

# POR ENTRE SOCIABILIDADES DIVERSAS: EXPERIÊNCIAS DE UM PROJETO DE EXTENSÃO NA SAÚDE INDÍGENA

Sílvia Maria Ferreira Guimarães<sup>1</sup>  
Jéssica Camila de Sousa Rosa<sup>2</sup>  
Joaquim Pedro Ribeiro Vasconcelos<sup>3</sup>  
Flávia Reis Andrade<sup>4</sup>

## RESUMO

Este artigo pretende analisar o projeto de extensão criado com o objetivo principal de realizar atividades com os pacientes e acompanhantes indígenas sob tratamento médico ou aguardando alguma consulta na rede de atenção à saúde do DF. O local da extensão é a Casa de Saúde Indígena do DF onde ocorrem oficinas e rodas de conversa voltadas para o compartilhamento de experiências vividas nas diversas comunidades das etnias encontradas e no atendimento que estão recebendo no espaço urbano. Ao longo do processo de desenvolvimento das atividades, percebe-se que, para os indígenas, a extensão potencializa a construção de ações que permitem subverter o espaço disciplinador que lhes é imposto e, ao mesmo tempo, insere os estudantes em situações de desigualdades na saúde, levando-os a refletir sobre os processos de saúde-adoecimento dos povos indígenas e a maneira como os enfrentam.

**Palavras-chave:** Indígena. Saúde. Oficinas e Rodas de Conversa.

## ABSTRACT

This article analyzes the extension project created with the main purpose to perform activities with indigenous patients that are doing medical treatment in the health care network at Distrito Federal. The activities take place at Casa de Saúde Indígena (CASAI) where workshops and conversation circles are developed. Those activities focus on the experiences lived in the ethnic groups and in the health service that they get in. Throughout the development of activities, it is clear that, for the Indians, the extension project is a moment where they can subvert the disciplinary space that is imposed on them. At the same time, the project places the students in situations of health inequalities. This situation permits the students to reflect on the health-disease processes of indigenous peoples and the way they are received in the health services.

**Keywords:** Indigenous. Health. Workshops and Conversation Circles.

<sup>1</sup>Professora doutora do curso de Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Faculdade UnB Ceilândia, guimaraes.silvia@gmail.com

<sup>2</sup>Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Faculdade UnB Ceilândia, j.rosa81@gmail.com

<sup>3</sup>Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Faculdade UnB Ceilândia, jpedrounb@gmail.com

<sup>4</sup>Professora doutora do curso de Saúde Coletiva da Faculdade UnB Ceilândia, flaviaandrade@unb.br

## 1 Introdução: da negociação aos encontros permanentes

O projeto de extensão “Práticas Médicas Indígenas e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: ações na CASAI/DF” foi criado a partir de um projeto de pesquisa, ainda em curso, que pretende compreender o atendimento indígena na média e alta complexidade na rede de saúde do Distrito Federal, isto é, quando vivenciam procedimentos médicos ambulatoriais e hospitalares. Nesta Unidade da Federação, há apenas 6.128 indígenas, de acordo com o Censo Demográfico 2010, e não há terras indígenas identificadas (IBGE, 2010). No entanto, os serviços de saúde do DF são referência nacional para a alta e média complexidade no atendimento indígena e com isso recebe etnias de vários estados.

O local de execução dos projetos de pesquisa e extensão é a Casa de Saúde Indígena do Distrito Federal (CASAI/DF), localizada em uma área rural próxima à Rodovia DF-250, distante, aproximadamente, 8,5 km da Região Administrativa do Paranoá. O projeto de extensão vem sendo realizado nesse lugar desde 2013, sendo que as saídas para o trabalho de campo na CASAI/DF da equipe composta pela coordenadora desse projeto e estudantes da Universidade de Brasília ocorrem durante o semestre letivo às quartas-feiras, no período da tarde. As atividades contam com a participação de um grupo de estudantes dos cursos de Saúde Coletiva, Terapia Ocupacional, Enfermagem, Farmácia, Medicina e Ciências Sociais da Universidade de Brasília<sup>5</sup>.

No processo de negociação para realização do projeto de pesquisa na CASAI/DF, junto à Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde, órgão responsável por essa instituição, foi demandado à coordenadora da pesquisa a elaboração

de um projeto de extensão que envolvesse os indígenas e acompanhantes hospedados nesse local. Desse modo, o projeto de extensão foi criado com o objetivo principal de realizar ações de extensão com os pacientes e acompanhantes indígenas sob tratamento ou aguardando alguma consulta na rede de atenção à saúde do DF.

Distantes de suas comunidades, de suas rotinas e de seus familiares e amigos, esses indígenas se encontram imersos em outro espaço-tempo, que pode ser analisado como disciplinador de seus corpos (FOUCAULT, 2000), pois eles passam a ser inseridos em práticas de cuidado que desconsideram a subjetividade e o contexto social de onde vêm e que os submetem a uma rotina monótona e disciplinada pelo cuidado biomédico<sup>6</sup>. Em tal instituição, são percebidos elementos do que Goffman (1974) definiu como uma instituição total, pois se trata de um estabelecimento fechado que funciona em regime de internação, onde as pessoas vivem em tempo integral. Funciona como local onde se concentram todas as atividades dos sujeitos. Eles dormem, comem, cuidam da sua higiene, recebem cuidados biomédicos e passam o tempo. Há uma equipe dirigente que exerce o gerenciamento administrativo e das práticas terapêuticas e alimentares da vida na instituição. Dentro deste local uma nova socialização é desencadeada, modeladora dos corpos em tratamento biomédico. Percebe-se que os indígenas na CASAI/DF vivenciam uma terapêutica invasiva e, muitas vezes, desconhecida para eles, principalmente com relação aos efeitos sobre seus corpos e vida.

Diante desse contexto, as ações de extensão se configuram em rodas de conversas e oficinas com os indígenas, voltadas para o compartilhamento de experiências vividas nas diversas comunidades das etnias encontradas e no atendimento que estão recebendo no espaço urbano. Ao longo do processo de desenvolvimento das atividades, a extensão potencializa a construção de ações que permitem subverter o espaço disciplinador que lhes é imposto e, ao mesmo tempo, apresenta aos profissionais de saúde presentes no local (médico, enfermeiros,

<sup>5</sup>Os estudantes que passaram por este projeto e tiveram uma participação essencial para o seu desenvolvimento foram: Joicilene Cruz Mandulão, Amanda Juliette Araujo, Stelamares Menezes, Fabrício Ribeiro, Brenda Oliveira, Kennedy Bonifácio, Luiza Gabriela Matos, Mônica Lima Lopes, Dyego Ramos Henrique, Amanda de Araújo Fonseca, Rodrigo Silvério de Oliveira Santos, Erivânia Carvalho Fortunato, Lucas Wandenkolck Silva, Jussinara Silva de Oliveira, Vilma Benedito de Oliveira, Ana Caroline Lucena de Paulo, Emily Raquel Nunes Vidal, Klauss Kleydmann Sabino Garcia, Leonardo de Souza Lourenço Carvalho, Rafaela Alves Silva, Rodrigo de Souza Barbosa, Tamara Silva da Costa, Thayna Karoline Sousa Silva.

<sup>6</sup>Entende-se por prática biomédica, a medicina estudada em ambiente acadêmico.

psicólogos, pedagogos e técnicos em enfermagem) a possibilidade de construção de processos de trabalho diversificados, especialmente na relação entre profissional e indígena (usuário), conforme será discutido adiante.

As oficinas são organizadas e planejadas pelos estudantes que participam do projeto de extensão. O contexto da CASAI/ DF insere esses estudantes em situações de desigualdades na saúde, levando-os a refletir sobre os processos de saúde-adoecimento dos povos indígenas e a maneira como os enfrentam. É sabido que os indígenas, no Brasil, apresentam piores indicadores de saúde quando comparados com o restante da população (COIMBRA; SANTOS, 2000; GUIMARÃES; DOMINGUEZ; PINTAS, 2015). A imersão dos estudantes nesse contexto tem-se revelado ponto fundamental em suas formações acadêmicas.

## **2 O contexto da Casa de Saúde Indígena do DF: a política de saúde indígena**

Para compreender o que são as Casas de Saúde Indígena é necessário discutir o processo de criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI). A partir da Constituição Federal de 1988, que garantiu o direito à saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei nº 8.080 de 1990, os segmentos que atuavam em diversos movimentos indígenas, no Brasil, passaram a demandar melhores condições de saúde para esses povos (GARNELO, 2012). Aliado a essas demandas, a Constituição Federal garantiu aos povos indígenas o direito a ser diverso, o que obriga o Estado brasileiro a fomentar políticas públicas que reforcem a diversidade. Assim, as políticas na área de saúde devem contemplar essa diversidade e serem específicas às etnias indígenas.

Dentre as principais preocupações do movimento sanitário que participou no período constituinte, estava em pauta o SUS estender a assistência à saúde a todos os lugares do Brasil e a todos os grupos populacionais, incluindo aqueles que não contribuíam por meio de empregos formais e/ou viviam em locais distantes dos centros urbanos, caso dos indígenas (ESCOREL, 2008). Esse aspecto universal definiu o SUS, também, como uma política de proteção social, voltada para a redução

das desigualdades sociais. Assim, um dos princípios encontrados no direito à saúde, no Brasil, é o da solidariedade (AITH, 2007), o que significa que a pessoa que contribui, faz isso para si e para outrem que não se encaixa no perfil do contribuinte, que é o caso dos indígenas que vivem em seus territórios tradicionais.

No processo de consolidação do SUS, havia e ainda há a preocupação de dar prioridade à Atenção Primária à Saúde (APS), o que se contrapõe/contrapõe à maneira hospitalocêntrica e urbana que domina o SUS. De acordo com Garnele (2012), a APS deve estar pautada no uso de técnicas simples e eficientes, capazes de responder às realidades de diversos grupos sociais. Esse nível de atenção deve ocorrer preferencialmente nos territórios dos sujeitos. O grande desafio estava, e ainda está, em ter a cobertura das ações de saúde nos rincões do território nacional. Mesmo com os direitos garantidos na Constituição Federal de 1988 e a criação da Lei Orgânica do SUS, as populações indígenas não haviam vivenciado qualquer tipo de efeito diante do direito à saúde, assegurado na Carta Magna.

O fato de os modos de vida e regimes de saberes indígenas serem singularidades e, obrigatoriamente, deverem ser respeitados em quaisquer políticas públicas voltadas para eles, revelou que o SUS, como se apresentava, não dispunha de preparo adequado para atendê-los (GARNELO, 2012). Tendo em vista que nada havia mudado nos contextos indígenas, após o SUS, foi apresentada a proposta de organização de um sistema de saúde específico para os povos indígenas. Tratava-se de um subsistema do SUS, que deveria estar vinculado hierarquicamente aos serviços do SUS.

Desse modo, em 1999, foi aprovada a lei Arouca (lei nº 9.836) que cria o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), como componente do SUS e sob a responsabilidade da União. Estrutura-se por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), os quais se operacionalizam em uma rede de serviços de saúde, que deveria oferecer cuidados de atenção primária à saúde, adequados às realidades locais. Garnele (2012) expõe que cada DSEI tem uma rede de serviços, na qual o atendimento é realizado segundo níveis diferenciados de complexidade técnica das ações de saúde. Portanto, cada DSEI conta com postos de saúde localizados nas aldeias, polo base localizados nas aldeias ou sede dos municípios, Casa de Saúde Indígena e unidades

de referências, até alcançar a rede do SUS, com os hospitais nos centros urbanos.

Portanto, a partir da lei Arouca, os povos indígenas passaram a ter acesso garantido ao SUS, em um sistema articulado de referência e contrarreferência que engloba o contexto local, regional e dos centros especializados, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. Atualmente, existem ao todo 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) no Brasil.

O SASI deveria ter especificidades operacionais, conceituais e terapêuticas para lidar com os indígenas. Uma dessas é a descentralização, via municipalização, que marca o SUS, mas que não é possível de acontecer no caso dos grupos indígenas, tendo em vista que os municípios são arenas históricas de conflitos entre indígenas e não indígenas. Vizinhos aos seus territórios tradicionais, em regiões que englobam os municípios próximos, encontram-se grupos que os ameaçam e visam seus territórios. Assim, diante desses embates localizados que marcam as histórias do contato de indígenas com a sociedade envolvente, pensou-se que o governo federal deveria ser o responsável pela execução da política indígena, e não os municípios.

Desse modo, de acordo com Garnelo (2012), a gestão da saúde indígena está com o Ministério da Saúde, que hoje atua por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), responsável por coordenar e executar as ações dessa saúde. Outra questão importante é o respeito às práticas médicas indígenas e, mais do que isso, o papel da gestão e dos serviços de saúde em estimular a articulação entre saberes e práticas indígenas com os biomédicos. No entanto, os profissionais de saúde, em sua maioria, constroem barreiras intransponíveis e acabam por desencadear ações preconceituosas sobre os saberes indígenas.

Após a criação do Subsistema, foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI), conforme consta na Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Essa visa garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, apresentando um ponto importante que é contemplar a diversidade social e cultural. Por conseguinte, diante de uma política tão recente e dos problemas e conflitos encontrados no SUS, ainda são muitos os entraves no modo de efetivação dos serviços, tanto na aldeia quanto na

cidade. Assim, é necessário produzir conhecimento sobre ou experimentar/criar processos de trabalho no campo da saúde indígena, pois após a criação dessa legislação específica, os povos indígenas continuam tendo os piores indicadores em comparação com o resto da população nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Diante deste quadro, as Casas de Saúde Indígena são unidades importantes para o atendimento indígena na cidade, quando os indivíduos entram na média e alta complexidade. Ao todo o Brasil conta com 74 Casas de Saúde Indígena, divididas entre os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. De acordo com gestores do Ministério da Saúde, essas Casas se dividem entre locais, regionais e nacionais, o que as especificam é a procedência das etnias que estão nas mesmas: aquelas que recebem indivíduos de regiões mais próximas, dentro de um mesmo distrito, são as locais; aquelas que recebem de uma região mais ampla, englobando mais de um distrito, são as regionais e as que recebem de todo o Brasil são as nacionais.

Essas Casas são sediadas nas cidades próximas às aldeias ou estão localizadas em cidades onde há centros hospitalares e têm como principal objetivo acolher os indígenas encaminhados das aldeias e dos polos base, que receberão algum tipo de tratamento médico especializado nas cidades. Por conseguinte, fornece apoio ao paciente indígena em trânsito, para exames e tratamento, tendo em vista que é muito difícil o indivíduo ter suporte familiar ou condições financeiras de arcar com os custos, quando estão no espaço urbano. Enfim, são unidades específicas do SASI e atuam como elo importante na rede quando os indígenas vivenciam processos de hospitalização.

Assim, PNASPI define as CASAIs como "(...) responsáveis pelos serviços de apoio às atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade". De acordo com gestores da CASAI/DF, essa presta os seguintes serviços: recebe pacientes e seus acompanhantes encaminhados pelos DSEI; aloja e fornece alimentação para pacientes e seus acompanhantes durante o período de tratamento; estabelece os mecanismos de referência e contrarreferência com a rede do SUS; presta assistência de enfermagem 24 horas por dia aos pacientes pós-hospitalização e em fase de recuperação; promove educação em saúde e produção de artesanato; acompanha os pacientes para consultas, exames subsidiários e internações

hospitalares; faz a contrarreferência para os polos base, além de articular o retorno dos pacientes e acompanhantes às comunidades de origem, por ocasião da alta médica.

Cabe enfatizar que a CASAI/DF é definida como nacional, pois recebe pacientes de vários Distritos e está vinculada ao Departamento de Atenção à Saúde Indígena, da Secretaria Especial de Saúde Indígena, do Ministério da Saúde, diferentemente das demais que estão vinculadas aos Distritos. As principais etnias indígenas encontradas neste local são provenientes dos DSEI's Yanomami, do Leste, Xingu, Xavante dentre outros. A CASAI/DF recebe pacientes que realizam tratamentos prolongados como de neoplasia ou de doenças crônicas. Isso significa que alguns podem passar um longo período na instituição, o que tem implicações na vida desses sujeitos e no retorno para suas comunidades. É comum que a CASAI/DF apresente um número maior de acompanhantes do que pacientes (ROSA, 2013). O processo de saúde-adoecimento na maioria dos grupos indígenas é algo coletivo que requer o envolvimento de família extensa. Assim, por exemplo, em alguns grupos indígenas, o que o pai, a mãe ou esposa/marido comem, poderá afetar a saúde do sujeito a depender de sua fase no ciclo de vida. Por isso, a presença de acompanhantes, que em sua maioria são familiares de um paciente, muitas vezes, não se restringe a somente um indivíduo.

### **3 Caminhos metodológicos e a criação de formas de sociabilidades alternativas na CASAI/DF**

Conforme dito anteriormente, o objetivo principal do projeto de extensão é permitir experiências individuais e/ou coletivas para os indígenas, diferentes das rotineiras que vivenciam neste espaço. Desse modo, o projeto teve como pressuposto se “abrir” para as demandas dos indígenas e permitir que subvertam a ideia de uma instituição total que as CASAI's representam ao dar oportunidade aos indígenas de se expressarem da maneira que desejarem.

Uma situação que exemplifica essa atitude ocorreu em uma oficina voltada para saúde bucal quando se discutia alimentação. Foram levados

vários desenhos de alimentos para desencadear uma discussão sobre saúde bucal. Os indígenas explicaram sobre os alimentos que são encontrados ou não nas suas comunidades e começaram a discutir sobre a importância dos alimentos tradicionais e o perigo de alimentos não indígenas que passaram a ser consumidos. Nessa oficina, havia um adulto Yanomami, irmão e acompanhante de uma criança, que disse que iria dar explicações sobre a comida na sua aldeia, e para isso, elealaria primeiro em Yanomami e depois, em português. Havia somente mais uma mulher adulta Yanomami que compreendia o que ele falava e outras duas crianças Yanomami. Ele seguiu falando na sua língua, marcando sua identidade em meio a outras etnias e discursando à maneira Yanomami quando estão em reuniões políticas com não indígenas. Naquele momento, ele pode fazer uso de uma performance Yanomami em um ato de fala que não encontra espaço quando está em ambientes como a CASAI ou hospitais, ou melhor, quando está recebendo informações sobre o tratamento do seu irmão. Em tais situações sua opinião é desconsiderada e a possibilidade de falar no modo de ser Yanomami é inexistente.

Voltando às atividades, essas acontecem por meio de rodas de conversa e oficinas, que, a partir de um desenho metodológico, criam ambiências singulares. “As rodas de conversas constituem-se em uma metodologia utilizada nos processos de intervenção comunitária, trata-se de fomentar debates acerca de uma temática, criando espaços de diálogo, nos quais os sujeitos podem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos” (NASCIMENTO; SILVA, 2009). Tem como principal objetivo motivar a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da socialização de saberes e da reflexão voltada para a ação. Envolve, portanto, um conjunto de trocas de experiências, conversas, discussão e divulgação de conhecimentos entre os envolvidos nesta metodologia.

Por sua vez, as oficinas são outra modalidade de metodologia de trabalho em grupo (CANDAUI, 1999), caracterizada pela construção coletiva de um saber, de análise da realidade, de compartilhamento de experiências, de práticas e modos de viver/ fazer. Nesse âmbito, o saber/fazer não se constitui apenas no resultado final do processo de aprendizagem, mas, também, no processo de construção do conhecimento e da prática. Assim, desenvolve-se uma experiência de troca de saberes/práticas em que todos

constroem juntos o conhecimento e a prática, em um tempo-espaco da oficina para vivência e reflexão. Assim, conforma-se o lugar para a participação, o compartilhamento, o aprendizado e a sistematização dos conhecimentos (CANDAUI, 1999).

Foram realizadas as seguintes oficinas e rodas de conversa:

#### **a) Oficina de artes e grafismo indígena**

Esta oficina promove o compartilhamento das artes indígenas. Está voltada para a troca de saberes e práticas sobre técnicas e desenhos de grafismo corporal entre as diversas etnias que estão na CASAI/ DF. Os materiais utilizados são naturais ou outros adequados, como tintas para o corpo. Também são produzidas histórias em quadrinhos ou desenhos que retratam as narrativas contadas na oficina de histórias e brincadeiras. Outro momento desta oficina é a criação de um espaço para que seja compartilhada a produção de arte indígena na cultura material, para tanto, são utilizadas miçangas, cabaças e sementes, além de outros materiais como argila e barro.

Nessas oficinas, adultos pintam os corpos de seus filhos, estudantes e funcionários da CASAI/ DF com motivos que utilizam em momentos rituais em suas aldeias. No processo de pintura, eles contam sobre como fazem uso das tintas, quais materiais são bons para pintar, como preparam o material, explicam os significados do grafismo e quando o utilizam. As especificidades de cada etnia são exaltadas e enfatizadas como o jeito Yanomami de pintar, o Kamaiurá, o Xavante, etc.

Materiais com argilas e cabaças promoveram uma ampla discussão sobre como esses materiais são trabalhados por mulheres ou homens em cada comunidade. No caso das cabaças, os estudantes trabalhavam com as mesmas enfeitando-as, o que causou muito riso por parte dos indígenas, pois essas não são usadas daquela maneira nas comunidades e isso desencadeou várias explicações sobre a cultura material e seus significados. Muitos levaram sementes de cabaça para suas comunidades.

#### **b) Rodas de conversa sobre promoção da saúde indígena e biomédica**

Esta oficina permite uma discussão sobre promoção da saúde com relação às principais enfermidades e agravos apresentados pelos indígenas na CASAI/ DF. Cria-se um debate sobre promoção

da saúde biomédica e das práticas localizadas, isto é, as praticadas pelos indígenas nas aldeias. Distribuídos em pequenos grupos, os estudantes fomentam a discussão sobre o atendimento indígena e os itinerários terapêuticos seguidos.

Para desencadear as rodas de conversa, atividades manuais são feitas, por exemplo, os indígenas trabalham com palitos de picolé produzindo pequenos cestos. As conversas não se dão em rodas que envolvem todas (os), mas em pequenas rodas entre os estudantes/professora e o grupo da pessoa que está doente e seus acompanhantes. Tratar de processos de sofrimento em ambiente coletivo com diversas etnias não é possível, pois muitos grupos indígenas acreditam que processos de adoecimento podem ser desencadeados devido a feitiços. Desse modo, outros indígenas podem ser vistos como uma fonte de ameaça e por isso não falam abertamente dos seus problemas. Por essa razão, essa roda é realizada com pequenos grupos, o que não significa que os outros não fiquem sabendo qual tratamento a pessoa está fazendo.

As conversas sobre os tratamentos nas comunidades e o biomédico permeiam todas as oficinas e rodas de conversa, quando os indígenas mencionam algo que estão vivenciando nos hospitais, suas expectativas e o que fizeram em suas comunidades para se cuidarem. Os participantes diferenciam os processos de adoecimento em que os cuidados indígenas podem atuar e aqueles que os médicos têm conhecimento.

#### **c) Rodas de conversa sobre histórias e brincadeiras indígenas**

Nesta roda de conversa, pretende-se promover entre os indígenas um espaço para contar histórias narradas pelos mais velhos e as brincadeiras que realizam nas aldeias. Os resultados surgem em narrativas contadas sobre diversas histórias encontradas entre as diversas etnias que estão na CASAI. Os adultos são os que mais participam. Em determinada situação, um velho Xavante contou a história da diferença que marca os Xavante dos não indígenas, explicando assim a diferença de povos no mundo. Há momentos onde funcionários da CASAI participam: em determinada ocasião, uma brigadista da CASAI participou contando histórias de sua região. Nessas ocasiões, todos (funcionários da CASAI e indígenas) acabam se colocando em uma mesma situação, apresentando elementos que

os identificam e, no caso dos funcionários, esses passam a se posicionar não hierarquicamente, mas horizontalmente diante dos indígenas, que estão em uma situação de desigualdade, imposta pela idéia de uma instituição total. Assim, ao longo desse processo, as pessoas se igualam no ato de contar histórias.

#### **d) Oficina de produção de vídeos e mostra de filmes**

Nesta oficina, crianças, jovens e adultos participam. São distribuídas filmadoras e máquinas fotográficas entre eles, os quais devem filmar os locais que desejarem na CASAI/ DF. Muitos entram nos quartos e filmam os parentes que estão por lá e fazem perguntas, criam situações embaraçosas para eles. Nessas situações, a CASAI é vista de outra maneira, abre-se para um cotidiano dos indígenas na CASAI, o que eles fazem para passar o tempo. Em determinada situação, um jovem Xavante foi filmar sua mãe que costurava no quarto e escutava a música de um Xavante, cantando na língua Xavante e em ritmo sertanejo. Ela começou a traduzir a música que afirmava sobre a importância de ser Xavante, o perigo do contato com o não indígena que quer acabar com os Xavante. O fato de muitos filmes mostrarem o interior dos quartos pode ser um sinal de que, neste ambiente, eles têm mais liberdade, são menos vigiados do que na área externa, onde há seguranças e profissionais de saúde circulando.

#### **e) Oficinas de cantos, danças e jogos**

Nesta oficina são realizadas brincadeiras, por meio das quais se pretende valorizar o lúdico, o brincar e a expressão de sentimentos. Inicialmente, todos se mostram tímidos, então as brincadeiras partem dos estudantes. Em uma dada situação, ao som de uma música foi feita uma brincadeira de duas rodas, uma interna e outra externa e, quando a música parava, as pessoas que se encontravam nas duas rodas deveriam se encarar, o que ri por último ganha a brincadeira. Em outra ocasião, uma pequena arara de pano circulou entre os indígenas que deveriam contar o que aconteceu com a arara na sua aldeia; após dar o seu relato, o qual, em geral, era cômico, a arara ia seguindo de mão em mão.

#### **f) Oficinas e rodas de conversa sobre saúde bucal**

São feitas discussões sobre os cuidados bucais realizados pelos indígenas nas comunidades e a troca de experiência sobre os cuidados realizados

em contextos biomédicos. Conforme mencionado anteriormente, a partir de desenhos de alimentos, os indígenas fazem relatos sobre a alimentação no universo indígena. Em uma dada situação, após a discussão na qual cada pessoa presente deveria falar sobre o desenho do alimento que estava em mãos, um velho líder Kamaiurá se levantou e disse que tinha muito a ensinar para os jovens não indígenas sobre os alimentos na sua comunidade. Ele fez um relato dos problemas que os alimentos não indígenas estavam causando na sua comunidade, afirmou que há vários alimentos que ele não conhece dos não indígenas e que ele sabia muito sobre os alimentos produzidos na sua comunidade. Várias brincadeiras como pescaria, caretas faciais e bola na cesta foram usadas para desencadear as conversas.

#### **g) Oficinas e rodas de conversa sobre roça de plantas comestíveis e medicinais**

Para esta oficina, os estudantes levam mudas de plantas medicinais e frutíferas para a CASAI/ DF, onde há muito espaço para plantio. Muitas das plantas medicinais levadas não são conhecidas pelos indígenas. A partir da explicação sobre os usos de determinada planta e após sentir o cheiro e a superfície da planta, são desencadeadas conversas sobre as plantas medicinais em cada comunidade e as existentes no universo não indígena. Alguns indígenas explicam que as plantas que curam em suas comunidades não podem ser plantadas, mas devem ser coletadas na floresta. O pessoal da cozinha da CASAI/ DF faz chás de algumas plantas coletadas e alguns provam. Todos participam ativamente desta oficina, os homens adultos são os que mais se envolvem fazendo buracos para as mudas maiores e mulheres e crianças plantam as mudas menores. As plantas são cuidadas pelos indígenas, enquanto estão na CASAI/ DF, alguns levam as mudas que estão plantadas quando retornam para suas aldeias, caso das mudas de algodão.

As oficinas são preparadas e planejadas antecipadamente pela equipe do projeto de extensão da Universidade de Brasília (UnB) assim como o material utilizado. No entanto, no momento das atividades de extensão, deve-se ter maleabilidade para saber levar as oficinas e deixá-los à vontade para participar e assumir o desenvolvimento das mesmas. Assim, os temas abordados e as práticas desenvolvidas são criados de maneiras diversas a depender se há maior participação de crianças ou de adultos.

## 4 Considerações finais

O importante nas atividades é encontrarmos o ponto onde se potencializa a possibilidade dos indígenas as usarem para subverter as práticas disciplinadoras em que estão envolvidos na CASAI/ DF ou o contexto controlado em que se encontram. Assim, as oficinas e rodas de conversa devem ser momentos em que os indígenas pautam as conversas e se situam acima dos estigmas nos quais estão imersos. Por conseguinte, deve ser criada uma relação dialógica que coloque os integrantes da extensão da UnB, em determinadas situações, como fonte de esclarecimentos sobre as dúvidas que os indígenas têm a respeito dos tratamentos que estão vivenciando. Por outro lado, para os estudantes da UnB, os indígenas são fonte de informações sobre a diversidade de práticas de cuidado encontradas no Brasil.

O projeto de extensão é um momento importante na formação dos estudantes, pois abarca seu sentido de “espaço de aprendizagem” ao inseri-los em uma situação de desigualdade e fazê-los refletir sobre a mesma (OLIVEIRA, 2004). No caso relatado, o projeto influencia na formação de profissionais de saúde mais humanizados para o atendimento

de populações específicas, desenvolvendo também técnicas de pesquisa participativas e intervenções singulares, que conversam com o modo de ser/viver dos diferentes grupos sociais.

O projeto de extensão relatado envolve o ato de pesquisar e, ao mesmo tempo, de intervir no cenário pesquisado, isto é, realizando as rodas e oficinas que potencializam a compreensão dos atores pesquisados e não somente isso, permite a criação de atividades estratégicas para mudança do ambiente. Dessa forma, o projeto de extensão em tela aborda o tripé da universidade: ensino, pesquisa e extensão.

Por sua vez, para os funcionários da CASAI/ DF que atuam com os indígenas, as atividades desenvolvidas acabaram por apresentar propostas que podem ser usadas pelos mesmos com os indígenas e que trazem uma nova perspectiva para o espaço da CASAI/ DF. Atualmente, há um pedagogo, nesse local, envolvido com o projeto de extensão em tela e que dá continuidade a algumas atividades que são realizadas no escopo do projeto de extensão, caso das roças com plantas medicinais e frutíferas.



## Referências

- AITH, F. **Curso de Direito Sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. SP: Quartier Latin, 2007.
- CANDAU, V. M. “Educação em Direitos Humanos: uma proposta de trabalho”. In: CANDAU, V. M.; ZENAIDE, M. N. T. **Oficinas Aprendendo e Ensinando Direitos Humanos**, João Pessoa: Programa Nacional de Direitos Humanos; Secretaria da Segurança Pública do estado da Paraíba; Conselho Estadual da Defesa dos Direitos do Homem e do Cidadão, 1999.
- COIMBRA, C.; SANTOS, R. **Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relação, com ênfase nos povos indígenas no Brasil**. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 5(1), 2000.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. RJ: Edições Graal, 2000.
- GARNELO, L. “Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde”. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (org.) **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**, 2012.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. SP: Ed. Perspectiva, 1974.
- GUIMARÃES, S.; DOMINGUEZ, A.; PINTAS, C. Saúde, Cidadania e Pobreza entre os povos indígenas. In: AVILA, C.; XAVIER, L.; FONSECA, V. (Org.). **Direitos Humanos, cidadania e violência no Brasil: estudos interdisciplinares: volume III**. 1ed. Curitiba: Editora CRV, v. 3, 2015, p. 363.
- IBGE. **Censo Demográfico de 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>. Acesso em: Junho de 2015.
- NASCIMENTO, M. A.; SILVA, C. Rodas de conversas e oficinas temáticas: experiências metodológicas de ensino-aprendizagem em geografia. In: **10º Encontro Nacional de Prática de Ensino em Geografia**, Porto Alegre, ago. – set., 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico, Secretaria de Vigilância em Saúde**, vol. 46, nº 10, 2015.
- ROSA, J. C. S. **A gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no Distrito Federal através dos itinerários terapêuticos dos povos indígenas**. Monografia de graduação em Saúde Coletiva, UnB, Brasília, 2013.