

Ouriques Ferreira, Luciane
O Desenvolvimento Participativo da Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto
Vigisus II/Funasa
Saúde e Sociedade, vol. 21, núm. 1, mayo, 2012, pp. 265-277
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263672023>

O Desenvolvimento Participativo da Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/Funasa¹

The Participant Development in Traditional Indigenous Medicine Area, Project Vigisus II/Funasa

Luciane Ouriques Ferreira

Doutora em Antropologia Social. Professora Visitante do Departamento de Saúde Coletiva/Universidade Federal de Brasília, Pós-Doutoranda na Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz.

E-mail: lu.ouriques@yahoo.com.br

¹ Este artigo foi baseado no trabalho apresentado à 3^a edição do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, 2008, tendo recebido menção honrosa como "Experiências Exitosas".

Resumo

O artigo trata sobre o desenvolvimento participativo das ações da Área de Medicina Tradicional Indígena (AMT) do Projeto Vigisus II/FUNASA. A Área tem como objetivo a construção de estratégias para a articulação entre os sistemas médicos indígenas e o sistema oficial de saúde, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. As principais atividades executadas foram os projetos participativos de pesquisa-ação que podem ser classificados em três eixos transversais: sistemas tradicionais de parto indígenas; plantas medicinais; xamanismo e intermedicalidade. Os resultados qualitativos alcançados pelo eixo sistemas de parto indígenas são aqui apresentados de modo a demonstrar o quanto a articulação dos serviços de saúde com as medicinas tradicionais indígenas é condição fundamental para a efetivação do princípio da integralidade em um modelo diferenciado de atenção à saúde indígena.

Palavras-chave: Medicina tradicional indígena; Articulação entre sistemas de saúde; Integralidade.

Abstract

The article presents the participative planning of health care actions in the Indigenous Traditional Medicine Department, of Project Vigilus II/Funasa (National Foundation for Health). This department's function is to build strategies for the articulation between the indigenous medicine systems and the official health care system, was established at the National Health Care Policy for Indigenous People. The main activities developed were participant projects of research-action organized along three transverse axes: indigenous childbirth's traditional systems; medicine plants; shamanism and intermedicine. Qualitative results reached at the indigenous systems of childbirth axis are presented here, in order to show how the articulation with traditional indigenous medicine is a core condition to fulfill the principle of integrality in a differentiated model of indigenous health care.

Key-words: Traditional indigenous medicine; Articulations between health care systems; Integrality.

Introdução

Desde o final da década de 1970 as medicinas tradicionais e seus praticantes vêm sendo identificados pelos Organismos Internacionais, tais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), como recursos a serem considerados na organização local da atenção primária a saúde, de modo a colaborar para a melhoria da saúde das comunidades e populações. A Declaração de Alma-Ata, produzida na Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde em 1978, já afirmava a importância dos praticantes das medicinas tradicionais trabalharem em cooperação com as equipes de saúde de modo a atender às necessidades das populações (Alma-Ata, 1978).

Em 2002 a OMS, considerando as experiências desenvolvidas desde os anos 70, publica o documento “Estratégia da OMS sobre a Medicina Tradicional 2002-2005”, incentivando os países membros a incorporarem aos sistemas oficiais de saúde as medicinas tradicionais por meio da criação de políticas nacionais específicas (OMS, 2002). Por medicina tradicional a OMS entende um conjunto de práticas e conhecimentos sobre saúde utilizados “para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir as enfermidades” (OMS, 2002, p. 7).

Dessa forma, o acesso das populações aos serviços de saúde seria ampliado, na medida em que estes contariam com a cooperação dos praticantes tradicionais para “a disseminação eficaz de mensagens sanitárias importantes entre as comunidades, além de fomentar a prática segura da Medicina Tradicional” (OMS, 2002, p. 28). As medicinas tradicionais indígenas também são contempladas neste documento produzido pela OMS.

No Brasil, no mesmo ano em que foi publicado o documento sobre a Medicina Tradicional (OMS, 2002), é aprovada a Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (PNASI)². Com a criação de uma política específica para a saúde indígena o Estado Brasileiro buscou compatibilizar “as Leis Orgânicas de Saúde com a Constituição Federal, que reconhece aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais” (Brasil, 2002, p. 6). Dessa forma, busca garantir aos

² Portaria, 254/MS, de 31 de janeiro de 2002.

povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A PNASI ao reconhecer a eficácia empírica e simbólica das medicinas tradicionais indígenas e o direito dos povos indígenas à sua cultura, institui uma Diretriz que orienta os serviços de saúde a atuarem de forma articulada aos “sistemas tradicionais indígenas de saúde”, como forma de obter a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas (Brasil, 2002, 18). Ao invés de preconizar a incorporação das medicinas tradicionais ao sistema nacional de saúde, a PNASI recomenda que seja promovida a articulação das medicinas tradicionais indígenas aos serviços de saúde. Assim ela evita reproduzir a política indigenista “integracionista” que vigorou no Brasil até o advento da Constituição Nacional de 1988.

Apesar de existirem princípios comuns subjacentes aos sistemas tradicionais indígenas de saúde, no contexto brasileiro a diversidade sociocultural dos povos indígenas corresponde à diversidade de medicinas tradicionais. O território brasileiro está organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) que abarcam 225 etnias e, aproximadamente, 180 línguas diferentes (Ricardo e Ricardo, 2006). Com isso, a articulação entre as medicinas tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde, como prevista pela PNASI, constitui-se num desafio, já que deve contemplar as especificidades socioculturais de cada uma delas e prever a criação de estratégias locais para a sua articulação aos serviços de saúde prestados a essas comunidades.

A Área de Medicina Tradicional Indígena (AMTI)

Para desenvolver as estratégias de articulação dos sistemas tradicionais indígenas ao sistema de saúde oficial, conforme preconizada pela Diretriz 4.4 da PNASI (Brasil, 2002), foi criada a Área de Intervenção Medicina Tradicional Indígena (AMTI), no âmbito Subcomponente 2 - Ações Inovadoras em Saúde Indígena, do Projeto Vigisus II/Fundação

Nacional de Saúde³. Durante o ano de 2003, a partir das poucas experiências existentes no Brasil, foi elaborado o Plano de Ação da AMTI que começou a ser executado no final de 2004, quando teve inicio a vigência do Projeto Vigisus II.

Além de construir estratégias para a articulação entre os sistemas de saúde - indígena e oficial -, a AMTI também teve como objetivos contribuir para a valorização, fortalecimento e atualização dos saberes e práticas tradicionais de cuidado com a saúde; para a produção de conhecimentos e subsídios às políticas públicas; e para a consolidação do direito dos povos indígenas a uma atenção diferenciada à sua saúde.

Para o desenvolvimento de seu Plano de Ação foram envolvidos distintos agentes sociais (governamentais, não-governamentais, movimentos e comunidades indígenas) na construção e execução dos projetos participativos de pesquisa-ação sobre temas relacionados às medicinas tradicionais indígenas. A pesquisa-ação constituiu-se em uma estratégia metodológica adotada pela AMTI para instituir contextos propícios para o diálogo intercultural e possibilitar o desenvolvimento participativo de suas atividades. Assim, as pessoas indígenas deixam de ser agentes passivos e tutelados a quem se destinam as ações e os benefícios do Estado e passam a atuar como agentes criativos e co-responsáveis na busca de alternativas para solucionar os problemas que os assolam em seus cotidianos. Ao incentivar a mobilização e a reflexão comunitária dos povos indígenas a própria pesquisa se transforma em uma ação de intervenção, enquanto que as ações de intervenção propriamente ditas tornam-se momentos privilegiados para a coleta de dados. Nesse sentido, a participação se institui como o contexto ético a partir do qual as ações da AMTI foram realizadas.

Os projetos de pesquisa-ação, com orientação antropológica, combinaram o processo de produção de conhecimentos à realização de ações práticas propostas pelas lideranças indígenas à AMTI por ocasião da negociação da proposta técnica. Dessa forma eles alcançaram resultados de diferentes naturezas: os resultados da ação (práticos) e os

³ O Projeto Vigisus II, Projeto de Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, foi viabilizado por meio do Acordo de Empréstimo nº 7227 BR, de 1999, firmado entre o Governo Brasileiro e o Banco Interamericano para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD).

resultados da pesquisa (Thiollent, 2007, p. 20). Com estes projetos pudemos identificar os campos de atuação e de interação entre os sistemas médicos indígenas e o sistema oficial de saúde, produzir conhecimentos e traçar estratégias para a articulação local da medicina tradicional indígena ao sistema oficial de saúde.

Estas atividades foram organizadas em três eixos temáticos: saúde da mulher e da criança e os sistemas de parto tradicionais indígenas; recursos terapêuticos e remédios à base de plantas, animais e/ou minerais; xamanismo e intermedicalidade. O eixo saúde da mulher e da criança tem foco principalmente nas relações entre os sistemas tradicionais indígenas de parto e o sistema oficial de saúde. Já o eixo recursos terapêuticos contempla o uso de plantas medicinais feito em contextos socioculturais particulares. O terceiro eixo - xamanismo e intermedicalidade - encerra ações e projetos voltados para o conhecimento e o fortalecimento das instituições, rituais e praticantes das medicinas tradicionais indígenas importantes na manutenção da saúde e do bem estar dessas sociedades. Assim como foca os processos de indigenização da medicina ocidental realizados pelos povos indígenas (Follér, 2004).

As atividades da AMTI foram executadas no âmbito de doze Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Alto Juruá, Alto Purus, Leste de Roraima, Pernambuco, Alagoas/Sergipe, Litoral Sul, Interior Sul, Xavante, Cuiabá, Tocantins, Maranhão e Vilhena. A população indígena abrangida, direta ou indiretamente, compõe um total de 96.253 pessoas, organizadas em quarenta e uma etnias inscritas em oito famílias linguísticas diferentes.

Referencial Teórico: diálogos possíveis entre Antropologia da Saúde e Saúde Pública

Para continuarmos avançando na descrição das atividades realizadas pela AMTI se faz necessário situar o leitor acerca do referencial teórico adotado na condução das suas ações. Os conceitos aqui uti-

lizados são provenientes tanto do campo da Antropologia da Saúde, quanto da Saúde Pública.

Como afirmamos anteriormente, as medicinas tradicionais indígenas - ou sistemas tradicionais indígenas de saúde, como nomeia a PNASI - são compreendidas aqui como sistemas médicos onde estão inscritos os episódios de doença (Kleinman, 1973). Na perspectiva de Kleinman o modelo médico hegemônico também pode ser entendido como um sistema médico. É esse balizamento entre as medicinas tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde que torna possível que estratégias de articulação de sistemas possam ser utilizadas na construção de um modelo de atenção diferenciado à saúde indígena.

O conceito de sistema médico não somente privilegia os aspectos simbólicos da cultura, como diz respeito à integração de crenças etiológicas, às normas guiando a escolha e avaliação de tratamento, aos papéis sociais dos atores envolvidos, às relações de poder, aos eventos de interação e às instituições encarregadas das questões de saúde. [...] Portanto o que as pessoas percebem como doença e os sintomas a ela associados são modulados pelo sistema cultural, assim como as ações curativas tomadas e as avaliações subsequentes (Langdon, 1994, p. 118).

As medicinas tradicionais indígenas no Brasil são organizadas em duas arenas socialmente construídas e que se constituem em realidades clínicas específicas que integram o sistema médico: a popular e a familiar. Enquanto a arena popular é formada pelos diferentes especialistas de cura que compõe um determinado contexto sociomédico, a arena familiar constitui-se nas redes familiares e comunitárias por onde os saberes e as práticas de cuidados com a saúde estão amplamente difundidos. É neste âmbito que os primeiros procedimentos para a recuperação do doente são realizados; é aqui também que as decisões quanto à busca de tratamento, especializado ou não, são tomadas durante o processo terapêutico⁴. As redes sociais familiares envolvidas nos eventos de doença possuem um pa-

⁴ Para Kleinman (1973) os sistemas médicos podem possuir ainda mais uma arena que é a profissional. Esta é constituída pelos especialistas que passaram por um treinamento formal e profissionalizante, geralmente, diz respeito ao modelo de atenção hegemônico oficialmente reconhecido pelo Estado-Nação.

pel central na tomada de decisão acerca de quais os recursos terapêuticos serão utilizados durante do processo. Nesse sentido, o processo terapêutico se constitui no *locus* específico de articulação entre os vários recursos terapêuticos disponibilizados pelos diferentes sistemas médicos disponíveis aos sujeitos envolvidos no episódio patológico.

Ao reconhecer que as pessoas envolvidas no episódio patológico exercem sua agência com relativa autonomia ao escolherem as práticas e os especialistas da saúde mais adequados para tratar do caso e avaliarem o resultado e a eficácia do tratamento, Menéndez (2003) propõe o conceito de auto-atenção como principal núcleo de articulação de diferentes modelos de atenção à saúde.

Por autoatención nos referimos a las representaciones y prácticas que La población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento em forma autónoma o relativamente autónoma. Es decir que la autoatención refiere a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto de sus padeceres, incluyendo las inducidas, prescriptas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los sujetos conduce a que una parte de dicho proceso de prescripción y uso se autonomice, por lo menos en términos de autonomía relativa (Menéndez, 2003, p. 198).

As práticas de auto-atenção possuem dois níveis, um amplo e outro restrito. No nível amplo as formas de auto-atenção são empregadas para assegurar a reprodução biosocial dos sujeitos e grupos sociais; no sentido estrito, ela se refere às representações e práticas durante o processo terapêutico (Menéndez, 2003: 198). Para o autor, a auto-atenção é a primeira atividade que o grupo familiar, diretamente envolvido com o doente, realiza para restabelecer a saúde e o bem estar da pessoa enferma. Isso quer dizer

que, geralmente, no inicio de um padecimento esse grupo não recorrerá a um especialista de saúde, profissional ou popular. “A decisão de ir consultar um curador profissional e uma parte das atividades que se realizam [de forma autônoma] logo da consulta constituem também parte do processo de auto-atenção” (Menéndez, 2003: 201). Sendo assim, o que deve ser focado são as articulações que os distintos grupos sociais fazem das práticas, especialistas e tratamentos terapêuticos disponíveis em seu campo de ação.

Entretanto, se esses conceitos antropológicos orientaram a AMTI em suas ações tendo em vista a construção das estratégias de articulação entre as medicinas tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde, é no campo da saúde indígena que os mesmos precisam ser operacionalizados de modo a que a articulação de sistemas contribua para a qualificação da atenção e a consequente melhoria da saúde dos povos indígenas. Para tanto, é preciso colocar a perspectiva antropológica em diálogo com algumas das reflexões realizadas no âmbito da Saúde Pública. Dentre as noções fundamentais com as quais precisamos dialogar - que permitem a operacionalização da proposta de articulação entre as medicinas tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde - estão a vigilância em saúde enquanto modelo de atenção (Paim, 2003) e o princípio da integralidade da atenção, neste caso aplicado especificamente à saúde indígena.

O modelo de atenção da vigilância em saúde abarca as dimensões de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde. Nesse sentido, ele se refere “a um conjunto de ações voltadas para o conhecimento, previsão, prevenção e enfrentamento continuado de problemas de saúde”, possibilitando a “formulação de modelos de interpretação dos determinantes, riscos, agravos e danos [...]”, incorporando desde as ações sociais organizadas até as específicas de prevenção de riscos e agravos, bem como as de recuperação e reabilitação de doentes” (Teixeira e col., 1998, p. 15).

A operacionalização deste Modelo de Atenção requer que, além dos profissionais e trabalhadores de saúde, outros sujeitos, inscritos em comunidades específicas sejam envolvidos nas ações de saúde promovidas em seus territórios. Assim, o objeto se amplia para contemplar tanto a dimensão clínico-

epidemiológica quanto as determinações sociais que exercem influência sobre a saúde de uma certa população.

Nessa perspectiva, a intervenção também extrapola o uso dos conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias e inclui tecnologias de comunicação social que estimulam a mobilização, organização e atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde (Teixeira e col., 1998, p. 17).

Portanto, o modelo de Vigilância em Saúde comporta a proposta de articulação entre as medicinas tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde, na medida em que recomenda que distintos agentes sociais sejam envolvidos em todas as etapas existentes na produção de cuidado planejado a ser prestados aos povos indígenas. Agentes privilegiados para serem envolvidos no processo de Vigilância a Saúde são os diversos praticantes das medicinas tradicionais indígenas: sejam eles famílias e/ou especialistas.

O modelo de vigilância em saúde aponta para a necessidade de se obter informações confiáveis sobre a situação de saúde da população em foco, de forma a subsidiar a tomada de decisão e a intervenção planejada sobre doenças e agravos à saúde.

Trata-se, portanto, de desencadear um processo de construção de práticas de Vigilância da Saúde, tendo como eixo central o trinômio ‘informação-decisão-ação’, que se traduz no ponto de vista técnico-operacional, no uso de métodos/técnicas de planejamento que dêem um suporte ao processo de identificação e priorização de problemas de grupos populacionais de territórios delimitados e à articulação de operações integradas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação destinadas ao enfrentamento contínuo dos problemas selecionados (Teixeira e col., 1998, p. 20).

No caso da saúde indígena, recomenda-se que aos dados epidemiológicos sejam agregadas informações qualitativas sobre a assistência à saúde prestada no âmbito das medicinas tradicionais indígenas. Nesse sentido, a articulação entre os sistemas médicos indígenas e o sistema oficial de

saúde se realizaria desde a instância de produção de informação quali-quantitativas sobre a saúde da população até o planejamento participativo das ações em saúde no âmbito da promoção, da prevenção e da recuperação da saúde indígena.

O princípio de integralidade da atenção, postulado pelo Sistema Único de Saúde e neste caso estendido aos povos indígenas, poderá ser efetivado pelo modelo de atenção da Vigilância em Saúde se contemplar a articulação com os saberes, as práticas e os praticantes das medicinas tradicionais indígenas. Além de prever a oferta de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de acordo com as dinâmicas locais do processo saúde-doença, e encerrar a idéia de acessibilidade aos diferentes níveis de atenção, a noção de integralidade também pressupõe uma forma qualificada de contemplar as pessoas: os usuários do Sistema de Saúde são sujeitos e, portanto, a atenção deve ser totalizadora e levar em conta as dimensões biológicas, psicológicas e socioculturais, além dos contextos em que tais sujeitos estão inseridos (Campos, 2003, p. 8). Com isso, podemos afirmar que o reconhecimento das medicinas tradicionais indígenas como um âmbito comunitário da assistência à saúde, bem como a articulação deste com o sistema oficial de saúde, constituem uma estratégia fundamental para instituir a integralidade na atenção à saúde dos povos indígenas.

Apresentação da Experiência: um breve panorama das atividades da Área de MTI

Os projetos de pesquisa-ação fomentados pela AMTI entre os anos de 2004 e 2008 emergiram como produto das negociações realizadas entre lideranças vinculadas ao movimento indígena, com distintos pertencimentos étnicos, e a gerência da Área. Geralmente, as lideranças indígenas que procuraram a Área em busca de financiamento de projetos, apresentavam propostas de ações práticas, como por exemplo: capacitação de parteiras, ‘laboratório de plantas medicinais’, hortos, oficinas de transmissão de conhecimentos tradicionais, revitalização de rituais, roças tradicionais.⁵

⁵ Para um maior detalhamento das experiências dos projetos de pesquisa-ação executados pela AMTI ver Ferreira e Osório, 2007.

Estas propostas, então, passavam a ser problematizadas durante o processo de negociação com a gerência técnica da AMTI de forma a inseri-las no contexto de um projeto de pesquisa-ação, conciliando a proposta prática da liderança ao imperativo da produção de “conhecimentos situados” relativos tanto ao objeto enfocado (sistemas de parto tradicionais, uso de plantas medicinais, formação dos praticantes das medicinas tradicionais indígenas, etc.), quanto ao processo de desenvolvimento do próprio projeto.

A partir disso, pesquisadores de diferentes campos do saber científico foram convidados pela gerência da AMTI a participar do processo de elaboração da proposta técnica e compor as equipes de execução dos projetos. Tais equipes de execução possuíram uma composição interdisciplinar e interétnica, sendo integradas por antropólogos, farmacêuticos, etnobotânico, médicos sociais, agrônomos, biólogos, assim como por lideranças e outras pessoas indígenas.

Ao estabelecer a produção de conhecimentos associada às propostas práticas como critério para o financiamento dos projetos de medicina tradicional indígena, a AMTI buscou instaurar um processo reflexivo sobre os caminhos da autonomia das medicinas tradicionais indígenas como um âmbito de atenção comunitária à saúde, e evitar ações de

cunho assistencialista que poderiam conduzir ao estabelecimento de uma relação de dependência entre os povos indígenas e o Estado, o que seria nefasto para a organização sociocultural dos sistemas médicos tradicionais indígenas. Cabe acrescentar que em todos os projetos a AMTI atuou não só como instância financiadora, mas, além de estabelecer as diretrizes teóricas e metodológicas, também ofereceu assessoria técnica constante a todas as Organizações Não-Governamentais, Indígenas ou Indigenistas, proponentes dos projetos de pesquisa-ação, bem como às equipes interétnicas de execução das atividades. Desta forma se buscou primar pela excelência técnica dos resultados alcançados, tanto no que se refere à produção de conhecimentos e elaboração de produtos quanto para o alcance dos objetivos práticos estabelecidos pelo empreendimento de pesquisa-ação.

A AMTI desenvolveu oito projetos de pesquisa-ação sobre temas associados às medicinas tradicionais indígenas: cinco situados no eixo saúde da mulher, abordando questões relativas aos sistemas de parto tradicionais indígenas (eixo 1); três trataram sobre o uso das plantas medicinais (eixo 2); e três abordaram questões relativas ao xamanismo e intermedicalidade (eixo 3) (Quadro 1).

Os resultados alcançados pelas ações e projetos desenvolvidos pela AMTI podem ser classificados em

Quadro 1 - Projetos desenvolvidos pela Área de Medicina Tradicional Indígena segundo proponente e eixo temático

Projeto	Proponente	Eixo
Valorização e Adequação dos Sistemas de Parto das Etnias Indígenas do Acre e do Sul do Amazonas	Instituto Olhar Etnográfico; Organização das Mulheres Indígenas Sitoakore	1
Caracterização dos Sistemas de Parto entre os Povos Indígenas de Alagoas, Pernambuco e Paraíba	Comitê Intertribal de Mulheres Indígenas no Nordeste (COIMI)	1
Valorização das Práticas Culturais das Mulheres Xavante: dieta alimentar e medicinal na gestação e parto	Associação Xavante Warã	1
Articulação entre os sistemas médicos Timbira e o sistema oficial de saúde executado em parceria pelo DSEI Tocantins e Organizações Timbira	DSEI Tocantins e Organizações Timbira	1 e 3
Fortalecimento da Saúde Guarani-Mbyá	FUNASA/SP e lideranças Guarani	1 e 3
Medicina Tradicional Indígena Manoki, Nambikwara e Enawene-Nawe	Operação Amazônia Nativ (OPAN) e lideranças indígenas	2 e 3
Estudos para a Sustentabilidade Ambiental e Cultural do Sistema Médico Fulni-ô: Oficina de Manipulação de Plantas de uso Medicinal	Associação Mista Cacique Procópio Sarapó	2
Valorização dos Saberes e das Práticas Médicas dos Povos Indígenas do Leste de Roraima	Conselho Indígena de Roraima (CIR)	2

Eixos: 1 - saúde da mulher; 2 - uso das plantas medicinais; 3 - xamanismo e intermedicalidade

dois tipos: os da pesquisa e os da ação prática. Os resultados de pesquisa são, basicamente, qualificativos e apresentam uma caracterização etnográfica de campos específicos dos sistemas médicos indígenas contemplados (tais como sistemas de parto, uso de plantas medicinais, rituais de cura, especialistas das medicinas tradicionais indígenas), bem como uma descrição das interações estabelecidas entre as comunidades indígenas e os serviços de saúde no contexto intercultural da saúde indígena. Essas informações são fundamentais para que a perspectiva da articulação entre as medicinas tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde possa ser incluída nos sistemas de informação da saúde indígena e contemplada nos protocolos de atenção que orientam a ação dos profissionais de saúde nos territórios em que atuam. Assim, a articulação com os saberes e as práticas tradicionais indígenas de saúde seria contemplada no planejamento local e participativo dos serviços oferecidos à população, com o intuito de qualificar a atenção à saúde e efetivar o direito de atenção diferenciada à saúde.

Já as ações práticas realizadas no contexto dos projetos de pesquisa-ação permitiram que espaços de diálogo e reflexão entre lideranças e praticantes das medicinas tradicionais indígenas fossem instituídos, propiciando a criação de estratégias comunitárias autônomas para a valorização, fortalecimento e atualização dos saberes e das práticas tradicionais de saúde, e para a melhoria da saúde nas comunidades indígenas. Nesse sentido, as ações práticas incentivaram a mobilização comunitária e política dos povos indígenas envolvidos com os

projetos, reconhecendo-os como agentes criativos e co-responsáveis na busca de soluções para os problemas de saúde enfrentados em suas aldeias.

Para ilustrar o tipo de resultados alcançados pelos projetos participativos de pesquisa-ação, trataremos de forma sintética daqueles desenvolvidos no eixo saúde da mulher indígena.

Síntese dos Resultados do Eixo Saúde da Mulher

Dos oito projetos de pesquisa-ação executados, cinco deles estão situados no eixo saúde da mulher, abordando questões relativas aos sistemas tradicionais de partos indígenas. Por sistemas de parto entende-se um conjunto de saberes e práticas utilizadas por diferentes praticantes, especializados ou não, envolvidos no cuidado com a gestação, o parto e o pós-parto. Estes sistemas estão situados no âmbito dos sistemas médicos tradicionais indígenas mais amplos.

Os projetos que trataram essa questão foram: Valorização e Adequação dos Sistemas de Parto das Etnias Indígenas do Acre e do Sul do Amazonas; Caracterização dos Sistemas de Parto entre os Povos Indígenas de Alagoas e Pernambuco; Valorização das Práticas Culturais das Mulheres Xavante: dieta alimentar e medicinal na gestação e parto. Articulação entre os Sistemas Médicos Timbira e o Sistema Oficial de Saúde; Fortalecimento da Saúde Guarani. Estes projetos abarcaram vinte e oito etnias pertencentes a cinco troncos lingüísticos diferentes (Pano, Arawak, Arawa, Tupi-Guarani e Macro-Jê) que, por sua vez, estão distribuídas em oito DSEI (Quadro 2).

Quadro 2 - Estados, DSEI e Etnias envolvidas nos projetos de pesquisa-ação do eixo saúde da mulher

Estado	DSEI	Etnias
Acre e Sul do Amazonas	Alto Juruá e Alto Purus	Pano: Kaxinawá, Katukina, Shanënawa, Yawanawa, Jaminawa, Jaminawa-Arara, Nawa, Nukini, Arara. Arawak: Ashaninka; Apurinã, Manchineri; Arawa: Kulina, Jamamadi, Kaxarari, Camadeni.
São Paulo	Sul/Sudeste	Guarani
Mato Grosso	Xavante	Xavante
Tocantins e Maranhão	Tocantins e Maranhão	Timbira: Krahô, Apinajé, Krikati, Gavião Pyhcobjê, Apanjekra-Canela e Ramkokamekra-Canela
Alagoas	Alagoas/Sergipe e Pernambuco	Kariri-Xukuru; Geripankó; Karuazu; Pankararu

A partir de uma análise comparativa entre os resultados etnográficos apresentados pelos projetos de pesquisa-ação é possível inferir que, apesar dos saberes e das práticas e da organização dos cuidados tradicionais para com a gestação, o parto e o pós-parto variarem enormemente entre os povos indígenas aqui considerados, existe uma estrutura comum aos seus sistemas de parto tradicionais.

Uma primeira constatação se refere ao fato de que nem todos os povos possuem a parteira indígena como especialista institucionalizada atuando no contexto de suas comunidades: enquanto que alguns povos contam com a presença desta especialista, em outros os cuidado com a gestante, a parturiente e o recém-nascido ficam a cargo dos seus parentes mais próximos; aqui, são outros praticantes da medicina tradicional, como por exemplo os 'pajés', que atuam sobre as complicações que podem ocorrer durante a gravidez e o parto. Neste caso, os saberes e práticas de cuidado com a gestação, parto e pós-parto são amplamente difundidos entre as mulheres indígenas de uma determinada comunidade, estando localizados na arena familiar do sistema médico indígena. De qualquer forma, mesmo quando a figura da parteira está claramente definida, ela raramente atua fora do seu âmbito familiar e de parentesco.

Geralmente o termo com o qual os povos indígenas se referem às mulheres com experiência em assistir a partos aponta para o papel desempenhado por elas nestes eventos: antes de serem elas a fazerem o parto, porque o parto em condições normais se faz sozinho, o que estas mulheres fazem é "pegar o menino" que está nascendo e prestar os primeiros cuidados ao recém-nascido e à mulher que pariu - como o corte do cordão umbilical e os banhos de higiene e medicinais feito à base de ervas. As mulheres aprendem a "pegar menino" com a prática: ou atuando como auxiliar junto a sua mãe ou sua sogra; ou pela necessidade de assistir a um parto quando não há mais ninguém por perto que possa fazê-lo, situação que ocorre principalmente entre os povos indígenas do Acre e Sul do Amazonas. Nestas ocasiões, geralmente, quem orienta a iniciante é a própria mulher que está parindo que, na maioria das vezes, possui ampla experiência em parir, pois já teve muitos filhos.

Portanto, ao invés de utilizar a noção de parteira,

a AMTI desenvolveu o conceito de sistemas de parto para abranger o conjunto de saberes e práticas utilizadas pelas comunidades indígenas (gestante, família e especialistas) para cuidar da gestação, do parto e do pós-parto e que estão informados pela visão de mundo, pela organização social do parentesco e pela noção de corpo e de pessoa que vigora em cada um desses povos. Os cuidados tradicionais adotados durante a gestação possuem tanto a função de prevenir doenças quanto, principalmente, de preparar um parto rápido e sem dor para a parturiente. No período pós-parto também são tomadas uma série de medidas para proteger a saúde da mãe e do recém-nascido, contribuindo para a construção do corpo e da pessoa indígena.

Os cuidados realizados tanto durante a gestação quanto no pós-parto devem ser observados pelo casal e, em alguns casos, até mesmo pela família como um todo. Dentre os cuidados utilizados estão: dietas durante a gestação e o puerpério (resguardo); controle de condutas e emoções; uso de práticas terapêuticas: remédios à base de plantas e/ou animais, rezas etc. No momento do parto, propriamente dito, as mulheres que "pegam menino", sejam especialistas ou não, podem recorrer a massagens, rezas, cânticos e remédios à base de plantas (banhos e ingestão). Em algumas etnias, como já foi dito, quando o parto apresenta alguma complicaçāo, o pajé pode ser chamado a intervir já que é ele quem domina técnicas terapêuticas especializadas.

Na visão das mulheres indígenas que participaram dos projetos de pesquisa-ação, dar à luz na aldeia é melhor do que no hospital ou maternidade, devido ao fato da parturiente estar cercada pelos cuidados e afetos de seus familiares. Além de não recorrer à episiotomia, prática médica considerada como invasiva, na aldeia ela pode adotar uma posição para parir conforme a sua preferência, respeitar as dietas alimentares preconizadas para o período do resguardo e dar o devido destino às substâncias corporais, tais como a placenta, para garantir a saúde do recém-nascido.

Com relação ao parto hospitalar, existe um estranhamento no que se refere à forma como elas são geralmente acolhidas pelos serviços de saúde nos diferentes níveis da atenção. Além de se sentirem sós, sem contar com a presença de sua família, as

mulheres também ficam incomodadas por terem que se adequar às normas hospitalares no que diz respeito à postura, alimentação e ao tratamento dispensado ao recém-nascido, que pode, no entendimento de alguns povos indígenas, colocar em risco à saúde da criança e o seu bom desenvolvimento. Por outro lado, reconhecem a importância de recorrer às maternidades e hospitais em situações de risco, como por exemplo: quando a criança está mal posicionada no útero da mãe na hora de nascer, e a intervenção cirúrgica se faz necessária.

Os projetos de pesquisa-ação também identificaram a insuficiência de dados tanto epidemiológicos, quanto dos tipos e qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde às gestantes e parturientes indígenas nos distintos níveis de complexidade que encerra o sistema oficial de saúde. No que se refere aos cuidados dispensados ao longo da gestação, no parto e no período pós-parto, assim como às condições de atuação dos praticantes das medicinas tradicionais indígenas, não existem informações sistematizadas. Isso nos leva a concluir que, até o momento, os sistemas de parto indígenas não são reconhecidos como o primeiro âmbito de assistência à saúde a que, invariavelmente, recorrem as gestantes e parturientes indígenas, sendo invisíveis ao olhar tanto dos profissionais de saúde, quanto dos gestores das políticas públicas.

Uma questão interessante levantada pelo Projeto de Valorização e Adequação dos Sistemas de Parto das Etnias Indígenas do Acre e Sul do Amazonas diz respeito ao papel exercido pelos cursos de capacitação de parteiras realizados na região. Durante as Reuniões de Parteiras, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde que ocorreram na região de Alto Jura/Acre ficou evidente que mulheres com grande experiência prática na assistência à gestação e ao parto não se nomeavam parteiras porque não haviam feito os cursos de capacitação, enquanto que mulheres que nunca tinham feito parto, mas que fizeram o curso, se apresentavam como parteiras e começaram a ‘pegar menino’ depois de estarem capacitadas. Também encontramos mulheres que fizeram o curso de capacitação porque, afinal, sempre é bom ter um conhecimento básico sobre a situação, já que a qualquer momento eles podem ser necessários.

Como esses cursos foram realizados sem esta-

rem inseridos em um programa planejado de saúde materno-infantil, não temos como saber o impacto real dessa iniciativa sobre as condições de saúde das gestantes e nem tampouco avaliar o processo de apropriação dos conhecimentos e técnicas repassados durante o curso para mulheres indígenas que, a partir daquele momento, se tornaram parteiras. Sendo assim, podemos afirmar que, pelo menos nesta região, a figura da parteira tradicional indígena emerge na relação que os povos indígenas historicamente estabeleceram com o Estado, na medida em que os cursos foram realizados a partir do desenvolvimento de políticas públicas no local. Neste caso, a ‘parteira tradicional’ (como geralmente entendida pelos agentes governamentais que atuam na saúde indígena) entre os povos indígenas constitui-se em um advento moderno. A sua criação no âmbito das comunidades indígenas precisa ser avaliada tanto no que se refere à melhoria da qualidade da saúde materno-infantil, quanto no que diz respeito ao impacto que terá sobre a organização tradicional dos cuidados no contexto dos sistemas de parte indígenas.

A escassez de informações no que se refere à saúde materno-infantil indígena nos distintos níveis da atenção à saúde, incluindo aqui o da medicina tradicional indígena, dificulta a inclusão da questão da articulação entre diferentes sistemas no planejamento e organização da vigilância e das intervenções em saúde. Isto compromete as possibilidades de prestar uma atenção integral à gestação, parto e pós-parto de mulheres indígenas, bem como de efetivar uma atenção diferenciada à saúde indígena, pois o planejamento e a execução das ações poderão contemplar realmente as necessidades de saúde dos povos indígenas apenas se estiverem sustentados sobre informações qualitativas (etnográficas) e quantitativas referentes aos distintos níveis da atenção à saúde materno-infantil.

Dentre as informações primárias que precisam ser levantadas estão: número de partos domiciliares *versus* número de partos hospitalares; partos normais *versus* cesarianas realizados no âmbito hospitalar; complicações associadas ao parto quando este ocorre na aldeia; identificação dos cuidadores das gestantes em cada comunidade; práticas tradicionais utilizadas durante a gestação e o pós-parto;

número de consultas pré-natal e exames realizados; qualidade da atenção à gestante, à parturiente e ao recém-nascido nos distintos níveis da atenção à saúde materno-infantil. É preciso obter informações não só epidemiológicas, mas, sobretudo, sobre a assistência prestada nas aldeias e as oferecidas pelas unidades do Sistema Único de Saúde (postos de saúde, hospitais e maternidades indígenas). Apenas assim teríamos condições de planejar uma intervenção em saúde baseada na articulação dos sistemas de parto tradicionais aos serviços de saúde, de forma a otimizar os recursos terapêuticos comunitários disponíveis nos contextos locais, organizar as redes de cuidado, ampliando a cobertura, e garantir uma gestação e um parto seguros para as mulheres e crianças indígenas.

Podemos refletir sobre a organização dos serviços do Pólo-Base de Tarauacá na região do Alto Juruá no ano de 2006, período de execução do Projeto do Acre, como um caso exemplar no qual a articulação com os sistemas de parto tradicionais indígenas pode ser estratégica para garantir a segurança das gestações e dos partos indígenas, tanto nas aldeias quanto nos hospitalares.

Em 2006, este Pólo-Base contava com uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) composta por um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e um odontólogo. Esta EMSI era responsável por atender uma população de 2362 pessoas distribuídas em vinte e seis aldeias que, por sua vez, se localizam em cinco Terras Indígenas. A população indígena desta região pertence a diferentes etnias: Kaxinawá, Yawanawá, Katukina e Ashaninka.

Devido à dificuldade de acesso às aldeias indígenas, a maioria dessas comunidades recebia duas visitas por ano da EMSI, quando era feito o acompanhamento das gestantes, com a realização de alguns procedimentos clínicos. Entretanto, um dos primeiros obstáculos enfrentados pela Equipe é a identificação precoce da gestante (antes dos 120 dias de gravidez) e a sua adesão ao programa de pré-natal. As mulheres indígenas dificilmente revelam a sua gravidez antes do terceiro mês da gestação. Sendo assim, se a equipe faz uma visita à aldeia e não identifica as mulheres que estão com três meses de gravidez, ao voltar seis meses depois esta criança já nasceu.

Por outro lado, o fato de não haver médico na equipe requer que as consultas do pré-natal sejam encaminhadas ao Posto de Saúde no município de Tarauacá. A coleta do material para a realização dos exames do pré-natal também não é realizada na aldeia. Assim, o deslocamento das gestantes para as referências se faz necessário, mas as dificuldades de transporte e de hospedagem na cidade são tantas, além do alto custo do deslocamento, principalmente das aldeias mais distantes, que faz com que muitas grávidas não tenham acesso ao mínimo preconizado pelo Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério - Atenção Qualificada e Humanizada (Brasil, 2006).

Com essas condições de trabalho, a identificação e o monitoramento das gestações de risco e o encaminhamento destes casos para a referência hospitalar quando necessário ficam comprometidos. Segundo depoimento das mulheres com experiência em “pegar menino”, em algumas situações elas precisam assistir a um parto complicado, sem que o risco tenha sido identificado durante a gestação. Nessas ocasiões se atua com os recursos terapêuticos disponíveis no âmbito dos sistemas de parto tradicionais: rezas, uso de plantas, massagens, intervenção do pajé.

Diante das limitações da EMSI em realizar todos os procedimentos preconizados para o pré-natal na aldeia, a articulação com os saberes, as práticas e os praticantes da medicina tradicional indígena que atuam no cuidado à gestação, parto e pós-parto pode ser estratégica para fazer um acompanhamento efetivo as gestantes e parturientes indígenas, reconhecendo os riscos e encaminhando os casos necessários, de forma planejada, para as referências previamente identificadas e capacitadas. Assim, também a Equipe contaria com a colaboração desses praticantes para a produção das informações importantes para o a organização dos serviços de forma articulada aos sistemas de parto tradicionais.

Para garantir uma gestação e um parto seguro para as mulheres indígenas, então, seria necessário o desenvolvimento de um modelo de atenção orientado pela articulação entre os sistemas de parto tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde. Algumas das medidas a serem tomadas são: reconhecer os sistemas de parto tradicionais indígenas como um âmbito comunitário da atenção

primária a saúde; reconhecer os cuidadores(as) indígenas das gestantes junto às instâncias que prestam assistência à saúde materno-infantil indígena (Subsistema e SUS); articular as ações de atenção ao pré-natal, parto e puerpério aos cuidados tradicionais realizados na aldeia; estimular a colaboração dos cuidadores(as) tradicionais com os Agentes Indígenas de Saúde como estratégia para captação precoce da gestante e identificação de riscos gestacionais; garantir o direito das parturientes de serem acompanhadas durante o parto hospitalar (Lei 11.108, 7/4/2005, regulamentada pela Portaria 2418, 2/12/2005); incentivar o ‘parto tradicional’ na aldeia; adequar os serviços hospitalares para atendimento diferenciado à gestante: acolhimento, postura, dietas.

Considerações Finais

Enquanto estratégia de pesquisa, os projetos de pesquisa-ação podem ser empregados amplamente para o desenvolvimento de um modelo de atenção de vigilância da saúde indígena, na medida em que constituem uma tática eficiente para o envolvimento e mobilização dos praticantes e das comunidades indígenas tanto para a produção de conhecimentos relevantes, quanto para o planejamento e a execução conjunta das ações de saúde. O emprego de metodologias participativas na condução das ações em saúde propicia que relações de cooperação e de co-responsabilidade sejam estabelecidas entre os serviços de saúde e os povos indígenas, visando melhorar a qualidade da atenção à saúde a eles prestada. Enquanto estratégia a pesquisa-ação pode contribuir para o reconhecimento e o agenciamento das medicinas tradicionais indígenas como sistemas de conhecimentos e de práticas importantes no processo de intervenção sobre agravos de saúde específicos.

Para alcançarmos a integralidade da atenção à saúde dos povos indígenas, deve-se reconhecer as medicinas tradicionais indígenas como um âmbito comunitário da assistência à saúde. A estratégia de articulação entre os sistemas médicos indígenas e o sistema oficial de saúde contribuirá para qualificar

a atenção prestada aos povos indígenas, na medida em que requer a construção conjunta entre profissionais de saúde e comunidades indígenas de rotinas compartilhadas de cuidado com a saúde. Isto foi exemplificado neste artigo com o caso da atenção ao pré-natal, parto e puerpério.

A atenção ao pré-natal pode ser um lugar privilegiado para que os profissionais de saúde atuem conjuntamente e de forma articulada com os praticantes das medicinas tradicionais indígenas envolvidos nos cuidados com a gestação, parto e pós-parto. Dessa forma, ao permitir que os cuidadores da gestante acompanhem os procedimentos de pré-natal, a equipe de saúde instituiria um processo de formação continuada: tanto dos profissionais de saúde que se habilitariam a atuar dialogicamente em contextos interculturais, quanto dos praticantes das medicinas tradicionais indígenas, considerados como aliados eficazes para o enfrentamento das necessidades de saúde reais vivenciadas pelas comunidades indígenas.

Para que possamos estruturar um sistema de vigilância à saúde materno-infantil indígena, por exemplo, é preciso contemplar a rede de assistência em sua totalidade, visando a integralidade da atenção – desde a aldeia até os serviços de saúde, inclusive maternidades e hospitais (Subsistema e SUS). A rede deve ser mobilizada para a produção, sistematização e análise das informações, para o planejamento e implantação das ações de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde indígena, conforme o princípio da articulação entre os sistemas médicos. Ao incluir os praticantes das MTI na produção de informações e do cuidado à saúde materno-infantil indígena, além de estarmos incentivando a co-responsabilidade, estaríamos adotando o modelo de Vigilância da Saúde no sentido amplo, estabelecendo as bases para a atenção diferenciada à saúde indígena.

Referências

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

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico*. Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_prenatal_puerperio.pdf. Acesso em: 16 abr. 2008.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a18v08n2.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2008.
- FERREIRA, L. O.; OSÓRIO, P. S. (Org.). *Medicina tradicional indígena - Anais da 1ª Reunião de Monitoramento*. Brasília: FUNASA / Projeto Vigisus II, 2007.
- FOLLÉR, M. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa/ABA, 2004. p. 129-147.
- KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 12, n. 28, p. 85-95, Apr. 1973.
- LANGDON, E. J. Representação de doenças e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia colombiana. In: SANTOS, R. V.; COIMBRA JÚNIOR, C. (Org.). *Saúde e povos indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 115-141.
- MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 jun. 2008.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional: 2002-2005*. Genebra, 2002. Disponível em: <http://www.amhb.org.br/media/estrategia.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2008.
- PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p 567-571. Disponível em: http://mesquita.filho.sites.uol.com.br/GE_Mod_at_saude_jairnil.pdf. Acesso em: 12 abr. 2008.
- RICARDO, B.; RICARDO, F. (Org.). *Povos indígenas no Brasil: 2001-2005*. São Paulo: ISA, 2006.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. Modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS (IESUS)*, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-22, abr./jun. 1998. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_2_sus.pdf. Acesso em: 16 abr. 2008.
- THIOLLENT, M. *Metodologia de pesquisa-ação*. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2007. 132 p.