na resistência “indígena” contra a “Colonialidade” do Poder. (Quijano, 2014).

² Abya Yala, como explica Porto-Gonçalves (2009), significa “Terra madura”, “Terra Viva” ou “Terra em florescimento”, na língua do povo Kuna (Colômbia), e é sinônimo de América. Tem sido utilizada como autodesignação dos povos originários do continente, como contraponto à ideia colonial de América. Usada pela primeira vez em 1507, pelo cosmólogo Martin Wakdseemüller, só se consagra a partir de finais do século XVIII e inícios do século XIX, por meio das elites crioulas, para se afirmarem em contraponto aos conquistadores europeus, no bojo do processo de independência. Muito embora os diferentes povos originários que habitam o continente atribuíssem nomes próprios às regiões que ocupavam – Tawantinsuyu, Anauhuac, Pindorama –, a expressão Abya Yala vem sendo cada vez mais usada pelos povos originários do continente, objetivando construir um sentimento de unidade e pertencimento. Esses dois termos serão trabalhados com maior profundidade no desenvolvimento da dissertação.

Médico Ocidental e os Sistemas Tradicionais de Saúde Indígena e seguindo por essa inquietação, o objetivo geral deste trabalho é apurar como a Educação Permanente pode contribuir para que ocorra a intermedicalidade na Saúde Indígena de Pernambuco, promovendo o diálogo entre o Sistema Médico Ocidental e os Sistemas tradicionais de Saúde indígena. Enquanto os objetivos específicos são: a) analisar como está ocorrendo a Educação Permanente na Saúde Indígena, no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) de Pernambuco; b) averiguar se a Educação Permanente da Saúde Indígena de Pernambuco reconhece a interculturalidade crítica na sua atuação; c) identificar possibilidades de diálogos entre o Sistema Médico Ocidental e os Sistemas Tradicionais de Saúde Indígena.

Perante tais objetivos, cabe justificar esse fazer decolonial a partir dos questionamentos de Mbembe (2018), em sua obra *Necropolítica*: “Que lugar é dado à vida, à morte e ao corpo humano (em especial o corpo ferido ou massacrado)? Como eles estão inscritos na ordem do poder?”. Estamos imersas(os) numa conjuntura política, ética, sanitária, ambiental, econômica, que se configurou de forma mais intensa com a Pandemia do Novo Coronavírus. Porém, o que vivemos não é tão novo assim:

Desde a década de 1980 – à medida que o neoliberalismo se foi impondo como a versão dominante do capitalismo e este se foi sujeitando mais e mais à lógica do sector financeiro –, o mundo tem vivido em permanente estado de crise (SANTOS, 2020, p.5).

Essa crise se instaura num projeto neoliberal para mantê-la permanente, o que, segundo Santos (2020), explica os cortes nas políticas sociais (educação, saúde, previdência social) e na degradação dos salários, objetivando assim não resolver, para legitimar a concentração de riqueza e boicotar medidas para mitigar tamanha catástrofe ecológica iminente.

Outra perspectiva necessária para justificar esta pesquisa, é o genocídio das “minorias”, que já vínhamos enfrentando, porém intensificou-se durante o governo Bolsonaro, em plena pandemia. A noção foucaultiana de biopoder já não é mais suficiente para explicar as formas contemporâneas de submissão da vida ao poder da morte. É o que sugere, com devida lucidez, Mbembe (2018), ao propor a noção de necropolítica, capaz de provocar a destruição massiva de pessoas, configurando “mundos de morte”, em que a população é submetida a condições de vida, conferindo-lhes estatuto de “mortos-vivos”. É o que também dialoga com as ideias de Rolnik (2019), ao trazer as assimetrias das formas de sociedade estabelecidas pelo regime colonial-capitalístico, cujas relações de poder manifestam-se nas relações de raça, gênero, sexualidade, religião, etnicidade, colonialidade. No campo micropolítico, a hegemonia deste regime colonial-capitalístico “constitui uma patologia altamente agressiva com graves sequelas

não só para o destino da humanidade, mas para o do planeta como um todo, já que afeta os quatro planos do seu ecossistema” (Rolnik, 2019, p.124).

Sendo assim, ao reconhecer que a política de subjetivação guiada pelo inconsciente colonial-capitalístico é um grande desafio para as atuações pelas “margens esquerdas”, concordo com Rolnik (2019) que precisamos também dar um passo adiante e “explorar pragmática e teoricamente a esfera micropolítica, pois sem a reapropriação da vida não há possibilidade de uma transformação efetiva da situação a que chegamos hoje e tampouco, a transformação de seus valores” (Rolnik, 2019, p.24). Além disso, vale compreender a sociedade como produtora de tamanha exclusão social e educacional, como pauta Saviani (2021), através da Pedagogia Histórico Crítica. Para tanto, nada mais coerente do que adotar os questionamentos convidativos de Walsh (2014), ao propor rupturas epistemológicas coloniais, assumindo o movimento, a postura decolonial, tanto para indicar problemas, para avançar em suas análises e compreensões, como também impulsionar processos necessários de aprendizagem e intervenção: “¿Cómo pensar y ejercer esta práctica hoy y ante los momentos políticos actuales? ¿Cómo caracterizar estos momentos? ¿Y cuáles son los movimientos teóricos que surgen, llaman y provocan?” (Walsh, 2014, p. 6).

Partindo, portanto, da atual conjuntura marcada pelo regime colonial-capitalístico e da potência de entrelaçar a macropolítica e a micropolítica, cabe justificar meu objeto de estudo abordando a Política Nacional de Atenção à Saúde das Populações Indígenas (PNASPI), exercida por via da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), a Educação Permanente e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) como peças chave para essa análise, compreensão e intervenção, por via decolonial, numa expectativa de garantir a intermedicalidade na Saúde Indígena, para que a diversidade das etnias indígenas seja respeitada e o cuidado alinhado às subjetividades e existências de cada povo, ceifando, assim, movimentos de castração e de genocídio dentro dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs).

A PNASPI, aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002, vincula-se ao subsistema do SUS, SasiSUS, referente à saúde dos povos indígenas. A SESAI é a responsável por coordenar e executar a PNASPI, bem como o processo de gestão do SasiSUS. De acordo com o Plano Distrital de Saúde Indígena do quadriênio 2020-2023, dentre outras atribuições da SESAI, destaca-se a de “desenvolver ações de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde, em consonância com as políticas e os programas do SUS e observando as práticas de saúde tradicionais indígenas”. Por mais que a Política e o Plano

Distrital declarem a importância da interculturalidade na atuação das Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSIs), na prática, deparamo-nos com a dificuldade e a raridade da intermedicalidade. Podemos dizer que o tipo de interculturalidade que a SESAI assume em seus programas é uma Interculturalidade Funcional, o que legitima ainda práticas ocidentais e mecanicistas. Isso também pode ser percebido através do último Plano Distrital de Saúde Indígena, ao ser organizado com foco nas morbidades, na doença e não nas diversidades étnicas dos trezentos e onze povos assistidos pela SESAI.

Nessa perspectiva, evidenciamos ainda a ordem epistemológica mecanicista, biologicista, não apenas por parte dos planos de trabalhos da SESAI, mas de quem os cria, bem como nos processos formativos categóricos, cartesianos dos profissionais da Saúde Indígena, sejam indígenas ou não. A formação em saúde, no Brasil, ainda conta com a herança modernista focada em práticas tecnicistas, estéreis e, principalmente, castradoras dos saberes tradicionais. Diehl e Pellegrino (2014) apontam que a formação a nível de graduação ainda não contribui efetivamente para a atuação em contextos interétnicos e interculturais, mesmo naquelas instituições que já adotaram novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) da graduação médica. Essas diretrizes citam genericamente uma formação mais humanista, mas não garantem a diversidade étnica, resultando em não preparação para o trabalho com os povos indígenas.

Historicamente, o poder colonizador detém o direito preferencial de interpretação e o direito de decidir qual o conhecimento deve ser valorizado. A história colonial consiste de três estágios: conquista territorial, inclusão de economias periféricas em um comércio dominado pelo centro e forte influência sobre religião e cultura e o uso da ciência (leia-se, biomedicina) como arma. No discurso colonial, a agência é criada, mas não se considera que o sujeito possua uma ideologia homogênea. Em vez disso, uma multidão de vozes forma uma resistência e molda o discurso (Follér, 2004, p.110).

Cabe compreender que o termo intermedicalidade, aqui adotado, representa “a zona de contato específica, construída em um determinado loco – o encontro entre diferentes tradições médicas”, mais ainda, “é um espaço contextualizado de medicinas híbridas e agentes com consciência sociomédica” (Follér, 2004, p.109).

Dessa forma, torna-se desafiador garantir a intermedicalidade proposta por Greene (1998) nas práticas dos profissionais da saúde, banhados de estigma e de norma sobre os costumes de cada um dos nossos povos originários. Consequentemente, o cuidado com a pessoa que busca ajuda, pessoa essa com seus costumes, processos subjetivos e existenciais acerca da percepção do mundo e das relações com ele, é prejudicado. Além disso, na prática, exercer a saúde indígena é, antes de tudo, reconhecer a existência de sistemas de saúde ocultos nas

diversas etnias. Sistemas esses gerenciados por seres sobrenaturais, a exemplo dos “encantados” e que repercutem diretamente na forma como cada pessoa compreende e assume seu processo de “cura”. Sistemas esses que também precisam ser reconhecidos pelo SUS.

Compreendendo os campos da Saúde e da Educação entrelaçados nesta pesquisa, vale remetê-los a uma perspectiva política e crítica. É o que defende Larrosa (2002), ao explorar outras possibilidades para pensar a educação a partir da experiência/sentido. “A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm” (Larrosa, 2002, p. 25). Assim, nesse gesto, podemos entender o cuidado como movimento para requerer o parar, pensar, olhar, escutar... suspendendo tal automatismo mecanicista e assumindo uma atenção que cultive a arte do encontro, dando-se tempo e espaço inclusive para desaprender, reaprender, aprender.

Neste caminho, a Educação Permanente acaba sendo um espaço pujante para promover novas possibilidades de aprendizagem, de atuação sensível, crítica e não mecanicista. A Educação Permanente proposta pela SESAI às EMSIs, em seu plano, objetiva aperfeiçoar o trabalho em saúde e qualificar essas trabalhadoras e esses trabalhadores e a divisão de atenção à saúde indígena (DIASI), para atuarem em contextos interculturais, como também é defendida na dissertação de mestrado de Cantuária (p. 17-20, 2020).

Após uma revisão bibliográfica, para desenhar melhor minha pergunta orientadora, durante o “estado da arte”, acessei os repositórios dos programas de pós graduação em educação da UFPE (PPGEduC e PPGEdu) e de Saúde Coletiva da UFPE (PPGSC). Acessei também as bases de dados Pubmed, Scielo e Lilacs. Os termos e descritores utilizados variaram com cada base de dado e repositório institucional: **“educação permanente” AND “SESAI”; “educação permanente” AND “saúde indígena”**. Nas bases de dados, inicialmente surgiram zero (0) documentos em Pubmed, nove (9) documentos em Scielo e onze (11) em Lilacs. Os critérios de inclusão foram artigos ou documentos acadêmicos, inclusive dissertações e teses, publicados em qualquer idioma, que retratassem a temática da educação permanente na saúde indígena no Brasil, preferencialmente em Pernambuco, entre o período de 2013 e 2023. Enquanto os critérios de exclusão foram os trabalhos repetidos nos diversos descritores e bases de dados, aqueles que não seguissem formato acadêmico, excluindo, portanto, livros, normas, leis. Seguindo esses critérios, nove (9) artigos foram selecionados, uma vez que apresentavam assuntos que envolviam a Educação e a Saúde Indígena. Em seguida, foram divididos em temáticas que compreendessem aspectos da interculturalidade na Saúde Indígena e que também abordassem a Educação Permanente na Saúde Indígena.

As análises desses estudos serviram para orientar os objetivos deste trabalho, mas também seguem (des)envolvidas no fazer decolonial desta dissertação, nos capítulos seguintes. Desses artigos, o tema da educação permanente na saúde indígena é evidenciado como alguns relatos de experiência ou como ela está prevista na PNASPI. No entanto, nenhum deles prevê a garantia do exercício da intermedicalidade na perspectiva de uma interculturalidade crítica. Nos repositórios institucionais da UFPE, seguindo os mesmos descritores, o PPGEDUC, PPGEDU e PPGSC não apresentaram qualquer dissertação ou tese. É evidente a pouca publicação de estudos sobre Educação Permanente na Saúde indígena, envolvendo a questão da interculturalidade crítica, principalmente no Estado de Pernambuco.

Quadro 1 – Documentos selecionados na revisão bibliográfica sobre educação permanente e saúde indígena

Documentos que abordam diretamente a questão da Educação Permanente	Documentos que abordam questões sobre Educação na Saúde Indígena
CANTUÁRIA, Alexandre Oliveira. Educação permanente e a SESAI: uma análise da política nacional de educação permanente no âmbito da secretaria especial de saúde indígena. 2020. Tese de Doutorado. 2020	CAVALCANTE, Inara Mariela da Silva. Atividade educativa para o desenvolvimento de competências culturais de enfermeiras(os) que atuam na saúde indígena na Amazônia paraense. Tese (Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. doi: 10.11606/T.7.2020.tde-24022021-110713. Acesso em: 11/06/2024
LEAL, Uli Tupinã de Alcântara et al. A educação permanente na atenção integral à saúde do usuário indígena LGBTQIA+: uma experiência inovadora. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 45, n. especial 3, p. 121-136, 2021.	FREITAS, Fernanda Pereira de Paula; CHIAVON, Augusto Cezar Dal; MIRANDA, Camila Zambam de. Supervisão acadêmica de médicos em áreas indígenas durante a pandemia de Covid-19. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 27, p. e220086, 2022.
DIEHL, Eliana Elisabeth; PELLEGRINI, Marcos Antonio. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. FÓRUM. Cad. Saúde Pública 30 (4), abr 2014. Disponível em https://doi.org/10.1590/0102-311X00030014 . Acesso em 11/06/2024	LUNA, Willian Fernandes et al. Project More Doctors for Brazil in remote areas of the state of Roraima: relationship between doctors and the Special Supervision Group. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 23, p. e180029, 2019.
LANDGRAF, Julia; IMAZU, Nayara Emy; ROSADO, Rosa Maris. Desafios para a Educação Permanente em Saúde Indígena: adequando o atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 24, p. e190166, 2019.	RIBEIRO, Ana Elisa Rodrigues Alves; BERETTA, Regina Célia de Souza; MESTRINER JUNIOR, Wilson. Promoção da saúde e efetivação da Reforma Sanitária no contexto dos povos originários. Saúde em Debate, v. 43, p. 292-304, 2020.
	ROCHA, Esron Soares Carvalho et al. Perfil de enfermeiros(as) que atuam na saúde indígena e não indígena. Cienc. Cuid. Saúde, v. 17, p. e45195, 2019.

FONTE: A autora (2024)

Por outro lado, percebemos que a demanda de trazer uma interculturalidade crítica através da participação de lideranças indígenas na construção de uma Educação Permanente, capaz de garantir a intermedialidade nas EMSIs não é apenas necessária, como viável, sensível e real. A Educação Permanente é potente em reorientar processos de aprendizagem aparentemente solidificados em normas tecnicistas, reconfigurando as práticas em saúde indígena. É capaz de permitir processos formativos integrais do ser humano, enfraquecendo maneiras autoritárias de agir, de falar, de conviver. Numa perspectiva freireana, isso é possível à medida que haja a intenção do “falar com” e não do “falar a” ou “falar sobre”, deslocando assim, sujeitos e objetos da ação.

Paulo Freire (2014), sugere, portanto, uma prática pedagógica progressista horizontal que transpasse saberes científicos e técnicos, somente considerando relevante nossas escolhas política, ética, coletiva:

Deve fazer parte de nossa formação discutir quais são estas qualidades indispensáveis, mesmo sabendo que elas precisam ser criadas por nós, em nossa prática, se nossa opção político-pedagógica é democrática ou progressista e se somos coerentes com ela. É preciso que saibamos que, sem certas qualidades ou virtudes como amorosidade, respeito aos outros, tolerância, humildade, gosto da alegria, gosto da vida, abertura ao novo, disponibilidade à mudança, persistência na luta, recusa aos fatalismos, identificação com a esperança, abertura à justiça, não é possível a prática pedagógico-progressista, que não se faz apenas com ciência e técnica (Freire, 2014, p.117-118).

Sendo assim, para tecer caminhos possíveis e palpáveis de pesquisas contra hegemônicas, lanço, a partir de uma atenção renovada, posta por grupos indígenas ao pensamento como campo de luta, intervenção e criação, a vontade de “criar-com” formas de Educação Permanente que garantam a intermedialidade na SESAI, contando com a participação ativa de lideranças indígenas entrelaçadas nas diversas áreas dos saberes. Proponho isso, acreditando na possibilidade de poder contribuir, com bases decoloniais, como sugere Walsh (2007), para a construção de um imaginário diverso de sociedade, possível de pensar e de criar as condições para um poder social distinto, mais ainda, uma condição diferente, tanto do conhecimento, como da existência, considerando geopolíticas do conhecimento.

Portanto, não para fechar caminhos, mas ampliar as possibilidades, surge a importância de pesquisar com a Educação Popular, principalmente por este projeto objetivar, com o desenvolver da pesquisa, identificar possibilidades de “criar-com” novas formas de realização da Educação Permanente, através da participação ativa de lideranças indígenas entrelaçadas nas diversas áreas dos saberes (arte, cura, saúde, educação, política, história, agroecologia...). Isso

torna pertinente adentrar nos estudos de Paulo Freire e, mais atualmente, de Moacir Gadotti, já que lidaremos com “territorialidades indígenas”.

2 POVOS INDÍGENAS DE PERNAMBUCO E A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA: TERRITORIALIDADES DO CUIDADO

*“Hoje sabemos o lugar que queremos ocupar na história do país” –
Maninha Xucuru Kariri*

Com a devida permissão e licença, de pés descalços, sentindo os solos dessa imensidão, Brasil, caminhamos pela (des)territorialização, permitindo-nos o envolvimento, atravessando as (re)existências, transvendo as geografias.

De acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2022), a população indígena residente no Brasil está registrada em 1.693.535, representando 0,83% da população total do país. De acordo com o levantamento de 2010, a população indígena era de 896.917, quase metade do dado atual. Em relação à divisão por regiões com maior concentração populacional, a Região Norte apresenta 753.357 indígenas; a Região Nordeste, 528.800; Centro-Oeste, 199.912; Sudeste, 123.369; e Sul, 88.097 indígenas. Na divisão por Unidades da Federação, Pernambuco é o quarto Estado brasileiro com maior número absoluto de pessoas indígenas: 106.634.

Salientando que a metodologia de coleta de dados do último censo foi modificada e ampliada, cabe compreender com criticidade os números expostos. Além disso, segundo o IBGE, “pessoa indígena é aquela que se declara como tal e vive em terra indígena ou fora dela”. O critério de localidade indígena abrange as terras oficialmente delimitadas, agrupamentos indígenas e demais áreas reconhecidas ou de potencial ocupação indígena. Dessa forma, o IBGE mapeou as localidades e realizou consultas às lideranças indígenas comunitárias, durante o processo da pesquisa. Segundo a atual Ministra dos Povos Indígenas, Sonia Guajajara³, dentre os diversos fatores que podem explicar um aumento de 88% na população indígena nos últimos treze anos, a consulta e acesso do IBGE aos territórios e povos que vivem em áreas de difícil acesso é relevante. Porém, para ela, o ponto principal a ser analisado envolve a questão do pertencimento, especialmente devido aos indígenas que vivem em contexto urbano e que puderam se apresentar como indígenas.

A nível de territórios indígenas, os dados da Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai), de 31 de julho de 2022, apresentam que o país contava com 573 terras indígenas

³ Disponível em <https://www.gov.br/povosindigenas/pt-br/assuntos/noticias/2023/08/censo-aponta-1-693-milhao-de-indigenas-no-pais>, acesso em 11/06/2024.

declaradas, homologadas ou regularizadas, vivendo nessas terras 622.066 indígenas. É pertinente pontuar, de acordo com a legislação brasileira, que a Funai declara “terra indígena” uma porção dentro do território nacional, habitada por uma ou mais comunidades indígenas, a qual, após regular processo administrativo, respeitando o devido processo legal, de demarcação e homologação por Decreto Presidencial, é levada a registro imobiliário como propriedade da União (artigo 20, XI, da Constituição Federal de 1988) e destinado ao usufruto exclusivo indígena (artigo 231, §2º da Constituição Federal e artigo 22 da Lei 6001/73). Além disso, as terras indígenas podem ser classificadas em: terras indígenas tradicionalmente ocupadas, reservas indígenas e terras domaniais.

Retomada a principal forma de luta indígena, “como plantio de sementes novas na terra antiga”, segundo Estevão Palitot⁴, são ações diretas da recuperação territorial, orientadas, na maioria das vezes, pelos Encantados, experiência essa que é historicamente marcada por quase todos os povos indígenas de Pernambuco. Compreendemos que as retomadas são uma forma de pressionar politicamente os poderes públicos, além de ser um processo profundo de reorganização social dos povos indígenas. Palitot reitera as dimensões materiais e simbólicas que constituem um território, no sentido mais completo do termo, a partir dos processos de retomada, principalmente por terem sido terras usurpadas no passado, sendo referências para a vida e para a identidade dos povos indígenas. Além disso, cabe considerar esse processo como um ritual, com grande potência de vida, uma vez que proporciona a reconexão com memórias reprimidas e a reelaboração do pertencimento ao grupo e ao território, não podendo desconsiderar que é um processo com muitos perigos, riscos e resistências.

Em Pernambuco, as retomadas, nos casos dos povos Xukuru e Truká, foram as principais formas de mobilização para garantir a demarcação e a recuperação da integralidade de suas terras. Além deles e de outros povos que habitam no interior do Estado de Pernambuco atualmente, o povo Karaxuwanassu tem organizado uma área de retomada na aldeia Marataro Caeté em Igarassu; trata-se de uma retomada de terra realizada por um povo indígena em contexto urbano, a primeira ocorrida em Pernambuco. Vale ressaltar que eles formam uma coletividade de indígenas oriundos do interior de Pernambuco e de Alagoas, além de acolher indígenas Warao (Venezuela).

⁴ Disponível em <https://www.atlasindigena.org/post/2023-terras-ind%C3%ADgenas-em-pernambuco>. Acesso em 11/06/2024.

Assim, vamos adentrando no contexto dos povos indígenas de Pernambuco, através das retomadas. A partir disso, podemos acessar os dados mais recentes. De acordo com o Instituto Socioambiental⁵, com última publicação em 2018, em Pernambuco estão registradas doze etnias indígenas, sendo elas: Atikum, Fulni-ô, Kambiwá, Kapinawá, Pankaiuká, Pankararu, Entre Serras Pankararu, Pankará, Pipipã, Truká, Tuxá, Xukuru. Contudo, é necessário reconhecer que o processo de identidade de um povo não é estático, mas dinâmico, justamente por ser um processo vivo, cultural, político e histórico. Assim, cabe reconhecer o movimento de ramificação de etnias, inclusive dentro de outras etnias. É o caso das etnias Pankararu, Truká e Xukuru. Além disso, é pertinente atentar que nem todos os movimentos indígenas são reconhecidos, muito menos aqueles que vivem em condição urbana, mas que se articulam pela garantia de seus direitos. Nesse contexto, podemos citar o Movimento Mata Sul Indígena e o coletivo Aroeira Pankararu. Sabemos que a maior parte dos povos indígenas de Pernambuco tem seus territórios demarcados localizados no interior do Estado, mais precisamente entre as regiões Agreste e Sertão, nas zonas rurais, contudo existe uma considerável população indígena que vive nos centros urbanos e que sofre pela falta de reconhecimento de sua identidade.

Em todo caso, dentro dessa dinamicidade que envolve a identidade e autodeclaração étnica, atualmente participam da Comissão de professores e professoras indígenas de Pernambuco (Copipe) um total de 15 representações de povos indígenas: Atikum, Fulni-ô, Kambiwá, Kapinawá, Pankaiuká, Pankararu, Entre Serras Pankararu, Pankará, Pipipã, Truká, Tuxá, Xukuru, Xukuru de Cimbres, Pankará Serrote dos Campos, Pankararu Opara.

⁵ Disponível em https://pib.socioambiental.org/pt/Categoria:Povos_ind%C3%ADgenas_em_Pernambuco. Acesso em 11/06/2024

infraestrutura, caracterizando um modelo insustentável, violento. “Consiste em um processo em que grupos sociais são afetados do ponto de vista material e simbólico, provocando agravos à saúde” (Gonçalves et al., 2022, p.3).

É nesse contexto, inclusive, que surgiu, no Brasil, a Atenção à Saúde Indígena. A questão da saúde e as políticas de saúde indígena sempre tiveram a ver com a luta pelo território. Demarcar terras é sempre uma forma de esperar mais condições de saúde. Lutar pela demarcação de terras é, antes de tudo, reconhecer uma “pedagogia retomada”, vivida pelos povos indígenas como expressão do aprendizado emancipatório coletivo, como propõe Lacerda (2021), ao verificar pistas da dimensão pedagógica no confronto com o poder tutelar do Estado, bem como as amarras do padrão colonial de poder. Nesse estudo, a autora descreve as primeiras “retomadas” em seu contexto social e político, denunciando o grau de invisibilidade e sujeição tutelar em que se encontravam.

Consideram-se duas situações dos povos indígenas e de seus territórios no Brasil, a da bacia amazônica (Amazônia Legal) e a do restante do país, como no caso de Pernambuco, “bolsões territoriais ainda não alcançados pela expansão das fronteiras econômicas regionais encontravam-se mergulhados em uma grande área caracterizada pela existência de povos invisibilizados e desapossados de seus territórios” (LACERDA, 2021, p. 193 e 194). Além disso, a autora aponta que a realidade dos povos indígenas não amazônicos era marcada pela invisibilidade, como camponeses pobres comuns, expropriados de seus territórios, desnudos de sua identidade própria, com os decretos de extinção dos aldeamentos, como também a realidade marcada pela visibilidade de uma identidade indígena que ainda tinha posse de terrenos reduzidos entre outros terrenos antigos de grande extensão, submetidos aos devidos departamentos jurídicos do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) e posteriormente FUNAI.

No Nordeste, o movimento de retomada foi desenvolvido de modo mais perene, caracterizando a ação política de reivindicação territorial indígena e, ao longo da década de 1980, podemos dizer que as “retomadas” foram sendo introduzidas no vocabulário político dos povos da região. Até que com a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi reconhecido o direito indígena à posse permanente das terras tradicionalmente ocupadas.

Todo esse movimento de “retomada” é capaz de transcender a categoria e configurar uma ampliação das dimensões, partindo para a “prática pedagógica intercultural e emancipatória, de confronto e libertação do poder tutelar do Estado e das amarras do padrão colonial de poder” (LACERDA, 2021, p. 197). Nessa perspectiva, o movimento de retomada

envolvia um esforço organizativo próprio das comunidades, bem como a mobilização dos rituais, conectando as forças ancestrais do plano espiritual. Assim, podemos identificar influências de articulação a nível da educação, como também da saúde. Esse último torna-se mais evidente, não apenas em compreender os rituais, mas também como processo de cura, guiado inclusive pelos pajés e envolvidos pelo Toré, além de todo o engajamento para retomar os territórios e esperar melhores condições de saúde e educação. Vale ressaltar, ainda, que

A presença do Toré foi também observada por Caroline Mendonça como um importante elemento na luta dos Pankará da Serra do Arapuá, em Pernambuco, no movimento por eles denominado de “retomada da educação”, em 2004. Ali a articulação em torno do Toré teria marcado o momento decisivo na luta do povo em defesa de seu projeto de institucionalização do modelo de escolas indígenas diferenciadas, na contramão do projeto da administração municipal que pretendia inviabilizá-lo, mantendo o modelo de “escolas rurais” (LACERDA, 2021, p. 207).

Em 1994, o deputado Sergio Arouca reconheceu o processo saúde-doença dos povos indígenas como resultado de determinantes socioeconômicos e culturais, abarcando tanto a integridade territorial, preservação do meio ambiente, quanto a preservação dos sistemas médicos tradicionais, da cultura, da autodeterminação política, e não somente pela assistência à saúde. Com a Constituição Federal de 1988, as determinações das Leis Orgânicas da Saúde reconheceram aos povos indígenas suas especificidades étnicas, culturais e seus direitos territoriais. Assim surgiu a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), integrando a Política Nacional de Saúde, regulamentada pelo

Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória n.º 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, onde está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS (BRASIL, 2022).

Percebemos que a PNASPI foi implementada como parte do SUS, mas como um subsistema, na justificativa de requerer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços “voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas” (BRASIL, 2022).

É necessário reconhecer que essa política foi elaborada com a participação de representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde, pela ação indigenista do governo e pelas organizações da sociedade civil, reconhecidas na atenção e na formação de recursos humanos para a saúde dos povos indígenas. Houve a garantia da participação dos

povos indígenas em todas as etapas de formulação, implantação, avaliação e aperfeiçoamento dessa proposta, principalmente através de representantes das organizações indígenas com experiência de execução de projetos no campo da atenção à saúde.

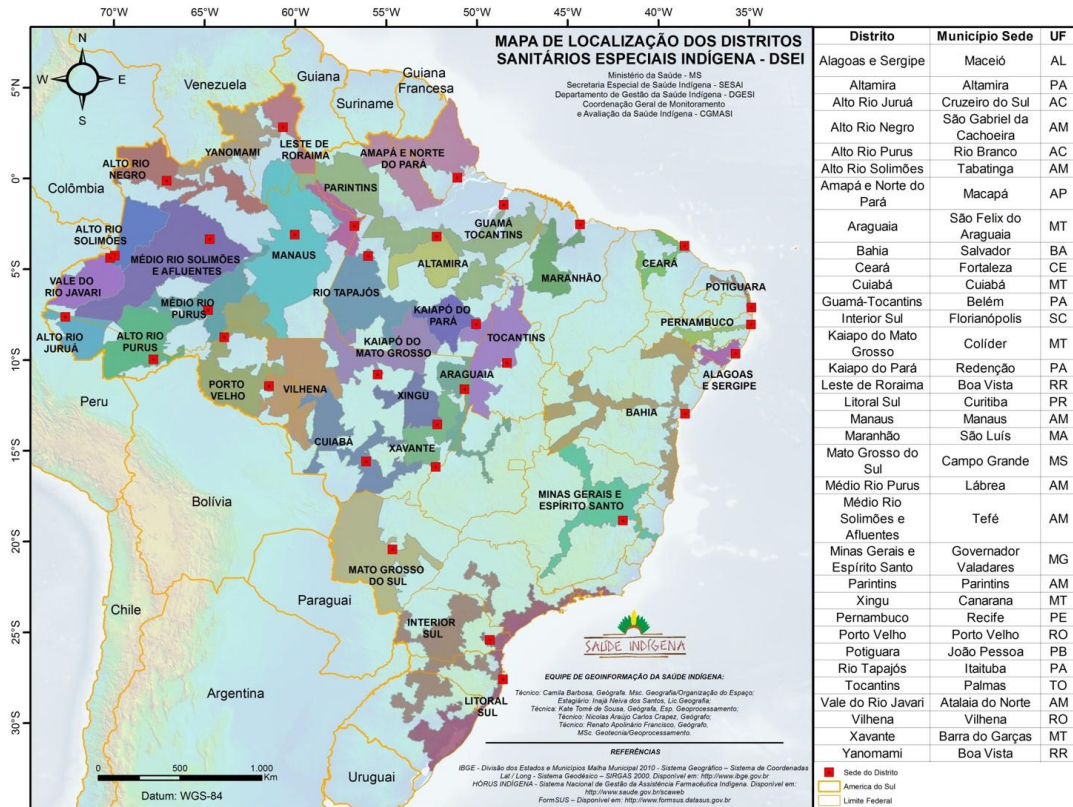
O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa 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. (BRASIL, 2002)

A partir desse contexto, com a criação da PNASPI pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), os direitos indígenas passaram a ter sede constitucional a nível federal, com responsabilidade do Ministério da Saúde pela gestão da PNASPI conforme o Decreto nº 3.146, de 27 de agosto de 1999 (Art. 3º), enquanto a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) é o órgão indigenista oficial, na época vinculado ao Ministério da Justiça, destinado a assegurar os direitos constitucionais dos povos indígenas no país, além de fazer o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas em prol das comunidades indígenas.

Posteriormente, com algumas alterações administrativas, em 2010 surgiu a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde, com intuito de prestar assistência a mais de 751 mil indígenas aldeados em todo o Brasil e promovendo a atenção primária à saúde de maneira participativa e diferenciada, no subsistema do SUS. Além disso, essa secretaria apresenta como missão institucional duas principais vertentes: a Atenção Integral à Saúde Indígena e Determinantes Ambientais, esse último responsável pelas edificações, manutenção de instalações, saneamento e qualidade da água. A SESAI manteve a organização prevista pela PNASPI de execução descentralizada, através de trinta e quatro Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), distribuídos em todas as regiões brasileiras, através de critérios epidemiológicos, geográficos e etnográficos. Não há, necessariamente, limites condicionados às fronteiras dos Estados. Seguindo o modelo assistencial dos DSEI, os Polos Base são uma subdivisão territorial que se situam no município de referência de cada DSEI, tendo sua estrutura física localizada na zona urbana ou no território indígena, e serve de apoio técnico e administrativo para as equipes multidisciplinares de saúde indígena. Ainda, a PNASPI prevê a existência de unidades básicas de saúde nas comunidades indígenas e as Casas de Saúde Indígena (CASAI) em cada DSEI. Esses espaços fazem parte de uma atenção básica à saúde, contudo está previsto no SUS que qualquer serviço especializado ou de urgência e emergência deve acolher o indígena que necessitar desse suporte. A SESAI também conta com a gerência

de Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) como instrumento de monitoramento da política pública de atenção à saúde indígena.

Mapa 3 – Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)



Fonte: Ministério da Saúde, 2021

Quadro 2 – Organização do Distrito Sanitário Especial Indígena e Modelo Assistencial



Fonte: Ministério da Saúde, 2021

Em relação aos dados atuais da SESAI, de acordo com a atualização do último censo do IBGE (2023), o Ministério da Saúde publicou em seu painel eletrônico, com atualização de 06 de março de 2024, que o Brasil registra uma população indígena de 799.120 indivíduos, 6.828 aldeias e 506 terras indígenas, com 34 DSEI, 377 polos base, distribuídos pelos 502 municípios de 24 Estados brasileiros. Em relação ao DSEI Pernambuco, de acordo com o Plano Distrital vigente (2023-2027), abrange uma população aproximada de 43.000 habitantes, distribuída em 14 terras indígenas. A extensão territorial do DSEI-PE é de 22.032,26 km², envolvendo 18 municípios com população indígena em sua jurisdição, sendo 15 etnias, 15 polos base, contando com meios de transporte terrestre e fluvial na saúde indígena. Em relação aos aspectos geográficos que influenciam diretamente nas condições de vida de cada indivíduo e da comunidade, logo na saúde, é importante reconhecer que as aldeias do DSEI-PE estão inseridas no bioma Caatinga. Além disso, a estiagem ocorre na maior parte do ano, com duração de sete a nove meses, geralmente entre junho e dezembro. Dessa forma, as comunidades indígenas sofrem com a escassez de água, dependendo do suporte de carro pipa em algumas localidades. Em relação à qualidade de água para consumo, não há registro de contaminação por agrotóxico, mineração e esgoto.

Quadro 3 – Caracterização geral do DSEI-PE

Caracterização	Descrição
Extensão territorial	22.032,26 km ²
Município sede do DSEI	Recife/PE
Endereço	Avenida Norte Miguel Arraes de Alencar, 7200, Macaxeira, Recife-PE – 52090-260
E-mail	dseipe.sesai@saude.gov.br
Município com população indígena em sua jurisdição	18 (Águas Belas; Belém do São Francisco; Buíque; Cabrobó; Carnaubeira da Penha; Floresta; Ibimirim; Inajá; Itacuruba; Jatobá; Mirandiba; Orocó; Pesqueira; Petrolândia; Poção; Salgueiro; Tacaratu; Tupanatinga)
Total da população indígena	43.003
Nome das Etnias existentes	15 (quinze): Atikum; Fulni-ô; Kambiwá; Kapinawá; Pankará; Pankará Serrote dos Campos; Pankararu; Pankararu Entre Serras; Pipipã; Truká; Truká Tapera; Tuxá; Tuxi; Xukuru de Cimbres; Xukuru do Ororubá.
Nº de Polos Base	15 (quinze): Atikum (Carnaubeira da Penha); Atikum (Salgueiro); Fulni-ô (Águas Belas); Kambiwá (Ibimirim); Kambiwá-Tuxá (Inajá);

	Kapinawá (Buíque); Pankará (Carnaubeira da Penha); Pankararu (Jatobá); Pankararu Entre Serras (Tacaratu); Pipipã (Floresta); Truká (Cabrobó); Truká Tapera (Orocó); Tuxi (Belém do São Francisco); Xukuru do Cimbres (Pesqueira); Xukuru do Ororubá (Pesqueira).
Nº de UBSI	60 UBSI + 53 Pontos de Apoio
Nº de CASAI	01
Nº de Aldeias	227
Meios de transporte utilizados, se possível incluir a proporção	Terrestre e fluvial

Fonte: DSEI-PE, 2023.

Quadro 4 – Características geográficas do DSEI/PE

Caracterização	Descrição
Bioma	As Aldeias do DSEI/PE estão inseridas no bioma caatinga.
Sazonalidade	O período de estiagem ocorre, na maior parte do ano, durando entre sete e nove meses, e normalmente entre junho e dezembro. Neste período, as comunidades indígenas sofrem com a escassez de água, a distribuição em algumas localidades passa a ocorrer através de carro pipa.
Barreiras Geográficas	• Na etnia Xukuru do Ororubá, no município de Pesqueira, parte das aldeias estão localizadas na Serra do Ororubá, o que dificulta o acesso das equipes de saúde e monitoramento da qualidade da água; • Nas etnias Atikum e Pankará, localizadas no município de Carnaubeira da Penha, parte das aldeias estão localizadas na Serra Umã, e outra parte na Serra do Arapuá. Existe dificuldade no acesso das equipes de saúde e monitoramento da qualidade da água; • Na etnia Truká, localizada nos municípios de Orocó e Cabrobó, algumas aldeias estão localizadas em ilhas do Rio São Francisco e há dificuldades de acesso pelas equipes de saúde e monitoramento da qualidade da água, devido à falta de infraestrutura para os deslocamentos. Além disso, as aldeias estão

	situadas na Ilha de Assunção, que possui como acesso terrestre apenas uma ponte.
Qualidade da água para consumo	Não há registros de contaminação por agrotóxico, mineração e esgoto.
Área com uso de agrotóxicos	Não há estudos sobre o tema, nas áreas indígenas de Pernambuco. Todavia, existem aldeias na etnia de Truká e Truká Tapera, localizadas nos municípios de Cabrobó e Orocó, em que há produção agrícola de frutas e o uso de defensivos agrícolas e fertilizantes. Na etnia Xukuru do Ororubá, localizada no município de Pesqueira, existem aldeias com pequenas produções de hortaliças, e o uso de defensivos agrícolas e fertilizantes. Na etnia de Pankararu, localizada nos municípios de Jatobá e Tacaratu, existe produção de aquicultura e o uso de inseticidas

Fonte: DSEI/PE, 2023

Quadro 5 – Demonstrativo da população por Polo Base

Polo Base	População	%
Xukuru do Ororubá	8.166	19%
Xukuru de Cimbres	1.224	2,8%
Kapinawá	2.225	5,1%
Fulni-ô	4.416	10,3%
Tuxá	1.703	4%
Kambiwá	1.888	4,4%
Pipipã	1.098	2,5%
Atikum	4.604	10,7%
Pankará	3.036	7%
Pankararu	7.115	16,5%
Pankararu Entre Serras	1.565	3,6%
Tuxí	388	0,9%
Truká	3.865	8,9%
Truká Tapera	227	0,5%

Atikum Salgueiro	1.259	3%
Pankará Serrote dos Campos	224	0,5%
Total	43.003	100%

Fonte: SIASI, 2023. Data da extração: 23/10/2023

Quadro 6 – Perfil sócio demográfico, étnico-cultural e linguista dos povos indígenas, por Polo Base

Polo Base	Município	Nº Aldeias	Nº Povo/ Etnia	População												População Total	Língua Indígena	% de Comunicação em Português
				Masculino						Feminino								
				<1	1-4	5-9	10-49	50-59	>=60	<1	1-4	5-9	10-49	50-59	>=60			
Atikum	Carnaubeira da Penha Mirandiba	38	1	32	194	249	1564	168	209	38	213	233	1450	170	230	4604	-	100%
Atikum Salgueiro	Salgueiro	10	1	9	61	57	386	58	67	10	44	68	354	58	87	1259	-	100%
Pankararu Entre serras	Tacaratu Petrolândia	12	1	10	55	71	446	73	104	9	49	81	489	75	103	1.565	-	100%
Pankararu	Tacaratu Jatobá Petrolândia	13	1	57	314	401	2.101	228	344	70	270	359	2.313	265	393	7.115	-	100%
Fulni-ô	Águas Belas	2	1	51	165	209	1380	153	187	54	187	218	1413	180	219	4416	Yaathe	95%
Kamibiwá	Ibimirim Inajá Buíque	6	2	18	61	82	623	65	91	10	64	77	624	77	96	1888	-	100%
Kapinawa	Buíque Tupanatinga Ibimirim	11	1	69	226	291	2003	218	278	64	251	295	2037	257	315	2.225	-	100%
Pankará	Carnaubeira da Penha	45	1	18	87	142	955	132	215	21	104	130	876	128	228	3036	-	100%
Pipipá	Floresta	5	1	7	44	62	377	39	50	13	42	47	332	38	47	1098	-	100%
Pankara Serrote dos Campos	Itacuruba	2	1	0	5	10	70	8	8	0	14	13	77	6	10	224	-	100%
Truká	Cabrobó	25	1	28	135	182	1241	190	201	23	143	158	1204	178	182	3865	-	100%
Truka tapera	Orocó	3	1	1	7	21	75	12	12	1	5	8	68	11	6	227	-	100%
Kamibiwá-tuxá	Inajá Ibimirim	7	2	7	79	99	536	66	80	14	71	76	532	78	73	1.703	-	100%
Tuxi	Belém do São Francisco	2	1	1	12	13	129	16	25	4	7	14	121	16	30	388	-	100%
Xukuru de Cimbres	Pesqueira	2	1	10	42	67	314	50	74	9	37	61	417	72	71	1224	-	100%
Xukuru do Ororubá	Pesqueira Poção	32	1	57	302	367	2542	409	528	68	264	312	2406	405	506	8166	-	100%
Total																43003		

Fonte: SIASI, 2023. Data da extração: 23/10/2023.

3 ENREDO TEÓRICO METODOFÁGICO: UMA EPISTEMOFAGIA ARREDIA

“El diálogo de saberes solo es posible através de la decolonización del conocimiento y de la decolonización de las instituciones productoras o administradoras del conocimiento” (Ortiz Ocaña; Arias López, 2019)

“Toda metodologia de pesquisa é colonizadora” (Ortiz Ocaña; Arias López, 2019, p. 153). É a partir dessa inquietação que assumo o cuidado metodológico na intenção de desenhar caminhos do pensamento neste trabalho, antes de tudo transmutando a metodologia da pesquisa, uma vez que ela não deixa de ser a própria colonialidade epistêmica. Nessa perspectiva, nada mais coerente do que decolonizar a metodologia, já que as metodologias científicas surgem através de práticas e epistemologias colonizadoras, que enquadram o pesquisador e o orientam a escolher caminhos do pensamento, através de estruturas categorizadas.

Assumindo a ideia de Minayo (2008) de que não é possível fazer ciência sem método, até mesmo porque a ciência é uma criação colonial, peço licença a Feitosa (2015) para adotar uma postura epistemofágica na escolha do método dessa pesquisa. Em analogia à ideia de epistemofagia incutida na antropofagia cultural definida por Oswald de Andrade, na Semana de Arte Moderna de 1922, apesar de toda influência eurocêntrica do autor, e assim como “estratégia epistemofágica utilizada pelos autores da Bioética de Intervenção em que tiveram que ingerir algumas teorias que se revelaram bastante indigestas [...]” (Feitosa, 2015, p. 109), declaro meu processo epistemofágico. É devorando a hermenêutica dialética proposta por Minayo (2008) que, no processo digestivo, aceito o convite de Ortiz Ocaña e Arias López (2019) para desobedecer à metodologia da investigação, nesse caso, a partir do fazer decolonial.

Assim, a fundamentação teórico metodológica se engaja nesse convite de Ortiz Ocaña e Arias López (2019) para desobedecer à metodologia da investigação como vocação e configuração de ações descolonizadoras.

Es evidente que no es lo mismo hablar de investigación desde la óptica del investigador y colonizador que hablar de investigación desde la mirada del investigado y colonizado. Toda metodología de la investigación es colonizante. Todo investigador es colonizador. Desde la perspectiva del colonizado, “la palabra investigación es probablemente una de las palabras más sucias en el vocabulario del mundo indígena” (Smith, 1999, p. 1). La investigación fue asumida en/desde Abya Yala como un proceso deshumanizante, un conjunto de acciones colonizantes que causaron dolor y sufrimiento (Ortiz, Arias y Pedrozo, 2018b). Por eso, muchos de los pueblos

originarios recuerdan la ciencia como un instrumento colonial, una herramienta que los desacreditó, apoyó la dominación racista y justificó los peores excesos del colonialismo (Ortiz Ocaña; Arias López, 2019 p. 153)

É por isso que o fazer decolonial, neste trabalho, rompe com a lógica colonial desde a estrutura metodológica, tomando o cuidado, não apenas nas escolhas epistemológicas, mas principalmente em qualquer fundamentação desta dissertação. Para tanto, torna-se pertinente adotar os questionamentos de Walsh (2014), ao propor rupturas epistemológicas coloniais, escolhendo o movimento, a postura decolonial, tanto para apontar problemas, para avançar em suas análises e compreensões, como também para impulsionar processos necessários de aprendizagem e intervenção.

Diante desse convite, assumo meu lugar neste trabalho não enquanto pesquisadora colonizadora de uma investigação, na perspectiva desumanizada daquele que coloniza o “objeto de pesquisa” no intuito de dominá-lo para “melhor” analisá-lo. Aqui assume o posto a mulher latino-americana, indigenista, médica e filósofa, trabalhadora do SUS, mãe, parteira, que “cria-com” as pessoas e os seres com quem se (des)envolve. Que adota um fazer decolonial a partir de um circuito crítico-hermenêutico, na expectativa de compreender, com o corpo (i)mundo, as nervuras de um solo fértil em documentos, normas e resoluções, registros etnográficos, atividades, eventos.

Partindo dessa necessidade de rupturas epistemológicas e de novas possibilidades de pesquisar em Educação, este trabalho se incorpora a partir de enlaces cartográficos disparados por Rolnik (1987; 2019) e Oliveira e Paraíso (2012), seguindo por caminhos mais abertos e inventivos ao dançar a coreografia do desassossego com a cartografia, justamente por se tratar de uma espécie de pesquisa-intervenção. Além disso, “a cartografia nos lembra que a pesquisa em educação tem a função de atualizar a potência de uma vida” (Oliveira; Paraíso, 2012, p. 175).

Como se trata de uma hermenêutica dialética atravessada por um fazer outro decolonial, ressalto que a abordagem é qualitativa, experimental e bibliográfica, desenhada epistemologicamente no âmbito decolonial, de natureza teórica e aplicada, podendo-se definir os territórios cartográficos e o solo fértil, vivo, possível de compreensão, graças aos es(en)tranhamentos. Assim, a Educação Permanente na Saúde Indígena passa a ser uma das superfícies abertas à desterritorialização e aos envoltimentos cartografados pelos processos de minhas formações, da clínica ampliada e compartilhada na saúde indígena, bem como do olhar-

prática, reorientados pelas vivências imbricadas nas diversas áreas dos saberes nos territórios indígenas, os partos.

Trilhando caminhos, é pertinente pensar o que compreendemos com o fazer decolonial nas epistemologias da saúde e da educação, uma vez que o amparo das práticas médicas é pautado por uma medicina baseada em evidências, determinada pela “colonialidade do saber” (Quijano, 1998). Além disso, qual é o cuidado em saúde ofertado pelo Estado para as comunidades e povos originários em Pernambuco? Por isso, o fazer decolonial hermenêutico dialético se engaja na ruptura da colonialidade do saber, através do “giro decolonial”, principalmente a partir de Mignolo (2009; 2010), pautando a “interculturalidade crítica” (des)envolvida por Walsh (2007; 2012; 2014), como garantia para o exercício da “intermedicalidade” (Greene, 1998; Fóller, 2004).

No que perpassa a criação de novas possibilidades de Educação Permanente na Saúde Indígena, faz-se pertinente reconhecer o cuidado metodológico também acessando metodologias colaborativas não extrativistas, por apontarem processos de co-labor-ação e co-criação, como sugere Fasanello et al. (2018), com base nas noções de metodologias colaborativas já desenvolvidas por Santos e Meneses (2010), através das epistemologias do Sul. Articula-se, assim, “com dimensões educacionais e pedagógicas da transformação social trabalhadas, anteriormente, de forma seminal pelos autores latino-americanos Paulo Freire e Orlando Fals Borda.” (Fasanello et al., 2018, p.398).

Nessa perspectiva, transpassando limites de metodologias qualitativas convencionais, torna-se interessante assumir este fazer decolonial de cunho colaborativo, não extrativista, uma vez que os povos originários não devem ser encarados como objetos de pesquisa, mas, pelo contrário, como seres ativos, entrelaçados com as profissionais e os profissionais da saúde indígena, com co-criação, performance e artesanias das práticas. Essas perspectivas também orientam que cada território seja compreendido com suas singularidades, e não como espaço universal a ser explorado, a ser percebido enquanto objeto, mas enquanto campo potente de produção de desejos e de meio para o exercício do cuidado.

3.1 “Fazer Outro”: Hermeneutica Dialética e o “Hacer Decolonial”

“A luta por outras educações, experiências, linguagens e gramáticas é uma luta pela vida. A educação como um fenômeno radicalizado na

condição humana trata diretamente da emergência e do exercício dos seres como construtores dos tempos e das possibilidades” (Rufino, 2019)

Seguindo com o movimento epistemofágico, torna-se necessário assumir a “desobediência epistêmica” proposta por Mignolo e Veiga (2021) como referência, criar uma metodologia que não seja investigativa, pautada em epistemologias coloniais. A desobediência epistêmica, arredia, nesse caso parte de bases geopolíticas do conhecimento, diante do engajamento decolonial, ao romper com as epistemologias coloniais.

A produção de conhecimento no mundo moderno/colonial é, ao mesmo tempo, conhecimento no qual se encontra o próprio conceito de “modernidade”, e juiz e fiador do conhecimento legítimo e duradouro. Vandana Shiva (1993) sugeriu o termo “monoculturas da mente” para descrever o conhecimento imperial ocidental e sua implementação totalitária e epistemicamente não-democrática (Mignolo e Veiga, 2021, p.47).

É nesse contexto que não basta optar por conhecimentos descolonizantes e decoloniais, mas adotar uma ruptura política e epistêmica, na medida em que a geopolítica e o corpo-político do conhecimento compreendem o “fazer outro” como uma espécie de “metodofagia”.

A geopolítica do conhecimento anda de mãos dadas com a geopolítica do saber. Quem e quando, por que e onde o conhecimento é gerado (em vez de produzido, como carros ou telefones celulares)? Fazer essas perguntas significa desviar a atenção do que é enunciado para a enunciação. E, ao fazê-lo, inverte-se a máxima de Descartes: em vez de supor que o ato de pensar precede o de existir, o sujeito presume que é um corpo racialmente marcado, em um espaço geo-historicamente marcado, que sente o desejo ou recebe o chamado para falar, articular, em qualquer sistema semiótico, o desejo que faz dos organismos vivos seres “humanos” (Mignolo e Veiga, 2021, p 26).

Com esse cuidado metodológico, entendemos que, de acordo com Mignolo e Veiga (2021), a epistemologia eurocentrada conseguiu criar a ideia de conhecimento universal, como se os sujeitos conhecedores também fossem universais, uma vez que se “escondem” as próprias localizações geo-históricas e biográficas. E com as ideias eurocêntricas universais é que construíram e respaldaram metodologias científicas que não são coerentes com a postura que se deve assumir nesse fazer decolonial. Nessa perspectiva, a metodofagia é engajada a partir da transformação da ideia de universo para multiverso, considerando também as localizações geo-históricas que particularizam e qualificam esse fazer decolonial.

A hermenêutica dialética é um método de pesquisa qualitativa interpretativa, cujas exigências epistemológicas surgem a partir do rompimento do dualismo das ciências críticas e interpretativas, ampliando sua diversidade de categorias analíticas. As principais referências

desse método de pesquisa são Ricoeur (1990), Gomes (1996), Minayo (2008) e Thompson (2011). Cabe entender que o desenvolvimento desse tipo de pesquisa ocorre de forma não rígida, respeitando os momentos sócio-histórico, formal, textual, de interpretação e reinterpretação. Nesse processo, as ações perpassam por descrever, explicar e analisar. Além disso, as fontes de coleta de dados podem ser documentos, entrevistas, observação participante, questionários, diário de campo, conversação, entrevistas, narrativas com objetos de análise, envolvendo textos escritos ou orais, diversas formas de práticas sociais e discursivas, símbolos, slogans, atividades, artefatos...

Nesse contexto, segundo Minayo (2008), a hermenêutica admite a compreensão como categoria metodológica, sendo ela a mais potente na atitude de investigação, na medida em que envolve liberdade, necessidade, força, consciência histórica, assumindo a intencionalidade e a empatia enquanto balizas do pensamento e para a compreensão do sentido da comunicação entre os seres humanos. Nesse fluxo, a dialética é um meio termo que articula ideias e críticas de negação, posição e mudança. Ou seja, a hermenêutica dialética proposta por Minayo (2008) parte do entendimento de que a hermenêutica realiza o entendimento dos textos e fatos históricos, da cotidianidade e da realidade, porém apresenta limitações que podem ser compensadas pela dialética, uma vez que sublinha a dissensão, mudança e os macroprocessos, ambos fortemente beneficiados pela hermenêutica.

a compreensão só é possível pelo “estranhamento”, pois a necessidade do entendimento nasce do fracasso da transferência da linguagem e das próprias incompletude e finitude humanas. Assim, a atividade hermenêutica se move entre o familiar e o estranho entre a intersubjetividade do acordo ilimitado e a quebra da possibilidade desse acordo (Minayo, 2008, p.98-99).

A hermenêutica dialética, apesar de romper com certa rigidez metodológica e ser uma potente metodologia qualitativa, surge de um berço colonial universalizante e que valoriza a atitude investigativa. Numa perspectiva filosófica, cabe lembrar ainda que a hermenêutica foi um conceito sistematizado por Aristóteles, a partir dos atributos do deus grego Hermes. Deus esse que, segundo Silveira (2012), tinha o “poder de ligar e desligar”, uma vez que conseguia se livrar de bandidagens em que ele se envolvia, além de reger as estradas e nas encruzilhadas lhe erigiam hermas⁶. Hermes era estimado pelo seu povo e cultuado em todos os lugares.

Partindo para o movimento decolonial, e ampliando o olhar para fora do Ocidente, torna-se pertinente reconhecer que, entre diversas etnias africanas, há uma divindade igualmente popular, reconhecida pelos yorùbá como Exu (Èṣù), “mensageiro dos Òrìṣà, dono da fala e

⁶ Locais sagrados, na Grécia Antiga, em que os viajantes deixavam oferendas, pedindo proteção na jornada.

consequentemente da interpretação”. [...] “Èṣù é o Òrìṣà dos caminhos e das encruzilhadas. A encruzilhada é o Seu altar natural, pois é o epicentro que leva a lugares diferentes; é o não-lugar, por isso um espaço mítico e sagrado” (Silveira, 2012, p.2).

Permitindo a realização de todas as potencialidades naturais, humanas, divinas, reconhecendo a luta histórica do povo negro pelo reconhecimento de seus direitos individuais e coletivos, trago mais uma ruptura epistemológica, ao considerar, com tamanha importância, a “exunêutica” também como processo e movimento interpretativo. Não apenas por concordar com Silveira (2012) e considerar as semelhanças entre os deuses Hermes e Exu em relação ao poder da velocidade, do regimento dos mercados, comércios, estradas, encruzilhadas, o símbolo sendo um objeto fálico mágico, as traquinagens, as proximidades com seres humanos, a capacidade de se comunicarem com outros sistemas divinatórios, donos da fala, conversa, compreensão e interpretação, mas principalmente, por considerar que as diásporas europeias geraram para as Américas um sentimento de unidade internacional, orientando as epistemologias para um caráter universalizante, até mesmo nos processos interpretativos, enquanto, na perspectiva africana, as multiplicidades são consideradas, desviando essa necessidade unitária e universal. A forma filosófica africana de interpretação, a exunêutica,

parte de princípios alicerçados na afroteologia, que lhe garante uma visão de mundo centrada no esforço de reflexão teológica sobre a religião de matriz africana. Busca na afrocentricidade, na negritude e no pan-africanismo a noção de localização das formas de ver o mundo e de se ver no mundo, dando voz às formas africanas de questionamento, concepção e reflexão. É a experiência africana que proporciona a exunêutica. Fora da África, a exunêutica pode contribuir no contexto das lutas sociais dos povos afro-diaspóricos, ao nos proporcionar uma leitura advinda da periferia, dos subvalorizados, daqueles que tiveram suas vozes caladas por séculos (Silveira, 2012, p. 12).

Assim, vale concordar com Amaral (2022) acerca do pensamento crítico atual, devendo se construir no cruzamento de saberes, enquanto críticos que são, que alimentem uma nova tradição. Por isso, nada mais pertinente que assumir uma epistemofagia metodológica e transmutar esse método a partir do convite de Ortiz Ocaña e Arias López (2019) para desobedecer a metodologias de investigação, de pesquisa e mergulhar numa “metodofagia”.

O fazer decolonial proposto por de Ortiz Ocaña e Arias López (2019) surge a partir da necessidade de criar formas “outras” de pensar, sentir e existir, considerando a configuração de novos tipos de conhecimentos e novas ciências, cujas estruturas coloniais da episteme moderna considerada superior não conseguem acessá-las. Assim, as pistas constitutivas desse fazer decolonial são acompanhadas pela contemplação comunitária, conversação alterativa e reflexão

configurativa, que organizam a discussão desta dissertação, caracterizando a vocação decolonial. Nesse movimento, a postura de investigador necessita ser reconfigurada, pois as propostas metodológicas, por mais decoloniais que aparentam ser, seguem atrapalhadas pelas noções modernas “ocidentocêntricas”, convertendo-se em propostas neocoloniais. Afinal, toda metodologia de pesquisa existe a partir de um processo colonizante que determinou o que é ciência e como se faz ciência. Além disso, não é coerente basear-se em epistemologias decoloniais e num discurso descolonizador, numa dissertação sem uma prática descolonizadora.

Nesse fazer, articulam-se as bases da hermenêutica dialética, reorientando a postura de investigação, na medida em que são revistas as balizas da compreensão como principal comunicação, não somente entre os seres humanos, mas entre os seres de diversas espécies, que se envolvem com os seres humanos. Dessa forma, ao assumir o “fazer outro”, caminhamos para mudanças de paradigmas.

Entonces, ¿cómo reemplazar la modernidad colonizante que en el lenguaje coloniza nuestros pensamientos, acciones y sentires?, ¿cómo desprendernos del lenguaje sin causar trastornos de pensamiento?, ¿cómo desprendernos totalmente de la colonialidad? Pues debemos irnos a los bordes, ser exterioridad, vivir en la frontera, experimentar y vivenciar en/desde los bordes (Ortiz Ocaña, Arias López, 2019, p. 156).

Cabe pontuar que esse fazer decolonial não significa desconstruir os conceitos chave da modernidade, mas reconfigurá-los e decolonizá-los, desvelando sua colonialidade oculta. Nesse movimento, vale reconfigurar a ideia proposta por Gadamer (2008) acerca da universalidade do aspecto hermenêutico da universalidade para multiversalidade.

Enfin, el sentipensar y hacer decolonial no implica deconstruir sino reconfigurar y decolonizar los conceptos clave de la modernidad, con el fin de mostrar su colonialidad oculta y su alcance particular, situado, histórico y regional. Pero este proceso decolonizante no se realiza mediante un método sino mediante acciones/huellas decoloniales que configuran —y se configuran en/desde/por/para— el sentir-pensar-hacer humano (Ortiz Ocaña, Arias López, 2019, p. 154).

Nesse movimento metodológico, é importante demarcar qualitativamente o solo desse fazer decolonial envolvido numa (herme)nêutica dialética. Sua fertilidade é composta pelos registros etnográficos da minha atuação enquanto médica da saúde indígena, por artigos e livros devidamente citados. Mas, principalmente, por leis, decretos, portarias, documentos da Saúde Indígena, percorridos aqui e organizados nos Quadros 7 e 8.

Nesse solo fértil, contamos com sua adubação através da Constituição Federal de 1988, a qual promoveu a mudança do relacionamento do Estado brasileiro com os povos indígenas,

porém “limitando esses direitos a aspectos sociais e culturais, deixando em segundo plano a garantia dos direitos à soberania, à autodeterminação e à representação no processo de tomada de decisões políticas, perpetuando resquícios de uma herança histórica de colonização e escravidão” (Pedrana et al, 2018, p.2), através da lei 5.371, de 5 de dezembro de 1967, que autoriza a instituição da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), e pela lei 1.2314/2010, que autoriza a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) no âmbito do Ministério da Saúde. Compõem também o decreto 5.051, de 19 de abril de 2004, que promulga a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre Povos Indígenas e Tribais; decreto 23, de 4 de fevereiro de 1991, que dispõe sobre as condições para prestação de assistência à saúde das populações indígenas; a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), aprovada em 31 de janeiro de 2002, por Portaria do Ministério da Saúde; a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) (Brasil, 2004), através da Portaria 198/2004, do Ministério da Saúde; e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) (Brasil, 2013).

Além disso, foram trabalhados nesse solo, os documentos disponibilizados pelo DSEI-PE. Dentre esse material, temos o acesso ao Plano Distrital da Saúde Indígena dos períodos de 2020-2023 e 2024-2027, as planilhas de Educação Permanente de 2021 a 2024, o Plano Anual do DSEI-PE de 2022 a 2024. Assim, percebemos que as principais fontes documentais foram registros institucionais como leis, decretos, portarias, que regulamentam o Subsistema de Saúde Indígena e que se articulam com a atuação da Educação Permanente na Saúde Indígena.

Quadro 7 – Organização das leis e decretos selecionados para o estudo

Lei/Decreto	Ano	Informação
Lei n. 5371	1967	Autoriza a instituição da Fundação Nacional do Índio (FUNAI)
Decreto n. 23	1991	Dispõe sobre as condições para prestação de assistência à saúde das populações indígenas
Decreto n. 5051	2004	Promulga a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre Povos Indígenas e Tribais
Lei n. 12314	2010	Autoriza a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) no âmbito do Ministério da Saúde

Fonte: A autora, 2024.

Quadro 8 – Organização dos documentos selecionados para o estudo

Documento	Ano	Publicação
PNASPI	2002	Portaria nº 254/2002- Ministério da Saúde
PNEPS	2004	Portaria nº 198/2004 - Ministério da Saúde
PNEPS-SUS	2013	Portaria nº 2161/2013
A política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil	2013	Conselho Indigenista Missionário (CIMI)
Os Direitos Constitucionais dos Índios	2019	Instituto Socioambiental
Plano Distrital da Saúde Indígena	2020-2023 e 2024-2027	DSEI-PE
Planilhas de Educação Permanente	2021 a 2023	DSEI-PE
Plano Anual do DSEI-PE	2021 a 2024	DSEI-PE

Fonte: A autora, 2024.

Com esse solo demarcado, semeado, cuidado, o fazer decolonial se articula nos próximos capítulos da dissertação envolvido pela interculturalidade, intermedicalidade, educação em saúde, sistemas em saúde, parindo a decolonialidade do cuidado.

3.2 Interculturalidade: um verbo

“La interculturalidad debiera ser pensada menos como sustantivo y más como verbo de acción, tarea de toda la sociedad y no solamente de sectores indígenas y afrodescendientes.” (Walsh, 2009)

Habitualmente utilizado pela Antropologia, no discurso acadêmico, de acordo com Tubino (2004), a interculturalidade não é reconhecida como um conceito delimitado por uma categoria teórica, mas uma maneira de se comportar, ou seja, uma proposta ética. A interculturalidade pode ser reconhecida como o estudo das diversas relações e interrelações que, de fato, preexistem entre as diversas culturas que coexistem no nosso continente, considerando que as identidades culturais, desde a Antropologia, são entidades interculturais que necessitam de análises na sua complexidade interna.

Hablar de interculturalidad es por ello, desde esta perspectiva, hablar de los encuentros y los desencuentros, de las hibridaciones y de los diversos tipos de intercambios y relaciones existentes entre las culturas. Desde este punto de vista, la interculturalidad es intrínseca a las culturas, porque las culturas son realidades situacionales, sujetos dinámicos, históricos, que se autodefinen por sus relaciones con los otros (Tubino, 2004, p. 4).

Na Europa, a questão da interculturalidade surge ligada aos programas de educação alternativa para migrantes das ex-colônias, enquanto, na América Latina, o discurso e a práxis da interculturalidade vêm à tona a partir da exigência dos programas de educação bilingue dos povos indígenas do continente. Assim, a interculturalidade se fortalece numa “manera de ser necesaria en un mundo paradójicamente cada vez más interconectado tecnológicamente y al mismo tiempo más incomunicado interculturalmente” (Tubino, 2004, p. 3). Por outro lado, numa perspectiva indigenista, percebemos, na atualidade, a interculturalidade na agenda dos movimentos indígenas organizados, adquirindo um significado político normativo mais complexo.

En el discurso de los movimientos indianistas el concepto de interculturalidad se usa con una significación diferente. En este contexto se entiende por interculturalidad la revalorización y el fortalecimiento de las identidades étnicas. Y como desde las cosmovisiones indígenas el derecho a la identidad cultural está estrechamente ligado al derecho al territorio y a la lengua, la revalorización de la identidad étnica implica la defensa de los territorios ancestrales y de la educación bilingüe intercultural. Incluso se habla hoy en día de la gestión intercultural de los recursos naturales (Tubino, 2004, p 4).

Nessa perspectiva, é pertinente concordar com Tubino (2004) que quando as “culturas subalternas”⁷, se apropriam do conceito de interculturalidade, incorporando-o em suas agendas políticas, a ressignificam com base em suas demandas, postas pelos marcos culturais, transformando tal conceito em um programa de reivindicação sociocultural. Na Confederacion de Nacionalidades Indígenas del Ecuador – CONAIE (2004), ficou estabelecida a interculturalidade como projeto político, assumindo a ideia do estado plurinacional. Assim, a noção de interculturalidade é muito mais que multiculturalismo, mas requer a construção das relações horizontais através da criação de novas ordens sociais. Isso se estabelece com a construção de um imaginário distinto de sociedade, permitindo pensar e criar as condições para um poder social diferente, como também uma condição diferente, tanto do conhecimento como da existência, apontando para a Decolonialidade. Nesse movimento, as geopolíticas do conhecimento são consideradas necessárias em seus usos contra hegemônicos, que buscam enfrentar os legados coloniais, através de uma atenção renovada, posta por povos indígenas e

⁷ Termo questionado por Anibal Quijano

afrodescendentes, envolvendo o pensamento como, inclusive, campo de luta, intervenção e criação. Ou seja, um projeto político e epistêmico entrelaçado com a pedagogia crítica, uma vez que constroem e fortalecem conhecimentos próprios.

Esse movimento decolonial permite à interculturalidade, segundo Walsh (2014), criar, construir e apontar caminhos decoloniais que não negam a modernidade, mas que permitem vivê-la de outra maneira, sem ser absorvida e controlada por ela. Nesse intuito, é essencial considerar com seriedade tanto as contribuições como as implicações de histórias locais e de epistemologias negadas, marginalizadas e subalternizadas. Portanto, para confrontar a hegemonia e a colonialidade do pensamento ocidental, é necessário enfrentar e fazer visível nossas próprias subjetividades e práticas, incluindo práticas pedagógicas.

Cabe entender que o projeto de interculturalidade se diferencia das ideias de multiculturalidade, aculturação, sincretismo, competência cultural, uma vez que ela é entendida como projeto e processo social, político, epistemológico e intelectual, que assume a decolonialidade como estratégia, como ação.

Estes exemplos e perspectiva nos permitem entender que a política multicultural atual sugere muito mais do que o reconhecimento da diversidade. É uma estratégia política funcional ao sistema/mundo moderno e ainda colonial; pretende “incluir” os anteriormente excluídos dentro de um modelo globalizado de sociedade, regido não pelas pessoas, mas pelos interesses do mercado. Tal estratégia e política não busca transformar as estruturas sociais racializadas; pelo contrário, seu objetivo é administrar a diversidade diante do que está visto como o perigo da radicalização de imaginários e agenciamento étnicos (Walsh, 2009, p. 20).

Essa interculturalidade, segundo Tubino (2004), pode ser definida como interculturalidade funcional, a partir da ideia de um interculturalismo neoliberal, buscando promover o diálogo intercultural, mas sem abordar as causas das assimetrias culturais, enquanto o interculturalismo crítico busca suprimir essas causas. Ou seja:

El concepto funcional (o neo-liberal) de interculturalidad genera un discurso y una praxis legitimadora que se viabiliza a través de los Estados nacionales, las instituciones de la sociedad civil. Se trata de un discurso y una praxis de la interculturalidad que es funcional al Estado nacional y al sistema socio-económico vigente (Tubino, 2004, p. 6).

Dessa forma, a interculturalidade funcional constitui-se uma estratégia de captura do Estado, sob a falsa promessa de inclusão dos diferentes, sem, contudo, considerar a permanente tensão provocada pela diferença colonial (Mignolo, 2003). Essa captura corresponde a uma prática perversa do Estado-nação definida por Héctor Díaz-Polanco (1991) e Félix Patzi (2010)

como etnofagia estatal⁸. Portanto, a interculturalidade funcional pode ser comparada a uma arapuca sempre armada pelo Estado etnofágico.

Já a “interculturalidade crítica parte do problema do poder, seu padrão de racialização e da diferença (colonial, não simplesmente cultural) que foi construída em função disso” (Walsh, 2009, p. 21). Além disso, vale recordar que a interculturalidade crítica tem suas raízes nas discussões políticas propostas principalmente pelos movimentos e não no Estado, nem na Academia, o que segundo Walsh (2009), ressalta o sentido contra hegemônico e a relação com o problema estrutural-colonial-capitalista. Por isso, enxergamos a importância de defender a interculturalidade crítica diante do movimento decolonial, que reconhece o contato e o intercâmbio a partir da relação, comunicação e aprendizagem permanentes entre pessoas, grupos, conhecimentos, valores, tradições...

É com esse arcabouço político, pedagógico, crítico e decolonial que assumo o estudo da interculturalidade na PNASPI e na Saúde Indígena. De acordo com Pedrana et al. (2018), na América do Sul, a trajetória histórica de criação de diversos modelos e estratégias institucionais de Atenção Primária à Saúde para as populações indígenas é marcada pela luta dos movimentos sociais indígenas e pela postura crítica pós colonial. O Brasil, através do SUS, busca garantir serviços de saúde pública universais, integrados, apropriados e compreensivos, com ações de cuidado culturalmente apropriadas, respeitando as especificidades e direitos socioculturais de acordo com a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho.

A PNASPI aborda de forma direta a questão da interculturalidade na seção “4.2 Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural”. Nitidamente, evidenciam-se o reconhecimento e o respeito à diversidade cultural indígena amparada no contexto de multiculturalismo, no entanto orientadas pela lógica hegemônica do Estado. O cuidado hermenêutico dialético decolonial para analisar essa política perpassa também pelas marcas textuais que envolvem o momento sócio-histórico, o momento formal e o momento de interpretação e reinterpretação da Política. Nesse movimento, a análise pode ser ainda ratificada pelo estudo de Pedrana et al. (2018).

Estudos empíricos que analisaram a operacionalização da PNASPI evidenciam um modelo de assistência que produz uma “normatização inclusiva” e o predomínio de práticas assistencialistas e que hegemonomizam as diferenças. Prevalece uma interculturalidade funcional, na qual “o

⁸ A “etnofagia é uma lógica de integração e absorção que corresponde a uma fase específica das relações interétnicas [...] e que, em sua globalidade, supõe um método qualitativamente diferente para assimilar e devorar as outras identidades étnicas”(Díaz-Polanco, 1991, p.72.)

reconhecimento e respeito à diversidade cultural se convertem em uma nova estratégia de dominação que ofusca e mantém, ao mesmo tempo, a diferença colonial através da retórica discursiva do multiculturalismo” (Pedrana et al., 2018, p. 2).

Outra sessão da PNASPI em que são evidenciadas perspectivas intercultural e indigenista é a de diretrizes farmacológicas tradicionais. Quando envolve a “articulação dos saberes tradicionais indígenas de saúde”, percebemos o reconhecimento da diversidade, o respeito às práticas e valores do sistema tradicional, a atenção ao controle de qualidade e vigilância em relação a possíveis efeitos iatrogênicos. No entanto, cabe pontuar que as práticas tradicionais são reconhecidas como recursos de saúde de eficácia empírica e simbólica, de acordo com as definições da época da Organização Mundial de Saúde, organização essa que ainda é pautada pela lógica eurocêntrica. Além disso, é pertinente concordar com Pedrana et al. (2018) que a articulação de saberes dita na PNASPI entre as farmacologias ocidental e tradicional indígena permite leituras ambíguas:

por um lado, manifesta-se uma preocupação pelo impacto da troca cultural de um objeto, o medicamento farmacológico e, por outro lado, aparece uma perspectiva unidirecional de apropriação de conhecimento, das práticas fitoterápicas e dos segredos do ofício da pajelança de tipo predatório, não complementar. Fica claro que os elementos de diferenciação do SASI são definidos nas primeiras diretrizes da PNASPI com ênfase na formalidade da organização dos serviços. A substancialidade do cuidado diferenciado ofertado é atravessada por contradições, a partir da dominante visão biomédica da saúde e da atenção à saúde indígena. (Pedrana et al., 2018, p. 3).

Diante dos estudos de Pedrana et al (2018), seus resultados se tornam pertinentes neste fazer decolonial, na medida em que podemos aprofundar as análises acerca da interculturalidade presente no documento da PNASPI. Assim, reitero que o perfil e as competências das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), previstas nessa política, apresentam uma natureza epidemiológica, sem referenciar as competências comunicativo-relacionais e linguístico-culturais necessárias para a mediação em contextos interculturais, considerando as 274 línguas indígenas brasileiras. Além disso, o artigo aborda que o aspecto multidisciplinar das EMSI é quase que exclusivamente composto por profissionais da saúde pública *stricto sensu*, ou seja, permite uma reprodução do modelo de equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) do SUS não diferenciado e exclui a contribuição de especialistas de outros saberes da saúde, como o cuidador tradicional indígena, ou campos e disciplinas acadêmicas orientadas à interculturalidade na saúde. Nessa perspectiva, também devemos pontuar que a visão eurocêntrica da PNASPI considera os profissionais das EMSI como “brancos” e representantes da “medicina dos brancos”, ocidental e biomédica.

Pedrana et al (2018) também demonstram a ausência de investimento em processos de formação diferenciados, ou seja, processos baseados no conhecimento tradicional do contexto local e das competências relacionais e comunicativas interculturais, o que seria capaz de produzir relações de cuidado efetivamente diferenciadas. Outro aspecto da PNASPI é a hierarquização das relações nas EMSI, baseada no conhecimento especializado das patologias, expressando o predomínio hegemônico da biomedicina na concepção de atenção diferenciada, quando deveria haver, antes de tudo, espaço e garantia dos conhecimentos contra coloniais, contra hegemônicos e principalmente de forma coerente com os diversos saberes de cada etnia, na sua singularidade, e não promovendo uma universalização desses saberes.

Pedrana et al (2018) ainda apontam que não está prevista a reciprocidade na apropriação e incorporação de outros saberes em saúde pelos profissionais das EMSI, dentre elas e eles: médica(o), odontóloga(o), enfermeiras(os), técnicas(os) e assistentes sociais. Para não finalizar, a interculturalidade prevista na PNASPI é promovida através da contradição em relação à articulação e o respeito entre saberes e sua operacionalização, não (pre)vendo oficialmente a inclusão no SASI-SUS dos especialistas tradicionais, envolvendo, por exemplo, pajés, rezadoras e rezadores, benzedoras e benzedores, raizeiras e raizeiros, parteiras, dentre tantas outras lideranças indígenas do Cuidado.

Em relação à existência da interculturalidade na Saúde Indígena de Pernambuco, podemos confirmar, através do Plano Distrital de Saúde Indígena, que esse tema é abordado na qualificação profissional através das atividades de Educação Permanente ocorridas no período de 2020 e 2023. Um dos indicadores de avaliação deste período é o “percentual de trabalhadores da EMSI/DIASI qualificados para o trabalho em contexto intercultural”. A análise desses dados será ampliada no capítulo de Educação em saúde, por se tratar de atividades específicas da Educação Permanente. No documento citado, percebemos a expectativa de atingir as metas entre 2024 e 2027 em relação à formação profissional e atuação no contexto intercultural dentro das atividades previstas:

Capacitação Básica em Vigilância em Saúde; Gestão Farmacêutica; Câncer Bucal; Construção de redes de atenção à saúde mental e bem viver indígena; Formação em prevenção de violências autoprovadas em contextos indígenas; Oficina de trabalho em saúde mental e Bem viver; Implementação de práticas de promoção a saúde e processos terapêuticos das medicinas indígenas nos polos base; Encontro de Pajés; Parteiras e detentores do saber indígena, Aconselhamento em aleitamento materno; Alimentação saudável para população do bioma caatinga; Pré-natal de baixo e alto risco; Curso de crescimento e desenvolvimento infantil; Atualização em teste do pezinho, olhinho e linguinha; Atenção integrada às Doenças Prevalentes na Infância;

Intercâmbio entre parteiras; Equipamentos públicos de SAN; Abordagem sindrômica; Assistência integral a população indígena LGBTQIAPN+; Plantas medicinais do bioma caatinga aplicadas a saúde da mulher etc.

Diante desse pano de fundo documental, podemos afirmar que há o registro de atividades interculturais no DSEI PE, contudo, nessa análise, não há como saber se tem ocorrido uma interculturalidade funcional, como foi evidenciada na PNASPI, ou se é uma interculturalidade crítica, principalmente em relação à atuação dos profissionais nos territórios, necessitando de uma avaliação in loco, para além dos documentos da Saúde Indígena. Os documentos são capazes apenas de identificar o encaminhamento de recursos financeiros e humanos para a formação profissional a partir de contextos interculturais.

3.3 Intermedicalidade: a ciranda dos saberes

“... embora seja possível identificar uma diversidade de especialistas Munduruku, seus saberes não constituem algo similar às categorias profissionais biomédicas nem suas práticas se limitam a competências específicas. Isso é central para evitar equívocos nas estratégias de articulação de seus saberes com os serviços de saúde biomédicos e uma medicalização desnecessária da saúde indígena, em especial do parto domiciliar, feito na aldeia” (Scopel, 2018).

“Zona de contato específica, construída em um determinado loco – o encontro entre diferentes tradições médicas. [...] É um espaço contextualizado de medicinas híbridas e agentes com consciência sociomédica” (Follér, 2004, p.109). Essa é a compreensão acerca desse termo. Primordialmente, a questão da intermedicalidade foi proposta por Greene (1998), posteriormente aprofundada por Maj-Lis Follér. Abordaremos a questão da intermedicalidade, focando em averiguar atividades da saúde indígena em Pernambuco, que possam compreender práticas garantidoras do exercício da intermedicalidade. Além disso, se houver essas práticas, de fato, analisaremos até que ponto a intermedicalidade está ocorrendo a partir da interculturalidade crítica. Assim, o encontro clínico não será necessariamente delimitado por profissionais específicos que estejam ou não exercendo a intermedicalidade. Mas o canal estará aberto para, antes de tudo, ser percebida existência ou não dessa atuação e, caso haja, quem são os representantes desse cenário.

[...] intermedicalidade, termo que Shane Greene (1998) emprega em um artigo sobre o xamanismo Aguaruna para examinar o desenvolvimento médico e demonstrar a importante agência social exercida pelos profissionais nativos. A intermedicalidade, de acordo com Greene, é um espaço contextualizado de medicinas híbridas e agentes com consciência sociomédica. No discurso colonial do poder, dominação e conhecimentos médicos legítimos são enfatizados. A intermedicalidade faz parte do discurso em que ocorrem confrontos, oposições e conflitos. Isto significa que atores externos, com uma história de quinhentos anos de intervenção na Amazônia, ainda agem assim por diversas razões relacionadas às questões de saúde: para melhorar a situação de saúde, salvar vidas ou almas, explorar recursos naturais ou coletar conhecimentos acerca de plantas e de outros itens de interesse (Follér, 2004, p.109).

Para isso, é pertinente compreender que a ideia de “zona de contato” estabelecida neste capítulo perpassa pelas interações com os povos indígenas, considerando toda uma herança colonial estigmatizada que influencia nas relações de trocas de cuidado na saúde indígena. Sendo assim, não deixa de configurar também uma “zona de contato” cujo espaço configura encontros coloniais e, segundo Pratt (1992), pode ser percebido como “fronteira colonial”, uma vez que também pode traçar relações entre colonizadores e colonizados, considerando ainda que a maioria dos encontros nesse contexto da saúde indígena ocorre entre atores sociais distantes de seus locais de origem e povos indígenas.

Considerando a heterogeneidade dos povos indígenas no Brasil e em Pernambuco para conhecer a identidade coletiva, ao se discutir intermedicalidade, as tradições e heranças das identidades nacionais e étnicas estão diretamente relacionadas com os processos de saúde e doença, bem como de cura e de cuidado. Isso significa dizer que a pessoa que busca ajuda é uma pessoa com seus costumes, subjetividades, processos existenciais acerca da percepção do mundo que pode encontrar no cuidado maior potencial de cura quando o reconhecimento de suas origens e práticas são considerados, mais que isso: respeitados e incluídos. Dessa forma, podemos dizer que o exercício da saúde indígena deve, antes de tudo, reconhecer a existência de sistemas de saúde ocultos nas diversas etnias, sistemas gerenciados por seres sobrenaturais, a exemplo dos “encantados”, e que repercutem diretamente na forma como cada pessoa compreende e assume seu processo de “cura”. Isso será aprofundado no capítulo sobre Sistemas em Saúde. No entanto, ao entrar em contato com a PNASPI, com os documentos disponibilizados pelo DSEI de Pernambuco, evidenciamos a ausência do termo intermedicalidade. Percebemos o cuidado com o diálogo entre os saberes tradicionais e a medicina ocidental, no entanto isso não garante, de fato, que os profissionais da saúde indígena exerçam o cuidado compartilhado com pessoas indígenas da comunidade a que prestam assistência.

Nessa perspectiva, podemos desenhar o exercício da intermedicalidade como uma grande ciranda de saberes, uma vez que, na ciranda, as pessoas diversas se conectam através do toque de suas mãos, mas também através dos olhares e dos ritmos que vibram pelos corpos dançantes. Nessa “zona de contato”, ou melhor, nesses territórios de contatos, os saberes são tecidos proporcionando dimensões potentes do cuidado.

3.4 Educação Em Saúde: uma retomada

“EDUCAÇÃO. Radical vivo que monta, arrebatada e alumbrada os seres e as coisas do mundo. Fundamento assentado no corpo, na palavra, na memória e nos atos. Balaio de experiências trançado em afeto, caos, cisma, conflito, beleza, jogo, peleja e festa. Seus fios são tudo aquilo que nos atravessa e toca. Encantamento de batalha e cura que nos faz como seres únicos de inscrições intransferíveis e imensuráveis. Repertório de práticas miúdas, cotidianas e contínuas, que serpenteiam no imprevisível e roçam possibilidades para plantar esperanças, amor e liberdade.” (Rufino, 2021)

“Falamos em educação enquanto parte da vida humana, que acontece na relação com o outro e com o ambiente permeado por toda a força e mistério que o envolvem e dão sentido à vida individual e do grupo” (Oliveira, 2021, p. 41). Mulher, Xukuru do Ororubá, Educadora, Oliveira (2021) nos proporciona compreender que é justamente essa educação que envolve os conceitos, cosmologias, saberes, línguas, religiões, culturas, crenças e tradições e nos permite que sejam criados, recriados, transformados e repassados, ao longo da vida, de uma geração para outra.

Assim tocamos o solo, sentindo a cada passo novas sensações, marcadas pela força que emana do Território Sagrado, onde coexistem seres de variadas espécies, tais como: os seres humanos, os seres espirituais, as águas e suas entidades, os animais, as plantas. Ao entrar nesse território pedimos a força do nosso Pai Tupã e licença ao nosso Mestre Rei (como evidencia o ponto do toré) para que eles possam nos ajudar a continuar trilhando esse caminho, um caminho de construção de conhecimento, tendo como base o nosso próprio território. Nos respectivos territórios deparamo-nos diante de muitos povos indígenas, cada qual com suas peculiaridades, seu jeito de ser, viver e pensar, com culturas diferentes e maneiras de se relacionar com o outro. Por isso, podemos pensar em modelos diversos e próprios de educação (Oliveira, 2021, p. 41).

Nesse contexto, concordamos com a compreensão de Libâneo (2001) acerca de a Educação abranger processos, influências, estruturas e ações capazes de intervirem no

(des)envolvimento humano de indivíduos e grupos, na sua relação ativa com o meio natural e social, num determinado contexto de relações entre grupos e classes sociais, na medida em que se forma o ser humano. Ou seja, a educação é um processo que envolve a prática humana, social, capaz de modificar os seres humanos nos seus estados físicos, mentais, espirituais, culturais, configurando nossa existência individual e grupal. Já Gadotti (2012) declara a educação como um fenômeno complexo, pois abarca uma considerável quantidade de correntes, vertentes, tendências e concepções enraizadas em diversas culturas e filosofias, sem neutralidade e assim como defendia Paulo Freire, toda educação é política.

Daí existirem muitas concepções e práticas da educação. Não dá para falar de uma educação em geral, separando-a de seu contexto histórico. É preciso qualificar de que educação estamos falando, a partir de que ponto de vista. E como todo ponto de vista é a vista de um ponto, precisamos indicar de que lugar, de que território, estamos falando. Toda educação é necessariamente situada historicamente. A pedagogia, como teoria da educação, traduz essa riqueza de práticas educacionais. As pedagogias que se dizem puramente científicas, sob sua pseudo neutralidade, escondem a defesa de interesses hegemônicos da sociedade e concepções de educação, muitas vezes, autoritárias e domesticadoras (Gadotti, 2012, p.1).

Diante do olhar das pedagogias críticas, há necessariamente o interesse em declarar princípios e valores que transpareçam a politicidade da educação, como é o caso deste fazer decolonial. Por isso, torna-se imprescindível mergulharmos no multiverso da Educação Popular em Saúde, “orientada pelos seguintes princípios: diálogo; amorosidade; problematização; construção compartilhada do conhecimento; emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular” (Brasil, 2022, p.8). Aprofundando esse mergulho, deparamo-nos com a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS), instituída no Brasil através da portaria 2.161, em 19 de novembro de 2013, e que apresenta, além dos princípios já citados, os eixos estratégicos no artigo 4º: “I - participação, controle social e gestão participativa; II - formação, comunicação e produção de conhecimento; III - cuidado em saúde; e IV - intersetorialidade e diálogos multiculturais” (Brasil, 2013). Além disso, o artigo 5º aponta que o objetivo geral da PNEPS-SUS é “implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde” (Brasil, 2013). Dessa forma, consideramos o quanto a Educação Popular em Saúde é benéfica para a saúde das pessoas, principalmente por fortalecer a concepção de vida, das diversas realidades, tecendo olhares críticos que compreendem os processos políticos, culturais, sociais e da natureza.

Vale ressaltar que a Educação Popular não é uma teoria pedagógica criada por um intelectual; é um saber e uma teoria que foram sendo construídos

coletivamente, nesse movimento social de intelectuais, técnicos e lideranças populares engajadas na transformação da sociedade de forma a superar as estruturas políticas e econômicas geradoras de pobreza e de opressão, mediante o fortalecimento da solidariedade, da amorosidade, da organização e da autonomia dos subalternos e de seus grupos (Vasconcelos, 2011a, p.16).

A Educação Popular, como defende Gadotti (2012), apresenta caráter interdisciplinar e assume que o trabalho social necessita ser integrado por equipes profissionais das diferentes áreas dos saberes e com diferentes níveis de formação. É justamente devido à enorme diversidade que são exigidos conhecimentos e saberes específicos em cada caso. Assim, demanda-se a criação de uma nova epistemologia,

baseada no profundo respeito pelo senso comum que trazem os setores populares em sua prática cotidiana, problematizando-o, tratando de descobrir a teoria presente na prática popular, teoria ainda não conhecida pelo povo, problematizando-a também, incorporando-lhe um raciocínio mais rigoroso, científico e unitário. Nesse processo permanente de aprendizagem, em muitos casos, não se estabelecem fronteiras muito rígidas entre o formal e o não-formal. Os currículos monoculturais do passado, voltados para si mesmos, etnocêntricos, desprezavam o “não formal” como “extra-escolar”, ao passo que os currículos interculturais de hoje reconhecem a informalidade como uma característica fundamental da educação (Gadotti, 2012, p. 7).

Atualmente, ao assumir epistemologias decoloniais nas universidades e nos espaços de ensino-aprendizagem, o “não formal” ganha relevância e pertinência, principalmente ao envolver uma interculturalidade crítica em contextos de atuação conjunta aos povos indígenas. No entanto, cabe salientar que esse movimento recente se configura, antes de tudo, como mais uma espécie de “retomada da educação”, de resgate do que sempre existiu, e que foi pertinente nos processos de aprendizagem e de formação humana, mas que era boicotado na academia.

Resgatando o contexto da “retomada da educação”, abordada por Lacerda (2021), principalmente dos povos indígenas do Nordeste, sabemos que foi um movimento marcado pela autonomia do povo e pelo desejo de serem respeitados, inclusive na presença do Toré enquanto elemento de luta para institucionalização do modelo de escolas indígenas diferenciadas das escolas municipais que negavam todo o contexto, história, luta dos povos indígenas da região. Há uma dimensão espiritual das experiências de “retomada”, envolvendo os Torés, que garante a permanência da comunidade na área de retomada, principalmente por acreditar na espiritualidade conduzindo a luta indígena de cada povo. Essa dimensão espiritual ligada à ancestralidade também deve ser vista como uma ruptura com o padrão colonial de poder.

Como aqui descrito, as “retomadas” envolveram – e ainda envolvem –, a mobilização de esforços coletivamente planejados e efetuados pelas próprias comunidades e povos indígenas, por sua própria conta e risco, no sentido de obterem a posse direta de suas terras, num claro desafio à ordem tutelar e

integracionista. Com isso, não apenas ações concretas foram realizadas. Saberes próprios foram também mobilizados, a exemplo daqueles no campo espiritual, como já observado (Lacerda, 2021, p. 210).

Na perspectiva pedagógica das “retomadas”, percebemos uma “articulação de ações coletivamente deliberadas, saberes emanados do universo cultural e cosmogônico das comunidades, e análises constantemente atualizadas acerca da realidade sobre a qual se dispunham a intervir, tudo no sentido de uma transformação emancipatória” (Lacerda, 2021, p. 210), ou seja, toda a base que impulsionou educação de cada povo. Nesse contexto, torna-se coerente abordar a Educação Popular e a Educação Permanente na Saúde Indígena como um resgate, ou melhor, uma retomada de uma práxis pedagógica ancestral, decolonial, envolvendo a interculturalidade crítica nos processos de formação continuada dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde indígena em Pernambuco. Assim, uma “retomada da educação”.

Considerando a realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde, Ceccim (2005) destaca essa ser justamente a questão central da EP em Saúde, assumindo a ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, pensamento e experimentação. Além disso, cabe salientar a importância do desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho nos processos de aprendizagem, de trabalho em equipe, identificando objetivos de aprendizagem individual, coletiva e institucional.

Vale pontuar que a Educação Permanente em Saúde ganhou estatuto de Política Pública com suporte da Organização Pan Americana de Saúde, visando ao incremento dos sistemas de saúde, considerando, segundo Ceccim (2005), que os serviços de saúde são organizações complexas, cuja aprendizagem significativa é possível com a adesão dos trabalhadores aos processos de mudanças no cotidiano.

A Educação Permanente em Saúde configura, ainda, para outros educadores, o desdobramento, sem filiação, de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde, resultando da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na educação continuada para o campo da saúde e na educação formal de profissionais de saúde (Ceccim, 2005, p.162).

Aprofundando a complexidade da Educação Permanente em Saúde, vale considerar a presença dos saberes tradicionais das culturas, a produção de sentidos ligada ao processo saúde doença-cuidado-qualidade de vida, seguindo “lógicas distintas do modelo racional científico vigente entre os profissionais de saúde, pois não será sem a mais justa e adequada composição

de saberes que se alcançará uma clínica que fale da vida real, uma clínica com capacidade terapêutica” (Ceccim, 2005, p. 163).

Para o Ministério da Saúde (2021), a Educação Permanente em Saúde é considerada um processo de aprendizagem no trabalho, instituída através da Portaria GM/ MS nº 198/2004, por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Ela visa à qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional. No âmbito da Saúde Indígena, a SESAI atua integrando os diferentes serviços de saúde, na intenção de criar espaços coletivos para reflexão e avaliação das técnicas que envolvem a saúde indígena, considerando análises do cotidiano do trabalho e formação em saúde. Na SESAI (2021), a EP objetiva operacionalizar atividades educativas de caráter contínuo, voltadas para a prática educativa que se orienta pelo cotidiano das atividades, partindo da reflexão crítica sobre os problemas referentes à qualidade da assistência, assegurando a participação multiprofissional e interdisciplinar, favorecendo a construção de novos conhecimentos e intercâmbio de vivências.

Nesse contexto, o foco é na aprendizagem significativa dos processos e práticas diárias, visando ao aperfeiçoamento das ações realizadas e no desenvolvimento de pessoas para atuação em contexto intercultural. Espera-se que isso ocorra através de cursos de capacitação permeados por Educação a Distância (EaD), através dos colaboradores. Através do acesso *online*, os módulos temáticos são sequenciais, complementados por oficinas presenciais periódicas para os 34 DSEI, disponíveis na plataforma digital e gratuitos. Existe também o Programa de Qualificação de Agentes Indígenas de Saúde e Agentes Indígenas de Saneamento (AIS e AISAN), que

aborda sobre diversas temáticas, destacando-se: histórico e estrutura da SESAI, atenção básica em saúde, o consumo do álcool em populações indígenas, boas práticas de imunização, saúde mental, saúde da criança, doenças crônicas não transmissíveis, saúde bucal, assim como formações acerca de planejamento, monitoramento e avaliação da situação de saúde.⁹

A EP na saúde indígena é uma estratégia que deve abranger temáticas com abordagem intercultural, intrínseca ao processo de trabalho em saúde, para que ocorra a formação de um profissional que analise criticamente a situação de saúde e de saneamento, com o fortalecimento do trabalho em equipe, também que promova iniciativas que contribuam para a transformação

⁹ Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/dapsi/educacao-permanente-e-educacao-em-saude>, acesso em 16/06/2024.

das práticas profissionais, prestando assistência humanizada e de qualidade. Uma das parcerias de ação permanente na SESAI é o Programa Mais Médicos, oferecendo uma especialização de 440 horas em Saúde Indígena.

É através desse objetivo da EP na Saúde Indígena, que podemos nos referir a uma “Retomada” da Educação em Saúde, considerando que “As ‘retomadas’ trazem, portanto, como elemento central, a marca da vinculação prévia com o território pretendido” (Lacerda, 2021, p.205). Nesse caminhar, as relações tecidas se potencializam, as subjetividades são produzidas e o desconforto gerado se unem como campo de (trans)formações...

Tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente e gerar o desconforto com os lugares “como estão/como são”, deixar o conforto com as cenas “como estavam/como eram” e abrir os serviços como lugares de produção de subjetividade, tomar as relações como produção, como lugar de problematização, como abertura para a produção e não como conformação permite praticar contundentemente a Educação Permanente em Saúde (Ceccim, 2005, p. 166-167).

Ceccim (2005) traz uma questão relevante e condição indispensável para esses processos de (trans)formações, que é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, uma vez que a percepção da maneira vigente de fazer ou pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. No entanto, é necessário ressaltar que tal desconforto é produtor de incertezas e precisa ser intensamente admitido, vivido, percebido. Além disso, a vivência e a reflexão sobre aquilo que é e foi vivido produzem a zona de contato com o desconforto, para posteriormente produzir alternativas de práticas e de conceitos capazes de deslocar as trabalhadoras e os trabalhadores a enfrentarem o desafio de produzir (trans)formações. Diante desses envolvimento, tem sido cada vez mais pertinente concordar com Ceccim (2005) de que é evidente a importância de as práticas educativas configurarem dispositivos de análises das experiências locais, da organização em rede/em cadeia, das possibilidades de integração entre formação, desenvolvimento docente, mudanças na gestão e nas práticas de atenção à saúde, fortalecimento da participação popular e valorização dos saberes locais. É com esse arcabouço que lanço o olhar para os documentos do DSEI-PE que garantem o exercício da Educação Permanente na Saúde Indígena.

Além disso, é imprescindível tecer conexões com o “quadrilátero da formação” proposto por Ceccim (2005), como mais um dos elementos hermenêuticos para se pensar/providenciar a Educação Permanente em Saúde, orientando-o para os contextos da Saúde Indígena.

Os componentes do Quadrilátero da Formação: a) análise da educação dos profissionais de saúde: mudar a concepção hegemônica tradicional

(biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes); mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento (por centros de excelência e segundo uma produção tecnicista) para o incentivo à produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade; b) análise das práticas de atenção à saúde: construir novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico; c) análise da gestão setorial: configurar de modo criativo e original a rede de serviços, assegurar redes de atenção às necessidades em saúde e considerar na avaliação a satisfação dos usuários; d) análise da organização social: verificar a presença dos movimentos sociais, dar guarida à visão ampliada das lutas por saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais por saúde (Ceccim, 2005, p.166)

Reconhecendo a importância da Educação Permanente e suas funções na saúde indígena, acesso os documentos da Saúde Indígena de Pernambuco, na expectativa de compreender se ocorre, de fato, a Educação Permanente e se esses documentos podem indicar como têm sido as atividades. Nesse caminho, as planilhas de EP do DSEI de Pernambuco, de 2021 a 2023, evidenciam as atividades acontecidas. Em 2021, devido à pandemia da COVID-19, as atividades ocorreram à distância, com uma baixa adesão dos e das profissionais. Além disso, cabe salientar que essas atividades *online*, em sua maioria, representavam a realidade dos povos indígenas de regiões de difícil acesso, com pouco ou nenhum contato com os territórios urbanos. Ou seja, realidades diferentes dos povos indígenas do Nordeste, de Pernambuco, desengajando os profissionais a participarem das aulas *online* e priorizando as demandas locais e críticas. Essas atividades EAD estão previstas para serem executadas pelos profissionais de saúde todos os anos, mesmo fora do contexto de pandemia e havendo as atividades presenciais.

Em relação aos planos anuais das atividades de Educação Permanente do DSEI-PE, em 2022, foram realizadas oito atividades presenciais; dessas, apenas três tinham como objetivo a interculturalidade. Em 2023, foram realizadas treze atividades de EP presenciais, sendo cinco as que objetivaram a interculturalidade. Acerca do conteúdo dessas atividades registradas, vale destacar o “Encontro de pajés, parteiras e demais detentores dos saberes tradicionais indígenas” que ocorre todos os anos, deslocando-se pelos diferentes territórios indígenas de Pernambuco; em 2023, ocorreu no mês de julho, na cidade de Ibimirim, no território indígena Kambiwá. Esse evento é organizado pelo DSEI-PE, como atividade de Educação Permanente, com apoio do IMIP, tendo em torno de 150 detentores de conhecimentos tradicionais e 10 profissionais do DSEI, em cada ano. O objetivo principal desse evento é o reconhecimento e valorização das práticas de saúde no território, baseadas nos saberes tradicionais dos povos indígenas. Também

está prevista a recomendação da PNASPI de articulação das medicinas tradicionais com as práticas biomédicas, fortalecendo a construção do diálogo intercultural.

Outra atividade de Educação Permanente do DSEI-PE que vale ser citada é a de “Saúde Mental em Contextos Indígenas”, ocorrida em 2022 e 2023, abrangendo, no primeiro ano, os Polos Base Xukuru do Ororubá, Xukuru de Cimbres, Pankararu e Pankararu Entre Serras, Truká, Truká Tapera, Tuxi, Pankara e Kambiwá Tuxá, e na segunda etapa, no segundo ano, os Polos Base Pipipã, Kambiwá, Tuxá, Fulni-ô e Kapinawá. A meta de 2022 e de 2023 foi qualificar 100 agentes indígenas de saúde para planejar e executar estratégias de prevenção de saúde mental/bem viver indígena, tendo como objetivo reduzir custos com tratamentos médicos e farmacológicos das doenças mentais comuns.

Além dessas atividades, há a “Oficina de projetos locais de medicinas tradicionais indígenas”, que também ocorreu nos dois anos, em Polos Base diferentes, abrangendo maior quantidade de profissionais das equipes multiprofissionais de saúde indígena, além de pessoas detentoras de saberes tradicionais. Nessas atividades locais, esperava-se a integração das equipes de saúde aos saberes locais das comunidades como estratégia para consolidação do diálogo intercultural, uma vez que ocorra a valorização e reconhecimento das medicinas tradicionais indígenas.

A última atividade que vale destacar é a de “Atualização no tratamento de feridas e coberturas atuais, com ênfase na medicina tradicional indígena”, realizada em setembro de 2023, em Belo Jardim, contando com 54 participantes (51 enfermeiros + 2 instrutores + 1 apoio). Nesse evento, o uso da medicina tradicional foi considerado como ferramenta no processo de cuidado com as feridas, no entanto, a expectativa dos resultados dessa atividade não envolve qualquer ponto que garanta a integração dos saberes das medicinas tradicionais e ocidental na assistência dos profissionais enfermeiros.

De forma geral, o Plano Distrital do DSEI PE vigente pode apontar os indicadores monitorados para Educação Permanente, em relação aos trabalhadores que participaram de ações de qualificação para atuação em contexto intercultural, e aos trabalhadores da atenção que foram qualificados para aperfeiçoamento do trabalho em saúde. É importante salientar que este último indicador aponta para o percentual de profissionais qualificados, mas não necessariamente para o trabalho em saúde voltado para contextos interculturais e que garantam o diálogo entre as medicinas tradicionais indígenas e a medicina ocidental, ou melhor, que garanta a intermedicalidade.

Quadro 9 – Indicadores monitorados para Educação Permanente, no DSEI/PE, em 2022

Indicador	Meta programada	Executado
Trabalhadores que participaram de ações de qualificação para atuação em contexto intercultural.	57,50%	83%
Trabalhadores da atenção qualificados para aperfeiçoamento do trabalho em saúde.	87,50%	103%

Fonte: Planilha SICONV, DSEI/PE, 2023.

Em relação ao número de trabalhadores em ações educativas envolvendo contexto intercultural, o Plano Distrital aponta a baixa adesão de profissionais da área médica, como mostra o quadro 10: de um total de 21 médicos do DSEI-PE, apenas 6 e 5 participaram dessas atividades nos últimos anos.

Quadro 10 – Número de trabalhadores em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural (PPA), 2020 a 2023

Categoria	2020	2021	2022	2023
Médico	0	6	6	5
Enfermeiro	35	42	42	36
Cirurgião Dentista	14	20	20	18
Técnico de Enfermagem	67	90	90	88
Auxiliar de Saúde Bucal	76	15	15	27
Agente Indígena de Saúde	118	161	161	179
Agente Indígena de Saneamento	57	102	102	105
Farmacêutico	1	11	11	21
Agente de Endemias	10	11	11	6
Psicóloga	4	3	3	3
Nutricionista	2	4	4	4
Assistente Social	5	6	6	4
Secretário Executivo CONDISI	1	0	0	0
Apoiador Atenção Saúde	0	1	1	1
Antropólogo	0	1	1	0
Fisioterapeuta	0	1	1	0
Assistente Administrativo I	0	1	1	0
Técnico Segurança do Trabalho	0	1	1	0
Engenheiro Civil Saúde Indígena	1	1	1	0
Químico em Saúde Indígena	1	1	1	0
Técnico em Saneamento Saúde Indígena	1	4	3	0
Técnico Eletrotécnico I	1	1	1	1
Apoiador Técnico de Saneamento	0	1	1	0
Técnico de Edificações de Saúde Indígena	1	2	2	1
Gestor de Saneamento Ambiental	0	1	1	0
Técnico Química Saúde Indígena	0	1	1	1
Técnico Laboratório Saúde Indígena	1	1	1	1
Geólogo	1	0	0	0
Médico PMM	0	1	1	2
Médico PMPB	0	0	0	5
TOTAL	2417	2511	2511	2531

Fonte: Planilha SICONV, DSEI/PE, 2023.

Quadro 11 – Número de trabalhadores da atenção qualificados para o aprimoramento do trabalho em saúde

Categoria	2020	2021	2022	2023
Médico	3	7	7	4
Enfermeiro	45	55	55	47
Cirurgião Dentista	20	22	22	22
Técnico de Enfermagem	102	108	108	97
Auxiliar de Saúde Bucal	16	19	19	32
Agente Indígena de Saúde	155	192	193	186
Agente Indígena de Saneamento	82	120	120	117
Farmacêutico	9	11	11	9
Agente de Endemias	13	10	10	7
Psicóloga	2	3	3	2
Nutricionista	2	4	4	4
Assistente Social	0	6	6	7
Agente Indígena de Saneamento	1	0	0	0
Apoiador Técnico de Atenção Saúde Indígena	1	1	1	1
Antropólogo	1	1	1	1
Fisioterapeuta	1	1	1	1
Assistente Administrativo II	0	0	0	1
Assistente Administrativo I	0	1	1	3
Coordenador Área Administrativa	0	0	0	0
Técnico Segurança do Trabalho	0	1	1	0
Engenheiro Civil de Saúde Indígena	1	1	1	2
Químico em Saúde Indígena	1	1	1	0
Técnico em Saneamento Saúde Indígena	1	3	3	2
Técnico Eletrotécnico I	1	1	1	0
Apoiador Técnico de Saneamento	1	1	1	0
Técnico de Edificações de Saúde Indígena	1	2	2	1
Gestor de Saneamento Ambiental	0	1	1	1
Técnico Química Saúde Indígena	0	1	1	1
Técnico Laboratório Saúde Indígena	1	0	0	0
Geólogo	1	0	0	0
Médico PMM	3	8	8	1
TOTAL	464	581	582	549

Fonte: Planilha SICONV, DSEI/PE, 2023.

Com esses documentos, percebemos o quanto a Educação Permanente na Saúde Indígena de Pernambuco ainda é pouco trabalhada. Por mais que haja atividades pertinentes, envolvendo o contexto intercultural e o diálogo entre os saberes, essas atividades não atingem em qualidade e em quantidade os principais profissionais da saúde que atuam clinicamente. Nesse contexto, sugerimos que a formação continuada pode ser melhor explorada, de preferência a partir de processos epistemológicos decoloniais e com a Educação Popular em Saúde.

3.5 Sistemas em Saúde: reflorestando saberes

“as parteiras são também curandeiras, conhecem as ervas medicinais e vários procedimentos de cura. Durante o período do parto, estão fazendo suas rezas, promessas orações e seus pedidos para que tudo ocorra bem. Embora enfrentem a disputa de ideias em prol da modernidade, as práticas e os conhecimentos seculares ainda fazem parte dos costumes indígenas” Elisa Urbano Ramos (Pankararu).

Foi dito, ensinado e padronizado o cuidado ocidental. Compartimentado. Como afirmou Mitre et al (2008), o corpo foi separado da mente, a razão do sentimento, a ciência da ética... e o conhecimento em campos cada vez mais compartimentados e especializados, em busca da eficiência técnica. A Medicina Ocidental ganha força hegemônica com o Relatório Flexner (1910)¹⁰, ditando os processos formativos, currículos, consequentemente orientando o Sistema Médico Ocidental. Costa Neto (2023), em sua dissertação, aborda o modelo americano, flexneriano ou biomédico, como predominante na educação médica brasileira, expondo o paradigma de que o estudo médico deve ser centrado na doença de forma individual e concreta. A base epistemológica desse paradigma é cartesiana e positivista, validando o conhecimento científico através do processo de observação e experimentação, não constituindo o social, o público e o coletivo. Costa Neto (2023) lembra que esse modelo surgiu a partir da Revolução Industrial, mas que até hoje define a educação brasileira, reitera a especialização precoce a partir da fragmentação do conhecimento em disciplinas e com foco no professor. Por isso,

¹⁰ Modelo de Educação Médica dos Estados Unidos e do Canadá, publicado em 1910, responsável pela reforma das escolas médicas norte-americanas, impactando nas formações médicas mundiais (A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching - Flexner Report).

também o estudo do corpo humano é conduzido por partes, não considerado o paciente¹¹ em sua totalidade e integralidade, descaracterizando toda complexidade dos sistemas interligados do corpo, o que interfere diretamente nos processos de “adoecimento e saneamento do mesmo ou oferecer elementos importantes para identificação de estratégias médicas acerca da promoção de saúde e/ou prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças” (Costa Neto, 2023, p.34). Pode-se afirmar, portanto, que são os processos formativos que guiam os profissionais de saúde a reproduzirem essas lógicas, tanto na assistência como na formulação de políticas públicas e na criação dos sistemas de saúde, como no Ocidente, e no Brasil essa influência colonial não foi diferente.

No Brasil, a proposta de unificação de um sistema de saúde surge no final do regime autoritário da Ditadura Militar, com a força do movimento sanitário (1985/86) e com a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde. “Nesta conferência, diferentemente das anteriores e pela primeira vez, além dos profissionais e dos prestadores de serviços da saúde e dos quadros técnicos e burocráticos do setor, incluíram-se os usuários do sistema de saúde” (Escorel, 2008, p.356). Na época, com todo o contexto macropolítico de “Saúde e democracia” e a participação ativa das organizações da sociedade civil de todo o país, contando com representações sindicais, associações de profissionais de saúde e movimentos populares, foram discutidos temas que se desdobraram nas diretrizes como

1) busca da equidade; 2) garantia de acesso universal às ações e serviços de saúde; 3) aumento do financiamento público do setor saúde; 4) unificação e integração das ações do ponto de vista de seu conteúdo – preventivas, curativas e de reabilitação – e do ponto de vista de sua gestão – integração entre os níveis federal, estadual e municipal de governo e unicidade das estruturas gestoras em cada nível; e 5) atribuição de maiores poderes à população para participar ativamente na formulação, implementação e controle das ações de saúde (Escorel, 2008, p.356).

Em 1988, como compromisso do Estado brasileiro com os cidadãos, é promulgada a Constituição Federal, permitindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulada pela lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Em termos constitucionais, foi conferida, portanto, legitimidade aos princípios de universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade na disponibilidade de recursos e serviços, participação social, descentralização, igualdade da assistência à saúde e participação popular. Nesse contexto, é importante salientar que, apesar da frente progressista que guiou a criação do SUS, o modelo biologicista da Medicina

¹¹ Questiono esse termo, pois, além de surgir do latim com o sentido de sofrer, seguindo a lógica colonial, inclusive de poder, sugere uma posição de passividade hierárquica em relação ao profissional que cuida.

Ocidental ainda se encontra enraizada nos profissionais do cuidado, que se formam com base nesse modelo epistemológico e que atuam no SUS.

Considerando a dimensão pedagógica das “retomadas” proposta por Lacerda (2021) e abordada na seção anterior em relação à Educação, caminho com o mesmo Cuidado e pelas mesmas margens, reconhecendo a necessidade de conduzir uma “retomada da Saúde”, retomada essa que não é novidade, uma vez que os povos originários já proporcionavam como cuidado, mas foi colonizado, destroçado, compartimentado. Na dimensão pedagógica das retomadas que envolvem principalmente os povos indígenas de Pernambuco, revivemos o que já foi citado anteriormente na página 54 deste texto, através de Lacerda (2021), partindo para a compreensão de que seu pensamento citado reflete sobre uma noção de saúde. Cabe considerar ainda que os saberes próprios foram mobilizados nesse movimento, como no campo espiritual, mais ainda, saberes próprios que envolvem diversas nuances do cuidado.

Trilhando por esses caminhos, Herrera-Salazar (2020) aborda o núcleo ético-mítico da filosofia na Abya Yala, reiterando historicamente a trajetória colonial dos filósofos europeus evangelizando as terras ameríndias, no imaginário de estarem lutando contra seu velho inimigo, o diabo. Os frades europeus, ao chegarem à Nova Espanha, trouxeram consigo uma formação escolástica de estrutura interpretativa racional, delimitada pelo esquema humanista do cristianismo europeu. Essa era justamente a base para estudar e interpretar o pensamento indígena. Os povos de Abya Yala foram oprimidos pela violência, sendo essa uma arma utilizada pelos colonizadores para tentar exterminar o imaginário racional ou mítico que sustentava as crenças e práticas de cuidado do cotidiano dos povos originários. Assim, percebemos as cosmologias de cada povo garantindo práticas plurais na vida cotidiana, valorizando sua completude e heterogeneidades. Multiplicidades.

El pensamiento filosófico en toda Abya Yala se fue intercambiando, acumulando y compartiendo mediante el diálogo consensado, manteniéndose de este modo una unidad comunicativa. Así, la sabiduría, la astronomía, la política, la economía y otros saberes están entrelazados por conducto de un núcleo duro ético-mítico que es compartido por diversos pueblos. La filosofía como reflexión crítica de la realidad, interpretación y creación de la narrativa de los mitos fundacionales, compartía elementos sustanciales comunes en los diversos pueblos del continente. De este modo, los mitos de la creación comparten un núcleo duro, pero cada pueblo desarrolló prácticas culturales de manera heterogénea condicionadas por los diferentes contextos donde habitan y se desenvuelven. La heterogeneidad del medioambiente no impidió la conservación y pervivencia continua de un núcleo común u origen familiar, pero sí permitió la diversidad del pensamiento y prácticas plurales en la vida cotidiana (Herrera-Salazar, 2020, p. 84).

Sobre Sistemas em Saúde, parto da noção de sistema terapêutico compreendido por Lima (2018), ao concebê-lo como um sistema cultural composto por experiências das doenças, papéis sociais, práticas terapêuticas, instituições relacionadas à saúde, mas que experimentam construções sociais simbólicas experienciadas individualmente e coletivamente. Assim, envolve-se a participação em rituais, elaboração de remédios, alimentação, aspectos cosmológicos. Lima (2018) considera o sistema terapêutico Kapinawá, na medida em que entende esse “sistema como um conjunto de técnicas, ações e símbolos que visam a manutenção e reestabelecimento de aspectos saudáveis ao indivíduo” (Lima, 2018, p. 38). É pertinente abordar que, dentro dos sistemas tradicionais de saúde, ocorre a transmissão e a elaboração dos conhecimentos, através de uma relação dinâmica e interdependente, relacionada às práticas tradicionais de cuidado. Nesse contexto, a depender da posição de cada pessoa dentro do sistema, as narrativas orais podem ser relatadas direta ou indiretamente aos demais membros do sistema terapêutico. Esses relatos não se limitam a uma fonte única, partindo principalmente dos parentes mais velhos, que aprenderam com outros parentes.

Este imenso quebra-cabeça geracional segue por vezes contendo restrições ao seu acesso, que variam entre tabus envolvidos e restrições simples, nas quais certos conhecimentos devem ser relatados apenas a pessoas selecionadas ou preparadas dentro da lógica de permissão, ou seja, no universo das práticas tradicionais nem todo mundo pode saber de tudo, é assim que os “segredos” são elaborados (Lima, 2018, p. 38).

Nesse tear, peço licença, mais uma vez, para discorrer contrapondo, num movimento decolonial, a Medicina Ocidental, retomando as Medicinas Indígenas, consideradas pela linguagem colonial, Medicinas Tradicionais. Elisa Urbano Ramos, mulher indígena Pankararu, ecoa:

O contato com o colonizador trouxe consigo não apenas costumes diferentes, mas também doenças e formas de vivência que fizeram com que doenças, até então alheias aos povos indígenas, exterminassem nações inteiras. Os saberes indígenas buscaram combater essas novas doenças, no entanto, por não darem conta, surge outra modalidade de cura, outro sistema de medicina, que em linhas gerais podemos chamar de Sistema Único de Saúde (SUS) (RAMOS, 2022, p. 171).

Com esse aparato e com cuidado decolonial, cabe-nos tentar compreender que a noção de sistemas em saúde segue uma estrutura epistemológica de linguagem colonial que dificulta a compreensão do Cuidado, nas diversas etnias indígenas. Diferentemente do que temos enquanto SUS, os povos indígenas vivem “sistemas” próprios de saúde, de cuidado, que reconhecem os saberes tradicionais, através de seus detentores, sejam parteiras, pajés, mas também entidades espirituais que participam desses “sistemas” e que não há como caracterizar

de forma universal um sistema. Ou seja, esses sistemas compreendem uma espécie de teia de componentes do cuidado. Isso se torna evidente na medida em que se amplia a noção das diversas etnias indígenas registradas e não registradas no país, cada uma com sua cultura e noções de processos de cuidado, de cura, de saúde e de doença, além da questão territorial de cada povo. Nessa crença nos saberes sobrenaturais reside ainda a base para o sistema político interno de cada povo, influenciando na economia e no parentesco; ou seja, qualquer interferência externa é capaz de afetar um desses elementos de um povo, como também afetar a etnia como um todo. É importante reconhecer, tudo isso foi prejudicado pela chegada do colonizador, faltando com respeito ao território, à organização, à gestão desses povos e de seus espíritos.

Dessa forma, os processos de cura nos territórios indígenas em Pernambuco se relacionam aos ensinamentos que vão sendo transmitidos através dos tempos, de geração em geração. São práticas que envolvem diferentes elementos da natureza e dos rituais sagrados, como cantos, rezas, plantas medicinais, banhos, chás etc. Portanto, a expressão “ensinamentos dos nossos antepassados” é adequada às práticas vivenciadas por esses povos até hoje. Nesse contexto, sempre há a participação das mulheres na condução desses ensinamentos (Ramos, 2022, p.165).

Através dos saberes dos povos indígenas de Pernambuco, fica evidente a necessidade de compreender a medicina tradicional enquanto rede de saberes existente há séculos, perpassando por gerações e sobrevivendo até os dias atuais. As medicinas tradicionais indígenas resistem e retomam dimensões desses sistemas de cuidado. Nele “os sábios e as sábias das ciências indígenas, a cura e a espiritualidade andam conjugadas com a medicina tradicional” (Ramos, 2022, p. 167). Além disso, esses especialistas de cura nativa concebem o corpo, a saúde e a doença em sua integralidade, assumindo outras noções de processo de adoecimento. “A fonte dos saberes tradicionais se dá na observação da natureza e nos ensinamentos dos detentores/as de saberes tradicionais, no contato com os espíritos sagrados e no cotidiano das aldeias” (Ramos, 2022, p.167). A exemplo do pajé, que para o povo Kambiwá, “assim como o rezador faz uso das palavras para curar, a ele se atribui também a orientação espiritual e o conhecimento sobre o sistema terapêutico da comunidade, tendo papel de destaque pela simbologia que o título lhe confere de autoridade espiritual” (Lima, 2018, p. 59).

Outro elemento importante desses sistemas tradicionais indígenas são as práticas de cura. Lima (2018) observa que essas práticas do povo Kambiwá ocorrem de formas diversas, no cotidiano da comunidade, podendo estar associadas, uma vez que o rezador pode ou não associar ao tratamento a ingestão de remédios do mato, como a raizeira pode sugerir que o

remédio seja utilizado somente após a pessoa ser rezada. Assim, essas práticas se interligam e se complementam a partir da forma como se entende, naquela cultura, as causas da doença.

Em paralelo a isso, é interessante compreender o conceito de medicina tradicional a nível mundial. Para a Organização Mundial de Saúde (2013)¹²:

La medicina tradicional tiene una larga historia. Es la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales.

De acordo com a OMS, no mundo, a medicina tradicional é o principal pilar de prestação de serviços da saúde ou o seu complemento, a depender do sistema de saúde do país. Nesses sistemas de saúde, a medicina tradicional é uma parte importante e com frequência é subestimada na atenção à saúde. No entanto, sua prática e demanda vem aumentando, em quase todos os países. Vale apontar que, na Conferência Internacional sobre Medicina Tradicional para os países do Sudeste da Ásia, em fevereiro de 2013, a diretora geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), Dra. Margaret Chan, declarou:

Las medicinas tradicionales de calidad, seguridad y eficacia comprobada contribuyen a asegurar el acceso de todas las personas a la atención de salud. Para muchos millones de personas, los a base de hierbas, los tratamientos tradicionales y los prácticos de las medicinas tradicionales representan la principal fuente de atención sanitaria, y a veces la única. Esta forma de atención está próxima a los hogares, es accesible y asequible. Además, es culturalmente aceptada y en ella confían muchísimas personas. La asequibilidad de la mayor parte de las medicinas tradicionales las hace más atractivas en el contexto del vertiginoso encarecimiento de la atención de salud y de la austeridad casi universal. La medicina tradicional se destaca también como un medio para afrontar el incesante aumento de las enfermedades no transmisibles crónicas. (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Percebemos, nessa fala e em todo o documento da OMS (2013), que, no âmbito mundial, a medicina tradicional ainda é reconhecida como alternativa e complementar aos sistemas de saúde ocidentais, mesmo que com sua origem milenar, apesar de considerar a importância de reconhecê-la e respaldá-la cada vez mais nos sistemas de saúde. No intuito de satisfazer às demandas do cenário mundial de maior interação com a Medicina Tradicional, a OMS atualizou os objetivos do programa de Medicina Tradicional, principalmente porque mais países têm reconhecido gradualmente o potencial da Medicina Tradicional à saúde e ao bem estar das pessoas, na íntegra de seus sistemas de saúde. Dentre esses objetivos principais, “prestar apoio

¹² Disponível em <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/>, acesso em 16/06/2024.

a los Estados Miembros para que aprovechen la posible contribución de la MTC a la salud, el bienestar y la atención de salud centrada en las personas, y promover la utilización segura y eficaz de la MTC mediante la reglamentación de productos, prácticas y profesionales” (Organización Mundial de la Salud, 2013, p. 11). A expectativa é a de que esses objetivos sejam alcançados por meio de três objetivos estratégicos:

- 1) desarrollo de una base de conocimientos y formulación de políticas nacionales; 2) fortalecimiento de la seguridad, la calidad y la eficacia mediante la reglamentación; y 3) fomento de la cobertura sanitaria universal por medio de la integración de servicios de Medicina Tradicional y la autoatención de salud en los sistemas nacionales de salud (Organización Mundial de la Salud, 2013, p.8).

Com esses objetivos estratégicos, o documento atualizado exige que os Estados Membros da OMS determinem suas respectivas situações nacionais em relação às Medicinas Tradicionais e desenvolvam políticas, regulamentos e diretrizes que reflitam essas situações. Por outro lado, apesar dos importantes progressos realizados por essa estratégia, em todo o mundo, os Estados Membros têm esbarrado em alguns problemas, em relação à aplicação de políticas e regulamentos, à integração, particularmente no que diz respeito à identificação e avaliação de estratégias e critérios para incorporar a medicina tradicional nos cuidados da atenção primária à saúde a nível nacional. A OMS aponta ainda problemas em relação à segurança e à qualidade das medicinas tradicionais, especialmente no que diz respeito à avaliação de produtos e serviços, qualificação de profissionais, metodologia e critérios de avaliação de eficácia; à capacidade de monitorizar e regular a publicidade e as alegações relativas à medicina tradicional e complementar; às atividades de pesquisa e desenvolvimento; à educação e formação de profissionais da medicina tradicional e complementar, além da informação e comunicação, incluindo a troca de informações sobre políticas, regulamentos, características dos serviços e dados de investigação e à obtenção de recursos de informação seguras para os usuários dos serviços de saúde.

Em relação ao documento da OMS citado, evidenciamos que ele não aborda diretamente as questões da medicina tradicional, considerando uma interculturalidade crítica. Apesar de considerar a importância da medicina tradicional nos serviços de saúde e apoiar a elaboração de políticas públicas, diretrizes indiretamente mantêm a lógica eurocêntrica da própria OMS, ou de uma interculturalidade funcional, pois não consideram, na prática, a medicina tradicional como algo que funciona de acordo com cada cultura.

A Saúde Indígena é tida como Subsistema do SUS, apesar de reconhecer na PNASPI a necessidade de cuidados pautados na interculturalidade, a Medicina Ocidental é reconhecida como Sistema de Saúde principal. Além disso, há evidências de reconhecer as medicinas tradicionais indígenas como parte de outros sistemas de saúde, tão relevantes e necessários quanto o próprio SUS, para os povos indígenas. Outra questão importante é o diálogo entre esses sistemas de saúde, contando principalmente com o SUS reconhecendo esses outros sistemas de saúde que têm as medicinas tradicionais indígenas como base do cuidado.

Em Pernambuco, após mergulhar nos Planos Distritais da Saúde Indígena vigente e o anterior, identificamos a estratégia intercultural de abordar a Medicina Tradicional através de eventos de Educação Permanente e de forma transdisciplinar, potencializando as ações que já eram realizadas, principalmente na Saúde Mental. O encontro de pajés e demais detentores do conhecimento tradicional indígena, que ocorre geralmente no mês de julho e é promovido pelo DSEI de Pernambuco junto ao IMIP, é um evento da Educação Permanente da SESAI, mas que tem como objetivo principal “o reconhecimento e valorização das práticas de saúde no território baseadas nos saberes tradicionais dos povos indígenas”.

Como previsto na PNASPI, há a recomendação da organização dos serviços de saúde em apoiar a articulação das medicinas tradicionais com as práticas biomédicas com base na interculturalidade. Dessa forma, acredita-se que este é um evento potente em proporcionar a intermedicalidade, uma vez que haja, de fato, a participação dos profissionais de saúde de cada Polo Base e que esses saberes possam ser compartilhados em suas práticas do cuidado. No entanto, é um evento que ocorre apenas uma vez por ano, no Sertão do Estado, sendo necessárias outras atividades que promovam o diálogo entre os Sistemas de Saúde.

Nessas perspectivas, a “retomada da saúde” pode ser compreendida como um reflorestamento de saberes, ao compreender os sistemas tradicionais de saúde como florestas que têm sido desmatadas, mas que ainda guardam um grande potencial de reflorestamento. Isso é mais uma forma de decolonialidade do cuidado, envolvendo a interculturalidade crítica no diálogo entre os Sistemas de Saúde Tradicional e o Ocidental, mas que também permita uma integração de cuidados, de racionalidades, considerando, portanto, a intermedicalidade nas atuações da Saúde Indígena.

4 MEDITAÇÕES DECOLONIAIS

Diante das abordagens epistemofágicas, nos capítulos anteriores, que tentam responder os objetivos específicos, e partindo para uma aproximação da conclusão da análise, se há possibilidades de Educação Permanente que contribuam com o exercício da intermedicalidade na Saúde Indígena, promovendo o diálogo entre os Sistemas de Saúde e principalmente através da participação ativa de lideranças indígenas engajadas nas diversas áreas dos saberes, partimos para essas meditações. Neste momento, cabe assumir o fazer decolonial sugerido por Ortiz Ocaña e Arias López (2019), buscando evitar constantemente qualquer atitude de autocolonialidade e respeitando o sentir-pensar-fazer humano.

Sendo assim, inicio a discussão com as ações/pistas descoloniais: contemplação comunitária, conversação alternativa, reflexão configurativa. Através de um sentir-ouvir-viver-observar decolonial, assumimos o contemplar comunal, não individual, mas coletivo, comunitário, em que todos os atores decoloniais contemplam uns aos outros e a si mesmos, diante de uma contemplação emotivo-colaborativa. Não se trata de apenas observarmos o outro, mas nos pormos diante dele para que também sejamos observados. Cabe ressaltar que essas observações não seguem regras rígidas, nem são observações participantes ou estruturadas. Nesse movimento, o “investigador” também é investigado. O contemplar comunal faz parte de todo o sistema que envolve o conversar alterativo e a reflexão configurativa, porém sabemos que não se pode conversar sobre qualquer fenômeno ou situação sem que seja contemplado afetivamente. Uma particularidade desse sistema é não assumir uma ordem específica, ocorrendo de forma abrangente e inclusiva, considerando que cada comunidade possui realidades distintas que a caracterizam.

Partindo para o que Ortiz Ocaña e Arias López (2019) explicam sobre o “conversar alterativo”, entendemos que as técnicas qualitativas e hermenêuticas da investigação não respondem às necessidades do ser subalterno e colonizado. É pertinente que outras atitudes decoloniais surjam, na medida em que as nossas identidades sejam reafirmadas. Nada mais coerente que o diálogo intercultural, manifestando-se, evidenciando-se e materializando-se através da conversação intercultural crítica, garantindo a estabilidade e harmonia nas relações humanas. “El diálogo intercultural es un conversar afectivo y reflexivo, sin supuestos, sin expectativas, sin a priori, sin condiciones, permitiendo que “el otro” también pregunte y exprese sus emociones, juicios y valoraciones” (Ortiz Ocaña; Arias López, 2019, p. 158). Pontuamos que esse diálogo intercultural não é uma entrevista, em que uma cultura predomina sobre a

outra, ou um grupo de debate entre culturas, mas é um conversar espontâneo, fluido, emergente. É uma conversa transformada em um coletivo de aprendizagem emergente, com configuração holística de diversos discursos, com conhecimentos válidos representando identidades culturais dialeticamente entrelaçados.

Sobre como será abordada a reflexão configurativa, vale compreender nesse fazer decolonial que não devemos apenas contemplar nem apenas conversar com o outro. Mas para configurar um conhecimento decolonial emergido de um padrão de poder moderno, colonial, é necessário conseguir realizar uma reflexão configurativa na medida em que escrevemos diante do sentir-pensar comunal.

El reflexionar configurativo implica volver a flexionar, soltar creencias, cerrar los ojos y abrir las manos para soltar las creencias que nos paralizan. El reflexionar sobre el contemplar comunal y sobre el conversar alterativo, como parte de nuestras interacciones, nos deslinda de lo ya configurado, manejado y manipulado con el interés de obtener información para provecho particular, ir creando un discurso habitual, lleno de cultura, acontecimientos que describan el mundo que hemos ido configurando (Ortiz Ocaña; Arias López, 2019, p. 161).

Esse fazer com ações decolonizadoras não será assumido como um guia de momentos ou de etapas, mas como um sistema de redes que ocorrem simultaneamente, permitindo configurar o conversar alternativo com o contemplar comunal. São ações que permitem questionar em qual medida esse fazer decolonial contribui para reafirmar o sistema capitalista colonial moderno, como também problematiza as próprias práticas, saberes e sentires. Refletir de forma holística é considerar o sistema como um todo que tece e se conecta em redes, levando em conta, não apenas os eventos, situações e acontecimentos, mas as relações e conexões.

A discussão desse fazer decolonial traz à tona principalmente as relações compreendidas nos processos hermenêuticos dialéticos, cujo interesse capta a trama oculta que deve ser desvelada diante do entrelaçamento crítico das entrelinhas dos textos selecionados, bem como dos discursos que configuram o cotidiano, as realidades demarcadas pelos entrelaçamentos linguísticos, configurando os textos nas biopraxis. O resultado da reflexão configurativa vai se desenhando para as possibilidades de Educação Permanente que contribuam com o diálogo entre as Medicinas Tradicionais Indígenas e a Medicina Ocidental, prevendo o exercício da intermedicalidade na Saúde Indígena, através da participação ativa de lideranças indígenas engajadas nas diversas áreas dos saberes, possibilidades essas que não deixam de emergir de “outras” práticas de vida, de “outras” formas de sentir, de fazer, conhecer e amar.

Para isso, vale resgatar os objetivos desse fazer para discutir os achados desta pesquisa. Temos como objetivo geral: apurar como a Educação Permanente pode contribuir para que ocorra a intermedicalidade na Saúde Indígena de Pernambuco, promovendo o diálogo entre o Sistema Médico Ocidental e os Sistemas tradicionais de Saúde Indígena; enquanto os objetivos específicos: a) analisar como está ocorrendo a Educação Permanente na Saúde Indígena, no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) de Pernambuco; b) averiguar se a Educação Permanente da Saúde Indígena de Pernambuco reconhece a interculturalidade crítica na sua atuação; c) identificar possibilidades de diálogos entre o Sistema Médico Ocidental e os Sistemas Tradicionais de Saúde Indígena.

Ao caminhar pelo solo fértil dos documentos encontrados e mergulhar profundamente com todo o corpo, sentindo os poros, nervuras, texturas, cheiros, temperaturas... pode-se assumir que há um cuidado do DSEI-PE em promover atividades envolvendo a interculturalidade entre as equipes dos diversos Polos Base. No entanto, não há como garantir, apenas com documentos, que a interculturalidade exercida no DSEI-PE seja uma interculturalidade funcional, assim como evidenciamos ocorrer na PNASPI, carecendo, portanto, de uma interculturalidade crítica.

Em relação ao que trazemos sobre intermedicalidade, é necessário reconhecer que nenhum dos documentos analisados utiliza esse termo. Contudo, tanto a PNASPI como o Plano Distrital do DSEI-PE, e principalmente os planos anuais de Educação Permanente do DSEI-PE envolvem diálogos entre os saberes tradicionais e o biomédico, mas sem necessariamente garantir uma atuação profissional pautada na intermedicalidade, ou, de forma mais abrangente, garantindo o diálogo entre os Sistemas de Saúde.

Outro olhar lançado é o de que a maioria das atividades que envolvem o diálogo entre as medicinas tradicionais e ocidental praticamente não contam com a participação dos profissionais médicos. Inclusive, essa classe profissional apresenta poucos indígenas, comparados aos outros profissionais de saúde que estão na assistência, a exemplo dos agentes indígenas de saúde, que são todos indígenas. Diante do que compreendemos anteriormente acerca da formação médica, essa classe profissional é a que mais deveria reorientar o seu processo formativo, abrindo-se aos conhecimentos dos diversos saberes indígenas que não lhes foram apresentados durante a graduação, além de lhes permitirem sensibilização no cuidado prestado, para que esses profissionais tenham abertura para exercer uma intermedicalidade em parceria com as lideranças indígenas de seu convívio territorial.

O entendimento de que a Educação Permanente seria o espaço de tamanho potencial para reorientar lógicas coloniais no cuidado, através da atuação dos profissionais da saúde indígena, é amparado por Ceccim (2005), ao afirmar que a EP em Saúde pode ser orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde. Para que isso ocorra, é imprescindível considerar a devida importância da Educação Permanente, priorizando-a, na medida em que ela não seja notada como um lugar secundário do processo formativo ou de retaguarda, mas de um lugar central, às políticas de saúde.

Em parceria com a Educação Permanente, nesse contexto de diálogo entre Sistemas de Saúde na assistência à saúde dos povos indígenas, a Educação Popular em Saúde é mais que necessária para se pensar novas possibilidades de EP para a Saúde Indígena. Assim, a Educação Popular

ênfatisa a centralidade do agir pedagógico nesse processo [transformação], mas não de qualquer pedagogia. Por isso prioriza o debate da metodologia educativa, por meio da qual pode gerar altivez e protagonismo à população tão marcada pelo medo, pelo silêncio e pelo conformismo (Vasconcelos, 2011a, p 16).

Nesse caminhar, muitos dos médicos e médicas que assumem a assistência da Saúde Indígena possuem um perfil típico parecido com esse que Vasconcelos (2011b) introduz:

Atualmente, na sociedade, há muitos profissionais de saúde reconhecidos e admirados que construíram caminhos próprios de formação para o trabalho em saúde em lógicas diferentes, criativas e inovadoras, que podem servir como importantes referências para se pensarem os novos caminhos de formação do trabalhador em saúde. Grande parte do que se busca nesse sentido, já existe de forma pontual e dispersa (Vasconcelos, 2011b, p. 367).

Aqui não cabe sistematizar novos caminhos ou generalizá-los. Ao contrário. Por se tratar de diversas etnias num único Estado, o modelo de Educação Permanente na Saúde Indígena não deve ser universal, mas, antes de tudo, coerente com as multiplicidades e os Sistemas de Saúde. Partimos de uma proposta de criação co-labor-ativa, que traz os povos indígenas para “criarem com”. É relevante permitir-se aos acontecimentos, pois, concordando com Vasconcelos (2011b), a maioria das grandes transformações ocorre a partir de situações pessoais e familiares dos que estão em processo de formação, durante o contato especial com pacientes e moradores nas comunidades atendidas ou relacionamentos com outros profissionais e colegas. Diante desses acontecimentos despretensiosos, não previstos em planos de atividades, ementas ou currículos, surge a necessidade de problematização. É com situações e problemas reais, locais e existenciais que poderiam surgir as discussões e orientações temáticas

na Educação Permanente local. Nessa formação, os profissionais têm acesso a dimensões íntimas da realidade. Torna-se portanto potente e significativa uma pedagogia problematizadora centrada na discussão de situações concretas de trabalho.

Lidar com emoções, crise, desespero, gratidão, sofrimento, ansiedade e confusão é parte central do trabalho em saúde. Não se aproxima dessas dimensões do existir sem ser tocado emocionalmente. A fria objetividade técnica buscada pelo modelo da Medicina cartesiana e newtoniana apenas mascara as perturbações desencadeadas no profissional, tornando-as recalçadas e confusas. O esforço intenso necessário para não deixar aflorar as emoções instigadas, em nome dessa pretensa objetividade técnica, torna a profissão desgastante. O recalque dessas emoções expulsa a motivação e a graça do trabalho cotidiano e elimina um grande instrumento terapêutico para um agir mais profundo na subjetividade do paciente e de seus familiares (Vasconcelos, 2011b, p. 369).

Pensar esses novos caminhos de formação do trabalhador em saúde através da Educação Permanente, desde que envolva a Educação Popular em Saúde a partir da interculturalidade crítica, para que seja possível o exercício da intermedicalidade nesse diálogo entre os Sistemas de Saúde Tradicional e Ocidental, é partir de lógicas diferentes, criativas, inovadoras, com a participação ativa dos próprios povos indígenas, que possam ser importantes referências no processo formativo de transformações profundas do trabalho em saúde, anteriormente cristalizado pela formação ocidental. Nesse entrelaçar, compreendemos que a Educação Popular em Saúde é segura em seu conteúdo abordar dimensões consideradas ausentes na prática hegemônica de saúde.

o contexto mais atual requer um panorama no qual haja respeito com os processos de cura presentes nos sistemas de saúde indígenas e em que a relação com as políticas públicas permita o diálogo com os povos, a demanda dos homens, das mulheres, dos jovens, das crianças. Embora os saberes indígenas sejam protagonistas, ainda assim há a necessidade do diálogo intercultural entre as ciências (Ramos, 2022, p. 172).

Talvez o ponto de partida para se pensar “novas” possibilidades de Educação Permanente não seja tão nova assim. Talvez seja mais uma RETOMADA. Talvez precisássemos ouvir mais os detentores dos saberes indígenas, silenciarmo-nos e acompanhá-las e acompanhá-los em suas atuações de cura, para aprender a compartilhar os saberes sem hierarquias e assumir a decolonialidade do Cuidado.

4.1 Decolonialidade do Cuidado: um manifesto

“DESCOLONIZAÇÃO. Atos paridos nos vazios daquilo que se arroga o único curso possível. Defesa, ataque, ginga de corpo, malandragem que contraria, esculhamba, rasura, transgride, desmente e destrona o modelo dominante. Folha que se canta para extrair o remédio e o veneno. O remédio para recuperar sonhos, firmar a liga, fechar o corpo, irmandar o velho e o novo que farão guarda de proteção à palmeira que sustenta a aldeia. Veneno para azeitar o ferro, soprar o pó e fumaça que quebram a maldição. Prática cotidiana implicada com a diversidade e o caráter ecológico das existências. Capacidade de responder com a vida a um sistema de mortandade. Atos guerreiros que honram e comungam das aspirações de liberdade e justiça, e combatem o esquecimento.” (Rufino, 2021).

“Decolonialidade. Essa fala não é para nós, povos indígenas, porque essa desconstrução não é nossa, é de vocês. Primeira coisa. Porque nós somos a pluralidade de vozes há muito tempo e vocês que não escutavam”. – Putira Sacuena, mulher indígena de etnia Baré – fala em 17º Congresso Nacional de Medicina de Família e Comunidade (2023).

Decolonialidade não é um ato específico e isolado, nem um momento. É processo. É atividade. Ou melhor, concordando com Walsh (2012), é luta, uma luta contra colonial. Decolonialidade é movimento. Um movimento que não dá para eliminar totalmente o colonial, mas mitigá-lo, atenuá-lo, por isso decolonial e não descolonial. Ortiz Ocaña et al (2018) lembram que a modernidade nos impõe uma retórica de civilização, progresso e salvação configurada numa lógica oculta da colonialidade, o que nada mais é do que exploração, genocídio e opressão. Dessa forma, torna-se urgente a decolonialidade da mente, do ser, do saber, do fazer, mais ainda, do Cuidado. Assumindo esse movimento decolonial, evidenciamos a cumplicidade da lógica da colonialidade e da retórica da modernidade, expandidas pelo mundo, reorientando futuros globais universais para pluriversais.

Esse movimento fundamenta-se “en la configuración holística del mundo natural, humano y social. En este sentido, el hacer cotidiano no tiene un centro, y si tuviésemos que aludir a un centro, diríamos que ese centro es la vida, el vivir de todo el Planeta tierra, en el cual los seres humanos somos sólo una configuración vital” (Ortiz Ocaña et al, 2018, p. 38). Esses autores assumem ser praticamente uma atividade configurada por ações biopráticas, que transitam por uma deriva intencional, caracterizada pela influência do ser/fazer/saber/viver. Esse “modo outro” de viver está constantemente sendo reconfigurado, reconstituído,

remodelado e remoldado, não apenas contra a colonialidade, mas apesar dela. A decolonialidade também se relaciona com a ecologia de saberes e com a emancipação dos povos e de todos os atores sociais que plantem ideias e propostas de vida de diferentes formas de conhecimento, admitindo a equidade e o intercâmbio recíproco dos saberes.

Não podendo deixar de compreender, a decolonialidade também é um movimento de retomada. Mais uma vez resgato esse conceito de retomada a partir da luta dos povos indígenas, principalmente do Nordeste brasileiro. Nesse contexto, vale considerar a decolonialidade como uma retomada, na medida em que, antes de tudo, reconhecemos os povos indígenas com sua pluralidade de vozes muito antes dos movimentos de colonização. Cabe-nos concordar com Putira Sacuena que essa desconstrução é, primordialmente, para os não indígenas. Nesse compasso, assumo as sabedorias dos povos originários como guia para romper com estruturas, costumes, epistemologias coloniais e iniciar o envolvimento com o Cuidado.

Neste fazer decolonial não me proponho a aprofundar as noções do cuidado eurocêntrico, cuja etimologia vem do latim e significa cura. Mas também não nego totalmente essa colonialidade, na medida em que mantenho, inclusive, a língua portuguesa. Assumo aqui o Cuidado como nome próprio, para reconhecê-lo enquanto uma entidade, uma entidade simples e essencial, mas que não deixa de ser ato, atitude capaz de mostrar que “o outro” tem importância, e mantendo sempre um envolvimento afetivo. Mas quem é o que é “o outro”? É justamente quem o Cuidado é capaz de envolver, por isso o trato como uma entidade. Reconheço que “o outro” pode ser o saber, os seres, o meio ambiente, a ecologia, a gramática, linguagens, animais, humanos, territórios e territorialidades, o corpo, a mente, espíritos, a terra, o planeta, o sentimento... Ou seja, o Cuidado é uma entidade que envolve algo, alguém, justamente porque cuida. E é nas formas de cuidar que o Cuidado se entifica. No entanto, não é de qualquer forma, mas de formas decoloniais. É a decolonialidade. Mais precisamente: a decolonialidade do Cuidado.

Para envolver a decolonialidade do Cuidado, nada mais pertinente do que admitir os saberes dos povos originários através do Bem Viver, para compor esse movimento, essa luta. De acordo com Lacerda e Feitosa (2015), o “Buen Vivir”, como tradução do conceito andino de Suma Qamaña ou Sumak Kawsay (nas línguas Aymara e kechwa, respectivamente), é um importante exemplo dos saberes dos povos indígenas, que se expressa politicamente na possibilidade de outros modos de vida e como modo de resistência e enfrentamento à colonialidade moderna eurocêntrica, ao lhes impor, historicamente, modos de vida estranhos e desconectados com sua realidade, valores e identidades.

Com base na perspectiva decolonial, assumimos aqui a concepção do Bem Viver não como bem-estar material, mas como utopia que emerge dos saberes ancestrais indígenas, especialmente através de determinados princípios da cosmovisão andina. Não se trata da reprodução ou cópia do modelo andino, mas de “ideia força” nele inspirada, e de projeto em construção. Um conceito aberto que poderá ser sempre ressignificado, acrescido e atualizado, mas nunca instrumentalizado por concepções vinculadas à modernidade-colonialidade (Lacerda; Feitosa, 2015, p.19).

Vale pontuar que as formas de viver atualmente, pautadas na lógica capitalista, colonial, têm sido predatórias, lesando a vida e dando maior espaço para as mortes. Esses modelos não se sustentam e ainda prejudicam a vida das próximas gerações, além de não serem passageiros. Krenak (2020) resgata a orientação colonial que incutiu a ideia de sermos a humanidade que se aliena desse próprio organismo de que somos parte, a Terra, atuando como se fôssemos uma parte e a Terra outra. Ao contrário disso, ele defende a noção de totalidade, de um grande sistema com que estamos constantemente nos relacionando, a natureza. Qualquer outra noção que não considere o cosmos como natureza e reitere a vida em partes para ser manipulada, controlada, objetificada, segue as bases coloniais, não apenas no campo epistemológico, mas também no campo ético.

É terrível o que está acontecendo, mas a sociedade precisa entender que não somos o sal da terra. Temos que abandonar o antropocentrismo; há muita vida além da gente, não fazemos falta na biodiversidade. Pelo contrário. Desde pequenos, aprendemos que há lista de espécies em extinção. Enquanto essas listas aumentam, os humanos proliferam, destruindo florestas, rios e animais. Somos piores que a Covid-19. Esse pacote chamado de humanidade vai sendo descolado de maneira absoluta desse organismo que é a Terra, vivendo uma abstração civilizatória que suprime a diversidade, nega a pluralidade das formas de vida, de existência e de hábitos (Krenak, 2020, p. 2-3).

Nessa perspectiva da pluralidade das formas de vida, de existência e de hábitos que Krenak (2020) aborda, eu ecoo como o Cuidado deve ser compreendido, para além da noção massificada de saúde. O Cuidado se sustenta, antes de tudo, nas diversas áreas dos saberes naturais e sobrenaturais, nas riquezas das espécies e nas suas relações simbióticas, na coletividade, na política, no sentir.

O cuidado definido e compartimentado das heranças coloniais não dá conta das grandes crises que vivemos e que arriscam a existência da espécie humana no planeta. No entanto, cabe ressoar que esse cuidado é fruto das ações humanas, ou seja, as crises que enfrentamos são respostas às nossas formas existir com ou sem cuidado. Deparamo-nos com a crise climática se alaistrando sem nenhum controle. A coletividade está escassa e a era do “self” inchada, a ponto de explodir. O modelo industrial se expande controlando os animais, as terras; corpos e a saúde

mental entra em desequilíbrio de vez, apesar de aparentemente estar sendo solucionada por pílulas paralisantes. O desequilíbrio também é ambiental. A Natureza deixou de nos ser guia. Os “coachs” sabem mais sobre nossas próprias vidas. Receitas, protocolos, dicas sendo vendidas e consumidas como se nossa existência fosse universalizada – e é, há muito tempo. A desigualdade socioeconômica sustenta as crises que garantem a manutenção do sistema neoliberal. “O Bem Viver não consiste, portanto, em acumular bens de consumo, mas em colaborar com a manutenção do equilíbrio cósmico” (Lacerda; Feitosa, 2015, p.17). Essa colaboração pode ser reconhecida, nesse contexto, inclusive como decolonialidade do Cuidado. “Todo este quadro, longe de ser passageiro, agrava-se dia a dia e revela a incapacidade do atual modelo de sociedade para dar conta das demandas cada vez mais complexas e de efeitos colaterais cada vez mais perturbadores” (Lacerda; Feitosa, 2015, p.11).

Decolonizar o cuidado é romper com perspectivas coloniais de cuidado, sem amparo ético, ecológico e sustentável. Vale assumir a polissemia do termo Cuidado, desde que as tentativas de entendimento sejam movidas por uma espécie de exunêutica, pautada pela compreensão das raízes ancestrais, rejeitando usos instrumentais de bases epistêmicas coloniais. Pelo contrário, considerando as origens, os sentidos atribuídos pelos próprios indígenas, inclusive nas construções semânticas contemporâneas. Ramos (2022) retoma a importância de atribuir significados aos saberes ancestrais e à relação harmoniosa entre as pessoas e os elementos da natureza, assumindo esse bem viver enquanto valores indígenas, além de destacar a mulher indígena como referência no âmbito da saúde indígena, na medicina tradicional, a exemplo das parteiras.

Não há representação melhor da decolonialidade do Cuidado que o movimento das parteiras tradicionais, (re)existindo na contemporaneidade. Isso pode ser elucidado com o movimento de resgate das parteiras nas comunidades tradicionais, principalmente numa época em que a medicina ocidental normatiza o jeito “certo” de parir e de nascer. O devir-parteira é, antes de tudo, um corpo em êxtase, gritando a luta pela vida, uma vez que ampara mais uma vida. Nesse ato, resgata-se uma história, uma cultura, uma tradição e diversos saberes. É hora de intensa conexão com as ancestralidades, com os encantados e encantadas. É renascimento através de outra mulher que pare. É coragem para assumir seus saberes, com todo o respeito ao corpo de outra mulher e de toda sua família, que ali se entrelaçam. É sentir-pensar-fazer com as mãos. É pulsar o que nem mesmo o corpo dá conta. É pedir licença para pegar uma planta e prepará-la para cuidar de outra mulher. É Cuidado, porque há atenção, porque os chamados mais nobres surgem mesmo é pelas entrelinhas.

Muitas são as mulheres Pankararu que possuem a qualidade de guardiãs e detentoras de saberes tradicionais, que recebem ensinamentos da Mãe Natureza, os quais denominamos de “dom”. São práticas que se traduzem nos conhecimentos sobre a medicina tradicional em toda a sua diversidade de procedimentos de cura. As mulheres também detêm o conhecimento acerca dos rituais e cantos de contato com os Encantados, e de tantos outros processos ligados a esses costumes (Ramos, 2022, p. 165).

Cabe ressaltar que, em relação à questão espiritual, alguns povos abyayalaianos, até mesmo por entenderem esse termo como terra em maturidade plena, protegem os espaços onde há vida em simbiose com seres vivos, humanos e não humanos, pedras, águas. Essa compreensão espiritual dos seres também é uma forma de decolonialidade do Cuidado.

Cabe dizer que isso não é um guia orientando comportamentos capazes de decolonizar o cuidado. Mas é um manifesto, pois remexe para semear trilhas de acordo com cada realidade, considerando atitudes decolonial, plural, coletiva, ancestral, ecológica, sustentável, envolvendo os mais diversos saberes. O Cuidado transita pelos territórios da arte, economia, política, engenharia, justiça, agricultura... e também da saúde. O Cuidado é místico, porém crítico. É acadêmico. E é rompendo com as colonialidades do poder, do saber e do ser que emancipamos os corpos sentir-pensantes que fazem uma academia progressista, sensível e libertária, acessível às diversas (re)existências.

Corazonar constituye una respuesta política insurgente frente a la colonialidad del poder, del saber y del ser, pues desplaza la hegemonía de la razón, y muestra que nuestra humanidad se erige a partir de la interrelación entre la afectividad y la razón, y que tiene como horizonte la existencia. De ahí que Corazonar el sentido de las epistemologías dominantes desde las sabidurías insurgentes pueda contribuir a la construcción, no sólo de una distinta propuesta académica y epistémica sino, sobre todo, de sentidos otros de la existencia (Arias, 2010, p. 83).

A decolonialidade do Cuidado, quando acessa a academia, nos impulsiona a ampliar o olhar, não abdicando do sentir-pensar, mas também não necessitando ir para tão longe sem enxergar o que está perto. Isso significa dizer que as normas coloniais, vindas de países distantes, não têm sido coerentes com as diversas facetas das realidades brasileiras, principalmente as interioranas. Torna-se pertinente manifestar a importância de retomar o olhar, não somente acadêmico, mas essencialmente ele, para a América Latina, mergulhando no Brasil, no Nordeste, interiorizando-se pelas regiões agrestinas e sertanejas. Não basta pisar, mas sentir os territórios e ouvir o que as territorialidades se propõem a nos dizer, ao invés de assumir posturas predatórias nos processos de territorialização, de pesquisa, de assistência à saúde.

Reafirmando esse caminhar nordestino e interiorano, vale exemplificar a decolonialidade do Cuidado através da Caatinga. Tarso e Lorena (2023) contextualizam como

a população compreende o agronegócio na atualidade, através de heranças coloniais extrativistas e pouco sustentáveis, envolvendo diversas cadeias da produção pecuária e de alimentos, a exemplo das grandes extensões de monoculturas, desmatamento, instalação de vastas áreas de pastagens. Em relação à Caatinga, um bioma negligenciado em relação ao cuidado e às práticas predatórias, os autores exploram as consequências do intenso processo de degradação e desertificação, indicando possível escassez de novas áreas agricultáveis, pobreza e insegurança alimentar, combinando com variações severas do ciclo hidrológico. Em Pernambuco, todo o território indígena demarcado está localizado na Caatinga, e, ao mergulhar na decolonialidade do Cuidado, é interessante abordar um bioma, pois se torna mais abrangente na medida em que assume uma noção mais sistêmica, capaz de tecer todas as redes de cuidado, desde a questão do solo, perpassando pela fauna, flora e acessando os impactos dos seres humanos. Além disso, o olhar colonizado dificulta enxergar que

a Caatinga brasileira surge com sua exuberância, somando características ambientais que podem classificá-la como a melhor zona seca do mundo para produção de alimentos, ao mesmo tempo, em que é o bioma mais desprotegido do Brasil. Apenas 8% do total da Caatinga está em áreas protegidas, 80% da cobertura 6,7 original foi modificada, e 50% desta já foi desmatada (Tarso; Lorena, 2023, p 29).

Considerando ainda essa dificuldade do olhar colonizado, os autores apontam a caprinocultura como potencial para estímulo do crescimento vegetal e da recuperação de áreas degradadas da Caatinga, desde que seja uma ação sustentável, repensando e reorientando práticas na agropecuária, impactando assim na melhoria das mudanças climáticas. Tudo isso se relaciona ainda com o contexto histórico da domesticação animal e do desenvolvimento da agricultura. Ou seja, diversas linhas de cuidado entrelaçadas na compreensão de um todo mais coerente com o movimento decolonial.

Navegando por essas margens, a decolonialidade do Cuidado se manifesta basicamente enquanto rupturas epistemológicas e enquanto novas possibilidades de retomar o Cuidado, não somente na Saúde, mas principalmente em todos os níveis da Educação, até mesmo a nível da formação continuada, assumindo que nunca é tarde para reorientar aprendizagens com Cuidado. Para tanto, o Cuidado decolonial necessita sair do corpo do texto e ganhar as práticas clínicas transgressoras contra coloniais... Parto! Pelas (entre)linhas da Decolonialidade do Cuidado.

5 PARTEJANDO UMA PEDAGOGIA DO CUIDADO

Partos. Parto. Foi partejando mulheres indígenas que acessei a maior das minhas conexões intercultural, ancestral, política, ética. Amparar tradicionalmente mais uma vida indígena, de preferência junto a parteiras indígenas, resgatando uma história, uma tradição, ecoando vozes e gritos de resistência e de muita força, é o que me move a lutar pelas melhorias na saúde indígena. É assim que nutro meu indigenismo. É assim que faço esta dissertação carregada de (re)existências pelas entrelinhas. Este fazer decolonial guiado por uma metodofagia epistemofágica pulsa vida nua e crua, num completo sentir-pensante, que me atravessou durante a gravidez, parto e puerpério. Pari. Parti. A cada passo, o caminho vai ganhando forma, assim como o barro se forma a cada mão que lhe toca como quem toca a alma. Que seja sempre a caminhada da decolonialidade do cuidado.

O tempo de dissertar foi ordenado pela natureza, assim como os indígenas acreditam que deve ser. Minha herança colonial não deixou de provocar angústias para seguir prazos e cumprir metas, até me permitir descolonizar-me neste aspecto e ressurgir com a natureza, respeitando os limites do meu corpo, degustando minhas impotências enquanto mestranda, mas nunca deixando de lutar e acreditar nos eternos devires. ReVESTI-me, através das danças que me cruzam, com a ciranda epistemofágica ciência-filosofia-medicina-saberes, e lavei minhas mãos com o barro das margens do rio Ipojuca, mãos essas que ampararam, que tocaram, que suturaram, mas que também cheiraram, lamberam, (des)construíram, romperam, (re)existiram, ficaram no vácuo, lutaram... educaram, escreveram. Partejaram.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, Marcelo D.'Ávila. Possibilidades Político-Poéticas: por uma exunêutica da literatura. **Revista Difusão**, v. 2, n. 10, 2022.
- ARIAS, Patricio Guerrero et al. Corazonar el sentido de las epistemologías dominantes desde las sabidurías insurgentes, para construir sentidos otros de la existencia (primera parte). **Calle 14 Revista de Investigación en el Campo del Arte**, v. 4, n. 5, p. 80-95, 2010.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. Ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente e Educação Popular em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.
- CANTUÁRIA, Alexandre Oliveira. **Educação permanente e a SESAI: uma análise da política nacional de educação permanente no âmbito da secretaria especial de saúde indígena**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais – Universidade Católica Portuguesa. Braga: 2020, 69 p.
- CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-177, 2005.
- COSTA NETO, Pedro Brandão da. **O discurso dos/as médicos/as acerca de suas formações: uma análise da proposta formativa do curso de medicina do Centro Acadêmico do Agreste da UFPE**. Dissertação (Mestrado em Educação Contemporânea) – Universidade Federal de Pernambuco, Caruaru-PE, 2023, 134 p.
- DIAZ-POLANCO, Héctor. **Autonomía regional**. La autodeterminación de los pueblos índios. Mexico: Siglo XXI, 1991.
- DIEHL, Eliana Elisabeth; PELLEGRINI, Marcos Antonio. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 867-874, 2014.
- ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 385-434.

FASANELLO, Marina Tarnowski et al. Metodologias colaborativas não extrativistas e comunicação: articulando criativamente saberes e sentidos para a emancipação social. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**. V. 12, n. 4, 2018

FEITOSA, Saulo Ferreira. **O processo de territorialização epistemológica da bioética de intervenção**: por uma prática bioética libertadora. Brasília-DF: Universidade de Brasília, 2015.

FOLLÉR, Maj-Lis. Intermedicalidade: a área de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (org). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. São Paulo: Contra Capa; Rio de Janeiro: ABA, 2004. p. 106-120.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e Método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Trad. de FP Meurer. Petrópolis-RJ: Vozes, 2008.

GADOTTI, Moacir. Educação popular, educação social, educação comunitária. In: **Congresso Internacional de Pedagogia Social**. Campinas-SP, 2012.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 6. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1996. p. 67-80

GONÇALVES, Glaciene Mary da Silva et al. Demarcação de terra indígena, saúde e novas territorialidades na transposição do São Francisco no povo Pipipã, em Floresta-PE. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, p. e320115, 2022.

GREENE, Shane. The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. **American Ethnologist**, v. 25, n. 4, p. 634-658, 1998.

HERRERA-SALAZAR, Gabriel. El núcleo ético-mítico de la filosofía en Abya Yala. **LiminaR**, v. 18, n. 1, p. 82-96, 2020.

KRENAK, Ailton. **O amanhã não está à venda**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

LACERDA, Rosana Freire. A “Pedagogia Retomada”: uma contribuição das lutas emancipatórias dos povos indígenas no Brasil. **Interterritórios-Revista de Educação da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)**, Caruaru-PE, v. 7, n. 13, p. 192-222, 2021.

LACERDA, Rosana Freire; FEITOSA, Saulo Ferreira. Bem viver: projeto u-tópico e de-colonial. **Interterritórios**. Caruaru, v. 1, n. 1, p. 5-23, 2015.

LARROSA, Jorge. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista brasileira de educação**, n. 19, p. 20-28, 2002.

LIBÂNEO, José Carlos. Pedagogia e pedagogos: inquietações e buscas. **Educar**. Curitiba-PR: Editora da UFPR n. 17, p. 153-176. 2001.

LIMA, Paulidayane Cavalcanti de. **Saberes e práticas tradicionais de cura**: estudo sobre a transmissão das terapêuticas entre os Kapinawá. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco. 2018.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. São Paulo: n-1 Edições, 2018.

MIGNOLO, Walter D. Aiesthesis decolonial. **CALLE 14: Revista de Investigación en el Campo del Arte**, v. 4, n. 4, p. 10-25, 2010.

_____. Epistemic disobedience, independent thought and decolonial freedom. **Theory, culture & society**, v. 26, n. 7-8, p. 159-181, 2009.

_____. Historias locales/diseños globales: colonialidade, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo. Madrid: Akal, 2003.

MIGNOLO, Walter D.; VEIGA, Isabella Brussolo. Desobediência Epistêmica, pensamento independente e liberdade decolonial. **Revista X**, v. 16, n. 1, p. 24-53, 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Hermenêutica-Dialética como Caminho do Pensamento Social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 83-108.

MITRE, Sandra Minardi et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & saúde coletiva**, v. 13, p. 2133-2144, 2008.

QUIJANO, Aníbal. **Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder**. Buenos Aires: CLACSO, 2014.

_____. Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina. **Ecuador Debate**. Quito-Ecuador, agosto/1998, p.227-238.

OLIVEIRA, Maria Roseane Cordeiro de. **A prática pedagógica das/nas escolas Xukuru: encontros com a pedagogia decolonial na comunidade-escola**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco, 2021.

OLIVEIRA, Thiago Ranniery Moreira de; PARAÍSO, Marlucy Alves. Mapas, dança, desenhos: a cartografia como método de pesquisa em educação. **Pro-Posições**, v. 23, p. 159-178, 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023**. 2013.

ORTIZ OCAÑA, Alexander; ARIAS LÓPEZ, María Isabel. Hacer decolonial: desobedecer a la metodología de investigación. **Hallazgos**, v. 16, n. 31, p. 147-166, 2019.

ORTIZ OCAÑA, Alexander et al. **Decolonialidad de la educación**. Emergencia/urgencia de una pedagogía decolonial. Magdalena-Mexico: Editorial Unimagdalena, 2018.

PATZI, Félix. Etnofagia Estatal. Modernas Formas de Violência Simbólica (Una aproximación al análisis de la Reforma Educativa). **Revista de APS**, v. 13, n. 4, 2010.

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

PORTO-GONÇALVES, Carlos Walter. Abya Yala. **Chakaruna**. Rio de Janeiro, v. 11, p. 272-280, 2009.

PRATT, M. L. **Imperial eyes: travel writing and transculturation**. London/New York: Routledge. 1992

RAMOS, Elisa Urbano. Lideranças mulheres indígenas em Pernambuco e o cuidado com a saúde. In: Coletivo Vozes Indígenas na Saúde Coletiva. **Vozes indígenas na produção do conhecimento: para um diálogo com a saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2022.

RICOEUR, Paul. **Interpretação e ideologias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

ROLNIK, Suely. **Cartografia ou de como pensar com o corpo vibrátil**. São Paulo: Núcleo de Estudos de Subjetividade da PUC, 1987.

_____. **Esferas da insurreição: notas para uma vida não cafetinada**. São Paulo: N-1 Edições, 2019.

ROSA, João Guimarães. **Grande sertão: veredas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A cruel pedagogia do vírus**. São Paulo: Boitempo, 2020.

SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula. **Epistemologias do sul**. 2010. p. 637-637.

SAVIANI, Dermeval. **Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações**. 12. ed. Campinas-SP: Autores Associados, 2021.

SCOPEL, Raquel Paiva Dias. **A cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto: autoatenção e medicalização entre os índios Munduruku**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

SILVEIRA, Hendrix Alessandro Anzorena. **Exunêutica: construindo paradigmas para uma interpretação afro-religiosa**. Faculdade EST, Mestrado Acadêmico em Teologia e História, Disciplina de Hermenêutica, Novo Hamburgo, 2012.

SPINOZA, Benedictus de. **Ética**. Tradução de Tomaz Tadeu. Belo Horizonte-MG: Autêntica, 2013.

TARSO, Saulo Gusmão da Silva de; LORENA, Manoel Henrique Alves. **Caprinocultura como estratégia de preservação ambiental: como caprinos podem passar de ameaça à desertificação para agentes de recuperação ambiental no Semiárido**. Revista Brasileira de Buiatria, v. 4, n. 2, p. 28-51, 2023.

THOMPSON, J. **Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação em massa**. 9. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2011.

TUBINO, Fidel. **Del interculturalismo funcional al interculturalismo crítico**. Rostros y fronteras de la identidad, v. 158, p. 1-9, 2004.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Apresentando Educação Popular na Universidade. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão; CRUZ, Pedro José Santos Carneiro (orgs.). **Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência**. São Paulo / João Pessoa: Hucitec / Ed. Universitária da UFPB, 2011a. p. 15-24.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular e o movimento de transformação da formação universitária no campo da saúde. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão; CRUZ, Pedro José Santos Carneiro (orgs.). **Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência**. São Paulo / João Pessoa: Hucitec / Ed. Universitária da UFPB, 2011b. p. 362-397.

WALSH, Catherine. **Interculturalidad colonialidad y educación**. Revista Educación y pedagogía, n. 48, p. 25-35, 2007.

_____. **Interculturalidade crítica e pedagogia decolonial: in-surgir, re-existir, re-viver**. In Educação Intercultural na América Latina: entre concepções, tensões e propostas. p. 12-42, 2009.

_____. **Interculturalidad y (de) colonialidad: Perspectivas críticas y políticas**. Visão Global, v. 15, n. 1-2, p. 61-74, 2012.

_____. **Lo pedagógico y lo decolonial: Entretejiendo caminos**. En cortito que's pa'largo, 2014.