



Dissertação de Mestrado

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

**EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO DE INDÍGENAS UNIVERSITÁRIOS EM UM
MUNICÍPIO DO INTERIOR DE SÃO PAULO**

Pesquisador

Julio Cesar Mutti

Orientador

Willian Fernandes Luna

Coorientadora

Aline Barreto de Almeida Nordi

São Carlos - SP

2026

JULIO CESAR MUTTI

**EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO DE INDÍGENAS UNIVERSITÁRIOS EM UM
MUNICÍPIO DO INTERIOR DE SÃO PAULO**

Dissertação de mestrado apresentado
ao Programa de Pós-graduação em
Gestão da Clínica da Universidade
Federal de São Carlos – Nível
Mestrado.

Linha de Pesquisa: Gestão do
Cuidado, Trabalho e Educação na
Saúde.

Enfoque: Gestão do Cuidado.

São Carlos - SP

2026

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Julio Cesar Mutti, realizada em 27/04/2026.

Comissão Julgadora:

Prof. Dr. Willian Fernandes Luna (UFSCar)

Prof(a). Dr(a). Aline Barreto de Almeida Nordi (UFSCar)

Prof(a). Dr(a). Larissa Campagna Martini Barbosa (UFSCar)

Prof. Dr. Felipe Sotto Maior Cruz (UFBA)

Dedico este trabalho à todos os indígenas dos povos *Aikanã, Aikewara, Akuntsu, Akuriyó, Amanayé, Amondawa, Anacé, Anambé, Anapuru Muypurá, Aparai, Apiaká, Apinayé, Apurinã, Aranã, Arapaso, Arapium, Arara, Arara da Volta Grande do Xingu, Arara do Rio Amônia, Arara do Rio Branco Arara Shawãdawa, Arara Vermelha, Araweté, Arikapú, Aruá, Ashaninka, Asurini do Tocantins, Asurini do Xingu, Atikum, Avá-Canoeiro, Awa Guajá, Aweti, Aymara, Ayoreo, Bakairi, Balatiponé (Umutina), Banawá, Baniwa, Barasana, Bará Baré, Boe (Bororo), Borari, Canela Apanyekrá, Canela Memortumré, Cara Preta, Chamacoco, Charrua, Chiquitano, Cinta larga, Deni, Desana, Djeoromitxí, Dâw, Enawenê-nawê, Fulkaxó, Fulni-ô, Galibi Kali'na, Galibi-Marworno, Gamela Gavião Akrãtikatêjê, Gavião Kykatejê, Gavião Parkatêjê, Gavião Pykopjê, Guajajara, Guarani, Guarasugwe, Guató, Gueguê do Sangue, Hi-merimã, Hixkaryana, Huni Kuin (Kaxinawá), Hupda, Ikolen, Ikpeng, Ingarikó, Iny Karajá, Iranxe Manoki, Jamamadi, Jaraqui, Jarawara, Javaé, Jenipapo-Kanindé, Jiahui, Jiripancó, Juma, Ka'apor, Kadiwéu, Kahyana, Kaimbé, Kaingang, Kaixana, Kalabaça, Kalankó, Kalapalo, Kamaiurá, Kamba, Kambeba, Kambiwá, Kampé Kanamari, Kanela do Araguaia, Kanindé, Kanoê, Kantaruré, Kapinawa, Karajá do Norte, Karapanã, Karapotó, Kararayana, Karipuna de Rondônia, Karipuna do Amapá, Kariri, Kariri-Xokó, Karitiana, Karo, Karuazu, Kassupá, Katuenayana, Katukina do Rio Biá Katukina Pano, Katxuyana, Kawaiwete (Kaiabi), Kaxarari, Kaxixó, Khisêjtê, Kinikinau, Kiriri, Koiupanká, Kokama, Koripako, Korubo, Kotiria, Krahô, Krahô-Kanela, Krenak, Krenyê, Krepynkatejê, Krikatí, Kubeo Kuikuro, Kujubim, Kulina, Kulina Pano, Kumaruara, Kuntanawa, Kuruaya, Kwazá, Macuxi, Makuna, Makurap, Manchineri, Maraguá, Marubo, Matipu, Matis, Matsés, Mawayana, Maytapu, Mebengôkre (Kayapó), Mehinako, Menky Manoki, Migueleno, Miranha, Miriti-tapuya, Mukurin, Munduruku, Mura, Nadöb, Nahukwá, Nambikwara, Naruvotu, Nawa, Nukini, Ofaié, Okoymoyana, Oro Win, Palikur, Panará, Pankaiuká Pankararu, Pankararé, Pankaru, Pankará, Parakanã, Paresí, Parintintin, Patamona, Pataxó, Pataxó Hã-Hã-Hãe, Paumari, Payayá, Pipipã, Pira-tapuya, Pirahã, Piripkura, Pitaguary, Potiguara, Puri, Puruborá Puyanawa, Rikbaktsa, Sakurabiat, Saporá, Sateré Mawé, Shanenawa, Siriano, Surui Paiter, Tabajara, Tapajó, Tapayuna, Tapeba, Tapirapé, Tapuia, Tapuya Kariri, Tariana, Taurepang, Tembê, Tenharim, Terena Ticuna, Tikmu'un (Maxakali), Tingui Botó, Tiriyo, Torá, Tremembê, Truká, Trumai, Tsohom-dyapa, Tubiba-Tapuia, Tukano, Tumbalalá, Tunayana, Tupaiú, Tupari, Tupinambá, Tupiniquim, Turiwara, Tuxi, Tuxá, Tuyuka, Txikiyana, Uru-Eu-Wau-Wau, Waimiri Atroari, Waiwai, Wajuru, Wajãpi,*

Wapichana, Warao, Warekena, Wari', Wassu, Wauja, Wayana, Witoto, Xakriabá, Xavante, Xerente, Xerewyana, Xetá Xikrin Mebengôkre, Xinane, Xipaya, Xokleng, Xokó, Xowyana, Xukuru, Xukuru-Kariri, Yaminawá, Yanomami, Yawalapiti, Yawanawá, Ye'kwana, Yudja, Yuhupdeh, Zo'é, Zoró, Zuruahã e outros, que ancestralizaram lutando pelos direitos dos seus, e também àqueles que continuam lutando pelo futuro ancestral das próximas gerações.

AGRADECIMENTOS

Assim como a natureza organiza o tempo através das estações, minha trajetória acadêmica foi atravessada por ciclos de aprendizagem, crescimento e transformação. Antes de qualquer conquista, meu primeiro agradecimento vai à minha família, alicerce de toda a minha caminhada. Em especial, à minha avó Clarice, que sempre lutou e trabalhou incansavelmente como empregada doméstica para sustentar suas filhas. Sou o primeiro da família a ter ingressado na universidade, o que só foi viabilizado por conta das políticas públicas de acesso ao ensino superior, especialmente o PROUNI, que me possibilitou chegar até o momento em que me torno mestre.

Minha espiritualidade também merece profunda gratidão, por me sustentar nos momentos de desânimo. Sou grato aos rezos do povo *Yawanawá* e *Shanenawa*, que me acompanharam durante toda essa jornada, inclusive nas madrugadas de dedicação à escrita deste trabalho. Agradeço aos meus processos com o *Nixi Pae*, que revelaram minhas sombras, fortaleceram minhas escolhas e me ajudaram a decidir focar meus estudos na causa indígena e migrar da enfermagem para a psicologia, permitindo abranger em minha atuação, uma nova compreensão do cuidar.

Assim como o verão marca o auge da energia, no começo da minha trajetória acadêmica, tive o privilégio de encontrar o Willian, meu orientador e exemplo de docente humano que me inspira na atuação profissional. À coorientação de Aline, deixo meu reconhecimento pelo apoio.

O outono ensina sobre amadurecimento e reflexão e a querida Bruna, deixo também um agradecimento especial, mesmo atravessando momentos de instabilidades em sua vida pessoal, ela esteve presente dentro de suas possibilidades, contribuindo para a manutenção da minha estabilidade emocional e acadêmica. Admiro profundamente a mulher feminista, enfermeira obstetritz, professora e pesquisadora que você é. Nos bastidores dessa pesquisa, sua escuta e reflexões foram essenciais para que eu compreendesse melhor muitas das etapas do meu trabalho.

Assim como o inverno traz dias frios e de resiliência, minha trajetória exigiu persistência. Nesse tempo de desafios tive o apoio do Brenno *Pankará*, cuja contribuição na pesquisa através de sua iniciação científica e pela colaboração no desenvolvimento do meu produto técnico foi muito necessária. Estendo essa gratidão

à Dayane Tariano, Ismael Truká, Ivan Baniwa e Karla *Pankararu*, que também contribuíram generosamente para a construção desse material.

Já a primavera ensina sobre o florescimento e novos encontros, então agradeço com muito carinho à Raiany, que conheci no mesmo período em que ingressei no mestrado, inicialmente como minha instrutora de yoga. A prática me ensinou muito sobre o encontrar descanso mesmo diante das dificuldades e com o tempo ela se tornou uma amiga e confidente. Tenho certeza que será uma psicóloga incrível e que terá muito a contribuir com a causa indígena.

Agradeço à equipe do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, especialmente minhas professoras Adriana Barbieri Feliciano, Alana de Paiva Nogueira Fornereto, Larissa Campagna Martini, Leandra Andréia de Sousa, Luciana Nogueira Fioroni, Sueli Fatima Sampaio, Taís Bleicher e professores Jair Borges Barbosa Neto e Wagner dos Santos Figueiredo, bem como à nossa secretária Vanessa Müller.

Minha gratidão se estende aos membros da banca, aos colegas de turma que tornaram os momentos de aprendizado mais leves, ao Grupo de Pesquisa em Educação Popular em Saúde da UFSCar, ao Grupo de Pesquisa Saúde dos Povos Indígenas e aos membros organizadores da Atividade Curricular de Integração de Ensino, Pesquisa e Extensão (ACIEPE) Introdução à Saúde dos Povos Indígenas, por todo aprendizado, apoio e contribuições.

A todo o coletivo indígena da UFSCar, assim como a tantos outros indígenas com que tive a oportunidade de conviver ao longo dessa caminhada, deixo minha profunda gratidão. Nos encontros, conversas e nas trocas, aprendi muito mais do que qualquer texto poderia ensinar. Vocês me ajudaram a recordar algo essencial: que somos parte de um todo maior, que é a própria natureza.

Agradeço também, de maneira muito especial, aos participantes desta pesquisa. Se fosse possível dentro dos limites de um trabalho acadêmico, eu deixaria na íntegra todas as narrativas que me atravessaram tão profundamente.

Por fim, agradeço a todas as lideranças que estiveram à frente do Centro de Culturas Indígenas ao longo desses anos e que gentilmente auxiliaram na comunicação com os estudantes indígenas, tornando esse trabalho possível.

Assim como as estações seguem seu curso, encerro este ciclo com gratidão, ciente que toda colheita também é de alguma forma, o começo de um novo plantio.

Wacomaia, tone pindake, pinda kanarô ho
Tozake hô pará tone pindake, pinda kanarô ho
Tozake hô pará tone pindake, pinda kanarô ho
Ahe, ehe, ya he, waya
Wacomaia, Wacomaia
Wacomaia, Wacomaia héé!
Wacomaia, tone pindake, pinda kanarô ho
Wacomaia, tone pindake, pinda kanarô ho
Tozake hô pará tone pindake, pinda kanarô ho
Tozake hô pará tone pindake, pinda kanarô ho
Ahe, ehe, ya he, waya
Wacomaia, Wacomaia
Wacomaia, Wacomaia héé!

**Wacomaia, rezo do povo
Yawanawa que representa a
alegria**

RESUMO

Segundo o último censo, a população indígena no Brasil aproxima-se de 1,7 milhão de pessoas, com parcela expressiva em áreas urbanas. Esse deslocamento está relacionado a processos históricos como a invasão de territórios, violências no contato com a sociedade não indígena, dificuldades na geração de renda e o acesso ao ensino superior. A Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com Políticas Afirmativas há dezoito anos, tornou-se um importante destino de indígenas de diferentes regiões do país. Este estudo teve como objetivo compreender os itinerários terapêuticos e as experiências de adoecimento de indígenas universitários da UFSCar, campus São Carlos, no contexto urbano. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, com inspiração etnográfica, que utilizou diário de campo, questionário e entrevistas individuais como instrumentos de construção dos dados. Participaram treze indígenas, representantes dos povos *Atikun*, *Bakairi*, *Baniwa*, *Baré*, *Pankará*, *Terena*, *Truká*, *Tukano*, *Wassú-Cocal* e *Xavante*, de regiões, faixas etárias, gêneros, orientações sexuais e cursos universitários diferentes. A análise temática de conteúdo revelou cinco categorias: experiências na Universidade com desdobramentos na saúde, violências geradoras de sofrimento entre os indígenas universitários, experiências de adoecimentos entre indígenas universitários, modelos de atenção nos processos de saúde-doença e experiências nos serviços de saúde. Os resultados evidenciam que o adoecimento ultrapassa o campo biomédico, articulando dimensões físicas, espirituais, territoriais, emocionais e coletivas, e que o deslocamento para a universidade implica rupturas simbólicas e ontológicas, intensificadas pelo racismo institucional e acadêmico. Observou-se ainda que os itinerários terapêuticos são atravessados por barreiras interculturais nos serviços de saúde, levando os estudantes a mobilizarem práticas de auto atenção baseadas em saberes ancestrais, frequentemente articuladas a outros modelos de cuidado. Conclui-se que garantir o direito à saúde desses estudantes exige mudanças institucionais pautadas na interculturalidade, na valorização dos saberes indígenas e na articulação entre universidade e sistema de saúde, apontando para a necessidade de políticas públicas integradas e sensíveis às especificidades indígenas.

Palavras-Chave: Saúde de Populações Indígenas; Povos Indígenas; Itinerários Terapêuticos; Populações Minoritárias, Vulneráveis e Desiguais em Saúde; Narrativas Pessoais; Ações Afirmativas; Universidade.

ABSTRACT

According to the latest census, the Indigenous population in Brazil is close to 1.7 million people, with a significant proportion living in urban areas. This displacement is related to historical processes such as the invasion of territories, violence in contact with non-Indigenous society, difficulties in income generation, and access to higher education. The Federal University of São Carlos (UFSCar), which has implemented Affirmative Action Policies for eighteen years, has become an important destination for Indigenous students from different regions of the country. This study aimed to understand the therapeutic itineraries and experiences of illness among Indigenous university students at UFSCar, São Carlos campus, in the urban context. This was a qualitative, exploratory study with an ethnographic inspiration, using field diaries, questionnaires, and individual interviews as data construction instruments. Thirteen indigenous participants took part, representing the Atikun, Bakairi, Baniwa, Baré, Pankará, Terene, Truká, Tukano, Wassú-Cocal and Xavante peoples, from diverse regions, age groups, genders, sexual orientations and university programs. The thematic content analysis revealed five categories: experiences at the university with influence on health, forms of violence generating suffering among indigenous university students, experiences of illness among indigenous university students, models of care in health illness processes and experiences with health services. The results show that illness goes beyond the biomedical field, encompassing physical, spiritual, territorial, emotional, and collective dimensions, and that moving to the university entails symbolic and ontological ruptures, intensified by institutional and academic racism. It was also observed that therapeutic itineraries are shaped by intercultural barriers within health services, leading students to mobilize self-care practices grounded in ancestral knowledge, often combined with other models of care. It is concluded that ensuring these students' right to health requires institutional changes guided by interculturality, the valuing of Indigenous knowledge, and the articulation between universities and the health system, pointing to the need for integrated public policies that are sensitive to Indigenous specificities.

Keywords: Health of Indigenous Peoples; Indigenous Peoples; Therapeutic Itinerary; Health Disparate, Minority and Vulnerable Populations; Narration; Public Policy; Universities.

RESUMEN

Según el último censo, la población indígena en Brasil se aproxima a 1,7 millones de personas, con una proporción significativa viviendo en áreas urbanas. Este desplazamiento está relacionado con procesos históricos como la invasión de territorios, las violencias en el contacto con la sociedad no indígena, las dificultades para la generación de ingresos y el acceso a la educación superior. La Universidad Federal de São Carlos (UFSCar), con Políticas de Acción Afirmativa desde hace dieciocho años, se ha convertido en un importante destino para estudiantes indígenas de diferentes regiones del país. Este estudio tuvo como objetivo comprender los itinerarios terapéuticos y las experiencias de enfermedad de estudiantes indígenas universitarios de la UFSCar – campus São Carlos – en el contexto urbano. Se trata de una investigación cualitativa, exploratoria, con inspiración etnográfica, que utilizó el diario de campo, cuestionarios y entrevistas individuales como instrumentos de construcción de los datos. Participaron trece indígenas, representantes de los pueblos Atikun, Bakairi, Baniwa, Baré, Pankará, Terena, Truká, Tukano, Wassú-Cocal y Xavante, provenientes de distintas regiones, grupos etarios, géneros, orientaciones sexuales y carreras universitarias. El análisis temático de contenido reveló cinco categorías: experiencias en la universidad con repercusiones en la salud, violencias generadoras de sufrimiento entre los estudiantes indígenas universitarios, experiencias de enfermedad entre estudiantes indígenas universitarios, modelos de atención en los procesos de salud-enfermedad y experiencias en los servicios de salud. Los resultados evidencian que la enfermedad trasciende el ámbito biomédico, articulando dimensiones físicas, espirituales, territoriales, emocionales y colectivas, y que el traslado a la universidad implica rupturas simbólicas y ontológicas, intensificadas por el racismo institucional y académico. También se observó que los itinerarios terapéuticos están atravesados por barreras interculturales en los servicios de salud, lo que lleva a los estudiantes a movilizar prácticas de autocuidado basadas en saberes ancestrales, frecuentemente articuladas con otros modelos de atención. Se concluye que garantizar el derecho a la salud de estos estudiantes exige cambios institucionales basados en la interculturalidad, la valorización de los saberes indígenas y la articulación entre la universidad y el sistema de salud,

señalando la necesidad de políticas públicas integradas y sensibles a las especificidades indígenas.

Palabras clave: Salud de las Poblaciones Indígenas; Pueblos Indígenas; Itinerarios Terapéuticos; Poblaciones Minoritarias, Vulnerables y Desiguales en Salud; Narrativas Personales; Acciones Afirmativas; Universidad.

LISTA DE ABREVIações, SIGLAS E SÍMBOLOS

ACIEPE	Atividade Curricular de Integração Ensino, Pesquisa e Extensão;
AM	Estado do Amazonas;
BCO	Biblioteca Comunitária;
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética;
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Ensino Superior;
CASAI	Casa de Apoio à Saúde Indígena;
CCI	Centro de Culturas Indígenas;
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa;
CNS	Conselho Nacional de Saúde;
COSAI	Coordenação de Saúde do Índio;
DeAS	Departamento de Atenção à Saúde;
DECS	Descritores em Ciências da Saúde;
DMED	Departamento de Medicina;
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena;
ESF	Estratégia de Saúde da Família;
FUNAI	Fundação Nacional dos Povos Indígenas;
HU	Hospital Escola;
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior;
IT	Itinerários Terapêuticos;
LGBTQIAPN+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais/Travestis, Queer, Intersexo, Assexuais, Pansexuais, Não-binárias e inclusão de demais identidades e gêneros não mencionados;
MASP	Museu de Arte de São Paulo;
MT	Estado de Mato Grosso;
PAA	Política de Ações Afirmativas;
PPGC	Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica.
PE	Estado de Pernambuco;
PET	Programa de Educação Tutorial;
Pibic-AF	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica nas Ações Afirmativas;
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

PROACE	Pró Reitoria de Assuntos Comunitários;
PTS	Projeto Terapêutico Singular;
RU	Restaurante Universitário;
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;
SasiSUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena;
SP	Estado de São Paulo;
SUS	Sistema Único de Saúde;
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso;
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência;
UBS	Unidade Básica de Saúde;
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos;
UPA	Unidade de Pronto Atendimento;
USE	Unidade Saúde Escola.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa de localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.	17
Figura 2 - Angico Branco.	36
Figura 3 - Apuí.	37
Figura 4 - Bananeira.	38
Figura 5 - Barbatimão.	39
Figura 6 - Begônia.	40
Figura 7 - Cajueiro.	41
Figura 8 - Caruá.	42
Figura 9 - Cucura.	43
Figura 10 - Jurema	44
Figura 11 - Maçã.	45
Figura 12 - Negramina.	46
Figura 13 - Ré.	47
Figura 14 - Saracura.	48
Figura 15 – Barbatimão 2	53
Figura 16 – Cajueiro 2	65
Figura 17 - Angico Branco - 2	79
Figura 18 – Apuí - 2	89
Figura 19 – Negramina 2	101
Figura 20 - Qr Code da Produção Técnica.	111

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Diversidade social dos participantes da pesquisa, Brasil, 2024 e 2025.....	34
Tabela 2 – Origem dos indígenas participantes da pesquisa, Brasil, 2024 e 2025.....	35
Tabela 3 – Organização das categorias temáticas e núcleos de sentido, Brasil, 2024 e 2025.....	51

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado tem como objetivo apresentar a pesquisa desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação de Gestão da Clínica (PPGGC) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com início em agosto de 2023 e término em abril de 2026.

Inicialmente é apresentada uma introdução, contextualizando os leitores ao tema, bem como as motivações pessoais dessa investigação científica e justificativa.

Posteriormente, são descritos os referenciais teóricos utilizados, os objetivos e os métodos, a construção de dados, o perfil dos participantes e o processo de análise, resultados, discussão e conclusão. Também foram incluídas questões éticas, além dos produtos técnicos em desenvolvimento.

Os apêndices apresentam o termo utilizado para registro de consentimento livre e esclarecido utilizado, questionário do perfil sociodemográfico dos participantes e roteiro de entrevista semiestruturada. O anexo traz o parecer consubstanciado da CONEP.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1 A população indígena no Brasil.....	13
1.2 Os indígenas na Universidade Federal de São Carlos.....	15
1.3 Histórico de saúde nos contextos indígenas	16
1.4 Saúde Indígena no Município de São Carlos	18
2. REFERENCIAL TEÓRICO	20
3. OBJETIVOS	24
3.1 Objetivo Geral.....	24
3.2 Objetivos Específicos.....	24
4. MÉTODO.....	25
4.1. Tipo de Pesquisa	25
4.2 Trabalho de Campo	25
4.3 Critérios de Inclusão e Exclusão	26
4.4. Construção de dados.....	26
4.4.1. Diário de Campo.....	26
4.4.2. Questionário	26
4.4.3. Entrevistas Individuais	27
4.5 Processo de Análise	28
5. ASPECTOS ÉTICOS.....	31
6. RESULTADOS E DISCUSSÕES: OS PARTICIPANTES DAS EXPERIÊNCIAS.....	33
6.1 Perfil dos Participantes	33
6.2 Apresentação dos Participantes.....	35
6.2.1. Angico Branco	36
6.2.2. Apuí	37
6.2.3. Bananeira	38
6.2.4. Barbatimão	39
6.2.5. Begônia	40
6.2.6. Cajueiro	41
6.2.7. Caruá.....	41
6.2.8. Cucura	43
6.2.9. Jurema.....	44
6.2.10. Maçã.....	45
6.2.11. Negramina	46
6.2.12. Ré.....	47

6.2.13. Saracura	48
7. RESULTADOS E DISCUSSÕES: CATEGORIAS DE ANÁLISE SOBRE AS EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO	51
7.1 As experiências na universidade com desdobramentos na saúde	53
7.1.1 Choque entre realidades e dificuldade de adaptação.....	55
7.2 Violências geradoras de sofrimento entre os indígenas universitários	65
7.2.1 Identidades questionadas e exotização indígena.	67
7.2.2 Racismo institucional e acadêmico.	71
7.2.3 Pressão acadêmica geradora de sofrimento	73
7.3 Experiências de adoecimento entre indígenas universitários	79
7.3.1 Adoecimentos do corpo	81
7.3.2 Adoecimentos psicológicos	84
7.3.3 Adoecimento no contexto espiritual.....	85
7.4 Modelos de Atenção nos Processos de Saúde-Doença.....	89
7.4.1 A biomedicina como modelo de atenção.....	91
7.4.2. Busca por especialistas tradicionais como modelo de atenção	93
7.4.3 Práticas de autoatenção	94
7.5 Experiências nos Serviços de Saúde.....	101
7.5.1 Experiências nos serviços de saúde específicos para universitários.....	102
7.5.2 Experiências nos serviços de Atenção Primária à Saúde.....	103
7.5.3 Experiências nos serviços de Urgência e Emergência	104
7.5.4 Experiências na Maternidade de São Carlos	105
7.5.5 Dificuldades encontradas no acesso aos serviços de saúde.....	105
7.5.6 Estratégia de Atenção em Saúde Indígena:	107
8. PRODUÇÃO TÉCNICA	111
9. CONCLUSÃO	113
REFERÊNCIAS	119
APÊNDICE 1. REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	125
APÊNDICE 2. QUESTIONÁRIO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	127
APÊNDICE 3. ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	128
ANEXO 1. PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP	129

1. INTRODUÇÃO

Um dos muitos aprendizados que tive com as trocas vivenciadas com indígenas, foi sobre a importância da oralidade para muitos povos. Um exemplo de como tal é a oralidade, que ocorre quando há uso da terceira pessoa em vez da primeira pessoa, relacionado a questões culturais, linguísticas e nativas. Com isso, o narrador se distancia do acontecimento, transformando uma experiência pessoal em uma história coletiva, reflexo de uma identidade relacional e coletiva e que permite que a narrativa se transforme em ensinamento. Levando em consideração o exposto, contarei a seguir a história de um acadêmico, que além do conhecimento científico e ocidental, tem aprendido e se transformado com o conhecimento ancestral que cada indígena e cada etnia carregam consigo.

Durante uma aula na graduação sobre políticas públicas de populações minoritárias e em vulnerabilidade, despertou um interesse catalisador sobre os povos indígenas em um estudante de enfermagem, e que atualmente cursa psicologia, que nunca se limitou ao modelo biomédico ensinado como o principal modelo de atenção à saúde. Após esse interesse germinar, floresceu um aprofundamento sobre as políticas públicas indigenistas como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Após se formar e atuar na assistência e na docência, o interesse em compreender as subjetividades dos sujeitos e as outras existências humanas, continuou a pulsar entre as linhas do cuidado com o corpo físico e após um período de questionamentos sobre a atuação profissional, esse jovem que sempre se projetou na academia, encontrou no Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, o orientador ideal que atuava justamente com a saúde indígena, como uma espécie de confirmação da espiritualidade de que esse era o caminho a ser percorrido.

Neste período, várias experiências se encontraram na trajetória. Era início do mestrado profissional, de especialização em saúde dos povos indígenas e de aperfeiçoamento na temática estudada através do Curso "Percursos Pedagógicos Afro-brasileiros e Indígenas na Escola" do Museu de Arte de São Paulo Assis Chateaubriand.

Era também momento de contato com as atividades do Centro de Culturas Indígenas (CCI). Naquele momento aconteciam a VIII Semana Indígena, em comemoração aos 15 anos de presença indígena na UFSCar, com tema "Reconstruindo Ancestralidade, Fortalecendo nosso Presente e Futuro, e o IV

Workshop Saúde dos Povos Indígenas, com o tema "Saúde da Criança Indígena: Territorialidades para um Futuro Ancestral".

Assim, o objeto de estudo foi se construindo juntamente com a motivação inicial deste pesquisador em busca de mudanças sociais. A elaboração do projeto se deu a partir da constatação da ausência de políticas públicas em contexto urbano que atendessem a multiculturalidade e diferentes cosmovisões dos povos indígenas, especificamente na área da saúde e educação, justamente onde há significativa presença indígena e que vivencia espaços marcados por violências sociais, estigmas e preconceito.

Vem também concomitante ao reconhecimento de que as políticas de ações afirmativas nas universidades proporcionaram um aumento significativo da presença indígena no meio acadêmico, conforme evidenciam as defesas de dissertações e teses indígenas, que somadas ao ativismo local culminaram em uma antropologia indígena que permite um debate antropológico extenso (Andrello; Lolli; Meira, 2024).

Aplicando este mesmo raciocínio na formação de profissionais da saúde, a imersão enquanto membro da equipe de organização e também como cursista da quarta edição da Atividade Curricular de Integração de Ensino, Pesquisa e Extensão (ACIEPE) Introdução à Saúde dos Povos Indígenas da UFSCar durante o ano de 2024, possibilitou a este aprendiz a compreensão da necessidade de maior aproximação entre as instituições de ensino e a atuação dos profissionais de saúde.

A essência destas indagações está em como os indígenas universitários (indígenas primeiro propositalmente, afirmando a identidade) em contextos urbanos experienciam o processo de saúde-doença e como se desenvolvem os modelos de atenção à saúde adotados.

1.1 A população indígena no Brasil

É notório que para os indígenas que vivem em contexto urbano a alteridade fomenta a identidade indígena, auxiliando desta forma no reconhecimento entre estes indivíduos de suas aproximações e distanciamentos na composição dos coletivos indígenas entre diferentes povos. Experimentam, no entanto, desigualdades e injustiças sociais, escancaradas através do preconceito racial, sendo necessário a articulação e apoio político mútuo como estratégia de enfrentamento (Ferreira; Calegare, 2019).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apresentou nos

resultados do Censo 2022 que a população indígena brasileira em contexto rural é composta por 780.090 indivíduos, enquanto em contexto urbano foram registrados 914.746 indígenas autodeclarados. Esse é um aumento significativo quando comparado ao Censo anterior em 2010, cuja população em área rural era de 572.083 moradores e em contexto urbano 324.834 entrevistados (IBGE, 2024).

De acordo com o IBGE (2024), é notável nos censos mencionados anteriormente que houve uma prevalência de pessoas autodeclaradas indígenas fora de Terras Indígenas, sendo este percentual 78,80% em 2022. Entende-se como Terra Indígena os territórios que são ocupados de forma tradicional e permanente, garantindo aos povos indígenas residentes o direito de bem-estar e reprodução biológica e cultural, fomentando a proteção dos recursos naturais presentes em tais terras, através da manutenção de sua produtividade.

O órgão governamental responsável pela demarcação das Terras Indígenas é a Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI). O decreto nº 1.775 de 1996 possibilitou que a demarcação seja categorizada como reserva (terras adquiridas pela Federação de forma permanente), terras dominiais (propriedade de obtenção indígena, respaldada pela legislação), terras interditadas (assistenciadas pela FUNAI garantindo os territórios dos povos isolados) e territórios tradicionalmente ocupadas (demarcação respaldada pelo Decreto 1.775 de 1996). Atualmente há o registro de 573 terras demarcadas (aumento de 68 terras em relação ao Censo 2010), estando elas em estudo, delimitadas, declaradas, homologadas ou então regularizadas. Com isto, foram reconhecidos 6.245 agrupamentos, sendo que deste montante, 1.023 encontram-se em outras localidades não consideradas terras indígenas (IBGE, 2024).

Como destaca o IBGE (2024) a população indígena em contexto urbano é composta por 914.746 sujeitos, sendo a distribuição geográfica da seguinte forma por região: Norte 376.875, Nordeste 329.639, Sudeste 95.348, Sul 36.926 e Centro Oeste 75.958. Em relação ao contexto urbano, a população indígena pode ser classificada em relação à situação urbana como: área urbana de alta densidade de edificações, área urbana de baixa densidade de ocupações e núcleo urbano, substituindo a classificação antiga denominadas áreas urbanas isoladas.

Dentre os motivos da migração para o contexto urbano, uma destacada justificativa é a possibilidade de estudar em uma universidade pública, como é o caso da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

1.2 Os indígenas na Universidade Federal de São Carlos

A presença indígena nas universidades constitui um tema complexo no contexto da educação superior brasileira, pois evidencia os avanços e desafios na promoção da diversidade, da equidade e do reconhecimento dos saberes ancestrais, bem como visibiliza um processo histórico de violências e opressões vivenciados pelos povos indígenas.

Com a ampliação das políticas de ações afirmativas e a criação de vagas específicas para indígenas, houve uma progressão do número de indígenas com acesso ao ensino superior de 2003 a 2017, tendo saltado de 1.300 estudantes indígenas para cerca de 56.700. Esse número de 2017 equivale a 0,68% de um universo de 8,3 milhões de estudantes matriculados em instituições de ensino superior, com destaque para ações afirmativas nas instituições públicas (Luna, 2021).

As ações afirmativas buscam garantir a oportunidade de acesso a grupos discriminados socialmente, ampliando sua participação em diferentes setores sociais. Elas caracterizam-se por serem medidas temporárias, buscando tratamento diferenciado e favorável com vistas a reverter um quadro histórico de exclusão.

A pesquisa de Luna, Teixeira e Lima (2021) mapeou a presença indígena nos cursos de medicina, identificando as instituições de ensino federais onde estavam inseridos, e analisou as experiências de acesso e permanência destes sujeitos. Foi destacada a importância das Políticas de Ações Afirmativas (PAA), mencionando que neste contexto universitário questões pessoais e institucionais prejudicavam o acesso e a permanência ao Ensino Superior.

As ações afirmativas específicas para ingressos de estudantes indígenas foram instaladas na UFSCar em 2008, sendo estabelecida a reserva de uma vaga para estudantes indígenas em cada curso de graduação. No presente, ocorre um vestibular indígena, descentralizado em diversas regiões, oferecendo vagas nos 64 cursos de graduação da UFSCar, incluindo todos os cursos da saúde (Luna et al., 2020).

Ayres, Brando e Ayres (2023) mencionam que para além do acesso no Ensino Superior, é relatado que durante a permanência há uma segregação entre estes os indígenas e o restante da comunidade acadêmica, fomentada pela visão estereotipada e racista acerca dos povos indígenas. Os autores também relatam

desvalidação dos conhecimentos indígenas no ambiente acadêmico, todavia a ocupação nestes espaços é defendida enquanto reparação histórica e possibilidade de construção de novos conhecimentos e oportunidades para os povos indígenas, sendo reconhecido como retomada de território.

Em um estudo de Martini et al. (2022), sobre um projeto de extensão que trabalho com comunicação social e saúde indígena durante a pandemia de covid-19, analisou-se que a intersectorialidade foi uma característica interessante para diálogo entre indígenas e não indígenas, no que diz respeito à saúde indígena, favorecendo desta forma a interlocução sobre como os povos indígenas enxergam o processo saúde-doença com intuito de transformar a realidade social.

Além das políticas de acesso, a UFSCar possui programas de apoio estudantil que auxiliam na permanência dos indígenas na IES, como: Assistência Estudantil, Bolsa Moradia, Bolsa Alimentação e Bolsa Atividade. Vale ressaltar também o Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - Ações Afirmativas (Pibic-AF), tutorias e os Programas de Educação Tutorial (PET), sendo eles o PET Ações em Saúde e PET Conexões de Saberes (Ribeiro; Beretta; Mestriner Junior, 2024).

1.3 Histórico de saúde nos contextos indígenas

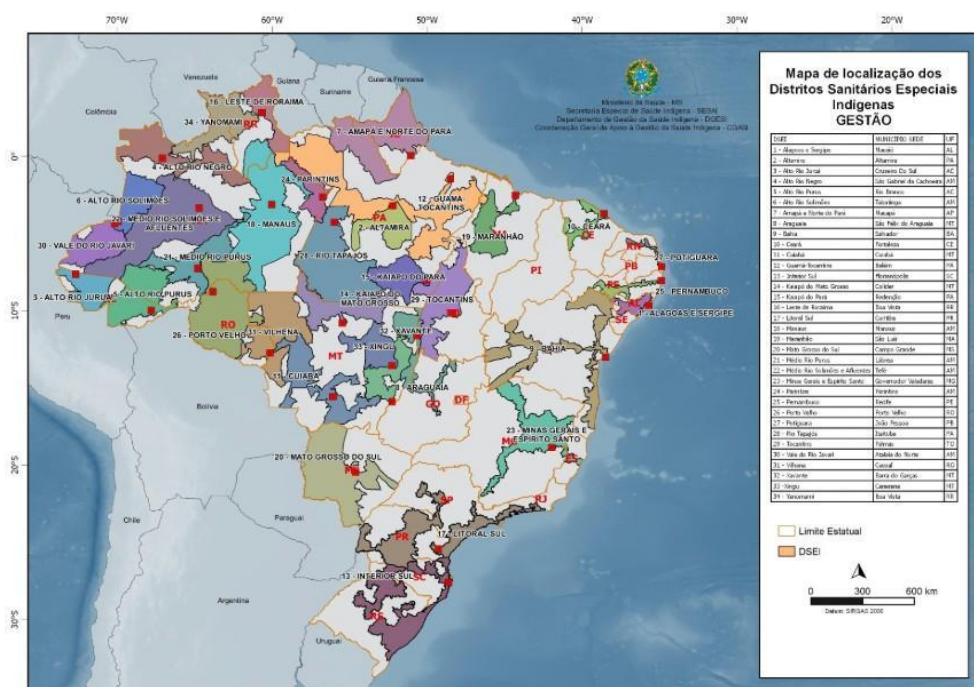
Na Constituição Federal em 1988 foi garantido aos indígenas brasileiros a autonomia enquanto cidadãos de direito, sem a necessidade de tutela estatal como anteriormente. Justamente com a elaboração do Sistema Único de Saúde (SUS) e como resultado de importantes conferências de saúde que ocorreram na mesma época, o Ministério da Saúde recebe a incumbência de assumir as questões de saúde indígena em 1991, possibilitando a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e Coordenação de Saúde do Índio (COSAI). Posteriormente em 1994, a FUNAI se responsabiliza pela recuperação da saúde e o Ministério da Saúde pela prevenção e promoção adotando então o Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio, levando à publicação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), aprovada em 2002 (Brasil, 2022).

Atuante desde 2010, a Secretária de Saúde Indígena (SESAI) assume a competência de coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), garantindo uma assistência de saúde diferenciada e intercultural. Dentre os atuantes no Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SasiSUS) há presença de 52% de profissionais indígenas, desenvolvendo

ações de saúde, como acesso à água, vigilância nutricional, assistência farmacêutica, saúde bucal, saúde da mulher e da criança para aproximadamente 700 mil indígenas nos territórios indígenas, apresentando dois departamentos, um focado em Projetos e Determinantes Ambientais da Saúde Indígena e outro relacionado à Atenção Primária à Saúde Indígena (Brasil, 2025).

Consoante com dados do Ministério da Saúde, de acordo com Brasil (2021), tal assistência é prestada através de Unidades Básicas de Saúde Indígena, Polos Base e Casas de Saúde Indígena (CASAI). Pensando na gestão e articulação destes serviços no contexto do SasiSUS de forma descentralizada e organizada, há a divisão de 34 espaços territoriais, denominados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que compreendem não apenas uma distribuição geográfica, mas acima de tudo, étnica e social, possibilitando desta maneira, maior controle populacional, administrativo e social, conforme evidencia a figura a seguir:

Figura 1 - Mapa de localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.



Para o desenvolvimento de ações em saúde indígena no contexto brasileiro, são necessárias políticas públicas integradas e intersetoriais, que respeitem a interculturalidade étnica presente no território nacional. Portanto, a efetividade da PNASPI depende da integração do SasiSUS com demais dispositivos sociais, como também educação permanente e intercultural, presença do controle social e

transparência operacional nas ações desenvolvidas nos DSEIs, infraestrutura física e informacional (Cunha et al., 2023).

A PNASPI apresenta uma abordagem mais funcional do que reflexiva e até mesmo prática sobre o conceito de interculturalidade e de atenção diferenciada, sendo necessário portanto um olhar crítico da política, contra a hegemonia do modelo biomédico e permitindo espaço para os conhecimentos tradicionais, desvalorizados ao longo da história. Esses desafios são ainda mais presentes nas regiões urbanas, pois há invisibilidade e ausência de políticas específicas para esses grupos (Pedrana et al., 2018).

1.4 Saúde Indígena no Município de São Carlos

No caso da situação dos universitários indígenas no município de São Carlos, em suas relações cotidianas, frequentam outros espaços para além do âmbito universitário, incluindo os serviços de saúde do município, como hospitais, unidades de saúde, centro de especialidades, unidades de pronto atendimento, dentre outras. Segundo documentos oficiais institucionais da UFSCar (2026), destaca-se a utilização de serviços de saúde vinculados à Universidade, como o Departamento de Atenção à Saúde (DeAS), unidade relacionada à Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários e Estudantis (ProACE), sendo desenvolvidas ações de promoção e prevenção à saúde junto à comunidade acadêmica, além de atendimentos ambulatoriais em certas especialidades.

Neste sentido, há também a Unidade de Saúde Escola (USE), que atende os universitários e o restante da população municipal como ambulatório de média complexidade na atenção especializada, configurando-se como uma unidade acadêmica de caráter multidisciplinar, cuja atuação está orientada pela formação de profissionais através da assistência interprofissional em saúde, fundamentada na articulação entre ensino, pesquisa e extensão (UFSCar, 2026).

Em agosto de 2025 foi lançada em São Carlos a Estratégia de Atenção em Saúde Indígena, fruto da parceria entre a UFSCar e a Secretaria Municipal de Saúde. A iniciativa teve como foco oferecer uma assistência mais sensível às especificidades culturais dos povos indígenas do município. Desde setembro, uma médica indígena da etnia Pankararu iniciou atendimentos semanais na UBS da Vila São José, promovendo também ações de prevenção e educação em saúde. A proposta atende a demandas da comunidade acadêmica indígena da UFSCar, articulada pelo Centro

de Culturas Indígenas (UFSCar, 2025).

Desta forma, entendeu-se como relevante desenvolver uma análise abrangente das trajetórias percorridas pelos indígenas em seus processos de saúde-doença-cura, focalizando o município de São Carlos. Este estudo busca compreender a interação complexa entre os modelos de atenção biomédico e tradicional, através das experiências dos estudantes indígenas. A relevância específica para São Carlos reside na diversidade étnica e cultural da região devido à presença indígena na UFSCar.

Nesse sentido, de acordo com Langdon (2014), reconhecendo que a saúde no contexto dos povos indígenas passa por uma construção sociocultural da doença e que esse processo é construído nas interações sociais, como experiência vivida, vários questionamentos são levantados: Como são as experiências desses indígenas ao adoecerem? Quais os cuidados, práticas e especialistas buscam nesses momentos? Quais serviços de saúde buscam no município de São Carlos? Como se sentem nas interações com os profissionais de saúde? Como ocorrem as interações entre os modelos explicativos indígenas de adoecimento e o modelo biomédico no processo de adoecimento e cuidado no contexto urbano?

Portanto, desenvolveu-se essa pesquisa para responder ao seguinte problema de pesquisa: como são as experiências de adoecimentos dos indígenas universitários na UFSCar?

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Um conceito relevante de se abordar no contexto da saúde coletiva é o da compreensão da saúde a partir dos marcadores sociais da diferença, caracterizando-se por compreender que individualidades como raça, gênero, sexualidade, classe social, idade e deficiência necessitam uma abordagem interseccional, tanto no cuidado, como no ensino em saúde (Macedo; Medeiros, 2025).

Dessa forma, compreender os processos de saúde, adoecimento e cuidado exige considerar essas dimensões, que configuram experiências de vida marcadas por desigualdades estruturais, fundamentando a promoção da equidade, diversidade e direitos humanos. Além disso, destaca-se a importância de políticas públicas e pesquisas que reconheçam a centralidade dessa abordagem, especialmente no contexto brasileiro, reforçando a necessidade de ações interseccionais na área da saúde (Macedo; Medeiros, 2025).

Pensando no exposto anteriormente, historicamente é possível identificar a importância das ciências sociais associadas à saúde, tornando possíveis compreensões mais ampliadas sobre a saúde, a doença e os processos de cura. As ciências sociais estão intrinsecamente interligadas com a saúde coletiva, visto a relação epistemológica com a política e, conseqüentemente, com a prática.

A presença das ciências sociais nos cenários da saúde indígena é antiga, tendo sido marcada historicamente pelas necessidades de relações com povos de culturas diferentes das hegemônicas. No Brasil, as ciências sociais tem presença marcada na saúde indígena pelas epidemias no decorrer das décadas de 70 e 80, quando houve contribuições no manejo da denominada “doença da reclusão” que acometeu homens indígenas no Xingu, bem como nos movimentos de reivindicação e proposição de um serviço de saúde específico para os indígenas (Pereira; Carneiro, 2019).

Neste contexto, são inerentes os diálogos entre as ciências sociais e a medicina, embasados em conceitos chaves como etnomedicina, avaliada por sua vez através das questões socioculturais e da superação do etnocentrismo. Conforme Menéndez (2003) menciona, o estudo etnográfico nos permite uma visão holística centrada nos indivíduos e em seus grupos sociais, onde a família apresenta relevante importância neste processo. Outro ponto importante trazido pelo autor são os diferentes modelos explicativos sobre os processos de adoecimento e cura, trazendo que os indivíduos possuem doenças comuns, mas experiências de adoecimento

únicas.

Desta forma, vemos uma articulação entre os itinerários terapêuticos e a concepção do processo de saúde doença, de forma fluída e contínua, possibilitando novas configurações de modelos de atenção, somados ao conceito de autoatenção. Por autoatenção compreende-se como os sujeitos cuidam de seus problemas de saúde a partir de suas próprias experiências anteriores ou de pessoas ao seu entorno, apresentando protagonismo na utilização dos diferentes recursos terapêuticos disponibilizados, indo em confronto com o modelo paternalista da biomedicina (Langdon, 2014).

As ciências sociais caracterizam as trajetórias que indivíduos percorrem na busca por tratamento de questões de saúde como "Itinerários Terapêuticos" (IT), destacando a influência de fatores para além dos biológicos na abordagem das doenças. A compreensão dos ITs facilita a comunicação entre a prática clínica e a história pessoal, sociocultural e de saúde, promovendo abordagens interpretativas e compreensivas da saúde (Demétrio; Santana; Pereira-Santos, 2019).

Como afirmam Demétrio; Santana e Pereira-Santos (2019) há alguns países, como o Brasil, onde as práticas dos serviços de saúde são criticadas por adotarem um modelo individualista centrado na medicalização e hospitalização, resultando em custos elevados e eficácia limitada nos cuidados de saúde. Mesmo reconhecendo que as proposições do Sistema Único de Saúde (SUS) indicam muito além desse modelo, na prática o modelo biomédico ainda está muito presente.

Segundo Menéndez (2003), os modelos de cuidado abrangem não apenas a biomedicina, mas diversas práticas, como as tradicionais (curandeiros, xamãs, fitoterapeutas e figuras religiosas), alternativas (aplicação da bioenergia, religiões de cura etc.) e derivadas de tradições médicas acadêmicas (conhecimentos orientais, práticas integrativas e complementares etc.).

A biomedicina, segundo o autor, é entendida como o modelo hegemônico quando do acesso da pessoa aos profissionais em serviços de saúde, com olhar destinado às necessidades físicas e mentais, na maior parte das vezes destinado às doenças. Incluem-se também formas de autoajuda, representadas por grupos organizados e orientados por indivíduos que enfrentam desafios específicos, como Alcoólicos Anônimos. Essa diversidade reflete a complexidade das abordagens de cuidado, entrelaçadas com fatores culturais, sociais e religiosos (Menéndez, 2003).

Dessa forma, as trajetórias seguidas pelas pessoas na busca de soluções

para problemas de saúde são moldadas por experiências pessoais e coletivas e inseridas em redes complexas de relações sociais, integrando saberes populares, religiosos e biomédicos nos serviços de saúde pública, revelando uma diversidade de abordagens terapêuticas com o objetivo de alcançar a "saúde" ou a "cura"

Menéndez (2003) correlaciona tais modelos de cuidado com o conceito denominado de auto atenção, onde indivíduos e coletividades estabelecem conexões entre as modalidades mencionadas anteriormente, de acordo com o seu meio social. Profissionais curadores também assimilam formas diversas de atenção. Nesse contexto, a biomedicina procura manter sua preponderância, relegando outras formas de cuidado à colaboração de sua abordagem paternalista.

Pontes, Rego e Garnelo (2015) trazem indagações significativas para a arguição dos modelos de atenção, especialmente no subsistema de saúde indígena, destacando a necessidade de reconhecimento da diversidade de formas de atenção na sociedade, um aspecto muitas vezes negligenciado ou contestado nas análises das políticas públicas de saúde em vigor no território nacional brasileiro.

Portanto, correlacionando o conceito de itinerários terapêuticos com a auto atenção, pode-se concluir que os usuários estão sujeitos à diversas experiências em seu trajeto de busca à resolução de suas necessidades no processo de saúde e doença.

Em "A Experiência e o Saber da Experiência", Jorge Larrosa (2002) explora a etimologia da palavra "experiência", derivada do Latim *esperiri*, que significa provar e está associada ao perigo, sugerindo formação ou transformação e adotando outras conotações de acordo com as traduções de outros idiomas.

Segundo Bondía (2002), a experiência é definida como “aquilo que nos passa, acontece e nos toca”, separada da mera informação em sociedades moldadas por ela. O texto destaca a necessidade de adotar a passividade enquanto um território de passagem, abandonando imposições. O autor narra e enfatiza sobre a importância do saber da experiência na formação da relação entre conhecimento e vida humana, culminando não apenas na personalidade ética que seria a maneira como conduzimos, mas também o estilo estético de condução ao longo da existência, inerente à toda humanidade.

Quando as pessoas narram suas experiências, de forma oral ou escrita, temos uma narrativa, compreendida a partir da visão de Benjamin (2012), em uma relação entre experiência, tempo e memória. É em um ato de narrar que não busca ser um

romance, nem um relatório, mas uma história tecida da própria memória, em uma forma artesanal de comunicar as experiências na forma de histórias, que evidenciam aspectos antes desconhecidos e que podem representar a experiência individual e coletiva.

É a partir desses referenciais teóricos apresentados que esta pesquisa foi desenvolvida e articula suas compreensões, análises e discussões.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender as experiências de adoecimento de indígenas estudantes na UFSCar – campus São Carlos, no contexto urbano do município, a partir de suas narrativas.

3.2 Objetivos Específicos

1. Levantar narrativas de experiências de adoecimento de indígenas estudantes na Universidade Federal de São Carlos;
2. Analisar como as experiências enquanto universitários influenciam os adoecimentos;
3. Analisar as experiências de adoecimento, descrevendo a autoatenção praticada e reconhecendo os diferentes modelos de atenção à saúde utilizados;
4. Analisar as experiências vivenciadas pelos indígenas nos serviços de saúde do município de São Carlos.

4. MÉTODO

4.1. Tipo de Pesquisa

Pesquisa qualitativa, exploratória, apresentando interface com a Antropologia e no campo das Ciências Sociais e Humanas na Saúde. Ela explora o domínio dos significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes. A abordagem compreensiva permite o entendimento da realidade humana experimentada no contexto social propondo a subjetividade como a base do significado da vida em sociedade, defendendo-a como um elemento constitutivo do ambiente social e intrínseco à formação da objetividade. A interligação entre linguagem, símbolos, práticas, relações e objetos é indissociável (Deslandes; Gomes; Minayo, 2007).

Cabe destacar que, nesta pesquisa, não serão correlacionadas às suas respectivas etnias, mas serão abordados de forma coletiva. Esta decisão decorre de um dilema metodológico entre reconhecer a singularidade de cada etnia e preservar o anonimato dos participantes, evitando que as suas identidades possam ser inferidas. Assim, houve a escolha de não centrar a análise nas especificidades étnicas, mas nas experiências compartilhadas enquanto universitários em contexto urbano e não nas particularidades de seus povos, porém sem homogeneizar os diferentes povos representados e nem apagar a pluralidade cultural que caracteriza esses povos.

Esta pesquisa compõe um projeto maior, intitulado *“Mapeamento Sociodemográfico e Análise de Experiências de Indígenas nos Serviços de Saúde em um Município do Interior do Estado de São Paulo”*. Além desta pesquisa apresentada, o projeto inclui outras duas pesquisas de mestrado em andamento, um Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) e duas iniciações científicas.

4.2 Trabalho de Campo

Nesta pesquisa, o foco são os indígenas universitários na UFSCar campus São Carlos. Esses estudantes são representados por um coletivo, nomeado Centro de Culturas Indígenas (CCI). Para além de São Carlos, mais de 40 povos indígenas estão representados na UFSCar, distribuídos pelos *campi* de São Carlos, Araras, Sorocaba e Lagoa do Sino (UFSCar, 2023).

O município de São Carlos é de médio porte, localizado no interior paulista, situado dentro de uma área territorial de 1.136.907 Km² cuja população estimada é de 254.857 habitantes, sendo 351 moradores indígenas, que proporcionalmente representam 0,14% dessa população (IBGE, 2023).

4.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram critérios de inclusão: indígenas; graduandos ou pós-graduandos na UFSCar; residentes no município de São Carlos-SP por pelo menos 6 meses entre os anos de 2019 e 2026.

Foram critérios de exclusão: os que estiveram afastados do município durante a fase de construção de dados; os que não relataram experiência de adoecimento pessoal ou de outros estudantes indígenas da UFSCar.

4.4. Construção de dados

A construção de dados da pesquisa utilizou três estratégias no decorrer de seu desenvolvimento: diário de campo, questionários e entrevistas individuais.

4.4.1. Diário de Campo

Durante todo o processo de construção dos dados, foi utilizado o diário de campo como instrumento complementar à técnica de entrevistas. Atuando como observador participante, o pesquisador estabeleceu uma relação direta com os entrevistados no ambiente da pesquisa, envolvendo-se ativamente em seus contextos sociais e culturais. O diário de campo, utilizado de forma contínua inclusive durante as entrevistas, serviu como espaço de registro (físico e digital) de percepções, impressões e informações que não foram captadas pelo roteiro formal. Esses registros contribuíram para a análise qualitativa dos dados, ampliando a compreensão do contexto e das dinâmicas observadas (Deslandes; Gomes; Minayo, 2007).

4.4.2. Questionário

Para identificar os possíveis participantes da pesquisa foi enviado um convite para os estudantes indígenas, com auxílio do CCI através das redes sociais. No convite, foram explicados os objetivos da pesquisa e como seria a participação dos que desejassem.

Como houve dificuldade no retorno aos convites, foi utilizada a técnica *Snowball*, quando cada entrevistado indicou um outro estudante para ser convidado. Segundo Vinuto (2014), esta técnica deve ser utilizada para amostragens não probabilísticas, em pesquisas de caráter exploratório e que tem como principal

objetivo proporcionar maior visão sobre a temática investigada identificando outros participantes que muitas vezes estão invisibilizados ou não tiveram acesso aos convites de participação. O uso da *Snowball* ou Bola de Neve, permitiu que os pesquisadores tivessem maior acesso aos convidados, visto que houve populações cujo acesso foi complexo.

Outro fator que a técnica contribuiu foi nas situações em que os estudantes não se sentiram confortáveis para aceitar o convite para participar da pesquisa. Assim, quando indicado por um colega que já participou, foi possível superar essas barreiras, permitindo assim que a pesquisa alcançasse novos indivíduos de sua cadeia de referência. Dessa forma, informantes-chaves (denominados sementes), após participarem da investigação, divulgaram o convite para possíveis participantes, já buscando identificar estudantes com características que não haviam sido contempladas na primeira etapa de entrevistas. Essas características foram: indígenas de povos do Centro Oeste e Sudeste do Brasil; pertencentes à comunidade LGBTQIAPN+; de cursos das áreas de Ciências Humanas e Ciências Exatas; e que tiveram o período gestacional no município de São Carlos.

Tal cadeia de referência ocorreu até o momento que não houve mais novos participantes ou que os pesquisadores consideraram que foi atingido o montante de informações necessárias para a análise (Vinuto, 2014).

4.4.3. Entrevistas Individuais

Foram realizadas treze entrevistas individuais que ocorreram entre setembro de 2024 à dezembro de 2025, em locais escolhidos pelos participantes, a saber: Departamento de Medicina (DMed) da UFSCar, sede do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica (PPGGC) da UFSCar ou moradia dos entrevistados. As entrevistas foram do tipo semiestruturadas, seguindo um roteiro previamente estabelecido pelos pesquisadores (apêndice 3).

Segundo Deslandes, Gomes e Minayo (2007), a entrevista é uma forma privilegiada de comunicação que se destaca por ser uma conversa iniciada pelo entrevistador e conduzida com um propósito específico, voltada para a obtenção de informações relacionadas ao objeto de pesquisa. No contexto das entrevistas semiestruturadas, o entrevistador formula perguntas predefinidas, mas também permite que o entrevistado explore o tópico em discussão, sem se limitar estritamente às questões formuladas.

É relevante ressaltar que, no caso das entrevistas, um depoimento individual frequentemente aborda elementos de natureza coletiva, requerendo, portanto, uma análise que leve em consideração essa dimensão (Minayo, 2017).

No roteiro de entrevistas também buscou-se focar nas narrativas sobre os processos de adoecimento, levando em consideração os seus modelos explicativos sobre o processo saúde-doença-cura. Assim, em algumas perguntas, os participantes foram convidados a contar a história do que foi vivido, sem que houvesse interrupções do pesquisador durante o período narrativo. Nesse sentido, as narrativas trouxeram um olhar do participante para a sua experiência vivenciada, utilizando-se de uma sequência e uma forma de narrar “que imprimem na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso” (Benjamin, 2012).

4.5 Processo de Análise

As entrevistas foram gravadas em formato de áudio e, posteriormente, foram transcritas. É importante destacar que o sigilo dos participantes foi rigorosamente mantido, mediante a codificação dos nomes e quaisquer outros dados que poderiam identificar o entrevistado. Foi solicitado ao final de cada entrevista, que os participantes escolhessem um nome fictício relacionado a ervas ou plantas medicinais (visto a importância das mesmas para a saúde dos povos indígenas) e que o representasse de alguma forma, mencionando as justificativas da escolha, o que está descrito no capítulo intitulado *Os Participantes das Experiências*.

Não foi associado aos pseudônimos às etnias dos entrevistados, como forma de reforçar a confidencialidade e evitar qualquer possibilidade de identificação indireta, especialmente considerando o contexto específico. Após a conclusão das transcrições e da pesquisa, todos os arquivos de áudio foram permanentemente descartados.

Os materiais coletados foram submetidos à abordagem da Análise de Conteúdo Temática, conforme descrito por Gomes (2013). Esse processo envolveu a organização, decomposição e síntese interpretativa, permitindo a conexão dos principais temas identificados com as experiências vivenciadas pelos estudantes, bem como com os objetivos e questões iniciais da pesquisa.

Conforme orienta Gomes (2013), iniciou-se a leitura exaustiva e impregnada do material proveniente das entrevistas, previamente transcritas na íntegra, organizadas em tabelas e submetidas à pré-análise, com a separação das falas dos interlocutores.

Assim, posteriormente foi realizada a pré-análise propriamente dita, conforme Gomes (2013). Houve a exploração do material e foram identificados os temas presentes, através das unidades de significado (palavras, frases etc.) e chegando nas unidades de registro (elementos decompostos) e unidades de contexto (compreensão do contexto de determinada mensagem).

Consequentemente, foram encontrados os núcleos de sentido (presença ou frequência de determinado tema com significância para o objetivo analítico) e culminou na categorização (reunindo em grupos de unidades de registro sob um título genérico) que organizou os fragmentos das entrevistas de forma exaustiva, exclusiva, concreta e adequada (Gomes, 2013).

Seguiu-se com a etapa de inferências (dedução lógica do conteúdo analisado) através da dimensão sintática e semântica do conteúdo temático, o que culminou no tratamento dos resultados encontrados, buscando interligar os temas, objetivos, questões e pressupostos de forma intermediária antes da discussão e interpretação dos resultados, através do diálogo com outras pesquisas e teóricos (Gomes, 2013).

O desenvolvimento metodológico ocorreu em três etapas. Iniciou-se com a análise de cinco entrevistas, que possibilitaram a formação de cinco pré-categorias e a avaliação da insuficiência e necessidade de qualificação do material disponível. Assim, identificou-se a necessidade de uma nova etapa de entrevistas, que englobasse indígenas das regiões Sudeste e Centro-Oeste, mulheres gestantes, puérperas ou com experiência de maternidade no município de São Carlos-SP, representantes da comunidade LGBTQIAPN+ e estudantes de cursos das áreas de exatas e humanas. Nessa etapa foram realizadas quatro entrevistas. Posteriormente, houve uma terceira fase, com mais quatro entrevistas contemplando experiências no ambulatório de saúde indígena recém-inaugurado no município de São Carlos, totalizando as 13 entrevistas.

Também foram utilizadas narrativas representativas, como expressões significativas das temáticas abordadas em cada categoria, conforme apresentado por Luna (2021) em sua tese de doutorado. Elas foram elaboradas a partir das entrevistas realizadas com os participantes, buscando construir narrativas mais específicas e sintéticas, mantendo a forma de narrar do entrevistado. A intenção foi introduzir, no início de cada categoria, uma narrativa que representasse a experiência de um participante em relação ao tema discutido na categoria.

Para a elaboração dessas narrativas, selecionou-se trechos de entrevista que

expressam de maneira reflexiva o tema central da categoria. Esse trecho foi então revisado, retirando-se repetições e desvios típicos da oralidade, de modo a compor uma narrativa mais coesa, reflexiva e capaz de instigar o leitor.

A elaboração das narrativas representativas foram baseadas nos chamados *episódios ilustrativos*, recurso utilizado em pesquisas para evidenciar aspectos específicos de um determinado fenômeno, geralmente culminando em um ponto de clímax (Van Manen, 2014; Pereira; Carneiro, 2019).

Contudo, diferentemente das narrativas representativas, a proposta dos episódios ilustrativos consiste em descrever um único acontecimento, ressaltando detalhes específicos e significativos que exemplificam a experiência vivida. Essa abordagem procura aproximar o leitor da realidade narrada, permitindo-lhe sentir-se parte da vivência, ao mesmo tempo em que se excluem as interpretações ou posicionamentos do narrador (Van Manen, 2014).

Assim, nem todas as características propostas para os episódios ilustrativos foram adotadas na elaboração das narrativas representativas, pois optou-se por preservar as reflexões e os posicionamentos expressos pelos participantes, sem restringir a narrativa a um único acontecimento objetivo (Luna, 2021).

Dessa forma, em cada uma das quatro categorias deste estudo foi inserida uma narrativa representativa, cuja função é dialogar com a leitura dos resultados e das discussões que se seguem.

5. ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa seguiu as orientações da Resolução número 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata da pesquisa com seres humanos, da Resolução CNS nº 510/2016 (Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais) e da Resolução CNS nº 304/2000 (Pesquisa com População Indígena). Também atendeu às recomendações da Portaria 177/PRES/2006, artigo 6º da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). A pesquisa passou pela avaliação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), por se tratar de pesquisa com populações indígenas.

Foi aguardada a aprovação antes de iniciar a etapa de construção de dados. O parecer consubstanciado da CONEP, cujo número é 6.972.907, possui o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) registrado sob o número 76992824.0.0000.5504 e foi aprovado em 01 de agosto de 2024, conforme consta em anexo 3.

Na participação das entrevistas, não foram previstos riscos físicos, e os riscos mentais incluíram a possibilidade de quebra de sigilo sobre os dados. No entanto, os pesquisadores garantiram a confidencialidade dos dados pessoais por meio da codificação e armazenamento seguro. Além disso, as gravações das entrevistas foram descartadas após a análise. Qualquer constrangimento em expressar opiniões foi mitigado pela liberdade de não responder a questões inconvenientes, com a garantia do sigilo, como já mencionado anteriormente. Os participantes contaram com a assistência dos professores orientadores para resolver quaisquer problemas relacionados à pesquisa, e não houve necessidade de reembolso de despesas relacionadas à participação no estudo, bem como indenização por eventuais danos, com recursos disponíveis para esses fins.

Não houve benefícios diretos para os participantes, mas a pesquisa visa contribuir para a produção de conhecimento científico que possa auxiliar na identificação das necessidades de saúde da população indígena e no enfrentamento de situações da dificuldade de assistência de saúde intercultural e diferenciada nos serviços de saúde e de ensino.

É importante salientar que, embora os entrevistados sejam indígenas, não houve incursão em terras indígenas ou aldeias durante a coleta de dados. Assim, a aprovação e a parceria do Centro de Culturas Indígenas (CCI) da UFSCar foram

fundamentais, conforme documentação do anexo 2.

Todos os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e participaram voluntariamente do estudo após concordarem com as condições nele estabelecidas. Os dados construídos neste estudo serão utilizados exclusivamente para os fins descritos no protocolo e foram considerados propriedade conjunta das partes envolvidas, não podendo ser divulgados a terceiros sem a prévia autorização das partes interessadas. Comprometemo-nos, no entanto, a tornar públicos os resultados da pesquisa, sejam eles favoráveis ou não.

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES: OS PARTICIPANTES DAS EXPERIÊNCIAS

6.1 Perfil dos Participantes

Ao estimar inicialmente a quantidade de entrevistas ou outras técnicas, o pesquisador buscou manter essa estimativa como provisória, já que não é possível, de antemão, dimensionar com precisão a diversidade, a homogeneidade das informações necessárias para uma investigação consistente (Gomes, 2013).

Dessa forma, houve o planejamento de realizar 10 entrevistas individuais, todavia a pesquisa contou com a participação de 13 estudantes indígenas, provenientes de diferentes povos e inseridos em variados cursos de graduação e pós-graduação. A diversidade é uma característica marcante do grupo, evidenciada pelos aspectos da etnia, gênero, orientação sexual, faixa etária, regiões do país e percurso acadêmico.

Os participantes pertencem a dez povos distintos: *Atikun, Bakairi, Baniwa, Baré, Pankará, Terena, Truká, Tukano, Wassú-Cocal e Xavante*. Essa pluralidade étnica reflete a riqueza cultural presente entre os estudantes indígenas em contextos universitários. A faixa etária dos participantes variou entre 20 e 29 anos, demonstrando uma predominância de jovens adultos em diferentes fases de sua formação acadêmica.

Em relação ao gênero, oito participantes se identificam como homens cisgêneros e cinco como mulheres cisgêneras. A diversidade também se expressa na orientação sexual: dez se autodeclaram heterossexuais, dois se identificam como bissexuais e um como homossexual, evidenciando a presença de diferentes vivências e expressões da sexualidade no grupo.

No que diz respeito à formação acadêmica, os participantes estão distribuídos nos cursos: Ciências Biológicas, Engenharia Elétrica, Engenharia de Produção, Gerontologia, Licenciatura em Educação Especial, Linguística, Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional, além do Programa de Pós- Graduação em Educação Especial e do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica.

Este panorama evidencia a presença de indígenas em múltiplos campos do conhecimento, afirmando suas trajetórias acadêmicas de forma interseccional e plural, sendo que um dos participantes já havia cursado outra graduação na própria UFSCar.

Tabela 1 - Diversidade social dos participantes da pesquisa, Brasil, 2024 e 2025.

Características	Total	Descrição	Frequência
Povos	13	Atikum	1
		Bakairi	1
		Baniwa	2
		Baré	1
		Pankará	2
		Terena	1
		Truká	1
		Tukano	2
		Wassú-Cocal	1
		Xavante.	1
Faixa Etária	13	Entre 20 e 25 anos	9
		Entre 26 e 29 anos	4
Gênero	13	Mulher cisgênero	4
		Homem cisgênero	9
Orientação Sexual	13	Homossexual	1
		Bissexual	2
		Heterossexual	10
Cursos	13	Bacharel em Ciências Biológicas	1
		Engenharia Elétrica	1
		Engenharia de Produção	1
		Gerontologia	1
		Licenciatura em Educação Especial Linguística	1
		Medicina	1
		PPG em Educação Especial	2
		PPG em Gestão da Clínica	1
		Psicologia	2
		Terapia Ocupacional	1

Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

Os dados relacionados à migração e ao contexto de moradia dos participantes revelaram trajetórias complexas e heterogêneas, que atravessam diferentes territórios e realidades socioculturais antes da chegada ao município de São Carlos. Essa mobilidade territorial reflete tanto os desafios quanto às estratégias de acesso ao ensino superior por parte dos estudantes indígenas.

Quanto às Regiões Brasileiras de origem, houve participantes do Norte (com predominância de São Gabriel da Cachoeira, município com expressiva presença indígena em contexto urbano), Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste, conforme Tabela 2, sendo que parte deles residia em aldeias ou comunidades indígenas antes da

migração.

Tabela 2 – Origem dos indígenas participantes da pesquisa, Brasil, 2024 e 2025.

Região	Total	Descrição	Frequência
Norte	5	São Gabriel da Cachoeira (AM)	5
Nordeste	4	Cabrobó (PE)	1
		Canaubeira da Penha (PE)	2
		Serra Umã (PE)	1
Sudeste	2	Bauru (SP)	1
		Guarulhos (SP)	1
Centro-Oeste	2	Canarana e Ribeirão Cascalheira (MT)	1
		Paranatinga (MT)	1

Fonte: Elaborada pelo autor, 2026.

O tempo de permanência no município de São Carlos variou de 6 meses a até 9 anos entre os participantes. Essa variação aponta tanto para trajetórias recentes quanto para prolongadas de inserção na cidade, com implicações distintas em termos de adaptação, rede de apoio, vínculo com os territórios de origem e acesso às políticas públicas.

Em relação à moradia atual em São Carlos, houve uma concentração em determinados bairros, como o Jóquei Clube, possivelmente devido à presença de moradia estudantil ou condições acessíveis. Os demais estão distribuídos entre os bairros: Vila Brasília, Monjolinho, Cidade Jardim, Vila Celina e Parque Arnold Smith, o que também indica certa dispersão territorial, que pode influenciar nas dinâmicas de pertencimento, deslocamento urbano e acesso aos serviços.

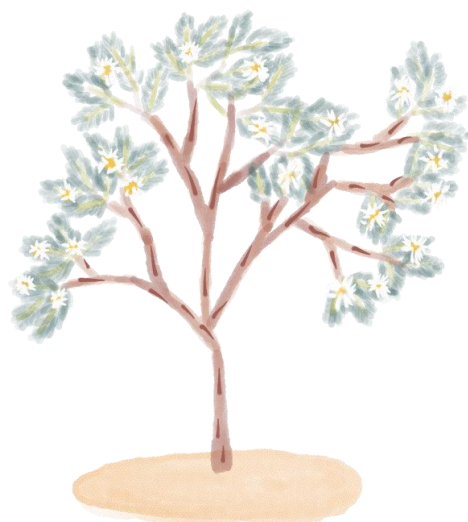
6.2 Apresentação dos Participantes

Neste tópico, são trazidas as apresentações dos participantes, iniciando-se pela introdução de cada entrevistado por meio do codinome escolhido e do significado atribuído por ele. Em seguida, são compartilhadas suas narrativas pessoais de apresentação pessoal, relacionadas aos povos e suas percepções acerca do processo saúde-doença, acompanhadas de uma ilustração do autor desta dissertação, representando a erva ou planta selecionada.

6.2.1. Angico Branco

Meu nome é Angico Branco. A casca dessa árvore, no caso, ajudou bastante a minha família, a gente usava para secar, fazia o chá da casca ali, tirava a casca da árvore, fervia e depois colocava isso em um pano e colocava a casca assim em cima do ferimento. Na perspectiva indígena a saúde ela vai muito além do que cuidar somente do corpo físico, então a gente cuida do corpo físico, do mental e do corpo espiritual também, que é uma vertente muito forte dentro das comunidades indígenas assim e obviamente cada povo vai ter ali a sua crença. Eu acho que a saúde seria assim pela minha perspectiva, seria mais como você se cuidar em questão de o que que você faz pro seu corpo estar bem e ser saudável todo o tempo, é você cuidar daquilo que o corpo te dá forças assim pra fazer coisas do dia a dia, as coisas cotidianas. Ficar doente seria um aspecto mais de o seu corpo estar precisando de ajuda, você cuidar mais dele, dar mais atenção. Quando a saúde mental não tá boa, na maioria dos casos isso vai se apresentar também no corpo, isso acaba virando físico também, tipo o corpo começa a inchar, alergias, coceiras e tudo mais, tudo por conta do mental. Tem as doenças que você adquire, com tipo você não cuidar do seu corpo por exemplo, você consome muito açúcar você vai desenvolver diabetes por exemplo, você comer muito sal, coisas assim com muito sódio e você vai adquirir hipertensão por exemplo. Atualmente, assim, pela questão da colonização mesmo, da invasão nas comunidades indígenas, a gente não tem muitas práticas culturais, assim de passarem essas coisas que antigamente tinham na história do povo. Para essas doenças espirituais tinha todo um ritual ali sobre como curar a pessoa, de tirar aquele mal ali dela, por meio das penas de Ema. Então, no entanto, que para o meu povo a Ema é um animal sagrado, e vem mais por conta disso, que as penas dela trazem essa proteção, trazem essa limpeza do espírito. Tinha doenças físicas mesmo onde era tratados com ervas, com chás e tudo mais, a gente conhece lá como Marcelinha, é tipo uma plantinha assim, parece uma florzinha e aí o chá dela é muito bom pra quando se sente vômito, sente náusea e dor de cabeça, então tipo tomou aquilo ali é certo, mas é ruim pra caramba (Angico Branco).

Figura 2 - Angico Branco.

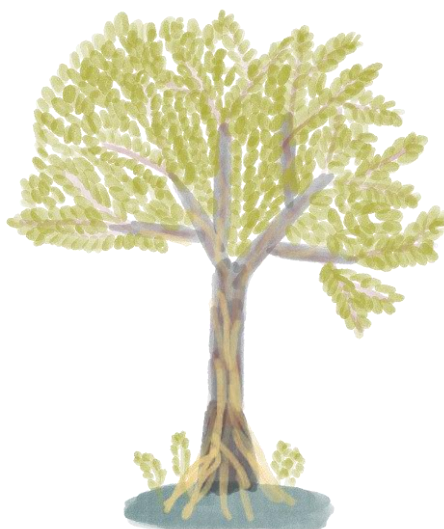


Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

6.2.2. Apuí

Eu sou o Apuí, porque minha comunidade também chama Apuí, que fica no rio Ayari, ela chama Apuí por conta dessa árvore, é Apuí Cachoeira, então é cachoeira das árvores de Apuí e lá tem duas cachoeiras. Mas também a gente tem um outro documento, o Registro de Nascimento Indígena e meu nome é Edzabimaka. E eu vim parar aqui em 2017 por conta do vestibular indígena, deu tudo certo na prova, eu passei. Eu vim pra cá com a ajuda de familiares e eu aprendi muita coisa, claro que eu trouxe o meu conhecimento, conhecimento do meu povo, a gente se autodenomina como Arimanai, que significa os novos que vão nascer, existem vários clãs, digamos assim, tem minha família, que é Ruhudeni, Zawinai e Waripezudakenai. Eu aprendi muito com a minha avó, cresci com ela a maior parte da minha vida, da minha infância e ela me ensinava muitas coisas, assim, na língua, as plantas, sobre a astrologia. Nenhum professor veio me questionar, como é que você enxerga a saúde, na sua perspectiva? Para mim, a gente não tá tratando o mal pela raiz ou a dor pela raiz, ou a doença pela raiz, por algum momento, pode até devolver uma funcionalidade, devolver a diminuição da dor, tratando o corpo físico, mas com o tempo vai voltar de novo e quando voltar, pode até ser pior, por conta disso, por conta da incompatibilidade no tratamento do corpo daquele ser humano. Ele é um ser, então, ele é além do corpo físico dele. Só que a medicina ocidental não enxerga isso. Para o meu povo estar doente remete a um desequilíbrio no corpo espiritual, a gente é espírito, primeiramente, temos nosso corpo espírito e temos nosso corpo físico, então estar doente é alguma coisa no seu corpo espiritual, sua fisiologia espiritual, seja uma doença que você pegou de espíritos oportunistas, eles chamam de yoopi, que são espíritos malvados ou quando também você vai num lugar que não é para você ir, no meu povo a gente não pode tomar banho no mesmo lugar que a mulher menstruada toma banho, por conta que nessa fase a está aberta para espíritos oportunistas e então ali vai estar contaminado, existem tipos de benzimentos, na minha língua (yakepiti?), que é algo específico, um exemplo é que as mulheres precisam passar na primeira menstruação que elas têm, elas precisam ser benzidas, e esse benzimento é algo específico. Os pajés, eles trabalhavam utilizando o sono, os sonhos. Quando eu tenho dor, eu observo minha dor, seja física ou mental, enfim, algum tipo de problema, eu tento identificar ela na raiz, e não no físico. Hoje em dia eu tenho duas perspectivas, porque no meu povo eu conhecia de uma forma, e eu cheguei na universidade, eu aprendi outra medicina, tive outros conhecimentos sobre o que é estar doente na visão ocidental (Apuí).

Figura 3 - Apuí.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

6.2.3. Bananeira

Meu nome é Bananeira, em simbolismo a um local que tem esse nome próximo à aldeia. Fui indígena desaldeado, saí da aldeia com quatro, três anos de idade, fui morar na zona rural do meu município, num local onde não era terra indígena, na zona rural. Aos 15 anos, 15, 14 anos, eu voltei para a cidade, uma cidade que ficava pouco mais de um, dois quilômetros do território indígena, para concluir meu ensino médio e lá tive mais contato com a minha família, que habitava na aldeia. Saúde, para mim, eu considero você estar bem, estar bem num estado geral. Doença, eu considero você estar mal, e mal assim num estado geral, não só questão de você ter uma patologia bem definida, mas você apresentar outras manifestações também, às vezes, está muito preocupado, está ansioso, ou até está com um pensamento mais pessimista, lá associava muito a questões religiosas. Então, chamava para um toré, ou então para muito interessante também para uma missa dentro do território indígena, na oca que tem no centro da aldeia, e fazia lá as mandingas. Os torés do meu povo são muito relacionados com a prática de saúde e a prática religiosa. Porém, eles estão muito entrelaçados também com a religião católica. Então, você faz o toré para sua identidade, porém com uma cruz no meio do terreiro. Eu escutava meus tios dizer, por exemplo: "Eu estou sentindo uma dor e vou lá no toré dançar um pouquinho para ver se passa. " Então, eu vejo que nessa interpretação que ele me falava, talvez tenha uma finalidade terapêutica, no toré você tinha algumas bebidas ritualísticas, como por exemplo, o chá do burana, o chá de jurema, e você tinha, por exemplo, o fumo de algumas cascas e outros chás, por exemplo. Então, eu usava bastante na minha infância, então, para dor de barriga, para dor de cabeça, tem a relação com alho, para congestão nasal e lá tinha esses produtos (Bananeira).

Figura 4 - Bananeira.

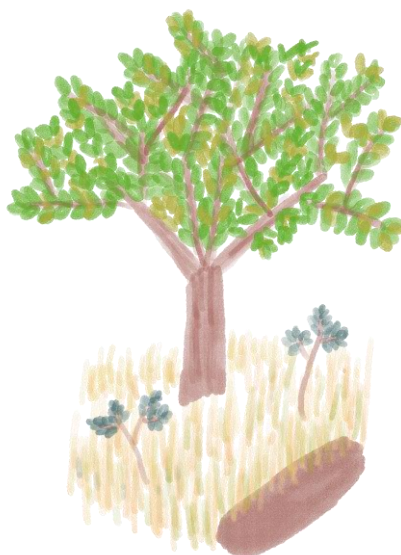


Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

6.2.4. Barbatimão

Eu me chamo Barbatimão, tenho uma relação de vários momentos em que estive presente, tanto na minha saúde, enquanto mulher, e em outros casos também em que eu pude tanto me auto curar quanto promover cura para outras pessoas, que é a casca do barbatimão. Inclusive, é um desejo meu, assim, um dia dar atenção para essa medicina e valorizar ela, porque, desde os cuidados com a saúde da mulher, o barbatimão também é um poderoso cicatrizante, todas as feridas superficiais que eu tive na pele eu sempre usei, sempre ofereço para alguém que precisa. Eu sou uma mulher indígena, nordestina, fui registrada no Rio de Janeiro, depois eu fui morar em Guarulhos, a gente voltou pra aldeia por conta que a periferia de Guarulhos era um lugar muito violento. Os meus pais decidiram que iam trabalhar em Pernambuco, depois disso, voltei de novo pra Guarulhos, terminei o terceiro ano do ensino médio e eu conheci o vestibular indígena da UFSCar, tive a aprovação e me mudei para São Carlos em 2015. Quando eu cheguei na universidade eu não tinha noção do que era a universidade, eu só sabia que eu queria estar nesse lugar. Saúde, para mim, é o equilíbrio, você ter oportunidades de lazer, mergulhar num rio, numa cachoeira, ter um tempo mais pra si para dar atenção a coisas que você acha mais prazeroso, a partir do momento que me deixa feliz, me deixa saudável também. Eu me sinto mais saudável quando eu estou praticando a minha cultura, comendo as comidas tradicionais, dançando, cantando com o meu povo. Estar doente é algo que está interferindo no seu campo espiritual, no seu corpo espiritual, e que vai atravessando para outras camadas, até chegar no físico para que esses sintomas se expressem no corpo físico. Qualquer sentimento que perturba nosso equilíbrio já é uma doença: tristeza é doença; preguiça é doença; desânimo, assim, com a vida. Se você está doente, naquele dia, você não vai pra roça trabalhar, assim, você vai ficar de repouso, você vai se cuidar ali, outra pessoa vai assumir ou você vai só quando tiver se sentindo melhor. Para as mulheres que têm infecções ginecológicas, tem o banho de assento, tomando mesmo o próprio chá, porque elas falam que curam por dentro também, por dentro e por fora. A pessoa curandeira, rezavam com um galho de alfavaca, de arruda ou de alguma erva, assim, que tem esse poder de transmutação e de cura, para que tire essas energias que fazem o adoecimento, que promovem o adoecimento (Barbatimão).

Figura 5 - Barbatimão.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

6.2.5. Begônia

Meu nome é Begônia, eu ganhei uma planta dessa de um colega de trabalho. Eu cheguei a trabalhar aqui em São Carlos, eu fiz estágio, ali foi que me deu mais força ainda para continuar, eu era o único indígena e olhava para o lado e era só branco e meu setor era de senhores, então eles me deram forças, eles me acolheram assim. Onde eu venho, como lá fica perto de rio, meus irmãos, a gente vivia no rio, nadava, corria, jogava bola, se alimentava bem. A gente vem de uma cosmovisão de que tudo é cíclico, nada é quadrado, tudo tem sintonia, tudo gira, então pra gente ter saúde mental e física é como se a mente refletisse no corpo, porque para caçar, para pescar, precisa ter um físico bom, também precisa ter paciência, raciocínio no meio da floresta, pra mim ter saúde, principalmente ela tem que ser tanto mental como física. Hoje tem a doença mental que eu nem sabia como funcionava, é a pior doença que a gente pode ter, eu não cresci nesse ambiente de conversa, a vida era mais trabalho, vender as coisas que fazia na roça, vender na cidade. A gente andava muito, que a gente tinha roça, tinha que caminhar longa distância, então não tinha como, acredito que a linguagem assim do meu povo, da minha família é mais oralizada, a gente conversava muito nesse trajeto, então a gente compartilhava conhecimento, então conversava pra ter saúde, de saúde mental e física. Onde eu cresci, se ferir, se machucar, ter a abertura de ferida no corpo, pra mim isso era ter doença ou gripe, basicamente pra mim era isso naquele tempo (antes da migração), não sei se hoje pra mim continua sendo isso. Se uma pessoa tem inveja da gente pode te adoecer, então ela pode jogar uma praga te olhando ou mesmo fazendo assim, o ritual dela, do povo dela, porque são vários outros povos juntos também, então cada um tem uma determinada coisa, então a doença pode ser assim. A gente tem esse medo de doença porque o meu povo eles definem uma coisa que é o bahsese, bahsese que é um benzimento, tanto um benzimento para o bem e benzimento para o mal que eles utilizam muito, pra pescar, pra caçar, então tudo é bahsese, como se fosse orando daqui, no meio da floresta, pedindo a proteção dos seres que lá habitam, porque são florestas ainda muito virgem então, também pode pegar doenças através deles. Quando eu volto pra lá (território), toda vez que eu volto é outra energia, é outra sensação, é estar onde eu tenho que estar (Begônia).

Figura 6 - Begônia.



6.2.6. Cajueiro

Eu sou Cajueiro, não tinha como não ser cajueiro, além de ser uma planta que sustenta, meu material escolar a vida toda foi comprado com o caju. Então, eu tenho essa relação muito forte com essa planta, e por ser uma planta de território. O meu território é um dos poucos, dentro da comunidade, que tem muito pé de cajueiro e na nossa propriedade as minhas melhores lembranças de infância foram abaixo dessa sombra, era uma das plantas que o meu avô mais zelava, por isso que a gente tinha que ter esse zelo, acho que cajueiro para mim tem esse significado. Eu ingressei através das ações afirmativas e do vestibular indígena em 2019, eu faço parte do PET indígena ações em saúde. Eu trabalho com fotografia do meu povo, também faço pesquisa, trabalho com saúde indígena e venho trabalhando nessa perspectiva de que a gente seja um pouco mais conhecido dentro do curso, porque a gente sofre muito preconceito. Então, eu acho que a minha contribuição aqui dentro da universidade, principalmente na representação do meu povo, é sair formada. Enquanto mulher indígena, a saúde é todo um aspecto de bem-viver, equilíbrio de corpo, mente e espírito, estar em dia no território, participando das nossas manifestações culturais. Território para a gente é um marco de saúde, mas também de adoecimento, não existe saúde sem a demarcação de território, porque é lá que está o nosso cemitério, as nossas ervas, a própria rotina do povo está dentro do território. Mas depois que eu entrei na universidade, a gente vê muito essa delimitação do que é saúde, do que é doença, do que é bem-estar. Acho que o adoecimento, para mim, eu transformei ele num, ao longo do tempo, claro, depois de muito sofrimento, em uma nova perspectiva do que era saúde para mim (Cajueiro).

Figura 7 - Cajueiro.

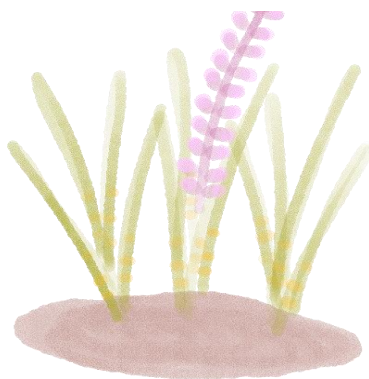


Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

6.2.7. Caruá

O símbolo do meu povo é o Caruá, que a gente usa para fazer nossos fardamentos, é uma planta muito resistente, tanto quanto o cacto, quando seca tudo ele ainda está lá, verdinho, ele consegue se manter, eu acho que ele é resiliente. Foi uma coisa que eu adquiri com o tempo na minha trajetória, aprender a ser resiliente, que quando eu não tinha nada, quando estava tudo para dar errado, eu ainda estava me mantendo forte, em muitos momentos eu queria realmente desistir, mas eu nunca fiz isso ao certo. Então eu acho que ter essa resistência do Caruá é o que fortalece a gente e que está ligado também à nossa ancestralidade. Estudei a minha vida inteira em escola pública indígena, me formei na aldeia, vim para a UFSCar em 2019, por meio do vestibular indígena. Eu entendo como saúde o bem-estar físico e espiritual. Para mim, não é só o corpo, é a mente também. Então não adianta eu estar bem de saúde, mas a minha cabeça está um caos, que isso para mim não é saúde. E eu acho que para o meu povo é justamente ligado à questão da espiritualidade, é um povo muito conhecido pelo manejo das ervas medicinais, os nossos mestres que vêm para rezar na gente, pessoas brancas, inclusive, procuraram muito na pandemia. Então o físico está bem, mas a cabeça, o mestre, quando ele chega perto de você, ele sabe identificar quando você não está bem, eles falam que a força está fraca, falam muito isso quando você está passando por um problema psicológico, indicam um chá para você tomar, uma dieta. A saúde está muito mais do que o espaço físico, transcende o mental, a espiritualidade, o corpo, a mente, porque eu sempre fui muito criada muito nisso. A doença eu acho que também está muito ligada, porque você estar com a cabeça ruim também é uma doença. Você está com: "Ai, não consigo me concentrar, não consigo comer, não consigo trabalhar, não consigo receber um mestre, estou me sentindo cansada." Então isso é adoecimento também do nosso corpo. Quando você para de ter uma alimentação das coisas que a gente cultiva na aldeia, para de fazer o uso dessas ervas, mesmo que você use a farmácia, você não vai conseguir sair desse adoecimento, porque tem toda a questão espiritual e principalmente, a proteção de dentro da aldeia. Então tem o adoecimento, tem a doença e está justamente ligado a essas questões, um preconceito também é uma forma de você adoecer (Caruá).

Figura 8 - Caruá.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

6.2.8. Cucura

Me chamo Cucura, é a uva nativa da minha região. Tenho 23 anos, eu moro em São Carlos faz quatro anos, eu vim para cá a fim de estudo, tenho parentes aqui, então eu tenho uma prima que veio para cá em 2018, que ela ingressou aqui na UFSCar através do vestibular indígena. Então, quando ela veio para cá, eu vi que era possível também sair do Estado para estudar e ir para outro lugar, como São Paulo, por exemplo, que é aqui onde ela estava. Ela que me inspirou a me inscrever e fazer o vestibular indígena, eu passei e então eu vim, foi uma inspiração de uma geração antes da minha. Eu tenho outros quatro irmãos, minha irmã é formada, meu irmão também está na graduação, mas já é a terceira tentativa de curso dele. Todos na universidade pública e eu tenho uma irmã que também estuda, veio no mesmo período que eu. Saúde tem todas as esferas de forma integrada e a saúde existe quando essas esferas estão em equilíbrio. A doença acontece quando tem algum desequilíbrio, seja no físico, no mental, no social, no financeiro, em alguma parte dessa esfera tem um desequilíbrio que se sobressai sobre o outro, vai acontecer o adoecimento. A gente é muito preventivo em questão de saúde, por exemplo, tem ações que a gente toma antes de algum marco na vida da pessoa, até atividades mais simples, o fato de uma pessoa passar, um, dois, três dias na mata para caçar, a gente faz toda uma preparação com o corpo dela, não só o mental, o físico, toda uma preparação também instrumental para a pessoa ir para a jornada dela (Cucura).

Figura 9 - Cucura.

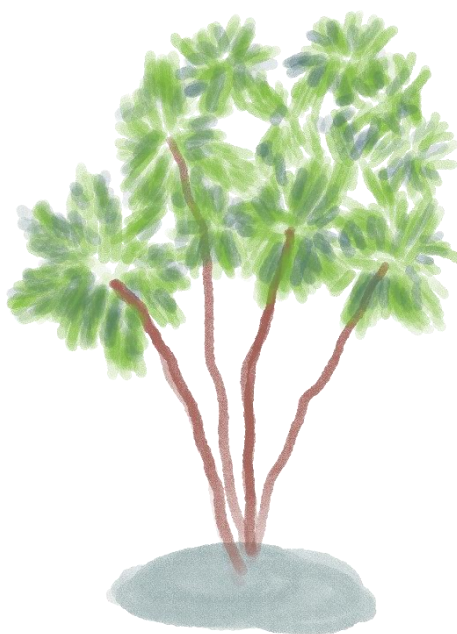


Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

6.2.9. Jurema

Meu nome é Jurema, não só o meu povo, os povos do sertão, eles têm uma relação muito próxima com a Jurema, que é uma planta medicinal utilizada muito nos rituais, é como se fosse uma dipirona. Eu sou oriundo do Sertão pernambucano, numa região de semiárido, eu ingressei em 2022 através do processo seletivo por ações afirmativas, o vestibular indígena, meu ingresso foi o primeiro ano que foi junto Unicamp e UFSCar, mas como eu tenho mais conhecimento da UFSCar, de todo o pioneirismo que existia dentro da universidade optei por colocar a primeira opção na UFSCar e fui aprovado em primeiro lugar aqui no curso. Tenho 22 anos, eu passei na UFSCar com 18 para 19 anos, minha mãe é professora o meu pai trabalhava com a equipe de saúde indígena também, ele era motorista da equipe de saúde, então ele sempre comentou sobre os médicos e os enfermeiros que trabalhavam com ele, eu tive muito estímulo e incentivo do meu pai e da minha mãe para seguir essa área. O território começou a proceder homologação junto com o do ano que eu nasci, minha infância foi marcada por saberes, a minha vó ela sempre contava das experiências que ela tinha dentro da aldeia enquanto ainda nem tinha sido homologado território indígena, os rituais que aconteciam no território, da minha mãe quando criança, então eu sempre fui contado dentro do território sobre essas coisas que no passado eram alimentadas dentro do território. Eu brincava, vivia com uma criança normal, a gente presenciava as paisagens que tinham, como meu território é em Serra, a contemplação da natureza é algo muito comum na infância. O meu tio ele é pajé da aldeia, a parte religiosa sempre foi forte na minha família e a minha vó também é muito religiosa, ela não exerce papel central de pajé nem contra mestre dentro da comunidade, mas ela tem esse papel religioso dentro da nossa família, a minha mãe também é muito religiosa. O autocuidado, ele vai além do físico, o autocuidado com a mente, com a forma de viver com o local onde você vai estar, a gente mantém a cultura viva, a relação espiritual também do corpo. A gente compreende o processo de adoecimento como sendo uma relação entre corpo e mente, então é sempre levado em consideração isso (Jurema).

Figura 10 - Jurema



Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

6.2.10. Maçã

Meu nome é Maçã, é uma fruta que gosto muito. Tenho três irmãs, vim para a faculdade em 2024, sou calouro, vim com total foco, foi algo que eu sempre quis na minha vida. Antes de estar aqui, eu era militar, servi três anos no quartel, e eu sempre tive aquele pensamento de mudar de vida, eu sempre tive aquele foco que o meu lugar era em outro lugar, por mais que seja longe de onde eu vim, e eu sabia que Deus tinha um propósito na minha vida. Então eu passei, hoje estou morando na moradia daqui mesmo da UFSCar. Eu tenho grandes metas, uma delas já concluí, que foi passar na prova, porque antes de passar, eu já tinha tentado fazer ela outras vezes e não consegui, e hoje graças a Deus eu estou aqui. Então minha meta agora é me formar, ter um trabalho bom, e garantir uma vida melhor para a minha mãe e para os meus pais. Vim de tão longe para estar aqui, vendo outras culturas, vendo outras atitudes das pessoas, e é muito difícil a gente interagir com elas, e muitas vezes é muito difícil a gente fazer amizade, eu tenho certeza que não só eu, como outros indígenas sentem isso. Então, é muito difícil, para mim que sou indígena, tentar interagir com o pessoal aqui de São Carlos. Saúde para mim é melhor condição de vida, porque eu tenho certeza que, se a gente tem saúde no nosso corpo, a gente está bem em tudo. Estar doente para mim tem vários significados, a doença ela não só está na forma de feridas ou dores, mas também estar mentalmente, está na forma do ânimo. O benzimento é uma forma também de curar as doenças, são pessoas que são habituadas a fazer o benzimento, quando uma pessoa está doente e vê que o hospital não está dando conta dos cuidados, eles levam para o benzedor e o benzedor vai lá, benze, e a pessoa fica bem da saúde, quando eu era criança eu via o meu pai, ele benzia a gente em forma cigarro, ele fumava, era uma forma de proteger o nosso corpo (Maçã).

Figura 11 - Maçã.

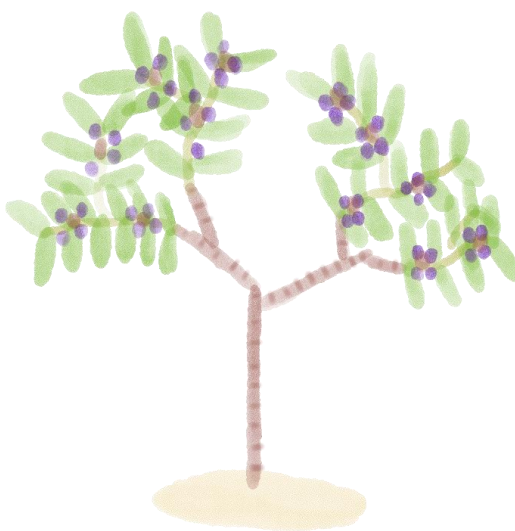


Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

6.2.11. Negramina

Meu nome é Negramina, é uma planta de grande potencial e que não é muito convencional, é muito usada pelo meu povo em rituais de cura, ela tem potencial anti-inflamatório, além dela ter alguns fatores que te ajudam na sua saúde ela também ajuda na sua saúde espiritual, que na maioria das vezes ela é utilizada para tirar o seu mau estar ou ela é utilizada em rituais também, tipo assim em ritual de pós morte, eles meio que batem essas folhas de negramina por onde a pessoa falecida passou e levam até o cemitério para que a pessoa encontre o caminho dela, porque aqui já não é mais dela, que ela se foi. Acho que é uma planta de um significado muito forte para o meu povo. Sempre fui uma pessoa que questionadora, lembro da minha mãe falando que eu era, é uma palavra que eu não consigo traduzir em português, mas é uma pessoa, que fala muito, no sentido mal, seria tytabyguein. Você ter saúde, principalmente atualmente, é você se auto sentir bem em todas as questões, pode ser profissional, financeira, amorosa, o que for. Estar doente seria uma forma de você não se sentir bem de alguma forma ou em relação a algo, independente se for uma doença ou não, uma doença visível ou não na verdade. Na visão do meu povo, se você está doente há vários fatores que possam causar essa sua doença, podem ser fatores patológicos e podem ser fatores não patológicos, ligados ao sobrenatural. No meu povo a gente tem vários rituais desde que a gente nasce, de auto preparação do corpo. Aí a gente acaba passando por esses rituais como uma forma de fortalecimento do corpo, algo mitológico e tal e eles dizem que isso interfere muito no seu futuro (Negramina).

Figura 12 - Negramina.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

6.2.12. Ré

Meu nome é Ré, tem um tio, meu pai também, fazem essa massagem quando a pessoa tiver tosse, pneumonia, eles fazem a massagem, tem uma tipo gel, bem cheiroso, tem isso, para passar nas costas, como se fosse gel, é bem gelado, a gente fala Ré, eu não sei como é tradução em português. Pensamento dos meus avós sobre a saúde, é importante para a gente, não só pra viver mesmo, mas a gente tem que compartilhar alguma coisa que a gente aprende. Porque como meu avô dizia que não tem data né, nem horas pra gente ficar doente. A gente acredita que doença ruim é pessoa, vamos dizer assim, outro espírito que está colocando em risco a gente. Por exemplo a dor de cabeça, a gente não tinha medicamento e para isso a gente só risca a cabeça para não sentir a dor de cabeça, no sentido do sangue ruim possa sair assim alguma coisa que está no meio do sangue bom. Na aldeia mesmo a gente tem livre espaço vamos dizer assim, a gente tem livre de tomar água, tomar banho e também curtir no meio do cerrado, jogar futebol algumas vezes (Ré).

Figura 13 - Ré.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

6.2.13. Saracura

Eu me chamo Saracura, para os indígenas, tem uma planta, na verdade é um cipó, chama Saracura, ela serve para basicamente tudo, é um cipó amargo, que é avermelhado, a extração dele raspam aquela casquinha do cipó, aí pegam e esquentam para fazer chá. Aí o chá costuma ser bem amargo, mas também é bem eficaz, tanto para febre quanto para dor, é anti-inflamatório também. O meu pai não é indígena, minha mãe pertence ao meu povo, que foi a qual eu herdei, por assim dizer, e é basicamente isso. De início, eu achei bastante legal a estrutura da cidade de São Carlos, eu me inscrevi nesse programa (a pesquisa) mais para trabalhar o meu contato com pessoas e conhecer pessoas diferentes, perder um pouco da timidez também, porque eu sou bastante tímido. Em relação a minha cultura indígena, eu acredito que o espírito, a nossa saúde espiritual influencia bastante a nossa saúde corporal. Saúde para mim é eu poder usufruir da total capacidade que o corpo pode me promover, tem até uma relação com a liberdade. Estar doente, para mim, é qualquer sintoma que eu esteja sentindo que chegue a me impedir de exercer algum compromisso meu. Meu povo acredita bastante em doenças espirituais que podem ser levadas por simpatias ou sentimentos que podem causar doenças em outras pessoas, como, por exemplo, a inveja. A gente tenta se curar sozinho, com plantas medicinais, até mesmo com curandeiros, por meio de rezas, eles (familiares) costumam me indicar bastante, de: 'não, meu filho, você precisa passar pelo menos uma vez ao ano por algum rezador. Eles (pajés) vão aplicando da mesma forma que aprenderam, por meio de cigarros que são benzidos, e que passam por todo um processo de reza (Saracura).

Figura 14 - Saracura.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

As narrativas revelaram compreensões amplas e integradas sobre saúde e doença, que articulam dimensões físicas, espirituais, emocionais e coletivas, evidenciando os modos como os saberes tradicionais dialogam, e por vezes se tensionam, com os referenciais biomédicos.

Optou-se por apresentar os registros do diário de campo com teor mais pessoal neste momento, ao final da apresentação dos participantes, por compreender que as reflexões aqui registradas constituem um desdobramento da convivência, escuta qualificada e dos encontros estabelecidos ao longo da pesquisa com estas pessoas.

Neste sentido, compartilha-se da compreensão de Bondía (2002) ao afirmar que a experiência não se reduz ao acontecimento em si, mas refere-se àquilo que nos acontece, nos atravessa e nos transforma. Assim, os apontamentos a seguir não representam apenas descrições do trabalho de campo, mas registros das repercussões que o contato com os participantes produziu em minha trajetória enquanto pessoa.

O início do trabalho em campo foi acompanhado por um receio relacionado à minha posição como pesquisador não indígena. Havia a preocupação de que a pesquisa pudesse ser percebida como extrativista, o que foi sendo amenizado com a anuência e o apoio do CCI na divulgação do estudo. Ao longo das entrevistas, alguns vínculos permaneceram para além da produção de dados. Um dos participantes entrou em contato posteriormente em busca de orientações sobre o acesso aos serviços de saúde da UFSCar, enquanto outros mantiveram contato, acompanhando suas trajetórias na universidade.

Minhas impressões sobre o campo foram se modificando ao longo da pesquisa. Inicialmente, imaginei que a aproximação com o coletivo seria mais fácil, mas ela ocorreu de forma gradual, sendo o apoio do CCI fundamental nesse processo. Durante toda a coleta, a experiência como organizador da ACIEPE Introdução à Saúde dos Povos Indígenas ampliou minha compreensão sobre os processos que escutava nas entrevistas e trouxe maior segurança como pesquisador. Além disso, a oportunidade de entrevistar no local de moradia permitiu compreender melhor alguns contextos, como a existência de redes de apoio fora do espaço geográfico da universidade entre indígenas que residiam próximos uns dos outros. Ao final, foi gratificante perceber que esta pesquisa também contribuiu para abrir caminhos para as investigações posteriores, que poderão aprofundar as questões aqui identificadas.

O campo despertou sentimentos intensos, especialmente diante dos relatos

sobre racismo e preconceito vivenciados pelos indígenas na universidade. Considerando o pioneirismo da UFSCar nas políticas de ações afirmativas e permanência, não esperava encontrar essas situações de forma tão explícita. Em alguns momentos, as entrevistas me sensibilizaram profundamente, exigindo de mim a elaboração constante do acolhimento e da escuta qualificada. Esse processo, inclusive, foi um dos fatores que me motivaram a iniciar a graduação em psicologia, ainda durante o mestrado.

Outro ponto importante foi a revisão de algumas compreensões pessoais. Embora mantivesse profunda gratidão pelas experiências com a *ayahuasca*, a pesquisa ampliou meu entendimento sobre seu significado como medicina tradicional indígena. Compreendi que seu uso comercializado em contextos urbanos por pessoas não indígenas contrasta com princípios defendidos pelos próprios povos indígenas, o que me levou a refletir que, caso volte a ter contato com essa medicina no futuro, esse encontro deverá ocorrer em um contexto conduzido por especialistas indígenas.

7. RESULTADOS E DISCUSSÕES: CATEGORIAS DE ANÁLISE SOBRE AS EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO

A partir da análise das entrevistas dos participantes, emergiram cinco categorias temáticas: as experiências na Universidade com desdobramentos na saúde; violências geradoras de sofrimento entre os indígenas universitários; experiências de saúde-doença; modelos de autoatenção adotadas no processo de saúde-doença e experiências nos serviços de saúde.

Tabela 3 – Organização das categorias temáticas e núcleos de sentido, Brasil, 2024 e 2025.

Categorias	Núcleos de sentido (código)
As experiências na universidade com desdobramentos na saúde.	Choque entre realidades e dificuldade de adaptação; Saudades das localidades de origem e solidão; Desigualdade escolar e não pertencimento institucional.
Violências geradoras de sofrimento entre os indígenas universitários.	Identities questionadas e exotização indígena; Racismo institucional e acadêmico; Pressão acadêmica geradora de sofrimento.
Experiências de adoecimento entre indígenas universitários	Adoecimentos do corpo; Adoecimentos psicológicos; Adoecimento no contexto espiritual.
Modelos de atenção nos Processos de Saúde-Doença.	A biomedicina como modelo de atenção; Busca por especialistas tradicionais como modelo de atenção; Práticas de autoatenção.
Experiências nos serviços de	Experiências nos serviços de saúde

saúde

específicos para universitários;

Experiências nos serviços de Atenção
Primária à Saúde;

Experiências nos serviços de Urgência e
Emergência;

Experiências na Maternidade de São Carlos;

Dificuldades encontradas no acesso aos
serviços de saúde;

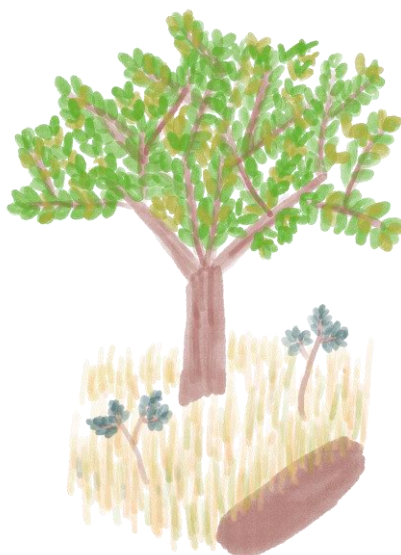
Estratégia de Atenção à Saúde Indígena.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

7.1 As experiências na universidade com desdobramentos na saúde

A minha introdução de alfabetização foi em casa, então, quando eu entrei para fazer alfabetização, pré-escolar essas coisas, já sabia ler. Aí eu fiz a primeira, segunda, terceira e quarta série na aldeia. Terminei o terceiro ano do ensino médio e fiz cursinho comunitário, conheci o vestibular indígena da UFSCar. Não conhecia, assim, muita diferença entre a universidade pública e a universidade particular, por exemplo, foi lá que comecei a ter essas noções de cidadania e de consciência de classe também. Aí, em 2014, eu vim fazer a prova do vestibular aqui em São Carlos e me mudei para São Carlos em 2015, foram nove anos de trajetória muito intensa, tinha aquela defasagem do ensino público também. Eu era a única estudante indígena em uma sala de quarenta alunos. Passei por vários desafios, inclusive, racismo, apontamentos dentro da sala de aula. Esse processo me causava muita angústia, porque eu já tinha caído de uma turma, tinha que acompanhar outra turma, me sentia desconfortável. O contexto urbano, o contexto universitário em si já desconecta a gente de muita coisa. Dentro do estágio, teve um momento em que eu estava com muita dor, que essa dor minha de cólica menstrual ela é assim, quase chega a ser incapacitante. Eu nunca procurei o serviço de saúde quando eu estava nessa situação, embora já tenha passado, assim, por situações extremas. Às vezes eu sinto falta do cuidado feminino, das pessoas que entendem ali o que é necessário para que uma mulher se sinta confortável nesse período, nesse momento de dor, acaba tendo a falta da partilha e do cuidado coletivo também. Comecei a fazer o TCC, mas acabou não dando muito certo por conta que eu queria fazer uma temática relacionada aos povos indígenas, mas a minha orientadora ela não tinha muita experiência e muito menos, talvez, vontade de querer saber ou entender o meu contexto e, enfim, considerando a minha complexidade, da minha pessoa como um todo. Quando eu falo que eu entrei em 2015, as pessoas me olham assim e falam: “nossa, mas você formou só esse ano”; duvidam da minha capacidade intelectual e profissional de ter me formado, como se eu só tivesse me formado porque a universidade, sei lá, me empurrou assim. Hoje eu reconheço a minha história como legítima, como uma história de muita resistência (Barbatimão).

Figura 15 – Barbatimão 2



Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

A narrativa de *Barbatimão* permite compreender como a experiência universitária indígena se configura como um processo complexo, envolvendo questões que se desdobram na saúde e bem-viver. A formação educacional básica diferenciada, baseada em uma alfabetização na aldeia, contribuiu com o senso de pertencimento ao ingressar na Universidade, se deparando com uma turma majoritariamente composta por estudantes não indígenas, além de vivenciar às pressões acadêmicas e expectativas institucionais eurocêntricas, experiência que foi se intensificando com os questionamentos sobre seu progresso acadêmico, comparado aos demais estudantes. No entanto, foram elaboradas estratégias de enfrentamento e resiliência, que fomentaram a auto validação no contexto universitário e em sua trajetória pessoal.

Nesta categoria são exploradas outras experiências que se identificam com a narrativa de *Barbatimão*, evidenciando o deslocamento dos indígenas de seus locais de origem até o ambiente universitário, bem como as trajetórias acadêmicas que provocam desdobramentos no âmbito da saúde. O conteúdo destaca as dificuldades vivenciadas com relação ao choque cultural, a escolarização, aos questionamentos sobre sua identidade, ao racismo, com experiências de ruptura, adaptação e resistência.

Nos registros do diário de campo, registrei que ouvi que esse deslocamento não se encerra no ingresso formal na universidade, mas se prolonga ao longo da trajetória acadêmica, sendo atravessado por estratégias de enfrentamento. Na *VIII Semana Indígena da UFSCar (2023)*, que celebrou entre 16 à 18 de agosto de 2023 os 15 anos de presença indígena, pude acompanhar as atividades e ouvir que eventos como esse são um marco simbólico desse processo. Nas atividades que acompanhei, como a exibição do documentário *Falas da Terra* e as apresentações de Toré pelos estudantes do Centro de Cultura Indígena (CCI), reafirmaram nas falas que a universidade é um território político, no qual saberes corpos indígenas se manifestam. Nos cantos realizados durante a Semana Indígena se evocaram elementos que também estiveram presentes nas entrevistas, como o cocar e a jurema, que ouvi em “*o meu cocar é preto da pena da emma*” e “*eu vou chegando é com a força da jurema*”, evidencia relações entre narrativas individuais e expressões coletivas, conectando natureza e identidades indígenas no contexto universitário. As danças do *Cariçu*, dos povos do Alto Rio Negro, e do povo *Xavante*, realizadas naquele momento, me fizeram refletir sobre diversidade de presenças indígenas no espaço acadêmico da UFSCar,

rompendo com visões homogêneas sobre a identidade indígena.

Outro momento em que registrei aspectos sobre a presença indígena nos contextos urbanos foi durante as *Feiras de Culturas Indígenas de Araraquara* entre 06 e 07 de julho de 2024 (terceira edição) e 05 e 06 de julho de 2025 (quarta edição) quando percebi que a presença em contexto urbano experimentada pelos indígenas não implica ruptura com suas redes coletivas ou com sua identidade. Em Araraquara, no evento, havia a presença de povos *Fulni-ô*, *Fulkaxó*, *Guarani Mbyá*, *Guarani Nhandeva*, *Kaimbé*, *Kaingang*, *Kariri-Xocó*, *Krenak*, *Mayuruna*, *Pankará*, *Pankararé*, *Pankararu*, *Pataxó*, *Pataxó Hã*, *Terena*, *Tupi-Guarani*, *Wassu Cocal*, *Maynã*, *Tariano*, *Waura*, *Kamaruara*, *Kuikuro*, *Arapiun*, *Tupinambá*, *Munduruku*, *Baré* e *Dessana*, entre outros, que traziam relatos multiculturais que extrapolavam os contextos rurais e descreviam a circulação de indígenas entre diferentes territórios, como quando discutiram sobre a presença na UFSCar em uma roda de conversa com o público.

Elementos como esses, recuperados do meu diário de campo e apresentadas nos parágrafos anteriores, dialogam diretamente com a narrativa representativa apresentada no início desse capítulo e com essa categoria de análise que se sucede, ilustrando que a chegada à universidade é acompanhada por experiências multifacetadas e acompanhadas de barreiras e dificuldades, mas também com esforços para fortalecimento identitário, estratégias para pertencimento coletivo e resistência à fragmentação imposta pelo contexto universitário e urbano.

7.1.1 Choque entre realidades e dificuldade de adaptação.

Nas experiências para se tornarem universitários, o primeiro passo descrito pelos participantes foi o deslocamento para estudar ou para fazer a prova em uma das cidades em que o vestibular indígena é realizado. Assim, a transição de território para o ingresso na universidade é marcada desde o período do vestibular, se intensificando com o deslocamento para viver no novo município, sendo descrita ausência de preparo para o enfrentamento do novo contexto urbano.

Um dos participantes relatou que uma das primeiras dificuldades enfrentadas no processo foi o deslocamento para a realização da prova, afirmando que "a primeira coisa que eu tive dificuldade, deslocamento fazer a prova né, a gente sabe que na cidade a gente vive só" (Ré).

A primeira vez que eu saí da aldeia eu tinha uns 18 anos [...] nunca tinha saído antes, nem sabia o que me esperava [...] fui sem nenhum conhecimento do que seria o meio urbano [...] lembro que dentro do ônibus eu fiquei 'nossa, me prendi aqui, como é que eu vou sair?' [...] era uma coisa tão simples, que

até minha filha de cinco anos sabe, e eu com 18 não sabia (Negramina).

Um participante relatou que, ao chegar à cidade, enfrentou dificuldades por desconhecer o funcionamento do novo contexto, afirmando que "aqui eu cheguei, eu acho que eu estava com 22 anos, aí eu não sabia como funcionava, eu nunca tinha saído longe [...] aqui é totalmente diferente" (Begônia).

Nas experiências logo após ingressarem na universidade, percebeu-se um choque entre as realidades dos contextos indígenas vividos anteriormente e os novos na situação urbana do município de São Carlos, demandando tempo e esforço para ser enfrentada.

Quando eu vim para São Carlos em 2018, foi querendo ou não um choque um pouco grande contanto que pra eu me acostumar aqui teve um tempo" (Angico Branco). É choque cultural mesmo, que teve pessoa que cumprimenta diferente, como tem bastante carro e pessoal, é muito movimento (Ré). O interior de São Paulo é completamente diferente. Então a comida é diferente, as pessoas são diferentes, o modo de viver, de entender as coisas é diferente, o sotaque é diferente" (Jurema). Eu vi uma diferença enorme entre a nossa cultura e pessoal daqui de São Carlos. E, assim, eu não consegui, logo no começo, me adaptar com eles (Maçã). Eu vim de um lugar que as pessoas majoritariamente são indígenas [...]. Quando cheguei aqui, eu senti que muita coisa mudou: a forma como as pessoas falam, pensam, convivem (Cucura).

Assim, a vivência no ambiente universitário evidenciou barreiras linguísticas. A experiência de se comunicar foi sendo reconfigurada a partir do confronto com o mundo não indígena e do esforço de se expressar e se reconhecer nele. Nesse processo, um participante destacou que "acho que aqui que eu realmente soube o que é ser indígena, sobre a minha cultura, tive que buscar na minha família, na minha vó que hoje já é falecida, tive que lembrar [...] pra poder ter uma carga e definir talvez, eu como pessoa" (Begônia). Além disso, outro participante relatou que "a gente não é fluente também na língua português criancinha e fui aprendendo também a me comunicar, que eu tô conversando por conta de música que eu escuto, que eu olhei alguns livros pequenos" (Ré).

Acho que a adaptação ao meio não indígena foi a linguagem [...] lá na aldeia a gente só fala a nossa língua materna [...] eu ainda travo muito pra falar o português [...] às vezes quando me perguntavam algo, eu acabava respondendo na língua [...] parecia que a mente não tava conectando que eu não tava mais naquele ambiente (Negramina).

Eu tô transitando as coisas do mundo do meu povo e do mundo da sociedade, por conta de um curso que eu tava fazendo. Eu tô socializando, assim, entre os amigos, professores e tô aprendendo as coisas também devagarzinho assim, a escrita para ser fluente (Ré).

Mesmo indígenas que cresceram em contextos urbanos em outras regiões do

Brasil, experimentaram rupturas com os seus costumes anteriores ao viver na nova região, expondo diferenças fundamentais nas formas de relação interpessoal social e nos custos de vida, havendo uma certa adaptação ao longo do tempo.

Além das barreiras linguísticas, os participantes relataram desafios relacionados às diferenças culturais vivenciadas no ambiente universitário e na convivência. Uma participante descreveu um episódio em que uma demonstração de afeto foi interpretada de forma equivocada, relatando que *“em São Gabriel, quando a gente tem uma amizade próxima, a gente trata com um abraço [...] Quando eu abracei uma amiga que eu fiz aqui, ela pensou outra coisa, que eu estava assediando ela”* (Maçã). As experiências de adaptação também variaram conforme as trajetórias individuais, conforme as falas dos participantes abaixo.

Foi mais difícil se adaptar em Campinas [primeira cidade que foi estudar] do que se adaptar em São Carlos, porque quando eu venho para São Carlos, eu já tenho uma renda, eu já conhecia pessoas mais facilmente, mais rapidamente (Bananeira).

Outro participante ressaltou a importância do conhecimento tradicional em sua cultura, destacando que *“na cultura indígena, o ancião é o pilar da cultura, então, eu vim aqui para a universidade aprender um pouquinho mais sobre a teoria”* (Cajueiro).

Sou indígena, só que a minha família ficou na cidade, então eu cresci na cidade. São Gabriel [nome do município em que vivia] já é, vamos dizer assim, um pouco mais desenvolvida que as comunidades. (...) Eu olhava era diferente, a comida era diferente, as pessoas falam diferente e pra mim entender que tá tudo bem, que é outra cultura que eu tô inserido no contexto demorou muito (Begônia).

A vida no contexto urbano criou barreiras para a realização de determinadas práticas indígenas que promoviam o bem-estar. Relataram que foi difícil a manutenção da alimentação tradicional habitual em suas comunidades, o que contribuiu para uma vivência mais individual e de desconexão e que gerou, em algumas situações, ganho de peso. *“porque a gente está fora de um calendário [indígena], a gente não está comendo as mesmas coisas que a gente comia”* (Cajueiro). Além disso, uma participante relatou que a mudança no padrão alimentar repercutiu em alterações na saúde, destacando que:

Não era uma alimentação assim industrializada como um todo, assim era o básico de lá né? Tipo derivado da mandioca [...] então a gente não era tão obeso né? Acredito que quando eu vim pra cidade, assim, cidade capital, eu comecei a ganhar peso (Begônia).

Aqui as carnes não têm gosto. [...] Lá nas aldeias, quando tem uma festa, eles abatem logo um boi. É muito diferente uma carne fresca da carne daqui, que já tá um tempão no frigorífico [...] eu não gosto das carnes daqui, acho muito ruim. Peixe também, não vi nenhum que tenha gosto bom aqui (Negramina).

Descreveram que as experiências com o clima no município de São Carlos - que possui condições atmosféricas de temperatura, chuva, umidade e ventos diferentes do que estavam habituados anteriormente - revelaram mais um elemento de choque, em que o deslocamento territorial e cultural foi experimentado de forma contundente e afetou a saúde: *“o clima é bastante estranho, a umidade do ar em certos períodos do ano”* (Saracura). *“Lá era quente. Aqui, quando eu cheguei, era gelado pra caramba. Chegou a bater 6 graus na época que eu estava aqui. E eu sofri um pouco nessa fase, né?”* (Apuí). *“Então eu não estava acostumado com um frioão de manhã, um calor à tarde, uma chuva à noite”* (Angico Branco). *“O clima daqui, ainda mais para quem é do Norte, que não é acostumado muitas vezes com o frio aqui de São Carlos, já fica com uma virose forte, fica com uma doença bem forte”* (Maçã). *“Eu percebo muito essa diferença de ambiente: lá, se eu não estava bem, eu andava cinco minutos e chegava na praia, ficava perto da natureza, das pessoas. Aqui não tem isso”* (Cucura).

As dificuldades econômicas enfrentadas pelos indígenas durante o início de sua trajetória acadêmica foram descritas como agravantes, sendo necessário criar outras estratégias para geração de renda e permanecerem na instituição, lançando mão de programas institucionais ou sendo necessário trabalhar. *“Eu tive dificuldade, é isso mesmo, financeiro e vim pra cá também, aonde que eu vou ficar?”* (Ré). Já outro participante relata sobre a dificuldade de sua trajetória: *“Minha trajetória como estudante indígena sempre foi muito difícil, muito árdua. Quando a gente chegou, a gente não tinha bolsa permanente [...] tive que trabalhar para me manter”* (Caruá). *“Aqui na UFSCar recebemos o auxílio do programa Bolsa Permanência e nessa época o valor ainda era de novecentos reais [...] só que quando eu cheguei aqui, essa bolsa foi atrasando, o governo foi atrasando”* (Angico Branco).

Para a universidade em si, a estrutura da universidade, para me adaptar nela, eu acho que também foi bem facilitado, tendo em vista que eu achei fácil os processos de bolsa e de permanência aqui na universidade, por mais que a bolsa permanência da própria universidade seja com valor baixo, mas eu acho que ela é suficiente para suprir as necessidades de permanência a qual eu necessito (Bananeira).

Embora o distanciamento do território traga desafios e choque cultural, ele também pode permitir novas formas de se expressar e conviver, especialmente para as mulheres, como na fala de Negramina: *“aqui na cidade, eu posso sair, posso beber, deixar a filha com a babá [...] ninguém me julga [...] lá seria diferente, tudo seria culpa*

da mãe [...] (Negramina).

Relataram, ainda, que a própria percepção do que é saúde ou doença passou a ser ressignificada a partir do contexto universitário, revelando como o encontro entre diferentes culturas afeta o cotidiano e transforma as compreensões sobre o processo saúde-doença: *“eu acho que, depois que eu cheguei na universidade, muita coisa que eu nunca tinha vivido ou nunca tinha parado para pensar sobre o que é saúde e o que é doença, porque a gente não é tão questionado sobre isso” (Cajueiro),*

Assim, percebeu-se que o encontro entre diferentes culturas no choque entre diferentes realidades se manifestou de forma ampla, desde hábitos alimentares e linguísticos até gestos e formas de interação social que foram possibilitando outras formas de viver e conviver.

7.1.2 Saudades das localidades de origem e solidão

A ruptura com a presença familiar e com os vínculos cotidianos que possuíam nas suas localidades de origem aldeias, comunidades ou contextos urbanos, acentuou o sentimento de solidão, mesmo quando havia apoio local. Um participante relatou que: *“eu sempre vivi muito próximo da minha família, do meu território [...] então essa mudança de vínculo, de sair de casa, de estar distante do meu povo, isso repercutiu bastante no processo” (Jurema).*

[...] apesar de eu estar longe da família, eu tinha os meus amigos que me ajudaram muito [...] mas mesmo assim, quando eu penso em algumas coisas, sinto saudade [...] tem coisas que são da aldeia, da nossa vida lá, que aqui simplesmente não existem (Negramina).

A ausência de práticas indígenas, realizadas anteriormente por pessoas da comunidade e familiares, especialmente mães e avós, foi percebida como limitadora da vida comunitária e como fragilizadora da saúde dos indígenas na universidade.

Quando eu cheguei aqui eu estava longe da minha família [...] apesar da minha maternidade ter sido ótima, eu queria muito que minha mãe viesse pra cá, porque conhecendo os cuidados dela, acho que seriam muito mais extensos [...] (Negramina).

Esse sentimento também esteve relacionado à ausência do cuidado cotidiano exercido pelos familiares. Uma participante relatou: *“eu lembro de ter sentido muita falta da minha mãe, da minha avó, que sempre cuidavam de mim. [...] Foi uma saudade mesmo de cuidado, de um cuidado mais perto” (Cucura).*

A distância não se expressou apenas como ausência física, mas como uma sensação de desconexão cultural e afetiva, intensificada por situações de violência ou instabilidade emocional: *“eu sinto falta da família, muitas vezes, sinto falta dos amigos,*

fico vendo também as coisas que aconteceram em São Gabriel, da cultura, do festival e tudo mais, e eu queria estar lá, mas não posso porque estou aqui” (Maçã).

O distanciamento das localidades de origem afetou diretamente a saúde emocional, provocando ansiedade e sentimentos de solidão, especialmente quando o novo ambiente não oferecia acolhimento suficiente. Nesse contexto, um paciente relatou que: *“aí vem a ansiedade, ansiedade aperta, sente falta da família” (Maçã).*

Eu me sinto acuado, acuado. É como se eu... eu prefiro ficar sozinho. Hoje a minha defesa, minha consciência, eu prefiro ficar sozinho. Às vezes eu quero interagir mas eu não sei como vai ser aceito, então eu prefiro me anular (Begônia).

Muitas vezes quando nós estamos muito longe de casa, num lugar que a gente está com a família longe, se sente muito sozinho, ainda mais quando a gente não se sente acolhido [...] E muitas vezes uma pessoa que não sabe como agir vai se distanciando, não quer fazer amizade com ninguém, ele começa a ficar sozinho (Maçã).

A dificuldade de estabelecer laços no novo contexto social contribuiu para o isolamento, revelando como o choque cultural se entrelaça com a solidão vivida no cotidiano universitário. Nesse sentido, uma participante relatou que:

Às vezes eu não consigo conversar com ninguém, eu fico nervoso quando eu converso com alguém que não é indígena, eu fico muito nervoso [...] não é que eu não tenha assunto ou não queira conversar, é porque eu não consigo, sinto que eu não tenho força (Begônia).

O sentimento de solidão também foi associado ao afastamento da família e à dificuldade de reconstruir vínculos no novo contexto. Uma participante afirmou que: *“depois que eu cheguei na universidade, me senti muito sozinha [...] era longe da minha família [...] por mais que meus amigos ajudassem, era diferente” (Negramina).* Além disso, outra participante destacou que: *“vim de tão longe para estar aqui, vendo outras culturas, vendo outras atitudes das pessoas, e é muito difícil a gente interagir com elas, e muitas vezes é muito difícil a gente fazer amizade” (Maçã).*

7.1.3 Desigualdade escolar e não pertencimento institucional

A transição dos estudantes indígenas para o ensino superior frequentemente escancarou desigualdades educacionais que afetaram diretamente sua autoestima acadêmica e seu senso de pertencimento institucional.

Muitos carregaram uma trajetória de formação escolar marcada por lacunas estruturais, currículos descontextualizados com a educação ocidental e experiências escolares restritas ao universo de suas comunidades, conforme essas falas de *Angico Branco* nos mostram:

Estudei o ensino fundamental a maior parte dele numa escola que era dentro

da comunidade mesmo, então ali, era praticamente o que eu conhecia assim né, em questão de visão de mundo. A minha sala, por exemplo, tinha no máximo 10 alunos, aí me deparar com uma sala de 40 alunos [...] eu estudava em uma escola de tempo integral [...] e eu nunca tinha passado por essa experiência. Então estou aqui de São Carlos desde 2018 [...] terminei o ensino fundamental aqui [...] e assim que eu terminei o ensino médio posteriormente eu já ingressei na faculdade (Angico Branco).

Ao ingressar na universidade, depararam-se com uma lógica institucional que impôs a linguagem acadêmica, passando por experiências de adaptação ao novo ambiente com uma cultura acadêmica muitas vezes alheia às suas referências, conforme as falas de *Apuí* e *Cajueiro* demonstram: *“aprender a nova linguagem, que era a linguagem da graduação, especificamente da fisioterapia, né? Então era muita informação no primeiro ano” (Apuí).* *“A desvantagem de escolaridade e de formação inicial me adoeceu. (...) Porque a gente chega na universidade e existe sempre uma régua comparativa” (Cajueiro).*

Essa régua invisível que mede os saberes, comportamentos e ritmos institucionais frequentemente reforça a ideia de inferiorização intelectual dos estudantes indígenas. Nesse contexto, participantes relataram perceber atitudes no cotidiano universitário, afirmando que: *“questões assim, barreiras sociais mesmo, de você observar que as pessoas olham pra você com outro olhar, né?” (Apuí).* *“Num curso elitista, com muita gente de colégio particular, a gente acaba sendo visto como alguém que não deveria estar ali” (Jurema).* *“Porque na minha comunidade pessoas brancas a gente relaciona com o conhecimento, com pessoas inteligentes, pessoas que têm mais experiências com a tecnologia que a gente” (Saracura).*

Em muitos casos, a vivência acadêmica é marcada por experiências de exclusão, silenciamento e dificuldades de afirmação de suas identidades e saberes indígenas, conforme descrevem os participantes: *“não é um departamento que eu me sinta à vontade de estar, então, eu sou vou lá, assisto à minha aula e vou embora” (Cajueiro).* *“Nas aulas, nas minhas disciplinas eu não consegui lidar, não porque era difícil ou porque é difícil [...] mas porque não me sentia capaz, eu não me sentia incluído, eu não me sentia pertencente a aqui sabe” (Begônia).* *“Quando estou lá no departamento, durante a aula, eu evito sair até para pegar uma água, para ir ao banheiro, para não dar de cara com nenhum professor, assim, e causar alguma situação desconfortável” (Cajueiro).* *“Teve uma vez em uma aula no cerrado que a professora falou: ‘você não podem comer isso que vão passar mal’ [...] mas era algo que a gente comia na aldeia [...] fiquei olhando pra minha amiga e falei: isso aqui nunca fez mal” (Negramina).*

Ainda que existissem algumas tentativas de diálogo com diferentes culturas por parte de docentes, muitas vezes elas eram pontuais e não refletiam uma mudança efetiva nas estruturas pedagógicas, o que fortalecia a sensação de estranhamento.

Teve uma única vez que um professor me reprovou [...] ele tava diminuindo minhas notas porque eu chegava atrasada [...] aí descobriu que era porque eu deixava minha filha na creche, mas mesmo assim não devolveu os pontos [...] (Negramina).

Só ficam num pedestal e ali eles vão ficar, tipo, eu sou o professor eu sou o doutor você é o aluno indígena, então fica quieto. É tipo isso, alguns não dão nem abertura pra você falar o que que você sabe sobre aquilo segundo sua perspectiva (Angico Branco).

Um participante evidenciou a ausência de reconhecimento dos saberes indígenas no processo de ensino, afirmando que *“Aí, uma coisa que nunca me perguntaram, nenhum professor veio me questionar, como é que você enxerga a saúde, na sua perspectiva? Nunca vieram me perguntar” (Apuí).*

Além das barreiras simbólicas, cognitivas e afetivas dentro da universidade, já mencionadas, houve também relato de evasão acadêmica: *“eu tenho uma mãe também que está na graduação [...] por conta da pandemia [...] ela teve que trancar o curso [...]” (Angico Branco).* *“E não me sinto assim pertencente, hoje só tô aqui porque hoje eu encontrei o que eu vim fazer, encontrei eu, talvez no meio do caminho e tô aí no processo” (Begônia).* *“Eu lembro que, quando eu vim para cá, tudo era muito diferente. [...] Aqui eu percebi que fazia muita falta ter pessoas da mesma cultura, da mesma região. Isso muda muito o sentimento de pertencimento” (Cucura).*

São tantas coisas que adoecem a gente aqui, que eu fico pensando que, se a gente não tivesse saído da comunidade, a gente não ia conhecer nada disso, nada, nada, nada. E, muitas vezes, eu já pensei ‘o que estou fazendo aqui?’ (Cajueiro).

Nesta categoria foi analisado que as experiências revelaram como as trajetórias acadêmicas englobam tensões, iniciadas pelo choque entre realidades no processo migratório e a dificuldade de adaptação nesse novo contexto de transições culturais, sendo que este processo é acompanhado em muitas ocasiões com a saudade das localidades de origem e consequentemente o sentimento de solidão, intensificados pelo distanciamento físico das redes comunitárias que anteriormente eram suporte e sinônimo de pertencimento. Além disso, a desigualdade escolar se evidenciou nas lacunas de formação e nas atitudes da comunidade acadêmica, somando-se ao não pertencimento institucional, através da desconsideração das especificidades indígenas.

Sendo assim, Krenak (2023) aponta que o processo histórico de acumulação de capital envolveu não apenas exploração econômica, mas também expropriação cultural e existencial dos povos indígenas. O texto enfatiza a importância de resistir a esse desencanto, revalorizar narrativas e saberes indígenas e fortalecer a dimensão coletiva do conhecimento, de modo a recuperar o sentido da vida em sociedade e o protagonismo cultural e existencial dos povos originários.

Conforme Tuxá et al. (2023) menciona de forma complementar, as experiências de estudantes indígenas na universidade evidenciam a necessidade de reconhecimento de suas vozes e saberes específicos, o que desafia privilégios e normas acadêmicas estabelecidas. Apesar do crescimento de políticas afirmativas, o reconhecimento ainda é limitado, sendo frequentemente simbólico ou parcial. O avanço ocorre quando essas vozes coletivas são ouvidas e respeitadas, permitindo a construção de narrativas que afirmam identidade, história e contribuição indígena na academia.

A presença de estudantes indígenas na universidade continua a desafiar as estruturas historicamente excludentes que sustentam o racismo institucional e acadêmico. Com o relato de Karajá (2019) essas tensões são notáveis ao relatar a experiência de conciliar maternidade e vida universitária, revelando como as desigualdades de gênero e etnia se entrelaçam no cotidiano acadêmico. A autora expõe a falta de acolhimento e de políticas sensíveis às especificidades culturais e familiares das mulheres indígenas, o que reflete o modo como o racismo se manifesta de forma sutil, por meio da negação de suporte e do reforço de estereótipos que associam a identidade indígena à incapacidade de corresponder às exigências do espaço acadêmico. Essa narrativa traduz a luta constante contra a invisibilização e o preconceito velado que perpassam as trajetórias desses sujeitos.

Portanto, a experiência de saída da comunidade e chegada à universidade evidencia um processo de desencaixe cultural que se reflete nas formas de compreender e lidar com o corpo, a saúde e o sofrimento. Nessa perspectiva, Ribas, Concone e Pícoli (2016) contribuem para entender como os estudantes indígenas, ao migrarem para o espaço acadêmico, vivenciam a tensão entre diferentes sistemas de conhecimento, os saberes tradicionais e os biomédicos, o que pode intensificar o choque cultural e a sensação de deslocamento. Assim como entre os indígenas descritos pelos autores, esses estudantes carregam consigo uma visão ampliada de saúde e de vida, que muitas vezes não encontra reconhecimento no contexto

universitário, resultando em sentimentos de inadequação e perda de pertencimento.

As narrativas apresentadas revelam de forma viva o que Ribas, Concone e Pícoli (2016) descrevem como o deslocamento entre mundos de saberes distintos. O estranhamento diante da cidade e da universidade, demonstra que a migração para o espaço acadêmico é também uma transição ontológica, uma passagem entre modos de existir, compreender o corpo e estar no mundo. A dificuldade de adaptação descrita, como a mudança do clima regional e das relações, traduz concretamente o choque cultural e a sensação de deslocamento discutidos pelos autores. Ao mesmo tempo, houve falas que relacionaram o afastamento do território a mudanças no corpo, na alimentação e no ritmo de vida, reforçam a visão ampliada de saúde que esses estudantes trazem consigo, ancorada em uma concepção integral que abrange o equilíbrio entre corpo, natureza e espiritualidade, um conhecimento que tende a ser deslegitimado nos espaços acadêmicos.

7.2 Violências geradoras de sofrimento entre os indígenas universitários

A gente sofre muito preconceito, então eu acho que a minha contribuição aqui dentro da universidade, principalmente na representação do meu povo, é sair formada, mas venho quebrando a cara, ao longo dos anos, com a grade curricular, com os preconceitos do curso e não ter aberto mão da área indígena dentro da matriz curricular, acho que isso persistiu o racismo, porque eu acompanhei os meus professores tentando me vencer pelo cansaço. A primeira vez que eu me apresentei como indígena a sala teve um choque assim, eu vou chorar, eu lembro como se fosse hoje, foi na primeira semana de aula, a gente estava naquelas aulas iniciais em que os professores pedem para você se apresentar, aí na aula à tarde, tinha um grupo de meninas assim, elas me pararam antes de entrar na aula e perguntaram se era verdade que a gente fazia ritual com sangue de criança. Foi a primeira vez que eu me assustei, e pensei: qual é a visão que as pessoas têm da gente? E aí a segunda vez, que é uma experiência que me persegue até hoje, foi quando os professores questionaram a minha roupa na sala de aula, esse professor ele é assediador, aí ele chegou assim na minha banca e falou assim: por que é que você não vem com as roupas tradicionais do seu povo para aula? Não sabia que vocês usavam essas marcas. O meu próprio orientador e o coordenador de curso apontaram para a gente e falou que a gente estava indo fazer a dança da chuva. Então, a primeira vez que eu fui questionada se eu era indígena ou não foi aqui. Ter ficado um ano nas atividades do Centro de Cultura Indígenas também me doeu, porque não era só o racismo comigo, eu precisava dar parecer em outros departamentos por racismo com outros estudantes indígenas. Então eu vi e enxergo hoje como doença, que o racismo estrutural me doeu, o não reconhecimento da minha identidade, acho que não o não reconhecimento, mas a falta de respeito com a minha identidade me doeu muito (Cajueiro).

Figura 16 – Cajueiro 2



Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

Na narrativa de *Cajueiro* é revelado como a trajetória universitária de indígenas pode ser marcada por violências raciais contínuas que geram o sofrimento psíquico e consequentemente o adoecimento. Desde o ingresso na universidade, é relatado preconceitos, estereótipos e questionamentos identitários, tanto de colegas, quanto dos professores, que reproduzem imaginários coloniais e racismo estrutural. A rigidez curricular e as práticas discriminatórias intensificam o sentimento de exclusão e deslegitimação, tanto no âmbito singular do sujeito, quanto no coletivo, como relatado a ampliação do sofrimento ao vivenciar e mediar situações de racismo com outros indígenas na Universidade.

Desta maneira, nesta categoria se reúnem os relatos que abordam as vivências de discriminação racial, étnica e cultural sofridas em espaços acadêmicos, de saúde e convivência urbana, bem como os seus sofrimentos e adoecimentos. A categoria revela como o racismo afeta a saúde mental e o bem-estar dos estudantes, sendo um fator de adoecimento e exclusão social.

Nos meus registros do diário de campo, trouxe a descrição de produção cultural e artística indígena que percebi como resposta política às violências coloniais.

Em 27 de abril de 2024, assisti a peça “*Contra Xawara – deus das doenças ou troca injusta*”, do artista indígena *Juão Nyn*, e reconheci a articulação entre a noção yanomami de *xawara*, a “fumaça da epidemia da morte” com uma crítica ao colonialismo, a exploração e a imposição de modelos de saúde e adoecimento. Nela, o cocar composto por seringas, com penas no lugar das agulhas, simbolizava os adoecimentos decorrentes da colonização, a medicalização violenta dos corpos indígenas e a substituição forçada de seus sistemas de cuidado.

Outra experiência que registrei no diário foi a atuação na equipe organizadora da *Atividade Curricular de Integração, Pesquisa e Extensão (ACIEPE) Introdução à Saúde dos Povos Indígenas*, no âmbito do Programa de Extensão Saúde das Populações Indígenas da UFSCar, entre 14 de outubro de 2024 a 01 de março de 2025. Nas minhas participações cotidianas, todas as quartas-feiras, percebi como estudantes indígenas são frequentemente autônomos enquanto mediadores culturais e educacionais, lutando contra matrizes curriculares eurocêntricas, que fomentam o racismo institucional e acadêmico. Foi momento de reconhecer estratégias que possibilitaram protagonismo indígena como forma de construir outras formas de pensar saúde, doença e cura.

Entre esses registros, destaco ainda o encontro pedagógico ocorrido em 27 de

junho de 2025 em meu ambiente de trabalho enquanto docente, com a indígena do povo Guarani e psicóloga social, *Geni Nuñez*. A discussão sobre juventudes, abordagens antirracistas e filosofias contracoloniais contribuiu para aprofundar a compreensão do racismo na saúde mental e nos processos formativos, especialmente no contexto educacional.

Assim, os trechos encontrados nesta categoria se articulam diretamente com os debates da disciplina optativa Memória, saberes e territorialidades, cursada no Programa de Ciências Sociais da UNESP, no período de 05 de agosto à 04 de novembro de 2024, ao revelar como as relações de poder no espaço acadêmico produzem deslegitimação de saberes indígenas e o apagamento de memórias não hegemônicas. Embora a disciplina tenha enfatizado a redefinição de territorialidades a partir das perspectivas de mulheres negras e indígenas, os debates mobilizados extrapolaram campo de gênero, possibilitando compreender as violências vivenciadas por indígenas universitários de forma mais sociológica.

Portanto, a compreensão de memória como conceito antropológico e como construção histórica-social e política permitiu analisar as experiências de racismo, exotização e assédio como a permanência de uma memória colonial que define quem pode ser reconhecido como sujeito de conhecimento. À luz da disciplina, a exclusão dos conhecimentos indígenas das matrizes curriculares e violências enfrentadas, expressam disputas territoriais no campo acadêmico, nas quais a presença indígena se afirma como resistência. Assim, os sofrimentos narrados refletem violências estruturais que operam no espaço acadêmico.

7.2.1 Identidades questionadas e exotização indígena.

A trajetória dos indígenas na universidade desencadeia questionamentos sobre suas identidades. Isso se manifesta, inicialmente, na forma como esses sujeitos passam a ser percebidos fora de seus territórios, como se a sua identidade passasse a depender de uma constante autoafirmação, imposta pelo olhar colonizador: *"eu só percebi como a presença de pessoas semelhantes faz diferença quando saí do meu contexto de origem. Foi aí que entendi mais da minha própria identidade"* (Cucura). *"No Amazonas eu não me sinto pressionado, eu não preciso dizer que eu sou indígena, entende? Ali eu simplesmente sou indígena, todo mundo sabe"* (Begônia). *"Eu buscava entender por que eu era visto daquela forma, considerado daquela forma"* (Apuí).

Quando me perguntam de onde é o meu sotaque, eu falo que é do Mato Grosso [...] mas eu não sei se é o sotaque de lá mesmo, porque quando eu morava lá eu falava só na língua indígena [...] acho que essa forma de eu falar o português é uma linguagem que eu criei (Negramina).

Tais pressões externas, combinadas às mudanças culturais e afetivas, se intensificaram e provocaram processos de adoecimento, especialmente nos primeiros anos fora da comunidade: *“e, por muitas vezes, eu já estive doente aqui, porque eu particularmente me senti descompassada nos dois primeiros anos fora de casa” (Cajueiro).* *“Eu não me reconhecia mais, eu não conseguia viver mais, sabe? Eu não conseguia nem estudar e tipo... me impressionou o ponto de eu não saber quem eu era” (Begônia).* *“O cotidiano da gente com algumas cobranças, principalmente para os estudantes indígenas, me adoeceu muito” (Cajueiro).*

Em algumas situações, os marcadores visíveis da identidade indígena, como a aparência, a fala ou os hábitos, tornam-se alvos de pressão social, exigindo adaptações que geraram profundo sofrimento psíquico e, algumas vezes, sintomas psicossomáticos.

No meu povo, a gente preserva o cabelo. As mulheres têm muito o cabelo grande, e aí, quando eu cortei, eu vi que estava abrindo mão de algo que eu era, porque eu estava adoecida em um meio. E que eu não podia fazer nada, ou eu cortava o meu cabelo ou eu ficava careca, do tanto de pressão da minha vestimenta, da minha fala, de onde eu venho (Cajueiro).

Além disso, a participante destacou que os impactos desse processo ultrapassaram os limites da universidade, afirmando que *“é uma coisa eu estar dentro do departamento e não me sentir bem, mas outra é eu estar dentro do território e esse sentimento me perseguir” (Cajueiro).*

Nas experiências a seguir, descreveram que preferiram o silenciamento e a negação do sofrimento para não levar tais dificuldades para os familiares que estavam distantes, pois não sentiam que esse compartilhamento com as próprias redes de apoio colaboraria nos enfrentamentos: *“eles (comunidade) sabem que a gente sofre, mas a gente não tem o espaço, e eu vou contar isso para quê? O que eles vão fazer? Então a gente fica guardando isso” (Cajueiro).* *“Acho que eu nunca parei pra dizer pra alguém sobre tudo que eu passei aqui dentro de São Carlos, aqui principalmente, aqui dentro da federal que foi o primeiro contato” (Begônia).*

Especificamente no relato de *Angico Branco*, o participante utiliza a expressão *bullying* para nomear a violência vivenciada no ambiente escolar (antes do ingresso na Universidade). Entretanto, embora o *bullying* seja constituído por um fenômeno específico, compreende-se nesta pesquisa, que a situação descrita configura-se uma

expressão de racismo, uma vez que as agressões estavam relacionadas à sua identidade indígena:

Quando comecei a sofrer esse tipo de bullying na escola e tudo mais em questão inicial eu fiquei muito mal, só que eu não falava nada pros meus pais também, por conta que eles já tinham a graduação, já tinham um problema ali né em questão financeira mesmo, então eu não iria trazer mais um problema (Angico Branco).

O esvaziamento de sentido frente à universidade, o sentimento de deslocamento e a busca por uma afirmação de identidade se intensificaram em meio à pressão por desempenho acadêmico e à ausência de acolhimento: *“por conta disso, a partir disso, você começa a questionar quem é você, né? O que eu tô fazendo aqui? Será que é isso que eu quero mesmo?” (Apuí).*

Eu não me definia [...] não precisava definir, hoje eu tenho que definir, tipo um rótulo em uma garrafa [...] quando eu vim, aqui que eu soube o que é ser indígena, sobre a minha cultura [...] hoje eu tenho essa definição, preciso buscar as cosmovisões [...] fiquei muito tempo me buscando aqui, durante todo esse tempo (Begônia).

O sofrimento psíquico tomou contornos mais graves quando a ausência de perspectiva e a sensação de não pertencimento se consolidaram: *“eu estou dormente [...] porque eu já não consigo mais, assim, eu não tenho mais o que esperar, a não ser que algum momento aconteça de: ‘olha, os estudantes indígenas não podem mais assistir a essa aula’” (Cajueiro).* *“Eu não tinha mais vontade de nada, de nada, de viver, de nada assim, zero, nada, nada, nada, não sentia nada [...] não conseguia sair de casa, não conseguia levantar, não conseguia... Preferia ficar em casa” (Begônia).* *“Eu não tinha pensado no depois da graduação, porque, para mim, eu não ia nem terminar, não tinha essa perspectiva” (Cajueiro).*

Nas experiências universitárias tiveram presentes os discursos e as atividades em que havia uma imposição de estereótipos, com olhar exotizante sobre os corpos e saberes indígenas na busca de definir o que é e o que não é indígena. Nesse contexto, uma participante relatou que: *“aqui eu senti pela primeira vez esse preconceito, essa definição que eu não me definia, entende? Aí tipo, como é que eu vou definir uma coisa que eu não precisava definir hoje eu tenho que definir, tipo um rótulo numa garrafa” (Begônia).*

O questionamento da identidade indígena também esteve relacionado às características fenotípicas. Um participante afirmou que *“as pessoas estranham porque eu não tenho um fenótipo indígena [...] a maioria dos colegas indígenas do meu curso também não tem, então a gente é sempre questionado” (Jurema).* Da mesma forma, outro participante relatou que: *“quando eu chego num lugar e falo que*

sou indígena, as pessoas ficam me olhando, ficam duvidando” (Caruá). Essa experiência também foi relatada por outra participante, que afirmou: “tem um menino que falou: ‘nunca vi uma Índia branca’ [...] aí eu fiquei tipo, ‘ué, mas eu não sou branca’ [...] o olhar das pessoas não indígenas sempre questiona a minha identidade por causa da cor da pele” (Negramina).

Nos relatos de experiências dos participantes, percebeu-se que o estereótipo físico do indígena, isolado e “sem contato com a tecnologia” ou como um ser sobrenatural persiste no imaginário social, reforçando o sentimento de não pertencimento quando os estudantes não correspondiam a essa imagem romantizada. Os relatos foram: *“é uma violência de você descapacitar a pessoa mesmo, você tirar, roubar a identidade dela” (Caruá). “Uma professora falou que a indígena da turma era ‘aculturada’ [...] ouvir isso de um docente é muito duro” (Jurema). “Aqui, se for olhar com o olhar estereotipado de uma pessoa indígena, vão dizer que minha filha não é indígena [...] por conta do cabelo, dos traços [...] mas ela é [...]” (Negramina). “As pessoas têm uma ideia do que é ser indígena baseada em fenótipo e estranham quando a gente não corresponde a essa imagem” (Jurema). “O local que a gente mora (de origem) meio que é entendido como algo bem preservado, que a gente não tem contato com a tecnologia” (Saracura). “Tem pessoas que perguntam: ‘de que tribo você é?’, ‘você é índia mesmo?’ [...] e eu acho que às vezes isso é mais por curiosidade, porque foi assim que elas foram ensinadas [...]” (Negramina). “Até mesmo no RU, de estudantes ficarem observando a maneira que a gente come, esperando algo mais primitivo” (Saracura). “A gente falava das plantas que a gente usa pra dor, aí os colegas ficaram olhando [...] teve um que falou: ‘nossa, vocês sabem tudo!’ [...] parece que o saber tradicional é visto como exótico, ou místico” (Negramina).*

As vestimentas indígenas, ou a ausência delas, no cotidiano acadêmico foi frequentemente utilizada como critério de julgamento identitário, revelando um racismo velado que esperava que o corpo indígena estivesse sempre marcado por elementos tradicionais visíveis. Nesse sentido, uma participante relatou que: *“reparando na forma que a gente se veste, meio que esperando algo mais primitivo mesmo, uma ação primitiva nossa” (Saracura).*

As violências simbólicas também apareceram em atitudes cotidianas, como piadas, perguntas invasivas e insinuações, que mascaravam o preconceito como “curiosidade”: *“eu sofria esse bullying por conta de ser indígena mesmo, então algumas piadinhas assim né de mau gosto tipo, como estava muito calor por exemplo:*

“ah, faz a dança da chuva aí, não sei o que”, umas coisas assim” (Angico Branco).

Portanto, os relatos deste núcleo de sentido reforçam que os indígenas estudantes vivenciam o espaço acadêmico com constante questionamento (tanto de terceiros, quanto de si mesmos) de suas identidades, marcado por exotização, estereótipos e violências simbólicas que acabam fomentando uma pressão para corresponder a uma imagem idealizada do que é ser indígena. Portanto a permanência acadêmica desses estudantes é composta por um processo contínuo de resistência e afirmação identitária.

7.2.2 Racismo institucional e acadêmico.

As primeiras percepções de racismo institucional apareceram muitas vezes de forma velada, manifestando-se em gestos, comentários ou olhares que causaram desconforto. Nesse contexto, uma paciente relatou que: *“essas falas não são explícitas o tempo todo, mas a gente sabe que existem.” (Jurema).* *“Eu vejo o preconceito sempre presente mesmo, no gesto e brincadeira também” (Ré).*

Embora Caruá utilize a expressão “xenofobia” para descrever a situação vivenciada, compreende-se que o episódio se caracteriza como uma manifestação de racismo. Ainda que xenofobia e racismo sejam conceitos distintos, no contexto do relato a discriminação ocorreu em razão de sua identidade indígena, portanto, analisada nesta categoria temática como uma expressão de racismo: *“na UFSCar eu sofri muita xenofobia quando eu cheguei [...] e até hoje eu passo por isso” (Caruá).*

Esse estranhamento diante da identidade indígena veio acompanhado de comentários ou ações que questionaram o pertencimento desses estudantes ao espaço acadêmico: *“a gente é visto como uma pessoa que sabe menos, né, que tem poucas capacidades de se formar, por exemplo, naquela área” (Apuí).* *“É bem comum dentro da universidade comentários sobre o vestibular indígena, por exemplo, falam que a gente rouba vagas de pessoas da ampla concorrência” (Angico Branco).* *“A gente é o último a ser escolhido para trabalhar em grupo e, geralmente, a gente fica, tipo, literalmente para o escanteio” (Apuí).*

Além dos colegas universitários, houve também episódios de preconceito envolvendo professores e coordenação, o que tornou o ambiente ainda mais hostil, conforme os relatos a seguir: *“as pessoas associam a nossa vaga com ‘meu filho perdeu a vaga para aquele indígena’ [...] como se a gente não tivesse competência técnica” (Jurema).* *“Eu lembro de algum relato de algumas amigas que disseram que,*

no início, tiveram alguns professores, tipo, profissionais que se recusavam dar aulas para indígenas” (Saracura). “O meu coordenador, no primeiro ano que eu cheguei aqui. ele falou “isso porque ele muda de curso?” aí eu fiquei, como assim? Eu estudei, eu passei, eu vim pra cá” (Begônia).

As agressões verbais e psicológicas também se fizeram presentes, trazendo medo e sofrimento, deixando marcas profundas:

Alguns alunos às vezes me proferiam algumas palavras assim, né? De preconceito mesmo, tipo “o que que você tá fazendo aqui, volta pra sua aldeia, não sei o que”. E uma criança, assim de treze anos, ouvindo isso, a cabeça fica muito atordoada e você começa a se questionar realmente o que que você está fazendo aqui? (Angico Branco).

Embora atualmente seja estudante universitário, o relato acima refere-se a uma experiência vivida na adolescência, quando *Angico Branco* se mudou para São Carlos devido ao ingresso de sua mãe na UFSCar. A fala evidencia que o preconceito racial não se restringe ao ambiente universitário, mas é inerente ao contexto urbano de forma geral.

Eu fui meio que agredido, hoje eu sei que eu fui. Não, assim, fisicamente, mas psicologicamente. Fui muito agredido, tanto aqui dentro da federal, nas minhas aulas, com meus professores, com minha coordenação que em hipótese tinha que ajudar e não me ajudou (Begônia).

O racismo também se expressou pela deslegitimação dos saberes tradicionais indígenas no ambiente acadêmico, como se o conhecimento ocidental fosse o único válido.

Como se eu não fosse capaz de entender a matemática, as físicas da vida, sendo que eu tenho um outro lado sabe, meu povo trabalha muito com essas cosmovisões, lê muito sobre as estrelas, sabe o ciclo de caçar, de quando pescar, de quando plantar sabe, os ciclos do rio, sabe fazer uma canoa cara, canoa é uma engenharia [...] não com toda essa linguagem e papel né, que é muito oralizada, a gente aprende falando, conversando, aprendendo, vendo, fazendo (Begônia).

Houve ainda situações de racismo explícito, envolvendo inclusive agressões físicas e constrangimentos públicos, conforme *Begônia* apresenta em suas falas:

Eu tava com os equipamentos laboratoriais, tava lá aplicando, aí o técnico pegou da minha mão assim, falou “abaixa esse negócio, ele pegou e abaixou, pegou minha mão junto [...] falei ó que que é isso que você tá fazendo? Aí ele ficou em choque e saiu e hoje me vê e passa, porque cara, eu tive que me defender, porque pra mim isso é uma agressão (Begônia).

Tem um negócio de escalar ali né, perto da BCO, aí ele (professor) falou assim, “ah você sabe que ali as pessoas se suicidam né? Fiquei, cara como assim não faz sentido eu não nem perguntei, eu nem falei nada, eu só tô sentado na minha carteira fazendo minhas atividades e o cara vem falar assim [...] Depois saiu rindo e foi embora (Begônia).

A violência simbólica também se manifestou fora do ambiente universitário,

revelando o racismo estrutural presente na sociedade como um todo:

Eu lembro de uma vez no banco [...] tinha uma professora atrás de mim [...] passou uma mulher xavante com um bebê no cesto, e a professora disse: ‘esses aí ficam vendendo porcaria de miçanga, a gente é obrigado a comprar porque é coisa de escola’ [...] aí eu falei bem alto que ela era preconceituosa [...] ela ficou pálida, nem foi atendida, saiu do banco (Negramina).

A filha da minha amiga é autista e indígena [...] tinha uma cuidadora negra e um menino (filho de pessoa não indígena) chamou a cuidadora de macaca [...] o nível de preconceito era tão alto que ele dizia sentir ânsia de vômito ao chegar perto de uma criança autista [...] (Negramina).

A repetição dessas experiências, muitas vezes naturalizadas no ambiente acadêmico, provocou sofrimento psíquico e adoecimento. A violência do racismo se acumulou nas agressões diárias, nos olhares, nas dúvidas e nos julgamentos constantes.

Quando eu entrei no curso, meus professores foram muito respeitosos, mas sempre teve gente que olhava com desconfiança, tipo ‘o que você está fazendo aqui?’ [...] teve um professor que ajudou muito, mas também teve quem achou que a gente não ia dar conta (Negramina).

Ela (professora) falou assim: “nossa, eu sou a favor do marco temporal”, aí eu olhei assim né, eu fiquei já meio assim, falei pronto agora que ela vai me perseguir aqui no curso [...] e aí ela falou assim: “não, é que o marco temporal, ele garante pra gente que não é indígena uma segurança de que as nossas casas não vão ser invadidas pelos indígenas. Eu por exemplo tenho uma casa em Guarulhos e fica perto de uma comunidade indígena, então se não tiver o marco temporal, eles podem invadir a minha casa a qualquer momento (Angico Branco).

O racismo estrutural foi percebido pelos estudantes indígenas não apenas como uma barreira social, mas como um fator que adoece profundamente, manifestando-se em sofrimento emocional, psicológico e físico.

7.2.3 Pressão acadêmica geradora de sofrimento

O ingresso na universidade, inicialmente associado a expectativas de desenvolvimentos pessoais e coletivos, se revelou um espaço de desafios emocionais e tensões que geraram desequilíbrio e comprometimento do bem-estar: “acho que o que mais acomete a gente dentro da faculdade é o sofrimento psíquico mesmo, pela sobrecarga, pela pressão do curso” (Jurema). “Eu acho que minha trajetória como estudante indígena sempre foi muito difícil [...] a questão emocional é a que mais pega” (Caruá). “Eu nunca pensei que passaria por isso, nunca, nunca. Por mim eu só iria conquistar, só ia ser eu, só ia me aplicar, ia me formar, ia sair e tá tudo bem, ensinar outras coisas. Mas não, aqui foi que eu tive que me encontrar” (Begônia). “Quando eu entrei em 2020 e veio a pandemia, eu vi que o ensino online não ia me levar para frente. [...] Foi uma quebra de expectativa muito abrupta” (Cucura). “Eu me perdi, tinha

hora que eu tinha força, tinha hora que eu não tinha força pra continuar, tinha hora que eu ia pra aula, tinha hora que eu não me sentia à vontade por toda essa pressão” (Begônia).

A sensação de se sentir estranho aos espaços institucionais se manifestou como insegurança e sentimento de inferioridade, especialmente em contextos nos quais o conhecimento indígena foi desvalorizado e invisibilizado: *“eu era descapacitada o tempo todo [...] e aí você não conseguia se concentrar em mais nada na faculdade, porque isso é um adoecimento” (Caruá).*

E, de certa forma, eu meio que me senti intimidado nas minhas apresentações [...] pelo meu próprio pensamento, por carregar esse sentimento que as pessoas brancas têm o conhecimento muito mais vasto que as pessoas indígenas (Saracura).

Numa aula no laboratório que eu fiz todos os circuitos, estudei e tipo a professora simplesmente pegou, puxou, desmontou todos os circuitos e chamou a galera que já tinha terminado e me pressionou. E eu fiquei nervoso a ponto de... Cara, eu montei e eu não consigo montar. Eu travei e tremia e montava, tentando montar e não funcionou (Begônia).

A pressão acadêmica, a solidão e as violências institucionais e interpessoais criaram um ambiente de constante desgaste emocional. Em muitos casos, esse processo conduziu ao esgotamento e levou a mecanismos de defesa psicológicos, como a despersonalização, desrealização e sintomas depressivos: *“Eu vi a doença como um atravessamento de meios, no sentido de comparação, no sentido de produção. As pessoas vivem muito aqui para produzir metas e indicadores” (Cajueiro).*

Todo mundo ao meu redor assim, me pressionando e via, aí eu fiquei cara isso tá acontecendo mesmo? Aí eu saí de mim eu tive uma sensação de que meu corpo tava aqui, só que meu minha mente e minha consciência estava em outro lugar, é como se eu tivesse vendo uma televisão, é como se eu me visse num tava sendo filmado e me visto na televisão (Begônia).

As situações de adoecimento mental foram recorrentes e muitas vezes silenciosas. A ansiedade e depressão, por exemplo, apareceram como um dos efeitos mais comuns desse processo de deslocamento e pressão constante, conforme os relatos a seguir: *“ansiedade é algo muito presente entre os estudantes indígenas do meu curso” (Jurema).* *“Teve um período que eu passei com crises de ansiedade” (Apuí).* *“Às vezes até a vontade de levantar da cama faltava” (Caruá).* *“O fato de morar aqui e não ter o mesmo contato com a natureza, ou com a minha família, faz muita diferença no meu bem-estar mental” (Cucura).* *“Mas muitas vezes a gente não está muito bem de saúde na questão mais psicológica, pelo movimento que a gente faz na faculdade, muita pressão quando está acabando as aulas” (Maçã).* *“Eu tava tendo pensamentos que eu nunca pensei que ia ter, que é o pensamento “ah e se eu me*

matar, se eu me jogar daqui, se eu... enfim” (Begônia). “Eu lembro de um colega que estudava com a gente e tinha muita depressão [...] ele era muito inteligente, mas a depressão afastava ele do foco [...]” (Negramina).

O consumo de substâncias psicoativas, como o álcool, apareceu nos relatos em que os indígenas estavam em contextos de solidão e sobrecarga. No entanto, descreveram que em vez de aliviar, esse uso poderia ser um fator agravante do sofrimento psíquico, intensificando sintomas ansiosos ou depressivos. Nesse sentido, segue as falas dos participantes: *“muitos estudantes acabam saindo dos seus territórios, das suas zonas familiares, e procuram ferramentas para amenizar o sofrimento mental [...] uma dessas ferramentas acaba sendo a bebida” (Jurema). “Aí comecei a beber, comecei a me entregar a outras coisas e nunca tinha feito isso, eu nunca tinha bebido o volume alcoólico que já bebi, hoje não bebo mais” (Begônia).*

Foi na época da pandemia, um dia antes eu bebi muito com meu amigo, e outro dia eu estava de ressaca. Aí eu estava meio que fraco, assim, né? Ressaca a gente não tá tão bem, né? [...] me senti já, como fala, formigando pelos membros: nas pernas, nos braços e começou a formigar aqui no peito também. E foi muito estranho, foi muito assustador [...] não sei se foi por conta do álcool mesmo que teve essa crise. Só que dali foi um gatilho, ele não parou mais (Apui).

Diante de tamanha sobrecarga emocional, o desejo de desistir surgiu e o apoio familiar, quando possível, atuou como um fator de fortalecimento e resistência: *“a minha mãe pensou desistir do curso por conta que tinha uma criança de onze anos, então ela falava tipo, que que eu tô fazendo aqui, vou ter que voltar, meu filho não tá numa situação boa” (Angico Branco). “Então falei assim, cara, o que eu tô fazendo aqui? Não desisti porque eu conversava muito com a minha mãe” (Begônia).*

O cotidiano estressante, tanto dentro quanto fora da universidade, acentuou a exaustão e a fragilidade emocional, especialmente entre aqueles que acumulavam funções e atravessaram conflitos nos espaços de convivência.

Acordava às cinco e trinta, seis horas da manhã pra me arrumar e tudo mais e depois quando eu chegava da escola três e trinta eu tinha que vir pra UFSCar pra comer, pra jantar por exemplo. Então assim era bem cansativo, você anda o dia inteiro e ainda tem que caminhar depois (Angico Branco).

Além da rotina exaustiva, os conflitos nos espaços de moradia estudantil também foram apontados como fatores que contribuíram para o adoecimento emocional. Uma participante relatou que: *“na moradia também tem aquela pressão, na moradia que é um caos morar com as pessoas que não respeitam nada, então eu começava a ficar doente, que não tinha força de confrontar, não queria mais confronto” (Begônia). “E muitas vezes, quando a pessoa não aguenta a pressão, desiste até do*

curso no qual ele lutou tanto para estar aqui” (Maçã). “Esse sentido de você se sentir com o peso do mundo nas costas, de ter a expectativa da sua família em cima de você e você não se dar ao luxo de falhar (Caruá).

As identidades questionadas, exotização indígena e racismo institucional revelaram que o sofrimento experimentado pelos estudantes não se limita a episódios isolados de preconceito, mas está inscrito no próprio funcionamento do espaço acadêmico. Ao impor padrões de pertencimento, desempenho e reconhecimento que desconsideram outras formas de existir e aprender, a universidade transforma a formação em um percurso de tensão, que deixa de ser apenas pedagógica e passa a operar como mecanismo de desgaste das subjetividades indígenas.

Ao desenvolver o conceito de letalidade branca, Tuxá et al. (2023), propõe uma reflexão sobre formas de violência que ultrapassam a dimensão física e imediata de morte. A partir da analogia com a noção jurídica de “arma branca”, argumenta que determinadas práticas, embora não tenham finalidade explícita o extermínio, podem produzir efeitos profundamente destrutivos quando mobilizadas em contextos de dominação. Nesse sentido, a letalidade branca manifesta-se por meio de violências sutis, graduais e muitas vezes invisibilizadas, comprometendo o bem viver dos povos indígenas.

Nessa perspectiva Tuxá et al. (2023) mencionam que a violência contra os povos indígenas não se restringe aos episódios de agressão física ou massacres amplamente divulgados, mas também se expressa em processos históricos e institucionais de apagamento, negação e desumanização das subjetividades. A invisibilização das histórias, conhecimentos e das formas próprias de existência constitui uma dimensão dessa letalidade.

De forma aplicada, Luna, Paladino e Cyrino (2024) mencionam que os estudantes indígenas enfrentam situações de estranhamento, preconceito, invisibilização e racismo na universidade, mesmo em contextos que promovem algum acolhimento. Esses desafios refletem relações assimétricas entre estabelecidos e *outsiders*, em que a presença indígena questiona práticas hegemônicas e cria oportunidades de diálogo e aprendizagem. O processo de narração e escuta das experiências desses estudantes surge como estratégia para romper invisibilização, valorizar singularidades e propor mudanças institucionais que promovam inclusão, justiça social e a incorporação de epistemologias diversas.

De acordo com Luna, Paladino e Cyrino (2024), as narrativas de estranhamento

e invisibilização relatadas no decorrer dessa categoria evidenciam a posição de *outsiders* na universidade. Tais relatos dialogam com o conceito de outsiders, evidenciando que a presença indígena na universidade desafia normas hegemônicas, provoca estranhamento e exige adaptação às estruturas acadêmicas, ao mesmo tempo que abre espaço para diálogos interculturais e aprendizagem mútua.

Essas experiências não se restringem às relações interpessoais estabelecidas no cotidiano universitário. De acordo com Sacramento et al. (2026), os determinantes sociais na saúde influenciam as condições de saúde e bem viver dos povos indígenas. Nesse sentido, fatores como o racismo estrutural, as desigualdades sociais, a insegurança territorial e as transformações ambientais configuram elementos que atravessam a dimensão biológica e alcançam questões culturais e coletivos, sendo necessário portanto, reconhecer que os processos de vulnerabilização são construídos estruturalmente de forma social e histórica.

Por sua vez, Macedo e Medeiros (2025) aprofundam esse debate ao introduzir a noção de marcadores sociais da diferença, demonstrando que as dificuldades enfrentadas pelos estudantes ao ingressarem na universidade não se explicam apenas por fatores individuais, mas estão atravessadas por desigualdades estruturais. As intersecções entre raça, gênero e classe contribuem para o sofrimento psíquico e para a pressão acadêmica relatada, pois determinam as formas de acesso, reconhecimento e permanência desses sujeitos nos espaços institucionais. Dessa forma, o distanciamento social e a saudade da comunidade de origem também se articulam às dinâmicas de exclusão e invisibilização que perpassam o ambiente universitário.

Essa deslegitimação se intensifica quando consideramos os marcadores sociais da diferença, conforme discutem Macedo e Medeiros (2025). O fato de muitos estudantes terem relatado experiências de preconceito, isolamento, racismo e apontamentos dentro da sala de aula, aponta que o sofrimento vivido não é apenas individual, mas resultado das desigualdades estruturais que atravessam a universidade. Os trechos apresentados tornaram visível o entrelaçamento entre o sofrimento psíquico e o pertencimento social: sentir-se deslocado é também sentir-se não reconhecido, onde o adoecimento pode ser decorrente da falta de acolhimento institucional, afetando desta forma o bem-viver no ambiente universitário.

De modo complementar, Faustino; Novak e Cipriano (2013) analisam a universidade como um campo de disputa simbólica, em que o reconhecimento da

identidade indígena é atravessado por práticas de racismo e exotização. Os autores argumentam que o ambiente acadêmico tende a enquadrar os estudantes indígenas em representações estereotipadas, reduzindo suas identidades a símbolos folclóricos ou a discursos de “diversidade” desvinculados de sua realidade social. Nesse contexto, o racismo institucional se revela não apenas nas barreiras de acesso e permanência, mas também na forma como o conhecimento indígena é deslegitimado ou tratado como curiosidade. Assim, a resistência se manifesta no próprio ato de permanecer e afirmar a presença indígena em um espaço que insiste em classificá-la como “outra”.

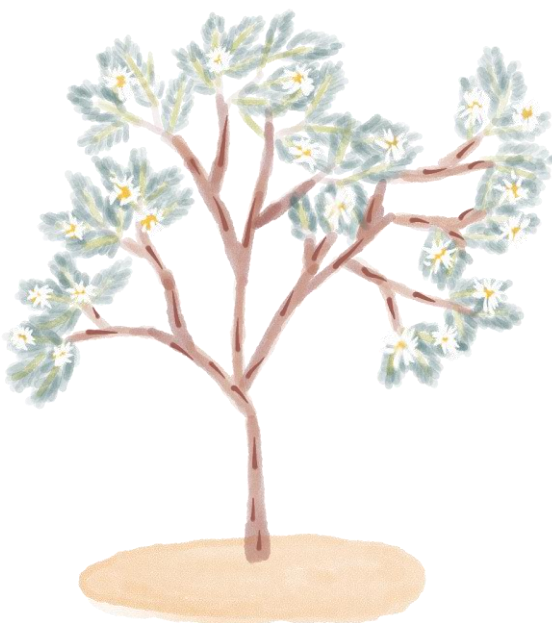
Portanto, Vieira e Naglis (2023) ampliam essa reflexão ao compreender a universidade como um território de disputa e de reafirmação política da identidade indígena. Os autores destacam que, diante do racismo acadêmico e das tentativas de homogeneização cultural, os estudantes constroem estratégias coletivas de pertencimento e resistência, transformando o espaço universitário em arena de reivindicação de direitos e visibilidade. Essa mobilização rompe com a lógica da exotização e propõe novas formas de existência indígena no ensino superior, nas quais o reconhecimento da diferença não se dá pela alteridade folclórica, mas pela afirmação de saberes, histórias e epistemologias próprias. Assim, a presença indígena na academia torna-se, simultaneamente, denúncia e reconstrução das relações de poder que estruturam o campo educacional.

Portanto, é notável que a busca por autonomia nos espaços universitários é vista como luta política, cujo objetivo principal é valorizar o olhar indígena, tanto no processo formativo, quanto institucional. Inserir tais saberes tradicionais nas universidades exige ajustes institucionais, todavia o acesso às cosmovisões indígenas, possibilita saúde, sustentabilidade, respeito às diferenças, igualdade social, educação e saúde de qualidade. É necessário que a presença indígena nesse espaço seja observada à luz do contexto histórico e político, fortalecendo a promoção da saúde além dos territórios tradicionais (Ribeiro; Beretta; Mestriner Junior, 2024).

7.3 Experiências de adoecimento entre indígenas universitários

Eu tive mais adoecimentos comuns, como gripes, mas um que me preocupou bastante foi com a minha mãe, que está na graduação, por conta da pandemia ela teve que trancar o curso por dois anos, ela voltou agora e está terminando. Ela teve um episódio de pedra na vesícula, então antes do descobrimento foi um momento muito difícil porque aqui dentro da cidade só estava eu, então eu naquele momento era o responsável em momentos em crises, de dores, eu que levava para UPA. Foi um momento bem doloroso, que você vê a sua mãe ali passando muito mal a ponto dela não conseguir comer nada, que ela já sentia muita dor, ao ponto dela não conseguir tomar nada, que ela já vomitava tudo que ela ingeriria. Eu estava num desespero ali, eu tinha acabado de ingressar na faculdade, então isso abalou muito meu psicológico. Nessas idas e vindas da UPA foi bem difícil, pagar Uber para ir, pagar Uber para voltar. Ela chegou a procurar o HU só que falaram que naquele momento eles não estavam atendendo a comunidade, foi um momento que me gerou muita revolta, uma estudante universitária está passando mal, está precisando do auxílio de um hospital universitário da UFSCar, como assim não podem atender ela? Ela chegou a passar aqui também na USE, aqui foram investigar o caso dela, só que não estava melhorando e aí quando a gente voltou novamente para UPA chorando ao ponto dela não conseguir respirar por conta da dor, levaram ela para a emergência, tiveram que transferir ela para o Hospital Estadual de Américo Brasiliense, teve que ir para uma outra cidade e lá que foram descobrir que ela tinha pedra na vesícula, ela ficou uma semana internada e depois foi marcado lá a cirurgia dela para retirada da pedra na vesícula (Angico Branco).

Figura 17 - Angico Branco - 2



Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

A narrativa de Angico Branco, sobre o adoecimento de sua mãe, que também é estudante da UFSCar, evidencia que o processo de adoecimento em contexto urbano é atravessado pela dificuldade de compreender como funcionam os serviços de saúde do município, como por exemplo o desconhecimento do fluxo de atendimentos do Hospital Universitário, que embora seja vinculado à universidade, não atende os estudantes sem serem referenciados. É observado ainda, a sobrecarga emocional de cuidar de um familiar, que intensifica o sofrimento psíquico, mostrando assim como a desarticulação dos serviços de saúde contribuem para a vulnerabilização dos indígenas em contexto urbano.

Esta categoria reúne outras narrativas de episódios de adoecimentos, revelando os diferentes modelos explicativos para o que é doença, numa compreensão sociocultural. Os trechos apresentando os episódios de adoecimento são relatados de forma mais detalhada, com o objetivo de favorecer uma compreensão ampliada dos processos de adoecimento em sua totalidade. Embora os serviços de saúde sejam mencionados ao longo dos trechos, eles não constituem o foco central desta categoria, aparecendo apenas na medida em que se articulam às experiências expostas. A ênfase recai, portanto, sobre o adoecimento em si, tal como é sentido, interpretado e enfrentado pelos participantes.

Portanto, nesta categoria temática são apresentadas falas que abordam experiências de adoecimento experimentadas pelos indígenas estudantes a partir de uma compreensão integral da saúde, que se articula com entre as dimensões espiritual, mental e biológica, reconhecidas nas narrativas representativas presentes no capítulo *os participantes das experiências*. Embora essas dimensões sejam apresentadas de forma segregada ao longo da categoria, essa organização tem finalidade exclusivamente didática e analítica. Na perspectiva dos participantes, tais dimensões são indissociáveis e se entrelaçam na compreensão do processo saúde doença.

Nos meus registros do diário de campo inseri um registro sobre um debate coletivo sobre modelos de atenção à saúde indígena que observei no *IV Workshop Saúde dos Povos Indígenas – Saúde da Criança Indígena: territorialidades para um futuro ancestral*, que aconteceu em 25 de novembro de 2023. No evento, destacou-se a importância do equilíbrio entre medicinas indígenas e medicina ocidental. Um relato marcante descreveu a articulação entre equipes de saúde e lideranças indígenas para a criação de termos em línguas indígenas que nomeassem órgãos do

sistema respiratório, como estratégia de educação em saúde contextualizada territorialmente.

No registro trouxe que as experiências relatadas mencionaram negação e precarização do atendimento em serviços urbanos, evidenciando o contraste entre práticas de cuidado interculturais e modelos biomédicos que desconsideram as especificidades socioculturais indígenas. No evento, a discussão sobre a assistência obstétrica como conhecimento herdado dos saberes indígenas reforçou a crítica à lógica hegemônica da saúde e dialogou com um episódio de violência obstétrica ocorrido em uma das experiências narradas.

7.3.1 Adoecimentos do corpo

Este núcleo de sentido reúne narrativas que evidenciam os adoecimentos biológicos experimentados pelos indígenas estudantes, agrupados em condições clínicas semelhantes, como dengue, covid19, infecções respiratórias e agravos osteoarticulares. Diferentemente dos núcleos anteriores, que enfatizam outras dimensões do processo de adoecimento nas compreensões indígenas, aqui o foco recai sobre os episódios de adoecimento corporal propriamente ditos, tal como foram reconhecidos, nomeados e manejados pelos próprios sujeitos das experiências:

Eu peguei dengue, apenas senti ela, eu não fiz muita coisa assim, algo do meu povo mesmo, a única coisa que eu fiz, acho que tomei chá só, chá de plantas, porque, pelo efeito, eu sabia que era dengue, e eu não tinha muito o que fazer, a não ser procurar especialistas da medicina ocidental, e foi o que eu fiz. Aí eu fui e tal, ele me deu só medicamento, nem me deu, receitou pra eu comprar dipirona, paracetamol, uma coisa assim, não era muita coisa. Aí pediu pra voltar no outro dia pra fazer exame comprobatório pra notificar, aí eu não voltei, eu já sabia que era, eu sei que talvez nessa parte eu falhei de não notificar, mas aí que eu falei: ah, não vai fazer nada só pra notificar, não vou não. Eu não voltei no dia seguinte (Apuí).

Eu fiquei com dengue, eu fui para a UPA, estava febril, passei a noite febril e não passava, não passava e estava em alta dengue nesse tempo. Então, fui para a UPA fazer o teste, deu positivo, e aí eu fiquei em casa tomando remédios. E acho que essa foi a primeira vez que eu fui acessar um serviço de saúde aqui depois de muito tempo, estando aqui em São Carlos. Então, eu lembro que isso foi até um disparador para mim acessar a UBS depois para fazer exames preventivos. Eu entendo que o caso de dengue era lá (UPA) de fato, não era na UBS, que ela é um tanto mais preventiva, de casos não urgentes. E quando é dengue é urgente. Eu lembro de ter sentido muita falta da minha mãe, da minha avó, que sempre cuidavam de mim quando acontecia alguma coisa. Tanto também desse cuidado da medicina ocidental, que administrava mais: "Tem que tomar remédio, tem que fazer isso e isso", ou evitar certos remédios, quanto numa medicina indígena mesmo, que a minha avó tinha muita propriedade. Eu lembro que foi, sei lá, uma saudade mesmo de cuidado, de um cuidado mais perto, eu diria (Cucura).

Eu peguei dengue aqui, minha filha pegou também, só que a dela foi mais leve, eu lembro que eu fiquei com alucinações, que é quando a sua febre está

tão alta que você começa a ver coisas, a sentir coisas. Era como se eu tivesse caindo, caindo, caindo, acordava, acabava caindo de novo e na hora que eu fui fazer o teste, eles tentaram fazer aquele teste visível que prendem aqui para parecer aquelas bolinhas assim, não apareceu, aí depois que tiraram sangue que viram que realmente eu estava com dengue. Só que aí eles me deram loratadina que é para coceira extrema, antes de eu ir estava com sete dias. Eu comecei a sentir muita coceira no meu corpo todo e não passava, principalmente na palma das mãos, eles disseram que era porque eu não estava me alimentando, nem estava tendo alta de ingestão de água [...] Nossa, eu sentia muita coceira, eu não conseguia dormir a noite inteira, cheia de coceira, depois que eu passei por isso, fui pro médico e me deram a medicação. Eles falaram: é essa semana que vai chegar um teste rápido que você pode vir com dois dias de sintomas e a gente já faz o teste. Só que já era uma coisa que eu já tinha passado né. Depois eu peguei dengue de novo, só que eu não procurei ajuda médica, porque eu já sabia exatamente o que tinha que fazer e como tomar, então só comprei alguns remédios e fui me automedicando (Negramina).

Dentre os adoecimentos descritos pelos indígenas universitários, destacou-se a dengue, comum na região do sudeste brasileiro devido ao clima quente e úmido que favorece a proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, vetor da doença. No contexto de ser uma região endêmica, os indígenas tornaram-se vulneráveis a essa enfermidade na região, conforme os relatos acima mostraram.

Eu peguei o Covid, e aí eu peguei um outro vírus por cima do Covid que estava nas crianças, como eu trabalho com crianças, você está sempre tendo contato ali. E eu acho que na época, eu não sei se era o T-vírus, um vírus assim que estava nas crianças. E aí eu fiquei muito mal, passei uns três dias de cama, não conseguia comer nada, e aí eu mudei para o hospital. E aí foi quando eu falei: Chega, porque não dá mais. Quando eu comecei a vomitar sangue, porque eu sabia que não tinha mais nada para sair. E aí eu fui usar o serviço da UPA, tomei soro, fiquei internada. Mas de todas as vezes que eu adoeci físico em São Carlos, essa foi a mais severa para mim (Caruá).

Os relatos de *Negramina* e *Caruá*, descrevem experiências de adoecimento biológico marcadas por sintomas físicos intensos, episódio recorrente de dengue e quadros clínicos graves, evidenciando tanto a intensidade do sofrimento corporal, quanto a limitação do modelo biomédico no tratamento desses casos.

Eu estava com uma infecção de garganta muito grave, na qual eu estava tendo febre, estava com as amídalas super inchadas. E a médica que me atendeu olhou as minhas amídalas super inflamadas, super inchadas, a minha garganta estava com um processo inflamatório muito grave, e ela falou assim: “Nossa, eu não sei como que você tá conseguindo engolir.” Ok, nesse momento eu claramente estava com a imunidade muito baixa, tanto que não era só infecção de garganta, mas também tinha aparecido infecções oportunistas, né, de herpes labial e tudo (Barbatimão).

Eu fui na UPA por amigdalite, só que em anos diferentes e aí eu sempre, de todas as vezes, eu fui na UPA. Uma vez era uma faringite mesmo, assim, pós gripal, que um professor acabou me consultando na unidade de saúde escola [...] Em 2025 eu acabei tendo uma pneumonia, inclusive eu estava em São Carlos, eu tinha acabado de chegar de um estágio que eu fiz em Ribeirão e aí eu iria na semana seguinte para Ribeirão fazer um curso e nesse meio tempo eu acabei me sentindo muito mal, estava bem dispneico, com uma tosse curiosa, uma febre e eu imaginei que fosse pneumonia [...] e não tinha

ainda o ambulatório indígena, acho que no mês seguinte foi implementado o ambulatório, então a última vez que eu precisei ir na UPA em São Carlos, eu fiquei quase 5h00 porque teve o tempo de deslocamento. Então assim, é bem complicado quando a gente adocece e precisa de um serviço de saúde em São Carlos. Pensei em ir no pronto atendimento da UFSCar, aqui no HU, tive uma melhora, mas ainda me arrastando, aí eu falei com uma amiga minha que é médica, ela me medicou, mas aí a medicação acabou não fazendo efeito, aí eu já estava em Ribeirão, aí eu fui numa UPA lá em Ribeirão (Jurema).

Em São Carlos tive três episódios de adoecimento. O primeiro foi uma amigdalite, que eu sofri no começo de 2024, e eu procurei assistência de saúde na atenção secundária e terciária, eu procurei atendimento no HU. O segundo adoecimento ocorreu em 2025, no final de 2025, e eu procurei assistência no ambulatório de saúde indígena da UBS São José, que foi criado. E o terceiro foi um atendimento no HU também, com um caso de gastroenterite. Então, foram três atendimentos. [...] O primeiro episódio eu fui direto ao HU, eu estava na semana de acolhimento e eu tive contato com uma professora, eu estava sem conseguir falar, e ela falou: "Venha cá, deixa eu ver o que é isso." Aí ela apalpou meus linfonodos, olhou minha boca e falou: "Vai no HU tal hora, que é para lhe dar uma receita de amoxicilina." Aí eu fui do HU, naquela hora ela atendeu, na verdade, foi outra pessoa, mas eu consegui a receita de amoxicilina. No segundo momento, eu estava com dor de cabeça e eu não estava muito no clima de ir numa UPA, que eu achava que ia demorar. Eu também não estava muito no clima de passar com um médico generalista aleatório, porque eu também estava com medo de demorar. [...] Eu escolhi (no terceiro adoecimento) ir diretamente no HU por conta que eu tinha um colega que estava lá já, então eu falei com ele para ver se tinha uma disponibilidade. Eu fiquei com receio de ir na UPA e acabar morrendo numa cadeira lá na UPA pela demora ou então não ter um atendimento de qualidade (Bananeira).

Os relatos de *Barbatimão*, *Jurema* e *Bananeira* permitem compreender a materialidade do adoecimento biológico associado a infecções respiratórias principalmente, evidenciando quadros clínicos em comum e sinais de imunossupressão. As narrativas explicitam a circulação entre distintos pontos da rede de atenção à saúde para obtenção de cuidado, sendo que essa escolha não ocorre apenas pela natureza do agravo, mas também pela expectativa de acesso, resolutividade e qualidade do atendimento, questões que serão aprofundadas na próxima categoria.

Quando eu cheguei aqui, eu não tinha dor na coluna. E, sabe como que é estudante, né, passa o dia todo sentado na cadeira. Então, são horas sentado, não só na cadeira durante o dia, mas também durante a noite, que você vai ter que estudar, e madrugada adentro. E eu comecei a desenvolver uma dor na coluna [...] naquela época que não estava me cuidando, eu estava dormindo mal, comendo mal, enfim (Apuí).

Os trechos de *Apuí* e *Bananeira* evidenciam adoecimentos de natureza osteoarticular, associados às condições cotidianas de rotina acadêmica, principalmente no primeiro relato, já que o narrador relaciona a dor com as jornadas extenuantes de estudo, sono irregular e alimentação inadequada.

Eu estava com um quadro de artrite na mão, no dedo da mão, no dedão, no

polegar. E eu busquei atendimento com um preceptor também, que é professor do departamento de medicina. [...] Estava com o dedo doendo, aí eu cheguei assim no preceptor e falei: "Olha, estou com isso, isso e isso." Ele me examinou e me deu uma coisa. Então, não foi bem uma consulta, foi mais uma consulta de corredor. Ele viu que eu estava com um processo inflamatório e me deu um anti-inflamatório (Bananeira).

7.3.2 Adoecimentos psicológicos

Enquanto a categoria temática anterior concentrou-se nas experiências de violência e seus desdobramentos mais amplos sobre a saúde, este núcleo de sentido direciona o foco para o adoecimento psicológico propriamente dito, tal como narrado pelos participantes. Assim os próximos trechos mencionam as manifestações concretas do sofrimento psíquico, suas expressões e resultados nas singularidades dos sujeitos, conforme reconhecidos e nomeados como adoecimento: *"eu vi também, realmente, as pessoas adoecerem e desistirem. Conheci alguns colegas que inclusive me apresentaram o vestibular, mas foram embora por adoecimento mental"* (Cajueiro). Cajueiro evidencia que os adoecimentos psicológicos não se manifestam apenas na experiência individual, mas também são reconhecidos no coletivo.

Um exemplo claro de como você pode adoecer: na época que eu fui trabalhar como garçom aqui [...] eu sofri muita xenofobia e preconceito também, por ser indígena [...] o meu mental estava muito adoecido, embora eu estivesse com o físico bem. Então, para mim, essa é a prova mais clara do quanto o preconceito entra na sua cabeça, ele descapacita e você não consegue andar com o básico (Caruá).

O relato de Caruá evidencia como o preconceito e xenofobia intensificam o sofrimento psíquico no contexto migratório, possibilitando o desenvolvimento de possíveis adoecimentos mentais.

Um estudante, no início do ano, ele teve uma crise num espaço público. [...] naquela hora eu me vi deitada lá, porque, se eu não tivesse nenhuma experiência de acompanhamento (psicológico), seria eu [...] ele não estava amarrado numa maca, ele estava amarrado nesses suportes que os bombeiros usam para transferir, e ele estava duro, assim, não tinha ninguém na sala acompanhando ele, ele estava desacordado, porque deram um medicamento, e ele estava sozinho, quando a gente chegou lá, não tinha ninguém com ele (Cajueiro).

Embora Cajueiro não especifique se a crise era ansiosa, depressiva, impulsiva, psicótica ou de outra origem, ela descreve um episódio de emergência em saúde mental e reconhece que sem o acompanhamento psicológico, poderia ter um agravamento como esse.

Eu adoeci, assim mentalmente, muito [...] até hoje ainda eu faço minhas terapias e até hoje eu preciso disso, porque senão eu surto [...] é tipo assim, você está bebendo, você está consciente, do nada você perde a consciência e não sabe o que faz, às vezes a sensação que eu tenho é essa, parece que eu não estou ali. [...] Eu fico nesse estado, eu ficava né, hoje parou um pouco

esse processo [...] não conseguia levantar, não conseguia, preferia ficar em casa, hoje eu prefiro ficar em casa, mas não consigo interagir, não consigo, acho que foi uma das sequelas mais mentalmente que eu tive (Begônia).

Tanto o trecho acima de *Begônia*, quanto o próximo de *Apuí*, expressam por sua vez a persistência de sintomas já mencionados, como dissociação, crise ansiosa, humor deprimido, tristeza e isolamento social indicando como o adoecimento psicológico pode produzir efeitos duradouros na experiência psíquica e física:

Teve um período que eu passei com crises de ansiedade [...] achei que ia parar ali, aí veio essa sensação, aí teve um momento que entortou tudo assim, juro pra você, não conseguia nem voltar, ficou assim a minha mão, e eu não conseguia ficar em pé, travei assim, praticamente. E estava sentindo formigar todinho o peito, mas eu consegui continuar a respirar [...] de vez em quando vinha uma sensação de, não sei, não consigo nem te explicar, como se fosse apagar, ia apagar e cair, mas vinha, aí batia, meu coração não acelerava, aí eu respirava, respirava, aí eu passava. Ficou assim um tempo e isso me incomodou muito, claramente eu não estava bem (Apuí).

Em conjunto, as narrativas apontaram como a saúde mental é atravessada pelos processos contínuos de violência, desproteção e sobrecarga emocional acarretados pelo processo migratório, ressaltando a necessidade de abordagens que reconheçam o sofrimento psíquico em sua complexidade e como precursor de adoecimento psicológico.

7.3.3 Adoecimento no contexto espiritual

Neste núcleo de sentido, que aborda a dimensão espiritual do processo de adoecimento, as falas de *Ré* e *Caruá* reforçam a compreensão indígena de que desequilíbrios espirituais e energéticos, produzidos nas relações e nos espaços, repercutem diretamente no campo biológico e mental: “*eu me sinto às vezes muito sobrecarregada do meu lado espiritual. Eu me sinto muito cansada, muito pesada, e eu sinto que é tudo a energia do lugar, essa energia ruim que você está cercado e que acaba pegando*” (*Caruá*).

Um exemplo dessa compreensão do adoecimento de *Caruá* aparece no trecho de *Ré* sobre as festas universitárias, reconhecendo que o desequilíbrio pode ser transmitido:

Na festa mesmo, quando a gente vai para festa grande a gente tem esse contato, de pessoa próxima, de alma, de pessoa que está próxima doente e que transmite isso para outra pessoa e a gente não sabe mesmo como a doença chega dentro da casa. Eu me vejo assim, porque eu não frequento tanto assim, de pessoa, junto com pessoa (Ré).

Eu comecei a ter alergia, até hoje não sei o que é que peguei, é uma coceira que não passa. [...] Fui no dermatologista, fui mais de uma vez, hoje completa dois anos, você sabe por causa dos medicamentos, das pomadas, mas assim não cura e eu sinto que não é normal aquilo e não é físico, é espiritual e eu

tô muito longe de onde eu poderia me benzer (Begônia).

Portanto, os relatos expressam uma leitura do processo de adoecimento que ultrapassa a dimensão estritamente biológica, situando sua origem além das questões corporais e indicando a centralidade da dimensão espiritual nas compreensões indígenas de doença. Também antecipam questões centrais que serão aprofundadas nas categorias seguintes, ao revelar como os adoecimentos foram experimentados por contextos institucionais, afetivos e comunitários.

Os conceitos *Guarani de Tekoá* e *Teko Porã* são apresentados por Takuá (2018) e articulam a ideia de que a existência humana está intrinsecamente ligada ao território, à natureza e às relações de equilíbrio e harmonia com todos os seres. Viver plenamente segundo o Bem Viver exige respeitar essa interdependência e os ciclos da vida, enquanto a experiência do *Tekó Vai*, ou mal viver, revela os resultados do individualismo, do consumo excessivo e da degradação ambiental sobre o corpo, a mente e a cultura indígena, sendo uma referência ética e espiritual para compreender saúde, bem-estar e modos de vida. Embora seja específico do povo Guarani, essa cosmologia é refletida nos relatos, ilustrando como o mal viver (*Tekó Vai*) também se reflete em outros povos, quando não conexão há conexão com o território e práticas culturais, enquanto o Bem Viver se manifesta na preservação de saberes e rituais tradicionais, mesmo em contextos urbanos.

Sendo assim, Menéndez (2003) amplia a compreensão ao propor uma leitura plural dos modelos de cuidado e dos processos de adoecimento e cura. Nesse contexto, suas contribuições ajudam a interpretar o sofrimento psíquico e o questionamento das identidades dos estudantes como respostas a um sistema que valoriza um único modo de saber e ser. A dificuldade de adaptação, portanto, não é apenas pessoal, mas social e cultural: decorre do confronto entre distintas racionalidades e modos de vida. Reconhecer essa pluralidade, conforme sugere o autor, é essencial para pensar estratégias institucionais que acolham as diferenças e promovam um verdadeiro sentimento de pertencimento universitário.

Assim, as experiências compartilhadas pelos narradores reafirmam que o desafio da permanência universitária indígena não se resume à adaptação técnica ou cognitiva, mas envolve o reconhecimento institucional da pluralidade de saberes, corpos e modos de vida. Reconhecer essas diferenças, portanto, é não apenas uma questão de inclusão, mas um ato de reparação epistemológica e de saúde coletiva na compreensão do processo saúde e doença.

As experiências de adoecimento relatadas pelos estudantes indígenas, decorrentes tanto da mudança de clima ambiental quanto das novas condições de vida, refletem um campo de tensões entre o corpo biológico e o corpo social. Santos (2020) analisa como as desigualdades estruturais afetam diretamente a saúde dos povos indígenas, revelando que o adoecimento físico e mental está profundamente ligado à exclusão e à marginalização histórica. No contexto universitário, esses fatores se intensificam: o deslocamento territorial e a ausência de políticas específicas de cuidado produzem vulnerabilidades que transcendem o plano biológico, atingindo a dimensão emocional e espiritual dos estudantes. Assim, a vivência do adoecimento é também uma experiência de resistência, marcada pela tentativa de manter práticas tradicionais de cuidado frente a um sistema de saúde que muitas vezes ignora a diversidade cultural.

Os relatos dos estudantes indígenas demonstram que o adoecimento não se limita à dimensão biológica, mas está profundamente conectado às condições ambientais e à mudança de território. Além disso, episódios de dengue relatados, ilustram como a exposição a novos vetores e à urbanização aumenta a vulnerabilidade à doença, exigindo não apenas cuidados biomédicos, mas estratégias de adaptação e prevenção. Essas experiências reforçam a análise de Santos (2020) sobre a interseção entre desigualdades estruturais, deslocamento territorial e consequência na saúde física e emocional dos povos indígenas.

As experiências relatadas pelos estudantes indígenas demonstraram que o adoecimento também mobiliza saberes tradicionais e práticas de cuidado próprias, que funcionam como formas de autoatenção e resistência cultural. Relatos como o uso da madeira *Tori* para tratar feridas e os benzimentos, evidenciam que o cuidado não se limita à medicina biomédica, mas se articula com as medicinas tradicionais que atravessam gerações. Portanto, Benjamin (2012) permite compreender essas narrativas como espaços de transmissão de memória coletiva, em que os modos tradicionais de enfrentar doenças e promover cura são notados como autoatenção no processo saúde-doença-cura.

Os relatos também evidenciaram que, diante do adoecimento, os estudantes buscam compreender e tratar a si mesmos de forma autônoma, todavia também reconheceram a necessidade de recorrer aos serviços de saúde biomédicos em determinados episódios de adoecimento. Práticas ancestrais, como benzimentos, defumações, uso de plantas medicinais e rituais espirituais, são incorporadas de forma

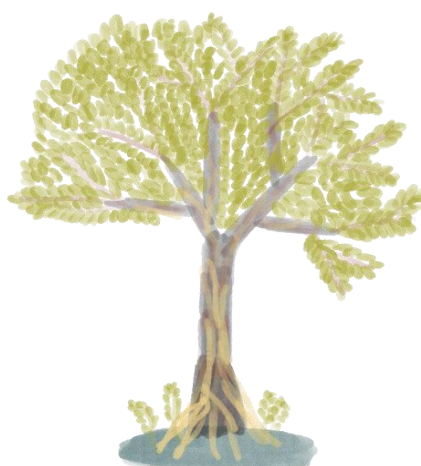
complementar ao modelo biomédico.

Demétrio, Santana e Pereira-Santos (2019) aprofundam essa perspectiva ao relacionar a autoatenção aos itinerários terapêuticos, mostrando como indivíduos articulam saberes populares, religiosos e científicos para construir práticas de cuidado próprias. No contexto dos estudantes indígenas, essa articulação evidencia a busca ativa por autonomia e protagonismo no cuidado de si, demonstrando que o acesso à medicina biomédica não exclui, mas dialoga com as práticas tradicionais. Assim, os itinerários terapêuticos se tornam estratégias de resistência e de manutenção da identidade, permitindo que o bem-estar corporal, mental e espiritual seja cultivado de forma integrada e culturalmente sensível.

7.4 Modelos de Atenção nos Processos de Saúde-Doença

Como é tudo na vida, a gente tem que aplicar na gente pra ver se realmente é verdade. Eu procurei médico, para poder confirmar que eu estava com dor na coluna, e ter comprovação pra poder entrar no tratamento, que é na fisioterapia, consegui marcar pra fazer raio-x, aí ele falou que tinha alguma alteração, mas quando eu levei na fisio, ela falou que não, mas eu tinha dor, não tinha nada na estrutura física, mas no espírito, digamos assim, eu estava sentindo. Aí a gente começou a tratar o físico e ajudou, melhorou, eu fiz fisioterapia aqui na USE, inclusive. Se tivesse um pajé ou um benzedor aqui do meu povo, eu ia procurar eles primeiro, só que eu estava aqui com dor, e aí eu não sabia o que fazer e eu tive que procurar os médicos ocidentais. Quando eu fui para minha cidade, eu comentei com minha mãe, ela falou assim: “ah, vamos no seu tio, que é benzedor”. E tem essa diferença também, tem o pajé e tem o benzedor, são dois tipos de especialista diferentes. Ele benzeu urtiga, a gente chama de Pinupinum, passando em você, queima, pinica, enfim, ele benzeu, com a nossa medicina do povo e pediu para eu passar na coluna, de baixo pra cima, como se você puxasse alguma energia de cima pra baixo, pra tirar ela da coluna. Ele também jogou água em mim, estava usando uma pedra e o maracá dele. Tirou um cabelo enrolado, ele falou assim, “no sentido espiritual, ele ia diminuindo, diminuindo, apertando essa coluna, até um dia você não pudesse mais aguentar e aparecesse alguma coisa no seu corpo físico e te matasse”. Enfim, ele tirou, onde estava sentindo a dor, só que a dor continuou, ou seja, aí é difícil assim. Aí hoje em dia eu treino, faço exercício físico para poder diminuir, né? Também tenho minhas questões espirituais em casa, defumação, tem uma resina de madeira, Urukai, tem um cheiro forte, as plantas medicinais, tenho uma que é para colocar nos olhos, como se fosse sananga, outras medicinas que não é tanto do meu povo, o rapé, que eu aprendi, eu conheci pra cá e ayahuasca, me ajudaram muito aqui na questão de saúde mental, tomei kambô também, que é o veneno de sapo. A ayahuasca, que na minha língua é Kaapi, não é para todo mundo, é destinado só para os pajés, só que cheguei aqui e vi que não era assim, era capitalizado, então era questão de você ter dinheiro e falar assim: “ah, eu quero experimentar, eu quero sentir como é”. O que eu tento usar, assim, semanalmente é só o rapé, me ajuda muito na minha respiração, ele limpa as vias aéreas. Então eu uso essas questões um pouco de cada medicina, digamos assim, medicina do meu povo, com a medicina ocidental (Apuí).

Figura 18 – Apuí - 2



Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

A narrativa de *Apuí* mostra a convivência entre o modelo biomédico e os modelos tradicionais indígenas no cuidado à saúde. Embora o tratamento ocidental alivie a dor física, o processo de adoecimento é compreendido também como dimensão espiritual.

Destaca-se também a autonomia no processo de cura através de *Kaapi*, popularmente conhecida e comercializada como ayahuasca, que conforme relatado em seu povo é restrita aos pajés. No relato de *Apuí*, o colega que conduzia o uso do chá era indígena da etnia *Manchineri*, iniciado desde pequeno como especialista tradicional do seu povo e estudante da UFSCar.

Quando conduzida por especialista indígena como o pajé, por exemplo, essa prática é reconhecida como terapêutica tradicional, contudo em conduções por não especialistas, como pessoas não indígenas, o uso da *ayahuasca* é compreendido como autoatenção, conforme Menéndez (2003). Tal distinção sugere que o contexto urbano tensiona fronteiras culturais, revelando como os deslocamentos territoriais possibilitam reconfigurações dos modelos de cuidados e dos sentidos atribuídos às práticas terapêuticas.

Desta forma, essa categoria aborda as estratégias de cuidado utilizadas pelos indígenas estudantes em seu cotidiano. Envolve práticas de autocuidado, uso de plantas medicinais, espiritualidade, alimentação, isolamento e contato com especialistas tradicionais, como formas de manutenção da saúde e enfrentamento do adoecimento, como a prática terapêutica tradicional, mencionada acima. A maioria dos núcleos de sentido construídos nesta categoria, fundamenta-se no referencial teórico de Menéndez (2003) sobre modelos de atenção, orientando a apresentação de diferentes formas de cuidado mobilizadas pelos estudantes.

Nos meus registros do diário de campo aprofundei reflexões sobre o papel da espiritualidade na manutenção da saúde. Correlacionando-se com o relato de *Apuí*, minha experiência com a exposição *MAHKU: Mirações*, no MASP, e o contato posterior com obras que permaneceram expostas reforçaram a minha compreensão da arte como expressão cosmológica e terapêutica dos povos *Huni Kuin*, vinculada aos rituais com *nixi pae (ayahuasca)*.

Essas reflexões foram aprofundadas durante o seminário Histórias da loucura e do delírio, realizado pelo MASP entre os dias 10 e 11 de dezembro de 2025, especialmente a partir das contribuições de *Ibã Huni Kuin* e *Adana Omágua Kambeba*. Os debates sobre loucura, delírio, raça, colonialidade e decolonialidade mostraram

como a miração é compreendida como um processo de aprendizado espiritual, através da visão, musicalidade e compreensão sobre o viver através da força da floresta, integrando sujeito, território e ancestralidade. O delírio, por sua vez, não é necessariamente entendido como ruptura com a razão, mas como um possível chamado espiritual e uma forma de comunicação com a espiritualidade. Nesse sentido, a arte indígena atua como tradução simbólica dessas experiências, sendo um modelo tradicional de produção de cuidado que vai além dos referenciais biomédicos hegemônicos.

A leitura do livro *Urutópiã: A espiritualidade amazônica, de Yaguarê Yamã e ilustrações de Uziel Guaynê* (adquirido na última edição da Feira de Culturas Indígenas de Araraquara), também ampliou o meu entendimento ao aproximar espiritualidade, corpo e território como dimensões indissociáveis do cuidado (Yamã, 2023).

Registre, ainda, que os encontros com diferentes povos, as noites de rezos e conversa ao redor do fogo com o povo *Pataxó* e as trocas multiculturais vivenciadas nas feiras de culturas indígenas evidenciaram práticas de cuidado coletivo que foram além da singularidade, tão desvalorizada no modelo biomédico. Esses elementos reforçam que a autoatenção, conforme expressa na narrativa representativa acima, envolveu redes de apoio, espiritualidade compartilhada e circulação entre diferentes territórios simbólicos, mesmo em contexto urbano.

7.4.1 A biomedicina como modelo de atenção

Menéndez (2003) define a biomedicina como premissa da abordagem de cuidado que inclui o predomínio do modelo biológico, desconsiderando os contextos históricos e culturais, levando a uma inclinação à medicalização. Para muitos estudantes indígenas, o acesso à biomedicina representa uma preocupação com a manutenção da saúde, como *Maçã* menciona: “quando eu fico doente mesmo da doença, eu procuro o hospital, porque, primeiramente, a gente tem que se preocupar com a nossa saúde” (*Maçã*).

A confiança na medicina ocidental expressada a seguir por *Saracura*, revela a crença de que o modelo biomédico oferece respostas mais eficazes ao adoecimento quando comparado a outros modelos de cuidado tradicionais, ainda que valorize as medicinas tradicionais de sua etnia:

Lá (serviços de saúde) eu tenho a certeza que vão ter profissionais que vão saber me ajudar. [...] Não é que eu não tenha crença na minha cultura ou que

esteja desvalorizando, é que tipo, em primeiro caso, eu reconheço que é mais eficaz o posto de saúde ou o hospital (Saracura).

A ideia mencionada anteriormente é reforçada pelos próximos trechos, ao evidenciar que a orientação profissional e a medicalização, consolidaram a ideia sobre efetividade do modelo biomédico: *“aí depois das indicações que ela (enfermeira) me deu, ela me passou remédios específicos que eu tomei e melhorei muito rápido” (Saracura). “Eu tomo remédios, e tal, que possam me ajudar nos sintomas [...] eu vejo que as pessoas tomam bastante dipirona para febre ou qualquer dor ou desconforto” (Saracura).*

Contudo, a fala de *Barbatimão* relata desconfiança ao modelo biomédico, destacando a preferência pelo autocuidado e acolhimento domiciliar diante das experiências percebidas como negligentes ou impessoais: *“eu prefiro me cuidar e me acolher na minha casa, do que eu me expor a uma negligência, assim, de ‘Ah, isso não é nada’ ou tipo, ‘só toma esse x remédio e segue a vida” (Barbatimão).*

Outros trechos reforçam que a farmacologia biomédica não é isenta de críticas. *Begônia* relata resistência, principalmente no uso relacionado à saúde mental:

Eu não queria tomar remédios, não cheguei a tomar remédio para ansiedade, remédio para depressão... Acredito que quando eu fui para a médica, eu fiz tudo aqui né, acompanhamento, passei com a médica e quando ela me indicou as tarjas pretas eu falei ‘nossa eu não vou tomar isso (Begônia).

Barbatimão, por sua vez, reconhece que o uso recorrente de medicamentos pode ter efeitos negativos e ressalta como prefere manter cautela:

A tentativa de acabar com a doença pode acabar agredindo o meu corpo e a minha saúde, tornando ele dependente dessas medicinas, que eu entendo que existe um benefício, mas também existem os efeitos colaterais (Barbatimão).

Apesar da resistência à psicofarmacologia, a psicoterapia é reconhecida como uma forma necessária de cuidado, apesar do contraste entre os trechos, já que para *Cajueiro*, o processo psicoterapêutico é compreendido como uma necessidade de saúde latente, enquanto *Begônia* a reconheceu recentemente, mencionando como suas experiências familiares e culturais anteriores, não contemplaram esse tipo de cuidado: *“eu faço terapia já há alguns longos anos [...] foi por uma demanda de saúde que eu sempre tive [...] Depois que eu cheguei em São Carlos, eu continuei fazendo terapia. [...] É uma coisa que é prioridade para mim” (Cajueiro).*

O que me ajudou muito foi conversar com psicólogo, eu nunca pensei que eu teria, porque na minha família não se tem isso e quando [...] fui pra minha família eu vi cara, todo mundo ali é doente sabe, todo mundo precisa de ajuda, todo mundo precisa de apoio e não se tem, não sei outros povos

indígenas (Begônia).

Portanto, os relatos mostram que apesar das críticas à medicalização e frustrações como o atendimento impessoal, há confiança no modelo biomédico pela sua eficácia em aliviar sintomas e orientar tratamentos, por exemplo, quando a psicoterapia é reconhecida como prática de cuidado necessária.

7.4.2. Busca por especialistas tradicionais como modelo de atenção

Práticas terapêuticas populares e alternativas englobam conhecimentos relacionados à saúde, como medicinas tradicionais de povos indígenas, condutas terapêuticas definidas como *new age*, grupos de autoajuda ou outras práticas oriundas de outros saberes médicos. As práticas tradicionais de cura apareceram como fonte de bem-estar e cuidado com o corpo, vinculadas tanto à ancestralidade quanto à vivência no território (Menéndez, 2003).

Neste núcleo de sentido, estão incluídos trechos embasados nos relatos de especialistas indígenas procurados, evidenciando a legitimação e condução das práticas terapêuticas populares e alternativas: *“poucas vezes eu tive a oportunidade de ter contato com um curador do meu povo. Mas sempre que eu tenho a oportunidade de ter com algum, mesmo que seja de outro povo, eu vou aceitar” (Barbatimão).*

Barbatimão expressa uma visão abrangente do conhecimento tradicional ao reconhecer o valor de especialistas de outras etnias. Sua fala indica que os saberes indígenas se constroem através das dinâmicas sociais e da interculturalidade.

Eu não queria mais esse estresse. Foi assim que eu procurei ajuda, aí eu fui para o pajé né, precisava dessa medicina, precisava conversar, precisava ser benzido, precisava ouvir, precisava estar no meio da floresta pra poder me curar (Begônia).

O trecho de *Begônia* complementa a perspectiva de *Barbatimão* ao evidenciar a busca do cuidado tradicional através dos especialistas indígenas, enfatizando a dimensão terapêutica da restauração do equilíbrio do corpo: *“todas as férias que eu vou para casa [...] vou na casa do pajé, que é o nosso ancião mais velho [...] peço a benção e ele reza em mim [...] ele precisa me passar alguma coisa pra eu fazer” (Cajueiro).*

Cajueiro nos apresenta o *pajé* como exemplo de especialista tradicional, sendo uma figura central no processo de cuidado e na transmissão dos saberes indígenas, sendo que o rezo emerge como prática central de cura.

Tive que me benzer, me proteger, tomar as medicinas tradicionais para poder entender o que estava acontecendo e hoje eu consegui fazer isso, hoje um

pouco mais difícil por causa da graduação, mas quando eu tenho oportunidade eu vou (Begônia).

No relato acima, *Begônia*, evidencia como as medicinas tradicionais abrangem um cuidado integral, sendo priorizadas diante do estresse vivenciado nas relações interpessoais no contexto da moradia estudantil.

E aí quando eu cheguei no último ano de curso, que eu estava no território [...] foi um desespero de voltar para São Carlos [...] e ele me conteve assim, e viu o adoecimento que eu estava. [...] Foi aí que eu falei que eu precisava realmente de ter esse acompanhamento. [...] Ele me cruzou, e eu vim embora. E aí eu senti que eu voltei com o coração mais em paz, eu voltei mais corajosa (Cajueiro).

Cajueiro conclui este núcleo de sentido ao relatar o acompanhamento do pajé como prática fundamental e contínua diante do adoecimento emocional. Mais uma vez observa-se uma ferramenta utilizada por este especialista tradicional, o benzimento, denominado nesta ocasião como cruzamento.

7.4.3 Práticas de autoatenção

Destaca-se neste momento, trechos de experiências adaptativas dos saberes tradicionais indígenas ao contexto universitário, reconhecendo que alguns participantes já residiam em contexto urbano com presença indígena antes do ingresso na universidade: *“e aí eu sinto que, quando eu vim para cá, eu me apeguei mais aos métodos tradicionais que a gente tinha, eu acho que por não saber reconhecer a grandiosidade também, né” (Cajueiro).*

Cajueiro evidencia esse movimento de reconexão, ao indicar que a experiência universitária intensificou a valorização aos métodos tradicionais, após estar fora do território. De forma similar, o relato de *Caruá* reafirma a reconexão com os saberes tradicionais ao manter o uso ervas presentes na aldeia: *“eu uso as ervas que trago da minha aldeia [...] faço as raizadas como minha avó me ensinou” (Caruá).*

Barbatimão também revela tanto processo de reconexão quanto o de manutenção das práticas tradicionais, mantendo os saberes do seu povo e incorporando os conhecimentos de outros povos: *“pergunto pra alguém, outras pessoas, até mesmo pro meu companheiro, se tem algo dentro da cultura dele também que que a gente possa fazer” (Barbatimão).*

Negramina deixa explícita a adaptação de sua cultura ao contexto urbano durante o seu puerpério, visto que teve sua gestação no município de São Carlos. Ela ressignifica práticas tradicionais, mantendo a essência do cuidado puerperal do seu povo, mesmo fora do território: *“tem práticas que adaptei aqui [...] como evitar comida*

gordurosa, dar banho de sol [...] o banho de sol ainda acho necessário, mesmo que os médicos digam que não é mais tão preciso” (Negramina).

Cajueiro complementa essa adaptação ao contexto universitário ao relatar o uso da *xanduca*, um cachimbo tradicional, exemplificando como rituais indígenas podem ser preservados: *“a gente tem uma xanduca, que é onde a gente fuma, eu fumo mais em ritual. A gente faz ritual aqui também, na universidade, são poucos momentos que eu fumo” (Cajueiro).*

Caruá e Barbatimão revelam que o modelo biomédico atua de forma complementar ao tradicional, sendo acionado quando os modelos tradicionais não são resolutivos: *“eu vou no hospital quando vejo que não consegui achar solução nos métodos tradicionais” (Caruá).* *“Quando eu não estou conseguindo combater uma doença imediatamente, com os chás, com o método natural, eu tomo um remédio farmacêutico mesmo” (Barbatimão).* *“Eu tento me tratar em casa com as receitas da minha avó [...] minha prioridade é sempre os métodos tradicionais” (Caruá).*

O relato de Negramina evidencia que em certas ocasiões, o modelo biomédico pode ser até mesmo insuficiente:

Minha filha foi picada por um [...] carrapato minúsculo, vermelho [...] as feridas não secavam [...] levei ao médico, receitaram várias pomadas, antibióticos, e nada resolvia [...] só melhorou quando usamos uma madeira chamada Tori [...] em três dias já tava tudo seco (Negramina).

Cajueiro menciona a inovação do rezo *online*, mostrando como os métodos tradicionais estão se modificando para se adequar a contextos urbanos através do uso das ferramentas tecnológicas:

Enquanto ela (avó) rezava em mim on-line, eu fui observando como as nossas práticas tradicionais vêm se modificando também, porque era impossível, há um ano atrás, pedir para ela fazer isso, ela não faria. Se eu pedir para o pajé fazer isso, ele não faz (Cajueiro).

Apesar das inovações tecnológicas que possibilitam a manutenção de práticas tradicionais à distância, Begônia evidencia que a experiência presencial no território é insubstituível:

Quando eu voltei né, para o Amazonas, lá para o interior... Aí falei ‘cara eu pertenco aqui, eu precisava dessa cura’ e eu me curei ali, como se os problemas passassem, como se nada existisse além de felicidade e o bem viver e estar naquele ciclo (Begônia).

A coletividade é essencial na autoatenção em busca do bem viver, sendo uma rede de apoio para o equilíbrio da saúde e refletindo as formas que o processo de saúde-doença é manejados pelos povos indígenas, como relatado por Begônia no trecho acima e por Cajueiro e Cucura nos próximos: *“já que eu prezava tanto pelo*

bem-viver, eu fui buscar alternativas, enquanto mulher indígena, no coletivo, e tal” (Cajueiro). “Eu tenho certeza que uma coisa que promove saúde, principalmente mental, é se manter perto dos seus semelhantes [...] conversar com outros indígenas, compartilhar dificuldades” (Cucura).

Programas institucionais como a ACIEPE* e o PET** permitem que o coletivo indígena da UFSCar se aproxime não apenas socialmente, mas também academicamente, integrando os conhecimentos tradicionais aos currículos, como relata *Barbatimão, Cajueiro e Angico Branco*:

Tive a oportunidade de trabalhar como mediadora de pequenos grupos da ACIEPE Introdução à saúde indígena e do Pet também, né? Porque eu sou egressa do Pet Saberes Indígenas. Tive algumas oportunidades de trabalhar também junto ao PET saúde (Barbatimão).

O próprio PET indígena faz esse trabalho de permanência, de auxílio [...] eu fui me descobrindo também e ficando à vontade no grupo [...] então eu fiz outros projetos, eu não me fechei na caixa do meu curso por exemplo, eu fui buscando outras experiências de formação que me formou o que sou hoje (Cajueiro).

Eu faço parte do PET Indígena Ações em Saúde, então tem momentos em que a gente traz um pouco da medicina do povo, cada um, cada membro, cada integrante vai trazendo um pouco da medicina do povo e acaba trazendo algumas coisas assim né, pra gente experimentar e tal (Angico Branco).

Na dimensão da autoatenção mais individualizada, *Begônia* menciona práticas de cuidado que envolvem defumação e uso de óleos essenciais: *“eu faço defumação com ervas em casa [...] ervas específicas de lá, que só tem lá, eu faço a defumação na minha casa, eu inalo os aromas das plantas e essa é uma forma que eu curo” (Begônia).*

Eu utilizo muitas ervas da Amazônia, que é um cheiro totalmente diferente [...] a gente pega e faz amassa, extrai o óleo e deixa ele agindo lá com a água, aí eu sinto esse aroma, às vezes eu faço massagem também no corpo com esses óleos e tem uma proteção porque elas vem benzidas (Begônia).

Ré apresenta outra forma de cuidado através do banho de erva, utilizado tanto para a prevenção e explicando como o sonho se correlaciona com o processo de saúde-doença na cosmovisão da sua etnia:

Eu só uso o banho de erva mesmo para não ficar doente, tem essa e tem também ervas para não ser atacado de sonho ruim, pesadelo, pessoa que se aproxima para ser levado, quando a gente sonha ruim, pesadelo ruim é porque a gente está bem próximo da doença mesmo (Ré).

Cajueiro, Jurema e Barbatimão, relatam que os chás são utilizados como hábito que é ensinado para auxiliar em questões tanto mentais, quanto físicas: *“olha, eu gosto muito de chás, que é um hábito que eu não tinha, mas que a minha avó falou ‘você vai desenvolver, você vai desenvolver’” (Cajueiro). “A gente tenta [...] tomar chás*

para ansiedade, evitar automedicação” (Jurema). “Eu tento pelo menos, curar com o que eu sei, utilizando [...] os chás, até mesmo repouso, banhos, essas alternativas” (Barbatimão).

Além dos extratos vegetais, *Cucura* e *Begônia* abordam como o cuidado com a saúde também ocorre através de extratos produzidos de animais: *“eu lembrava das práticas da minha família e liguei para a minha mãe pedindo para mandar banha de cobra ou de jabuti [...] porque sempre utilizávamos lá para cicatrização interna” (Cucura).*

Tem óleos essenciais do Pará [...] tem óleo de Cebo de Holanda, esse é muito bom, é feito com Jibóia (através da gordura do animal), também ajuda para caramba, para cicatrização de ferida então, nem se fala, por isso que melhorou minhas coceiras (Begônia).

Os próximos relatos evidenciaram as dificuldades em manter as práticas tradicionais no contexto urbano, especialmente pela ausência de ervas, insumos e referências culturais necessárias: *“até em Manaus [...] têm a medicina indígena, que têm os pajés, os benzedores, que ajudam bastante. Aqui, infelizmente, se tem eu desconheço” (Begônia). “Eu não pratico tanto as medicinas indígenas aqui porque não tenho as plantas nem os materiais [...] Se eu tivesse acesso aqui, eu poderia fazer” (Cucura).*

A gente tá em um espaço urbano onde não tem, por exemplo, um lugar pra plantar alguma coisa assim, fica muito difícil de você, por exemplo, plantar uma marcelinha, plantar uma cavalinha ali, onde você pode usufruir dessa medicação natural (Angico Branco).

Aqui é difícil por conta de ser desmatado, a gente não consegue ver as coisas, medicina que a gente possa usar quando a gente tá precisando [...] Se tivesse o cerrado bem ali que eu vi, dava para a gente pegar coisa mesmo para fazer um chá, se tiver dor de garganta ou tosse assim (Ré).

Os trechos a seguir indicam que diante de sintomas, a automedicação aparece como recorrência e até mesmo associada ao uso de elementos tradicionais: *“eu demorava um tempo, tentando me curar sozinho, com automedicação, tomando remédios sozinho, tomando chá, o que acabou não causando efeito na melhora e tal” (Saracura). “Eu diria que quando é uma coisa leve é automedicação mesmo: dor de garganta, dor de cabeça, cólica [...] Quando entendemos que é algo leve, é um remédio ali” (Cucura).*

A prática de atividade física surge como estratégia no contexto de autoatenção em busca de promoção da saúde entre os estudantes: *“sempre fui muito ativa, athleticamente falando, pratico vários esportes.” (Cucura). “Eu pratico academia, corro, caminho” (Caruá). “Eu costumo praticar atividades físicas, como correr”*

(Saracura). *“Eu somente corro mesmo, aqui na área Norte, é Norte não, é Sul”* (Ré). *“Eu comecei a fazer exercício, comecei a correr, comecei a caminhar”* (Begônia).

As falas também apontam a alimentação como um elemento importante nas práticas de cuidado com a saúde, envolvendo tanto a busca por hábitos considerados saudáveis, quanto a manutenção de referências alimentares vinculadas ao contexto cultural de origem: *“eu busco tentar, por exemplo, controlar a alimentação mais. Então, eu busco comer bem, comer de forma saudável”* (Bananeira). *“Comer bem, ter uma alimentação regulada, não comer tantos produtos industrializados”* (Saracura). *“Tento me alimentar da forma mais próxima da minha aldeia, embora seja difícil”* (Caruá). *“Tento evitar comer comidas muito maléficas”* (Cucura). *“Uma a duas vezes por semana eu costumo comprar a vitamina C, etc., nas farmácias”* (Saracura). *“Não é indicado andar descalço, comer frutas muito ácidas, como abacaxi e limão, essas coisas, comer peixe ou ovos, coisas que têm cheiro muito forte também não é bom. Então, essas coisas eu procuro evitar”* (Barbatimão).

A espiritualidade também aparece como uma dimensão relevante no cuidado com a saúde, manifestando-se através de práticas individuais: *“a espiritualidade também faz parte do cuidado, mesmo que hoje de forma mais individual”* (Jurema). *“Procuro me recolher mais [...] fazer a minha própria reza, assim, ter a minha firmeza mental nesse período”* (Barbatimão). *“Eu costumo orar de vez em quando [...] eu sinto que aumenta a minha energia positiva e, de certa forma, me protege ainda mais, me dá mais saúde”* (Saracura). *“Todas as vezes que eu acordo, agradeço a Deus mais um dia, por não me faltar nada, pelo alimento também. E eu sempre agradeço a Ele por não estar doente”* (Maçã).

Os próximos trechos apresentam diferentes compreensões sobre como cuidar da própria saúde, incluindo tanto a busca pelos serviços de saúde, quanto estratégias no próprio domicílio: *“fui marcar uma consulta ao médico mais para ele me encaminhar para um check-up geral, para algo mais aprofundado, mais para eu me prevenir assim”* (Saracura). *“Eu falei assim: ‘cara não, não pode, como que gostava de viver e hoje tô perdendo a vontade de viver?’ Aí falei assim: ‘eu preciso de ajuda, eu preciso de ajuda’”* (Begônia). *“Eu prefiro, primeiro, cuidar em casa, onde eu me sinto segura, e ver como o meu corpo responde sem usar remédios, drogas, químicas e tudo mais”* (Barbatimão). *“Quando eu estou doente e eu fico prostrado, eu não faço automedicação. Eu acho que é o contrário, eu fico mais eu espero que passe sozinho. Eu acho que entra na cabeça: “Se não passar, vai passar, nem que seja com a morte,*

vai passar” (Bananeira).

Essa categoria revelou uma compreensão abrangente de saúde, construída a partir de experiências culturais, cotidianas e das condições impostas pelo contexto urbano. Neste sentido, as formas de acesso e as experiências vivenciadas nos serviços de saúde emergem como o foco dessas trajetórias de autoatenção na próxima categoria.

As noções de bem viver, que já foram mencionadas nas categorias acima, apresentam-se como referenciais para a construção de formas de vida coletivas e integradas aos territórios, à diversidade de seres e à preservação ambiental. Elas enfatizam a descolonização do conhecimento, reconhecendo saberes tradicionais, e o diálogo entre diferentes memórias e epistemologias. Além disso, propõem a elaboração de práticas políticas, econômicas e culturais que questionem o modelo capitalista e promovam projetos civilizatórios alternativos, pautados em igualdade, cuidado e respeito às múltiplas formas de vida (Siqueira; Gonçalves; Santos, 2023). Houve relatos que ilustram práticas que buscam equilíbrio, respeito aos saberes tradicionais e cuidado coletivo, pilares do Bem Viver enquanto referência ética e social para a construção de modos de vida integrados, entre os estudantes indígenas da UFSCar.

Langdon (2014) destaca a autoatenção como expressão do protagonismo dos sujeitos e coletividades, evidenciando a capacidade dos indivíduos de gerenciar seus próprios processos de cuidado. No contexto universitário, essa perspectiva ajuda a compreender como estudantes indígenas selecionam práticas de saúde que dialogam com suas vivências e referências culturais, equilibrando a manutenção de saberes tradicionais e a adaptação a um sistema biomédico predominante. A autoatenção, portanto, não se limita à escolha de tratamentos, mas se manifesta como forma de resistência e afirmação de identidade, fortalecendo o bem-estar físico, mental e espiritual diante de um ambiente que frequentemente desconsidera suas especificidades.

Segundo Menéndez (2003) é importante reconhecer os múltiplos modelos de autoatenção existentes, considerando a influência cultural e social nos processos de adoecimento e cura. O autor evidencia que a autoatenção não é apenas uma prática individual, mas uma articulação entre saberes e experiências coletivas, em que o protagonismo do sujeito se expressa na capacidade de adaptar práticas indígenas ao contexto urbano e acadêmico. Essa abordagem amplia a compreensão do cuidado

como um processo dinâmico, em que os estudantes reconfiguram seus hábitos de saúde e bem-estar em diálogo constante com diferentes saberes. Essa perspectiva é evidente nos trechos apresentados, que articulam saberes tradicionais e biomédicos, demonstrando que a autoatenção não se restringe a práticas individuais, mas é mediada por relações comunitárias e experiências coletivas.

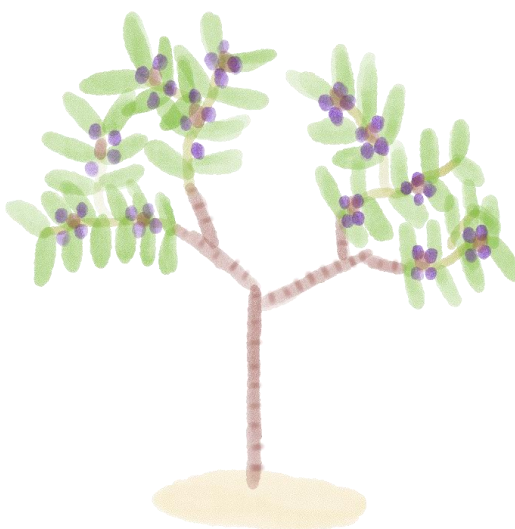
Já Bondía (2002) oferece um aporte teórico essencial para compreender os relatos de saúde e adoecimento não apenas como descrições de fatos, mas como experiências vividas que produzem sentido e identidade. Ao considerar que a experiência é aquilo que nos “toca” e transforma, o autor ajuda a interpretar as narrativas dos estudantes indígenas como expressões de um corpo e de uma memória afetados pela transição entre mundos. O adoecimento, nessa perspectiva, adquire um caráter formativo, pois revela o modo como esses sujeitos se percebem e se constroem diante das adversidades e do contato com um ambiente acadêmico e urbano que desafia suas referências culturais e existenciais.

A medicina tradicional emerge como elemento central de cuidado e resistência frente às limitações do sistema de saúde urbano. Essas narrativas ilustram a articulação entre corpo, cultura e espiritualidade, reforçando a perspectiva de Bondía (2002) sobre a experiência que transpassa apenas o evento ocorrido, modificando o sujeito que vivenciou tal experiência. Ao mesmo tempo, mostram como os estudantes preservam saberes e práticas indígenas.

7.5 Experiências nos Serviços de Saúde

Sobre ter a gravidez aqui, achei muito bom, porque não tinha meus pais no meu pé. Gostei muito que na maternidade, como é que eu imaginava que eu só teria uma certa forma de receber meu bebê? Cheguei lá eles me alimentaram, pediram para eu participar da ducha, fazer alguns movimentos para ajudar na hora que estava entrando na sala de parto, que o bebê estava próximo. Tinham vários vários profissionais na sala, enfermeiros, médicos, quando cheguei perguntaram: você quer que tenha várias pessoas aqui ou poucas? Aí eu falei eu só quero o que precisar, só ficou uma médica e a outra enfermeira. Aí de vez em quando entrava mais um e ficava trocando, entrava e saía. Nessa hora, eles perguntavam como que eu queria ganhar meu bebê e eu não estava conseguindo deitar, porque a dor era muito, não queria ganhar minha bebê deitada, eu falei no banquinho, não consegui agachada e no final eu ganhei minha filha exatamente da forma que eu não queria, que era deitada. Meu segundo medo era ter laceração e eu acabei tendo laceração, só que uma coisa que eu não sabia, que quando você dá a luz ao bebê, tem a placenta ali que eles vão puxar e dói também, limpam você, vai lá para outra sala e você come. Depois disso vem uma profissional verificar se você não tem laceração, se você teve ou não logo após o parto, após a sua limpeza, eles fazem a costura, achei que ele fosse passar algum anestésico, alguma anestesia no local, só que não, eles não passaram nenhum e foram costurando. Eu acho que a dor já estava tão grande, que eu lembro que eu senti um pouco de dor e passou, aí a minha amiga falou não não pode costurar assim, eu falei: ah mas eu não senti tanta dor, eu só senti na hora que ela meteu a agulha ali e começou a puxar ainda, nessa hora eu senti um pouco de dor, só que aí passou e me deram uma medicação, depois disso parou de doer. Eu não tenho do que reclamar foram ótimas, talvez eu reclame um pouco de ter tido laceração e a costura ter acontecido sem nenhum anestésico. Eu adorei ter ganhado a minha filha aqui, porque a maternidade daqui foi ótima, apesar de eu estar longe da família eu tinha familiares dos meus amigos que me ajudaram muito (Negramina).

Figura 19 – Negramina 2



Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

A narrativa de *Negramina* expressa complexidades e contradições das experiências de indígenas em serviços de saúde em contexto urbano. Embora avalie positivamente o seu atendimento na maternidade de São Carlos e o afastamento temporário de seu território como uma forma de maior autonomia e segurança, o relato também revela a vivência de violência obstétrica, reconhecida apenas posteriormente com o apoio de sua amiga. Mesmo distante da comunidade, a narradora manteve práticas de cuidado tradicionais, como o resguardo do recém-nascido nas primeiras semanas. Assim, a narrativa representativa apresentada no início desta categoria apresenta os caminhos e descaminhos do acesso aos serviços de saúde, envolvendo acolhimento, encontro entre diferentes culturas e situações de violação de direitos.

No meu diário de campo, registrei minha experiência na Atividade de Extensão Movimentos Populares e Práticas Sociais na Construção da Emancipação Humana, promovida pelo Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Entre 26 de agosto a 14 de outubro de 2025, ampliou a compreensão crítica sobre as experiências de indígenas universitários nos serviços de saúde em contexto urbano. Ao correlacionar temas como educação popular, bem viver, territórios saudáveis e sustentáveis, movimento dos povos originários e movimento estudantil, a atividade auxiliou na compreensão de que os processos de saúde e adoecimento estão relacionados aos territórios, relações de poder e reconhecimento dos saberes tradicionais. Essa vivência reforça que as experiências nos serviços de saúde não devem se limitar ao modelo biomédico, mas envolver autonomia, participação social e respeito aos modelos tradicionais de cuidado.

Essas reflexões foram retomadas e contextualizadas à minha realidade local na minha participação na 14ª Conferência Municipal de Saúde de Araraquara, ocorrida em 27 de junho de 2025, quando propus no eixo da Atenção Básica, a qualificação do cadastro e a garantia de políticas públicas municipais, focadas na população indígena em contexto urbano no município, reforçando a necessidade de que os modelos de atenção à saúde reconheçam a presença indígena nos territórios urbanos e incorporem suas especificidades culturais nos processos de cuidado.

7.5.1 Experiências nos serviços de saúde específicos para universitários

Antes da apresentação dos resultados, destaca-se que as referências aos serviços, setores e fluxos de atendimento dos serviços de saúde relacionados à UFSCar foram mantidas conforme a forma literal empregada pelos participantes

durante as entrevistas. Assim, eventuais divergências em relação à nomenclatura institucional ou fluxo de atendimento preconizado pela Universidade devem ser compreendidas como experiência e percepção dos entrevistados, não representando, necessariamente, a organização formal de funcionamento desses serviços.

A vacinação promovida pela Unidade Saúde Escola (USE), dentro da UFSCar, é mencionada como uma das experiências positivas no cuidado com a saúde dos estudantes indígenas, por oferecer acesso facilitado, como menciona *Angico Branco e Ré*: *“eu acho que positivo aqui na UFSCar foi a questão da vacinação, que teve por exemplo da influenza, que a gente teve as doses disponibilizadas aqui na USE”* (Angico Branco). *“Usei (USE) para tomar a vacina aqui, a cada ano vamos dizer assim, para não pegar tosse”* (Ré).

Houve também o uso da USE e DEAS para outras necessidades de saúde, como fisioterapia, atendimento psicológico e odontológico: *“eu fiz a fisioterapia aqui na USE, inclusive”* (Apuí). *“Eu falei assim ‘não, tá na hora de eu conversar com alguém, porque isso aqui não é eu, não é eu’. Eu fui procurar eu, procurei aqui não USE, aí fui lá, procurei ajuda, passei, conversei com a psicóloga”* (Begônia). *“Tô usando também para pedir dentista para ver os meus dentes também [...] é só agendamento, a gente chega na USE e pede e eles vão marcar”* (Ré). *“O DEAS e outros serviços vinculados à universidade são muito burocráticos.”* (Jurema). *“Eu já utilizei a UPA, UBS, o HU e o DEAS da UFSCar. O DEAS eu procuro por coisas de rotina [...] a UPA eu procuro em último caso”* (Caruá). *“Eu procurei principalmente a UPA, algumas vezes a UBS”* (Jurema).

Os relatos indicam que os serviços de saúde vinculados com a UFSCar, como a USE e DEAS, são reconhecidos pelos estudantes principalmente como como espaços acessíveis para ações de promoção e prevenção em saúde.

7.5.2 Experiências nos serviços de Atenção Primária à Saúde

Nas falas dos participantes da pesquisa, as experiências no acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no município de São Carlos foi percebido como superior ao que existia em suas regiões de origem, evidenciando uma diferença estrutural importante: *“na UBS que eu vou, a Parque Delta [...] eu consigo agendar às vezes até para a mesma semana”* (Cucura).

No posto de saúde que eu fui, a estrutura, comparada à que tenho na minha cidade, é muito melhor” (...) *“Eu percebi um preparo muito maior até mesmo dos atendentes, e os profissionais que fizeram todo o exame em mim”* (Saracura).

Nas falas, algumas experiências mostraram que havia desconhecimento sobre referências territoriais, resistência em procurar ajuda de serviços de saúde e sobre os níveis de atenção à saúde, fatores que podem dificultar o acesso adequado: *“me indicaram o posto de saúde São José [...] como aqui é uma cidade que eu estou tendo contato agora, não sei bem onde são as UPAs e os postos”* (Saracura). *“Eu nunca procurei o serviço de saúde quando eu estava nessa situação, embora já tenha passado, assim, por situações extremas, de que já tive vontade de parar numa UPA”* (Barbatimão). *“Somente quando fica assim grave mesmo, muito difícil, a gente procura mesmo o hospital próximo e às vezes o pronto socorro”* (Ré). *“Por conta da gravidade dos sintomas, eu tenho ao máximo procurar um posto de saúde ou até mesmo um hospital”* (Saracura). *“Eu botei no Google 'UPA' e vi qual era a mais próxima de mim, era a da Santa Felícia”* (Cucura).

De modo geral, os relatos indicam experiências positivas na Atenção Primária em São Carlos, especialmente em comparação com a estrutura disponível nas regiões de origem dos estudantes. No entanto, aparecem dificuldades relacionadas ao desconhecimento sobre a rede de serviços e suas referências territoriais, além de uma tendência de buscar atendimento apenas em situações mais graves.

7.5.3 Experiências nos serviços de Urgência e Emergência

Nos próximos relatos, é observado que tendem a buscar a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e a Santa Casa de Misericórdia de São Carlos em casos de urgência, o que demonstra uma maior utilização da atenção secundária e terciária: *“atualmente, como eu moro aqui na cidade, eu utilizo muito a UPA [...] tipo uma dor forte de cabeça, uma dor forte no estômago, por exemplo”* (Angico Branco). *“Quando fui na UPA, meu colega estava bem mal, estava quase caindo, estava com tonturas, com dor no corpo, e eu estava carregando ele”* (Maçã). *“Tava sentindo formigar todinho o peito, mas eu consegui continuar a respirar. Aí (fala nome da companheira) chamou o Uber e a gente foi parar na Santa Casa”*(Apuí).

Além da recorrência do uso dos serviços de urgência e emergência, as falas também evidenciam a presença de rede de apoio, como colegas ou companheiros, que auxiliam no deslocamento e na busca por atendimento nesses momentos.

7.5.4 Experiências na Maternidade de São Carlos

As experiências na maternidade de São Carlos foram inicialmente avaliadas de forma positiva por *Negramina*, que destacou o cuidado da equipe e suposto Cuidado Centrado na Pessoa:

Na maternidade aqui em São Carlos foi ótimo [...] me perguntaram como eu queria ter minha filha, se queria deitada, de cócoras [...] tinha enfermeiras, me deram banho de assento, me alimentaram, foi tudo muito bom (Negramina).

Apesar da percepção positiva, um outro relato, revela uma situação de violência obstétrica que parece não ter sido reconhecida como tal pela participante, indicando como essas violências podem ser naturalizadas ou invisibilizadas no contexto institucional:

Eu tinha muito medo de laceração [...] e acabei tendo [...] eu achei que iam passar anestésico pra costurar, mas não passaram nada [...] eu senti a dor da agulha entrando e puxando [...] depois me deram medicação e parou de doer [...] (Negramina).

De forma geral, o relato apresenta que a experiência de *Negramina* foi percebida como positiva, sobretudo em relação ao acolhimento e atenção oferecidos pela equipe. No entanto, indica como a violência obstétrica pode ser naturalizada ou não reconhecida como tal.

7.5.5 Dificuldades encontradas no acesso aos serviços de saúde.

As falas abaixo mostram que, apesar das limitações nos territórios, o sistema de saúde indígena possui certa estrutura local de atenção primária que, quando comparada ao ambiente urbano, parece oferecer mais familiaridade e cobertura direcionada:

Lá (território) é muito difícil ter uma população indígena com doenças constantes [...] não como aqui [...] a saúde indígena lá funciona com agentes que ficam alguns dias no território, mas às vezes só trabalham cinco dias e depois somem [...] (Negramina).

A negligência e a pouca escuta qualificada também marcam os relatos, mostrando como as experiências vivenciadas em contextos urbanos, são marcadas por um olhar negligente à interculturalidade: “às vezes você é encaminhado de um serviço para outro e não consegue atendimento nenhum” (*Jurema*). “Muitos indígenas já relataram que se sentiram invalidados e julgados nessas unidades” (*Caruá*). “Quando eu procuro o serviço, eu percebo que aquilo que você tá relatando também não é muito valorizado” (*Barbatimão*). “Eu não sabia que podia procurar o Hospital Universitário [...] isso nunca foi bem explicado pela universidade” (*Jurema*).

Tenho essas lesões físicas no corpo as vezes, as vezes sai, hoje parou [...] fui no médico, aí o cara só olhou uma folha de papel, falou assim "faz isso, pronto acabou" e aí? Não olhou, só olhou o papel, clicou no botão, imprimiu, pega aí e vai embora sabe e não olhou e até hoje eu tenho isso, tem dois anos já que tá assim e não curou, tratou mas não curou (Begônia).

Até mesmo nos momentos em que o motivo de busca pelo serviço de saúde não é o adoecimento, há frustrações pelo atendimento prestado: *"quando eu falei que era indígena, eu senti um julgamento [...] fiquei muito constrangida, fui para casa sem tomar a vacina" (Caruá). "Na hora do parto, me perguntaram como eu queria ganhar o bebê [...] tentei de cócoras, no banquinho, mas não consegui, e acabei ganhando deitada, do jeito que eu não queria [...]" (Negramina).*

Mesmo em uma unidade considerada referência como a USE, surgem relatos de falhas técnicas, erros de prescrição e violências institucionais que comprometem a confiança dos estudantes nos serviços: *"ela (médica da USE) perguntou que curso eu fazia, aí eu disse que fazia fisioterapia, e ela me perguntou assim: 'E você acha difícil?'" (Barbatimão). "No DEAS [...] acho que poderia ofertar mais serviços, é muito limitado e disputado" (Cucura).*

A demora no acesso aos serviços especializados (atenção secundária e terciária) faz com que muitos estudantes recorram a atendimentos pagos e até mesmo em outras cidades: *"para um ultrassom ginecológico [...] é fila de um ano" (Cucura). "la demorar bastante para a minha consulta chegar e eu fazer o meu check up. Isso foi uma visão meio negativa que eu tive com a área de saúde daqui" (Saracura). "Na moradia eu fui uma ou duas vezes na UBS São José [...] mas não consegui o que eu queria por causa de burocracia" (Cucura).*

Eu fui para São Paulo, eu paguei particular, exame para consulta de olho, vamos dizer assim. Eu fui por conta que eu tinha um conhecido lá em São Paulo e aí eu tenho um amigo que mora em São Paulo, falei para ele assim "não tô enxergando muito bem em São Carlos, nem aula tô acompanhando bem e eu já fui na UBS para conseguir só que demora muito a gente pede consulta mas vai daqui dois meses assim, vai demorar 9 meses ou 1 ano (Ré).

As questões econômicas também interferem diretamente no acesso aos serviços de saúde. As falas a seguir evidenciam tanto ausência de suporte financeiro específico, que dificulta o deslocamento até os locais de atendimento, quanto o desconhecimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): *"a gente não chega a ter uma bolsa de saúde para nós, para ter que pegar um uber, porque até a gente chegar na UPA a gente gasta um dinheiro, e muitas vezes a gente não tem" (Maçã). "Se ela não tivesse dinheiro para ir à UPA, ela ia estar muito mal. Ela estava*

com dor no corpo, dor nos olhos [...] se a gente não depender de nós mesmos, a gente passa mal” (Maçã).

Ela teve muita muita dor, ela tipo foi chorando de casa até a UPA e o Uber assim preocupadíssimo também. Assim que ele entrou, eu já desesperado, eu falei “moço, tipo salva a minha mãe, ela tá passando muito mal” e aí ele foi. Nossa ele foi a 100 km/h assim, daqui até lá (Angico Branco).

A ausência de acolhimento e atendimento adequado às emergências em saúde mental e de média e alta complexidade também aparece como uma lacuna que afeta os estudantes, deixando-os desamparados em momentos críticos: *“na primeira vez que fui à UPA, fiquei horas esperando e o atendimento foi muito ruim [...] o médico me examinou de longe” (Jurema).* *“Um estudante, no início do ano, ele teve uma crise num espaço público, e aí chamaram a polícia e ele foi levado para a UPA” (Cajueiro).*

Eu fiquei com receio de ir na UPA e acabar morrendo numa cadeira lá na UPA pela demora ou então não ter um atendimento de qualidade. Então, eu escolhi o HU, eu acho que por três motivos. Primeiro, por eu ser estudante da UFSCAR e ter esse serviço. Segundo, por ter uma tecnologia melhor, um atendimento melhor (Bananeira).

Os relatos mencionam que apesar da existência de diversos serviços de saúde na rede municipal, os estudantes enfrentam dificuldades relacionadas à burocracia, demora no atendimento e falta de informação. Além disso, aparecem experiências marcadas por escuta desqualificada, julgamentos e ausência de interculturalidade.

7.5.6 Estratégia de Atenção em Saúde Indígena:

Destaca-se que este núcleo de sentido é composto apenas por trechos de alguns(as) participantes, pois as entrevistas que abordaram especificamente esse serviço foram realizadas na terceira fase da coleta de dados, após a inauguração do ambulatório de saúde indígena. Dessa forma, não foi possível obter relatos dos (as) demais participantes acerca dessa experiência, uma vez que o serviço ainda não existia nas fases anteriores da pesquisa.

Inicialmente, os relatos situam o ambulatório como uma iniciativa recente, reconhecida como uma política pública específica voltada à população indígena no município, ainda em processo de implementação e consolidação:

É um ambulatório que está sendo muito bem organizado, então é uma política pública muito especial para o município de São Carlos. Só que eu acho que, como é uma política pública, eu sou um cidadão que estou usando um serviço público, eu devo cobrar melhorias daquele serviço (Bananeira).

Nesse contexto, os participantes destacam a presença de uma médica indígena como um dos principais diferenciais do ambulatório, conferindo uma

assistência intercultural e diferenciada, mais próxima do que a PNASPI fomenta ao cuidado ofertado: *"eu sei que é algo bem recente, tem uma médica que é da UFSCar, que é a Carla, atende de quinta de manhã. Ela é a única profissional indígena lá e ela só é clínica geral"* (Cucura).

Acho que agora sim a gente tem um ponto positivo, que é o atendimento específico para indígena, que é a médica indígena na UBS. Então, ter ela é um ponto muito positivo, que respeita principalmente o uso das nossas ervas, que entende, que é uma parente, que sabe como que é as nossas questões de saúde (Caruá).

Além do reconhecimento da profissional indígena, os relatos apontam que o ambulatório não se restringe ao atendimento de estudantes, mas contempla diferentes perfis da população indígena residente ou circulante no município: *"ela não atende só estudantes, ela atende a população, tem famílias indígenas aqui, tem gente que formou, tem gente que trouxe de casa, tem gente que vem sem ter fluência no português"* (Caruá).

No que se refere à organização do serviço, os participantes descrevem o papel do PET-Saúde no acolhimento e no cadastro, ressaltando tanto os avanços quanto às limitações do processo:

Então, o serviço está sendo organizado pelo PET Saúde, então o serviço de recepção está sendo realizado por ele e assim, não está tendo uma métrica tão boa, uma padronização de como vai ser a ordem dos atendimentos, a ordem de chegada, a ordem de espera. Sobre o atendimento, eu não tenho o que falar, foi um atendimento muito bom (Bananeira).

A gente se reúne sempre em dois PETianos, conforme a disponibilidade, e um ou a tutora ou um co-tutor. E aí a gente faz um cadastro individual, que é específico para indígena. Então, ele tem perguntas sobre: faz os métodos tradicionais, faz uso das ervas medicinais, frequenta benzedor, pratica algum grupo como toré, caríçu. Então, é um formulário específico só para indígena (Caruá).

Ainda sobre o acolhimento, destaca-se a presença de outros indígenas no processo inicial de atendimento, aspecto compreendido como fundamental para a adesão ao serviço: *"sei que também tem outras equipes, pessoas indígenas lá ajudando, fazer o cadastro e tudo mais. Mas é o que eu sei do ambulatório indígena"* (Cucura). *"Se não tivesse nós indígenas lá no acolhimento, se não tivesse a Carlinha, não estava tendo esse grande número de pessoas indo usufruir desse serviço"* (Caruá).

Apesar da avaliação positiva do atendimento médico, os relatos evidenciam demandas por ampliação da equipe, de modo a garantir um cuidado mais integral: *"que futuramente possa ter psicólogo, possa ter enfermeiro, possa ter todos esses profissionais indígenas"* (Caruá). *"Acho que ainda precisaria de outros profissionais,*

principalmente psicólogo e enfermeiro, para um cuidado mais integral” (Jurema).

Ao avançar para experiências concretas de utilização do serviço, um dos relatos explicita o motivo do atendimento e a escolha pelo ambulatório indígena em detrimento de outros serviços da rede:

Eu estava com dor de cabeça e eu não estava muito no clima de ir numa UPA, que eu achava que ia demorar, também não estava muito no clima de passar com um médico generalista aleatório, porque eu também estava com medo de demorar e eu procurei assistência no ambulatório de saúde indígena da UBS São José, que foi criado (Bananeira).

Por outro lado, há também relato que expressa não utilização do serviço, seja pela localização, seja pela satisfação com outros pontos da rede de saúde: *“eu não acessei, porque como eu estou em outra parte, eu estou feliz na UBS que eu estou, eu não procurei o lugar, não sei como está acontecendo o atendimento, até com ela mesmo” (Cucura).*

Por fim, os depoimentos reforçam o caráter recente do ambulatório e sua relevância simbólica e prática no cenário do cuidado em saúde indígena no município:

Tem poucos meses que o ambulatório foi implementado, acho que é uma mudança significativa no panorama do cuidado de saúde em São Carlos, pensando no município tendo uma médica indígena, então talvez se eu tivesse passado por uma consulta com ela fosse melhor (Jurema).

De modo geral, os relatos evidenciam que as experiências dos indígenas universitários nos serviços de saúde são atravessadas por percepções ambivalentes. Embora sejam reconhecidos avanços na estrutura e na disponibilidade de serviços, como a Estratégia de Atenção à Saúde Indígena em São Carlos, serviço promissor para um cuidado intercultural, também emergem inúmeras dificuldades e ausência de uma abordagem sensível às especificidades culturais. Todas as questões apresentadas nesta categoria e nas anteriores, serão discutidas à luz dos referenciais teóricos abordados nesta pesquisa a seguir.

Portanto, Souza e Orellana (2012) destacam as desigualdades de acesso aos serviços de saúde que atingem principalmente mulheres e jovens indígenas, evidenciando o racismo institucional presente nas políticas públicas. As dificuldades de adesão e acesso aos serviços não se limitam à distância geográfica ou à falta de estrutura, mas envolvem também barreiras simbólicas e culturais, como o preconceito e a falta de sensibilidade dos profissionais de saúde diante das especificidades indígenas. Ao se depararem com modelos biomédicos que desconsideram seus modos próprios de entender o corpo e o adoecer, esses sujeitos acabam se afastando do sistema formal, criando estratégias próprias de cuidado e mobilizando redes

comunitárias e afetivas como forma de enfrentamento.

Por fim, Hoefel et al. (2015) exemplifica, a partir da análise do PET-Saúde Indígena, como práticas interculturais de cuidado e educação em saúde podem fortalecer a autonomia dos sujeitos indígenas. O autor mostra que programas que respeitam os saberes tradicionais e incentivam a participação ativa dos estudantes promovem a autoatenção como experiência coletiva e formativa. Dessa forma, o protagonismo no cuidado de si deixa de ser uma abstração e se concretiza em práticas concretas de bem-estar e autocuidado, que reforçam a identidade cultural e fortalecem a resiliência frente aos desafios do ambiente universitário.

Esses espaços de conhecimentos tradicionais oferecem acolhimento culturalmente sensível, promovendo a valorização da identidade indígena e fortalecendo redes de apoio social, essenciais para lidar com o estresse e os desafios de saúde em um ambiente acadêmico, observados nas narrativas apresentadas, que mencionam a importância do PET como espaço de troca de saberes tradicionais e matriciamento da organização dos atendimentos que ocorrem através da Estratégia de Atenção à Saúde Indígena de São Carlos.

Por fim, as categorias temáticas apresentadas reforçam a compreensão de Benjamin (2012) sobre a narrativa como um espaço de transmissão de memória e de experiência coletiva. As falas dos estudantes sobre sofrimento e cura não são apenas relatos individuais, mas fragmentos de uma história compartilhada, atravessada pela perda, pela resistência e pela busca de reconhecimento. Essa perspectiva possibilita uma abordagem mais humanizada dos processos de saúde e doença, em que a escuta e a valorização da experiência narrada se tornam fundamentais para compreender o adoecimento em sua dimensão simbólica, social e política. Assim, as narrativas apresentadas nesta pesquisa, revelaram tanto a influência das desigualdades quanto a potência das memórias e saberes que sustentam suas trajetórias de resistência, no processo saúde e doença.

8. PRODUÇÃO TÉCNICA

Foi elaborado um *Produto de Comunicação*, que é definido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) como um mediador tecnológico de comunicação midiaticizada, englobando as formas tradicionais de veículos audiovisuais e as demais ferramentas de mídias sociais (Brasil, 2019). A construção deste material contou com a colaboração de indígenas estudantes da própria universidade na elaboração de vídeos explicativos, contribuindo para que as informações fossem apresentadas de forma mais próxima ao coletivo indígena e culturalmente situadas.

Auxiliaram nesta etapa *Breno Pankará*, responsável pela explicação sobre os serviços de saúde disponíveis na UFSCar; *Ivan Baniwa*, que abordou a Atenção Primária em Saúde; *Ismael Truká*, que trouxe informações sobre a Atenção Especializada; *Dayane Tariano*, que mencionou sobre os serviços de saúde mental e *Karla Pankararu*, que contribuiu com a apresentação da Estratégia de Atenção à Saúde Indígena no município de São Carlos.

A participação desses estudantes foi fundamental para fortalecer o caráter colaborativo do produto e para garantir maior proximidade entre o conteúdo produzido e as experiências vivenciadas pelos próprios indígenas universitários.

Portanto, o produto de comunicação elaborado consiste em um site de autoria própria, com orientações sobre os níveis de assistência, através da Atenção Primária e Especializada no SUS e com o levantamento dos serviços de saúde da UFSCar e da rede pública no município de São Carlos, contendo endereço e telefone de contato, com intuito de auxiliar o Centro de Culturas Indígenas (CCI) no acolhimento dos calouros de 2026, que ocorreu em 04 de março, auxiliando consequentemente em possíveis itinerários terapêuticos mais resolutivos. O produto técnico pode ser acessado no seguinte *Qr-Code* (figura 20) ou link, encontrados abaixo:

Figura 20 - Qr Code da Produção Técnica



Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.

Conforme mencionado anteriormente, o produto técnico desenvolvido nesta pesquisa pode ser acessado por meio do link a seguir:
https://www.canva.com/design/DAG9wTLikeE/rjFbhH9oiECpr5gpND6lg/view?utm_content=DAG9wTLikeE&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=uniquelinks&utlId=h69b1aa11a5.

9. CONCLUSÃO

A presente pesquisa buscou compreender as experiências de adoecimento de indígenas estudantes da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), campus São Carlos, a partir de suas narrativas, reconhecendo que tais experiências não podem ser dissociadas dos processos históricos, sociais e culturais que constituem suas trajetórias no contexto urbano e acadêmico. Neste sentido, o estudo teve como objetivo compreender como se configuraram as experiências de adoecimento desses estudantes, analisando de que forma suas trajetórias universitárias influenciaram no processo saúde-doença, bem como, quais práticas de cuidado e especialistas foram mobilizados em seus itinerários terapêuticos, através da análise de quais serviços de saúde foram buscados no município de São Carlo.

Ao investigar como se estabeleceram as interações entre os modelos explicativos indígenas de adoecimento e o modelo biomédico no contexto urbano, ficou evidente que o adoecimento transcende o campo biomédico, articulando dimensões espirituais, territoriais, emocionais e coletivas, que compõem as cosmologias dos povos indígenas. As narrativas apresentaram que as experiências de adoecimento dos estudantes estão intrinsecamente atravessadas ao processo de deslocamento territorial e simbólico vivenciado ao ingressarem na Universidade

A saída de suas comunidades e a chegada ao município de São Carlos, configura-se um movimento que vai além da mudança geográfica, implicando em uma transição entre os modos distintos de viver, conhecer, cuidar e se relacionar com o território. Este deslocamento frequentemente é acompanhado por sentimentos de solidão, saudade da comunidade de origem e afastamento de referências culturais e espirituais que sustentam a identidade da coletividade indígena.

Na dimensão biológica, observou-se também a influência do clima ambiental e das condições da Região Sudeste, distintas daquelas presentes em muitos dos territórios de origem dos estudantes entrevistados nos episódios de adoecimento relatados. Entretanto, uma das questões com maior prevalência foram os relatos das violências institucionais e das experiências de preconceito vivenciadas no espaço universitário e em outros contextos sociais, cujo desdobramentos repercutem diretamente na saúde física e mental dos sujeitos entrevistados.

No que se refere à busca por cuidado, os itinerários terapêuticos relatados evidenciam a presença de diferentes modelos de atenção à saúde, conforme discutido por Menéndez (2003). A autoatenção destacou-se como elemento central nesses

processos, englobando práticas que transitam entre distintos sistemas de cuidado. As narrativas indicaram que os estudantes mobilizaram tanto serviços biomédicos disponíveis na Universidade e no município de São Carlos, quanto práticas tradicionais presentes em suas comunidades de origem ou então adaptadas ao contexto urbano atual.

Contudo, os relatos evidenciaram que essas práticas não se organizam necessariamente de forma complementar ou subordinada ao modelo biomédico. Em diversos casos, as práticas tradicionais ou busca por especialistas indígenas foram descritas como prioritárias nos processos de cuidado, sendo mobilizadas como primeira estratégia diante do episódio de adoecimento, enquanto os serviços biomédicos apareceram em determinados momentos como recursos adicionais ou situacionais. Tal dinâmica evidencia que os itinerários terapêuticos desses estudantes são construídos a partir de múltiplas referências de cuidado, que convergem entre si de forma dinâmica.

Neste contexto, observou-se também a presença de inovações e adaptações das práticas tradicionais no contexto urbano. Mesmo diante da distância de seus territórios de origem, os estudantes encontraram formas de manter vínculos com especialistas tradicionais e com suas práticas tradicionais de cuidado. Entre essas adaptações, destaca-se o relato de rezo realizados a distância, através de chamadas de vídeo, permitindo uma proximidade cultural no processo de autoatenção. Essas experiências evidenciam a capacidade de recriação e continuidade das práticas tradicionais diante das condições impostas pela vida universitária e pelo deslocamento territorial.

Alguns estudantes relataram ainda que, caso houvesse maior presença de especialistas tradicionais no contexto urbano ou a possibilidade de cultivo de determinadas ervas medicinais no ambiente universitário, tenderiam a priorizar ainda mais essas formas de cuidado. Tais falas evidenciam lacunas importantes na garantia de cuidado intercultural efetivo no contexto urbano.

Nesse cenário, a recente criação da Estratégia Municipal de Atenção à Saúde Indígena no município de São Carlos foi percebida pelos participantes como uma iniciativa inovadora e promissora. O serviço, que atualmente conta com atendimentos realizados por uma médica indígena egressa da própria UFSCar, representa um avanço importante no reconhecimento das especificidades do cuidado à saúde indígena em contexto urbano e aponta caminhos possíveis para a construção de

práticas mais sensíveis às dimensões culturais e epistemológicas dos povos indígenas.

Entretanto, por ter sido implementada apenas no período final da realização das entrevistas, poucas pessoas relataram experiências concretas com esse serviço, o que se configura também como uma limitação desta pesquisa. As falas indicam que, embora reconhecida como uma conquista importante, a estratégia ainda necessita de maior organização e consolidação de seus fluxos de atendimento.

Além disso, destaca-se a importância da ampliação dessa iniciativa para além da atenção primária, fortalecendo articulações com outros níveis da rede de atenção à saúde, garantindo a continuidade do cuidado em situações que demandem atenção secundária ou terciária. Há a necessidade de ampliação da equipe atuante nessa estratégia, atualmente composta por uma única profissional médica. A constituição de uma equipe interdisciplinar, que inclua profissionais especializados de diferentes áreas da saúde, preferencialmente indígenas, poderia contribuir significativamente para a construção de práticas de cuidado mais integradas e culturalmente sensíveis. Considerando que a UFSCar possui diversos egressos formados em cursos da área da saúde, torna-se possível vislumbrar caminhos de articulação entre universidade, município e coletivo indígena para a inserção desses profissionais no sistema público de saúde local.

A consolidação dessa unidade de atenção especializada em saúde indígena poderá ainda possibilitar sua utilização como campo de estágio e formação para estudantes dos cursos da área da saúde da UFSCar, contribuindo para maior flexibilização dos currículos e para a problematização de modelos formativos ainda fortemente centrados na biomedicina. A experiência de contato com realidades interculturais no próprio município onde encontra-se o campus pode favorecer processos formativos mais sensíveis às especificidades socioculturais dos povos indígenas.

As narrativas indicaram que os estudantes transitam tanto pelos serviços disponibilizados pela Universidade, quanto pelos serviços do município de São Carlos. Entretanto, muitos não possuem clareza sobre a organização dos níveis de atenção à saúde ou sobre a territorialização dos serviços disponíveis. Nesse sentido, como resultado desta pesquisa, foi desenvolvida uma produção técnica com o objetivo de auxiliar na compreensão desses fluxos de cuidado. O produto consistiu na criação de um site explicativo que apresenta os níveis de atenção à saúde e realiza o

mapeamento dos principais serviços disponíveis na Universidade e na rede municipal. A ferramenta foi incorporada à atividade de acolhimento dos estudantes ingressantes organizada pelo Centro de Culturas Indígenas da UFSCar, configurando-se como uma estratégia de educação em saúde que busca fortalecer a autonomia dos estudantes na construção de seus itinerários terapêuticos.

Acredita-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir para ampliar reflexões tanto no âmbito da comunidade acadêmica, quanto entre os profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde de São Carlos e região. Ao evidenciar as experiências de adoecimento e os modelos de atenção à saúde adotados pelos indígenas em contexto urbano e universitário, o estudo apontou a necessidade de fortalecimento de práticas institucionais que reconheçam e valorizem a pluralidade de saberes e formas de cuidado presentes no campo da saúde.

Entre as lacunas identificadas neste estudo, destaca-se a necessidade de aprofundar investigações sobre os itinerários terapêuticos em sim especialmente em relação á experiências específicas de adoecimento mais grave, como processos de internação hospitalar, que não apareceram na maioria dos relatos coletados. Observou-se também que grande parte das narrativas se concentrou em experiências de preconceito, racismo institucional e consequências no bem viver e saúde mental dos estudantes, indicando a relevância de estudos futuros que se aprofundem nessas dimensões.

Outra limitação deste estudo refere-se à escolha metodológica de analisar as experiências dos participantes de forma coletiva, sem estabelecer correlações entre as vivências e suas etnias ou regiões de origem. Embora essa escolha tenha sido fundamental para preservar o anonimato dos participantes e manter o enfoque nas experiências de adoecimento no contexto universitário, as demais pesquisas em andamento poderão aprofundar essa relação, investigando como pertencimentos étnicos e contextos regionais específicos influenciam o processo saúde doença, bem como as estratégias de enfrentamento adotadas pelos estudantes indígenas.

Além das contribuições para a produção de conhecimento, os achados deste estudo também permitiram refletir sobre possíveis facilitações institucionais no âmbito da UFSCar que favoreçam o bem viver e o cuidado em saúde intercultural dos indígenas. Alguns trechos das entrevistas evidenciaram o interesse dos participantes por iniciativas que aproximem o ambiente universitário de práticas tradicionais de cuidado, o que fomentou a reflexão sobre a possibilidade de implantação de uma horta

terapêutica destinada ao cultivo de ervas medicinais e do reconhecimento do Cerrado presente no campus, como espaço de cuidado, convivência e promoção da saúde, contribuindo para a construção de ações institucionalmente sensíveis.

Do ponto de vista pessoal e formativo, a finalização desta pesquisa possibilitou compreender de forma prática a importância da gestão da clínica no contexto da saúde coletiva, articulando investigação acadêmica, educação em saúde e gestão do cuidado. O desenvolvimento do produto técnico já mencionado permitiu aproximar a pesquisa das necessidades concretas dos estudantes, ao mesmo tempo em que buscou contribuir para o fortalecimento das relações entre a Universidade e os serviços do Sistema Único de Saúde no município de São Carlos. Acredita-se que o material produzido possa ser útil tanto para a comunidade acadêmica, quanto para a educação permanente dos profissionais de saúde da rede municipal.

O contato direto com o coletivo indígena do campus São Carlos, bem como as experiências mencionadas nos registros do diário de campo, também possibilitaram colocar em prática os conhecimentos adquiridos previamente na especialização em saúde indígena e nas Atividades Curriculares do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, com especial destaque para “Práticas em Saúde e Gestão do Cuidado” e “Processos Educacionais em Saúde”. Esse percurso embasado em uma aprendizagem significativa e afetiva, contribuiu na construção de uma abordagem decolonial sobre a presença indígena em contextos urbanos, considerando que, embora os indígenas nesse contexto representam atualmente a maior porcentagem da população indígena brasileira, ainda continuam com sua presença invisibilizada pelos estereótipos historicamente construídos sobre o que se entende identidade indígena.

Por fim, o desenvolvimento desta pesquisa também contribuiu para um processo de amadurecimento acadêmico e profissional, permitindo uma maior aproximação do campo da psicologia social, área na qual tenho buscado aprofundamento acadêmico. Esse movimento reflete o desejo de continuar investigando as relações entre saúde, cultura, identidade e processos sociais, especialmente no que se refere às experiências de populações historicamente marginalizadas.

Diante do exposto, conclui-se que garantir o direito à saúde de indígenas em contexto urbano e universitário implica não apenas fortalecer a articulação entre a Universidade e o sistema de saúde municipal, mas também promover transformações

institucionais sustentadas pelos princípios da interculturalidade, valorização dos saberes ancestrais e da educação permanente de profissionais de saúde sensíveis às especificidades dos povos indígenas. Como já mencionado, a Estratégia de Atenção à Saúde Indígena em São Carlos aponta um caminho possível nessa direção, ainda que inicial, na construção de um cuidado mais integrado, intercultural e diferenciado, reconhecendo que a saúde é um direito de todos os povos indígenas e um dever do Estado.

REFERÊNCIAS

ANDRELLO, Geraldo; LOLLI, Pedro; MEIRA, Márcio. Temporalidades e interações socioambientais no noroeste amazônico: apresentação ao dossiê. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas*, v. 19, n. 1, p. e20230025, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2178-2547-BGOELDI-2024-0084>. Acesso em 22 set. 2025.

AYRES, Ariadne.Dall'acqua.; BRANDO, Fernanda da Rocha; AYRES, Olavo Martins. Presença indígena na universidade como retomada de território. *Revista Brasileira de Educação*, v. 28, p. e280060, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782023280060>. Acesso em: 08 mai. 2025.

BENJAMIN, Walter. O narrador: considerações sobre a obra de Nicolai Leskov. In: BENJAMIN, W. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense, 2012. p. 213-240.

BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, n. 19, p. 20-28, jan./abr. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>. Acesso em: 9 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/estrutura/dsei>. Acesso em: 14 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Composição da SESAI*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai>. Acesso em: 14 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)*. Página oficial. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai>. Acesso em: 5 maio 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 304, de 9 de agosto de 2000. *Aprova as normas para pesquisas envolvendo seres humanos – área de povos indígenas*. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 10 ago. 2000. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2000/resolucao-no-304.pdf>. Acesso em: 16 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 14 mai. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conselho Nacional de Saúde*. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br>. Acesso em: 08 fev. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. *Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais*

cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf>. Acesso em: 16 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. *Produção técnica: relatório de grupo de trabalho*. Brasília: CAPES, 2019. 81 p. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/10062019-producao-tecnica-pdf>. Acesso em: 14 jan. 2026.

BRASIL. Secretaria de Comunicação Social. *Brasil tem 1,69 milhão de indígenas, aponta Censo 2022*. Brasília, DF: Governo Federal, 18 out. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/08/brasil-tem-1-69-milhao-de-indigenas-aponta-censo-2022>. Acesso em: 18 out. 2023.

CUNHA, Maria Luiza da Silva et al. Planejamento e gestão do processo de trabalho em saúde: avanços e limites no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS. *Saúde e Sociedade*, v. 32, n. 3, p. e220127pt, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2023.v32n3/e220127pt/pt>. Acesso em: 09 jun. 2025.

CRUZ, Felipe Sotto Maior. Indígenas antropólogos e o espetáculo da alteridade. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, Brasília, v. 11, n. 2, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/15949>. Acesso em: 17 ago. 2025.

CRUZ, Felipe Sotto Maior et al. "Letalidade branca": antropologia, educação e universidade. Uma entrevista com Felipe Tuxá. *Tipiti: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America*, v. 19, n. 2, p. 393-408, 2023. Disponível em: <https://digitalcommons.trinity.edu/tipiti/vol19/iss2/10/>. Acesso em: 16 set. 2025.

DEMÉTRIO, Fran; SANTANA, Elvira Rodrigues de; PEREIRA-SANTOS, Marcos. O itinerário terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 7, p. 204-221, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/THvRbrVLKYtqLydhYcrthfQ/?lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2025.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu.; MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

EXPOSIÇÃO fotográfica virtual: *os treze anos de presença(s) indígenas na UFSCar*. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2020. Disponível em: <https://www.prograd.ufscar.br/estudantes-de-graduacao/povos-indigenas-na-ufscar>. Acesso em: 4 mai. 2023.

FAUSTINO, Rosângela Célia; NOVAK, Maria Simone Jacomini; CIPRIANO, Suzan Carneiro Vanfej. A presença indígena na universidade: acesso e permanência de

estudantes Kaingang e Guarani no ensino superior do Paraná. *Revista Cocar*, Belém, v. 7, n. 13, p. 69-81, 2013. Disponível em: <https://periodicos.uepa.br/index.php/cocar/article/view/243>. Acesso em: 7 de mar. 2025.

FERREIRA, Maiara dos Santos; CALEGARE, Marcelo Gustavo Aguiar. Debates psicopolíticos sobre indígenas em contexto de cidade. *Revista Polis e Psique*, v. 9, n. 1, p. 72-90, 2019. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/82023>. Acesso em: 23 fev. 2025.

G1 ARARAQUARA E REGIÃO. Censo 2022: mais de 1,2 mil pessoas se declaram indígenas em São Carlos e região. *G1*, 7 ago. 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/2023/08/07/censo-2022-mais-de-12-mil-pessoas-se-declaram-indigenas-em-sao-carlos-e-regiao.ghtml>. Acesso em: 18 out. 2023.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 33. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. p. 79-108. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/317685803/GOMES-R-Analise-e-Interpretacao-de-Dados-de-Pesquisa-Qualitativa>. Acesso em: 3 fev. 2026.

HOEFEL, Maria da Graça Luderitz Hoefe et al. Não Indígenas, C. de E. I. e, & PET-Saúde Indígena, C. de P. PET-Saúde Indígena UnB: construindo redes interculturais em saúde. *Tempus – Actas De Saúde Coletiva*, Brasília, v. 9, n. 1, p. 43-63, 2015. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1691>. Acesso em: 14 ago. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2022: indígenas: principais características das pessoas e dos domicílios, por situação urbana ou rural do domicílio: resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Panorama de São Carlos – SP*. Cidades@, 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-carlos/panorama>. Acesso em: 18 out. 2023.

KARAJÁ, Vanessa Hatxu de Moura. Trajetórias de uma estudante Iny (Karajá): narrativa de acesso e permanência no curso superior. *Tellus*, Campo Grande, v. 20, n. 41, 2019. Disponível em: <https://tellusucdb.emnuvens.com.br/tellus/article/view/638>. Acesso em: 14 ago. 2025.

KRENAK, Ailton. *Ideias para adiar o fim do mundo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019. *Mana*, v. 29, n. 2, e2023032, 2023. Disponível em: scielo.br/j/mana/a/bjBknT5rNzkS7wwwyHKDzPw/?format=pdf&lang=pt. Acesso em 10 jun. 2025.

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1019-1029, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n4/1019-1029/pt/>. Acesso em: 8 mar. 2025.

LUNA, Willian Fernandes et al. Identity, care and rights: the experience of talking circles about the health of indigenous people. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 44, n. 2, e067, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341883165_Identity_Care_and_Rights_the_Experience_of_Talking_Circles_about_the_Health_of_Indigenous_People. Acesso em: 9 fev. 2025.

LUNA, Willian Fernandes; PALADINO, Mariana; CYRINO, Eliana Goldfarb. "Estranhos" na escola médica: experiências indígenas em cursos de medicina de universidades federais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZRS777V8BKtFdyjrB6T88rF/?lang=pt>. Acesso em: 5 mar. 2025.

LUNA, Willian Fernandes. *Indígenas na escola médica no Brasil: experiências e trajetórias nas universidades federais*. 2021. Tese (Doutorado em Educação para a Ciência) – Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2021.

LUNA, Willian Fernandes. *Indígenas na Escola Médica no Brasil: experiências e trajetórias nas universidades federais*. [S.l.]: Universidade Estadual Paulista (Unesp), 25 fev. 2021.

LUNA, Willian Fernandes; TEIXEIRA, Karla Caroline; LIMA, Giovana Kharfan de. Mapeamento e experiências de indígenas nas escolas médicas federais brasileiras: acesso e políticas de permanência. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 25, e200621, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KC9Xf74gjTV7z7yWLXQnTTC/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2025.

MACEDO, Renata Mourão; MEDEIROS, Thamires Monteiro de. Marcadores sociais da diferença, interseccionalidade e saúde coletiva: diálogos necessários para o ensino em saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 144, e9507, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2025.v49n144/e9507>. Acesso em: 18 abr. 2025.

MARTINI, Larissa Campagna et al. Saúde dos povos indígenas e comunicação social. *ContraCorrente: Revista do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas*, Manaus, n. 17, p. 298-304, 2021. Disponível em: <https://periodicos.uea.edu.br/index.php/contracorrente/article/view/2242>. Acesso em: 20 maio 2024.

MENÉNDEZ, Eduardo 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: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pxxsJGZjntqrqbxZJ6cdTnPN/?lang=es>. Acesso em: 9 fev. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa:

consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 2 fev. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

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, e178, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/items/cea033c3-1490-4a00-9c40-5de88683553a>. Acesso em: 9 mar. 2025.

PEREIRA, Éverton Luís; CARNEIRO, Rosamaria. O que podem nos contar os estágios supervisionados em/sobre saúde coletiva? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 53-66, 2019. Disponível em: https://revistas.usp.br/sausoc/pt_BR/article/view/160303. Acesso em: 3 mar. 2025.

PONTES, Ana Lucia de Moura; REGO, Sergio; GARNELO, Luiza. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3199-3210, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cMLfkCcg8JcbcYsfqnCkm6P/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 16 maio 2025.

RIBAS, Dulce Lopes; CONCONE, Maria Helena Vilas Boas; PÍCOLI, Renata Palópoli. Doenças e práticas terapêuticas entre os Terena de Mato Grosso do Sul. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 160-170, 2016. Disponível em: https://revistas.usp.br/sausoc/pt_BR/article/view/113269. Acesso em: 22 jun. 2025.

RIBEIRO, Ana Elisa Rodrigues Alves; BERETTA, Regina Célia de Souza; MESTRINER JUNIOR, Wilson. Representatividade indígena no ensino superior: promoção de saúde e sustentabilidade além dos territórios. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 48, n. esp. 1, e8709, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2024.v48nspe1/e8709/>. Acesso em: 24 abr. 2025.

SACRAMENTO, Karina Luiza Oliveira et al. Influência dos determinantes sociais na saúde mental de povos indígenas: uma revisão integrativa da literatura. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, v. 18, n. 1, e14359, 2025. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/14359>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SANTOS, Fabiane Vinente dos. Mulheres indígenas contra o vírus: notas antropológicas sobre políticas públicas de saúde e os impactos da Covid-19 entre os povos indígenas em contexto urbano em Manaus, Brasil. *Ponto Urbe*, São Paulo, n. 27, p. 1-22, 2020. Disponível em: <https://revistas.usp.br/pontourbe/article/view/217560>. Acesso em: 14 ago. 2025.

SIQUEIRA, Gabriel Castro; GONÇALVES, Bruno Simões; SANTOS, Alessandro de Oliveira dos. Entre utopias desejáveis e realidades possíveis: noções de bem viver na atualidade. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 37, n. 109, p. 125-144, 2023.

Disponível em: https://revistas.usp.br/eav/pt_BR/article/view/219652. Acesso em: 07 mai. 2025.

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de; ORELLANA, Jesem Douglas Yamall. Suicide mortality in São Gabriel da Cachoeira, a predominantly indigenous Brazilian municipality. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 34-37, 2012. Disponível em: <https://saudeindigena.fiocruz.br/items/4a9d7d43-4552-49ac-a7c7-c6afcea3a729>. Acesso em: 27 jul. 2025.

TAKUÁ, Cristine. Teko Porã, o sistema milenar educativo de equilíbrio. *Rebento*, São Paulo, n. 9, p. 5-8, 2018. Disponível em: <https://www.periodicos.ia.unesp.br/index.php/rebento/article/view/266/0>. Acesso em: 14 ago. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. Departamento de Atenção à Saúde. Institucional. Disponível em: <https://www.deas.ufscar.br/institucional>. Acesso em: 9 jan. 2026.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. Unidade Saúde Escola. Sobre a USE. Disponível em: <https://www.use.ufscar.br/sobre>. Acesso em: 14 ago. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. UFSCar participa de lançamento da Estratégia de Atenção em Saúde Indígena. *Gestão UFSCar*, São Carlos, 29 ago. 2025. Disponível em: <https://www.gestao.ufscar.br/pt-br/news/ufscar-participa-de-lancamento-da-estrategia-de-atencao-em-saude-indigena>. Acesso em: 14 ago. 2025.

VAN MANEN, Max. *Phenomenology of practice: meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press, 2014. Disponível em: <https://archive.org/details/phenomenologyofp0000vanm>. Acesso em: 4 mar. 2025.

VIEIRA, Carlos Magno Naglis; NAGLIS, Suzana Gonçalves Batista. Povos indígenas em contexto urbano: as tensões e os desafios na busca pela afirmação étnica na cidade. *Revista NUPEM*, Campo Mourão, v. 15, n. 36, p. 257-271, 2023. Disponível em: <https://periodicos.unespar.edu.br/nupem/article/view/4876>. Acesso em: 9 abr. 2025.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. Disponível em: <https://econtents.sbu.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 5 mai. 2025.

YAMÃ, Yaguarê. *Urutópiag: a espiritualidade amazônica*. Ilustrações de Uziel Guaynê. Manaus: Uk'a Editorial, 2023. 240 p. ISBN 978-65-980797-5-8. Disponível em: <https://www.livrariamaraca.com.br/produto/urutopiag-a-espiritualidade-amazonica-yaguare-yama>. Acesso em: 12 set. 2025.

APÊNDICE 1. REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Em 2 vias, firmado por cada participante da pesquisa e pelos pesquisadores)

Convido o senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “**MAPEAMENTO SOCIODEMOGRÁFICO E EXPERIÊNCIAS DE INDÍGENAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE SÃO PAULO**”, que será realizado com estudantes indígenas que permaneceram na Centro de Culturas Indígenas da UFSCar (CCI) – São Carlos-SP e demais indígenas residentes no município durante o primeiro semestre de 2024, sob responsabilidade do pesquisador principal Willian Fernandes Luna, com colaboração do pesquisador Julio Mutti e Cecília Malvezzi. Esta pesquisa busca responder às Resoluções do Conselho de Saúde nº 466/2012, nº 510/2016 e nº 304/2000, além da Portaria 177/PRES/2006, artigo 6º da FUNAI.

Este estudo se destina a compreender as experiências de estudantes e demais residentes do município de São Carlos-SP que se autodeclaram indígenas.

A importância deste estudo é identificar e mapear sociodemograficamente os indígenas que residem no município de São Carlos-SP; analisar as vivências narradas por estes indígenas nos serviços de saúde da município observando e as práticas de enfrentamento pessoal; identificar potencialidades, fragilidades e superações construídas individual e coletivamente.

Com esta pesquisa espera-se compreender as experiências dos indígenas residentes no município de São Carlos, durante o ano de 2024, o que pode colaborar em processos de enfrentamento às dificuldades interculturais enfrentadas pelos indígenas e profissionais de saúde não indígenas. Os resultados poderão colaborar para a situação em outras instituições de ensino, bem como para situações similares em outros momentos. Espera-se adicionalmente conhecer as perspectivas dos moradores indígenas sobre a saúde indígena, os problemas enfrentados e suas estratégias de superação.

Este estudo começará em Agosto de 2024 e terminará em Agosto de 2026.

A participação no estudo é totalmente voluntária e será da seguinte maneira: através do preenchimento de um questionário e participação em uma entrevista individual com duração de cerca de 1 hora. Durante esses momentos de coleta de dados, o pesquisador fará anotações em um diário de campo, que será de acesso restrito ao pesquisador. O encontro do pesquisador com os participantes acontecerá de forma remota e/ou presencial, utilizando-se plataformas virtuais. O participante tem o direito de não discorrer sobre determinados temas que não desejar, bem como não participar quando não se sentir à vontade para isso. Além disso, poderá desistir da participação a qualquer momento da pesquisa;

Os riscos de participação são mínimos e referem-se a: a) quebra de sigilo sobre os dados e b) constrangimento em dar opiniões c) fadiga e cansaço. No entanto, os pesquisadores se comprometem em manter todos os dados pessoais registrados utilizando-se códigos de identificação e arquivo digital codificado, a garantirem liberdade de não responder o que não convenha ao participante e o acolhimento por parte do pesquisador responsável. Além disso, a gravação das entrevistas será descartada depois de transcrita pelos pesquisadores. Ainda, haverá ressarcimento por qualquer despesa que venha a ter com a participação neste estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas está garantida a existência de recursos.

Caso necessário, o participante poderá contar com a assistência do pesquisador principal, Willian Fernandes Luna, para solucionar qualquer problema relacionado à esta pesquisa;

Esclarecemos que essa pesquisa não trará benefícios diretos para os participantes. No entanto, com base nos dados obtidos, será possível produzir conhecimento científico que visa contribuir para a compreensão sobre as vivências dos indígenas residentes em um município do interior de São Paulo que não há etnia indígena local. Após a finalização da pesquisa, há o compromisso dos pesquisadores

em divulgar os resultados às associações indígenas nas universidades e para as instituições de ensino. Além disso, o pesquisador principal se compromete em oferecer arquivo digital via e-mail com os resultados para todos os sujeitos entrevistados, além de buscar divulgação de resultados em periódicos científicos de circulação nacional.

Uma via deste documento com igual valor ficará de posse do participante com as assinaturas dos pesquisadores e do participante, além de rubricada por ambos.

A qualquer momento o participante poderá se recusar a continuar participando do estudo retirando o seu consentimento, sendo que isso não trará nenhuma penalidade.

Nome e Endereço do Pesquisador Responsável:

Prof. Dr. Willian Fernandes Luna

End. Alameda Doutor Serafim Vieira de Almeida, 440, ap 16 Jardim Paraíso, São Carlos - SP.

Telefone (16) 98102 1254 Email: willian_btu@hotmail.com

Instituição: Universidade Federal de São Carlos. Rodovia Washington Luis, s/n. São Carlos - SP

ATENÇÃO: Esclarecimentos e dúvidas éticas a respeito desta pesquisa, além de ocorrências irregulares ou danosas, podem ser esclarecidas pelos Comitês de Ética em Pesquisa. No caso desta pesquisa, o participante pode buscar informações nos seguintes locais e horários:

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DA UFSCAR que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Ou entre em contato com a **COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA**: Endereço SRNTV 701, Via W 5 Norte – Edifício PO 700, 3º andar. Bairro Asa Norte – Brasília / DF. Fone (61) 3315-5877. Email: conep@saude.gov.br. Segunda a Sexta, das 8h às 18h.

Assim, tendo o participante compreendido tudo o que me foi informado no mencionado estudo e, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dela participar e, para tanto eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Para esta pesquisa, você concorda com a gravação da sua voz e/ou vídeo? () Sim () Não

Nome do participante da pesquisa: _____

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do (a) participante
(rubricar as demais folhas)

Assinatura do Pesquisador Responsável
(rubricar as demais folhas)

APÊNDICE 2. QUESTIONÁRIO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Iniciais do nome do participante: _____

Etnia/Povo: _____

Idade: _____

Identidade de gênero: () Mulher cis () Homem cis () Mulher transexual ()
Homem transexual () Não binária () Outro

Orientação Sexual:

() Homossexual () Bissexual () Heterossexual () Outro () Prefiro não dizer

Religião: _____

Estudante da UFSCar na () Graduação () Pós-Graduação

Qual curso ou programa de pós-graduação? _____

Há quanto tempo vive em São Carlos: _____

Em qual bairro do município de São Carlos-SP reside atualmente? _____

Antes de São Carlos, vivia em zona urbana ou aldeia/comunidade?

Você já utilizou os serviços de Saúde da UFSCar? () sim () não

Se sim, qual: _____

Você já utilizou os serviços de saúde de São Carlos? () sim () não

Se sim, quais serviços utilizou: () Unidade de Saúde da Família () Hospital ()

Unidade de Pronto Atendimento – UPA () Unidade Básica de Saúde ()

Maternidade () Centro de Especialidades Odontológicas () Outros _____

APÊNDICE 3. ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Você poderia se apresentar?
3. O que é estar doente para você? E o que é saúde? E para seu povo?
4. Quando você fica doente, quais locais e a quais pessoas você recorre?
5. Por que você escolheu esses serviços de saúde biomédicos e/ou tradicionais?
6. Você realiza alguma prática de cuidado indígena? (através de especialista ou autoatenção, tem alguma história que gostaria de contar sobre essas experiências?)
7. Conte uma experiência que esteve em busca de tratamento, que considera positiva (por quais locais e especialistas você passou).
8. Conte uma experiência que esteve em busca de tratamento, que considera negativa (por quais locais e especialistas você passou).
9. Compartilhe uma história pessoal que mais te marcou durante sua jornada individual em busca de tratamento para um adoecimento.
10. Gostaria de compartilhar mais alguma experiência que considere relevante?
2. Você utiliza os serviços de saúde de São Carlos? Se sim, quando e quais serviços?

ANEXO 1. PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MAPEAMENTO SOCIODEMOGRÁFICO E ANÁLISE DE EXPERIÊNCIAS DE INDÍGENAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE, EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

Pesquisador: Willian Fernandes Luna

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 3

CAAE: 76992824.0.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.972.907

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2275399.pdf, de 18/06/2024) e do Projeto Detalhado.

INTRODUÇÃO

Alguns programas e projetos com foco em ações afirmativas buscaram propiciar processos diferenciados para ingresso de indígenas no ensino superior a partir do início do século XXI. Na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), as vagas destinadas a estudantes indígenas foram aprovadas em 2007 e, posteriormente, em 2008, foi realizado o primeiro vestibular indígena da UFSCar. Essas ações abriram portas para o acesso e ingresso na Universidade pelos indígenas, tornando a UFSCar uma das primeiras universidades do país a receber e acolher a diversidade cultural e linguística dos povos originários do nosso país, aumentando a representatividade indígena dentro de espaços da sociedade, além de ser uma potente ferramenta de reparação histórica. Isso não foi diferente quanto ao município de São Carlos, que nesses 15 anos recebeu uma grande quantidade de indígenas devido ao ingresso na universidade, mas que para além de universitários, passaram a viver no município e a

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 6.972.927

frequentar os diversos espaços e serviços públicos. Já são quinze anos desde o primeiro vestibular indígena na UFSCar e, ao longo dos anos, importantes conquistas podem ser destacadas a partir do desenvolvimento de um processo seletivo descentralizado e que oportunizou dobrar o número de inscrições anualmente, além de o número de estudantes indígenas formados estar aumentando progressivamente. No decorrer dos anos, houve o desenvolvimento do Centro de Culturas Indígenas (CCI), coletivo indígena representativo dos indígenas na UFSCar, bem como construção de diversas estratégias e ações para acesso e permanência indígena na instituição.

Para além das oportunidades de crescimento profissional, a troca de experiências dentro de sala de aula quebra padrões estereotipados, impostos pela sociedade desde o período colonial, o que pode inclusive propiciar a construção de novos conhecimentos interculturais. Recentemente foram divulgados os novos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), onde após doze anos, nos trouxe dados valiosos acerca da população 20indígena brasileira. Segundo o Censo 2022 há 1.693.535 habitantes considerados indígenas, o que estatisticamente equivale a um aumento significativo de 88% em relação ao número de cidadãos divulgado no Censo de 2010.

A Política Nacional de Atenção à Saúde de Povos Indígenas (PNASPI) fomenta ações de saúde e é supervisionada por sua vez, pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), criada em 2010 e responsável pela atenção à saúde dos indígenas em territórios demarcados. As ações específicas para atenção primária à saúde indígena são realizadas por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), que está integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar da PNASPI narrar a importância da interculturalidade em sua aplicabilidade pelos profissionais de saúde, há desafios e controvérsias quando diz respeito à atenção diferenciada, culminando em desencontros no processo de interação entre profissionais e indígenas. Assim, a efetiva aplicação e entendimento da PNASPI e entendimento sobre interculturalidade permanecem desafiadores, principalmente em regiões urbanas, como é a situação dos indígenas no município de São Carlos. Na UFSCar campus São Carlos hoje são cerca de 250 estudantes indígenas, todavia se desconhece seu perfil demográfico e suas principais necessidades de saúde, o que dificulta a proposição de políticas de saúde específicas para esse grupo. Ademais, esses indígenas, em suas relações cotidianas, frequentam outros espaços para além do âmbito universitário, incluindo os serviços de saúde do município, como hospitais, unidades de saúde, centro de especialidades, unidades de pronto atendimento, dentre outras. Nesse sentido, reconhecendo que a saúde no contexto dos povos indígenas passa por uma

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 6.972.907

construção sociocultural da doença e que esse processo é construído nas interações sociais, como experiência vivida, questiona-se como são as experiências desses indígenas ao buscarem os serviços de saúde no município de São Carlos? Por que buscam esses serviços? Como se sentem nas interações com os profissionais de saúde?

HIPÓTESE

Os indígenas no contexto urbano vivenciam experiências nos serviços de saúde do município, mas não recebem uma atenção diferenciada, pois é desconsiderada sua compreensão sociocultural da saúde e da doença.

METODOLOGIA

Pretende-se realizar uma pesquisa exploratória, transversal, com abordagem quantitativa, por meio de questionários, e qualitativa, por meio de entrevistas. A parte do estudo quantitativo será do tipo exploratório-descritivo, utilizando-se o estudo transversal. Estudos exploratórios descritivos são aqueles em que o pesquisador observa e explora aspectos de uma situação, com objetivo de retratar as características de indivíduos, cenários ou grupos e a frequência com que ocorrem determinados fenômenos. A abordagem quantitativa será para caracterização da população indígena, por meio de uma descrição sociodemográfica. Já a escolha pelo enfoque qualitativo ocorreu devido à necessidade de investigar uma realidade permeada por relações sociais e aspectos cotidianos, tornando necessária a aplicação dos métodos das ciências sociais e humanas. Ao mesmo tempo, a abordagem qualitativa permite aprofundar-se na subjetividade e na compreensão de fenômenos, processos e experiências em um contexto caracterizado por sua singularidade e diversidade. O uso de métodos mistos na pesquisa, com a combinação de abordagens quantitativas e qualitativas, vem crescendo ao longo do tempo, visto a complexidade dos fenômenos a serem estudados, buscando que as informações obtidas se complementem. Dessa forma, optamos pelo desenvolvimento de uma pesquisa que mescla tanto dados quantitativos quanto qualitativos em prol de alcançarmos respostas aos questionamentos e análises de maior complexidade que o assunto tratado neste projeto requer. Neste estudo, adotaremos o conceito de experiências conforme definido por Jorge Larrosa Bondia, interpretando-o como "o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, mas o que gera transformação no sujeito que a vive". Para participação em todas as fases da pesquisa serão utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), construído na forma de um convite, disponível no apêndice 1. A forma de

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 6.072.937

abordagem (plano de recrutamento) dos potenciais participantes de pesquisa será mediante convite realizado por e-mail disponibilizada pelo Centro de Culturas Indígenas da UFSCar. A participação na pesquisa será totalmente voluntária e não haverá qualquer prejuízo em não participar.

A elaboração dos dados da pesquisa ocorrerá em duas etapas.

Etapa I - Caracterização da População Indígena

Nesta etapa, serão participantes da pesquisa e irão compor a amostra: indígenas moradores de São Carlos, com 18 anos ou mais, que aceitem participar da pesquisa e assinem o TCLE. Assim, será realizado um censo de forma com os indígenas que vivem no município de São Carlos-SP, no ano de 2024, para cara caracterizar esse grupo estudado. Para a coleta de dados será utilizado um questionário que será aplicado por pesquisador, previamente treinado. O questionário passará por uma etapa de validação com estudantes que não compõem o grupo de pesquisa. O questionário completo encontra-se no apêndice 2. O questionário foi construído a partir de formulários da Pesquisa Nacional por Amostragem em Domicílios (PNAD) e Ficha de Cadastro Individual e Ficha de Cadastro Domiciliar e Territorial do e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), cuja proposta inicial é fomentar uma gestão da informação que seja qualificada, reestruturando de forma táctica as informações pertinentes à Atenção Primária à Saúde (APS) no território nacional.

Etapa II - Entrevistas Semiestruturadas

Para os 15 indígenas selecionados serão realizados convites para entrevistas individuais, utilizando entrevistas semiestruturadas com um roteiro preestabelecido pelos pesquisadores (apêndice 3). A entrevista é uma técnica privilegiada de comunicação e é caracterizada por ser uma conversa com iniciativa do entrevistador, com uma determinada finalidade, mais especificamente destinada a construir informações para um objeto de pesquisa. No caso específico da entrevista semiestruturada, o entrevistador realiza perguntas pré-estabelecidas, mas também é permitido ao entrevistado discorrer sobre o tema em questão, sem se prender apenas à indagação formulada. Quando se trata de entrevista, é importante ressaltar que um depoimento individual também traz muitos aspectos coletivos, demandando da análise este olhar.

Contexto da pesquisa de campo

A investigação ocorrerá no campus da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), localizado na Rodovia Washington Luiz, sem número - Monjolinho, São Carlos - SP, CEP 13565-905 ou em locais escolhidos pelos participantes da pesquisa, após primeiro contato.

Endereço: SRTVN 701, Via W E Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 6.972.907

Processo de Análise

Os dados coletados na etapa I com o questionário serão armazenados num banco de dados do aplicativo Excel, com dupla verificação. O programa estatístico utilizado será o Stata, versão 12.0. Será utilizada a análise estatística descritiva por meio de frequência para as variáveis categóricas; média e desvio padrão para as variáveis contínuas. Será realizada uma análise descritiva para caracterizar a amostra e, posteriormente, análises bivariadas para as associações do estudo. Para os testes de associações será adotado um nível de significância de 5%. Na comparação de variáveis categóricas dicotômicas será realizado o teste qui-quadrado. Para comparação de uma variável categórica dicotômica com outra ordinal será realizado o teste de tendência linear, além do qui-quadrado.

Na etapa II, todas as entrevistas serão gravadas em formato de áudio e, posteriormente, serão transcritas. É importante destacar que o sigilo dos participantes será rigorosamente mantido, mediante a codificação dos nomes e quaisquer outros dados que possam identificar o entrevistado. Após a conclusão das transcrições, todos os arquivos de áudio serão permanentemente descartados. Os materiais coletados serão submetidos a uma análise utilizando a abordagem da Análise de Conteúdo Temática, conforme descrita por GOMES (2013). Esse processo envolverá a organização, decomposição e síntese interpretativa, permitindo a conexão dos principais temas identificados com as experiências vivenciadas pelos estudantes, bem como com os objetivos e questões iniciais da pesquisa.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Indígena morador no município São Carlos, com 18 anos ou mais.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não há critérios de exclusão do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil sociodemográfico da população indígena e analisar suas experiências nos serviços de saúde, em um município do interior do Estado de São Paulo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar o perfil da população indígena, em um município do interior do Estado de São Paulo, considerando etnia, faixa etária, sexo/gênero, moradia origem e demais questões

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 6.972.927

sociodemográficas;

2. Descrever as principais necessidades de saúde autodeclaradas pelos indígenas;
3. Descrever os itinerários terapêuticos dos indígenas que adoeceram e necessitaram procurar os serviços de saúde do município;
4. Analisar as experiências dos indígenas nos serviços de saúde do município e na interação com os profissionais de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

Na participação nos questionários e entrevistas, não há riscos físicos previstos e os possíveis riscos mentais são:

- a) quebra de sigilo sobre os dados, no entanto, os pesquisadores se comprometem em manter todos os dados pessoais registrados utilizando-se códigos de identificação e arquivo digital codificado, permitindo apenas acesso aos participantes diretos da pesquisa. Além disso, a gravação das entrevistas será descartada depois de transcrita pelos pesquisadores.
- b) constrangimento em dar opiniões, o que será minimizado pela liberdade de não responder o que não convenha ao participante e garantias no sigilo das informações obtidas conforme descrito anteriormente.
- c) fadiga e cansaço, o que será minimizado evitando-se tempo de espera prolongado, realizando agendamentos para os momentos de coleta de dados em horários de escolha dos participantes, bem como realização de entrevistas breves, evitando assim a fadiga e o cansaço dos participantes.

BENEFÍCIOS

Com o reconhecimento do perfil desses indígenas e de suas principais necessidades de saúde, torna-se possível a proposição de políticas de saúde específicas para esse grupo, bem como favorecer a abordagem da temática na formação de profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo nacional e unicêntrico.

Pesquisa exploratória, transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa, utilizando-se

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 6.972.917

sociodemográficas;

2. Descrever as principais necessidades de saúde autodeclaradas pelos indígenas;
3. Descrever os itinerários terapêuticos dos indígenas que adoeceram e necessitaram procurar os serviços de saúde do município;
4. Analisar as experiências dos indígenas nos serviços de saúde do município e na interação com os profissionais de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

Na participação nos questionários e entrevistas, não há riscos físicos previstos e os possíveis riscos mentais são:

- a) quebra de sigilo sobre os dados, no entanto, os pesquisadores se comprometem em manter todos os dados pessoais registrados utilizando-se códigos de identificação e arquivo digital codificado, permitindo apenas acesso aos participantes diretos da pesquisa. Além disso, a gravação das entrevistas será descartada depois de transcrita pelos pesquisadores.
- b) constrangimento em dar opiniões, o que será minimizado pela liberdade de não responder o que não convenha ao participante e garantias no sigilo das informações obtidas conforme descrito anteriormente.
- c) fadiga e cansaço, o que será minimizado evitando-se tempo de espera prolongado, realizando agendamentos para os momentos de coleta de dados em horários de escolha dos participantes, bem como realização de entrevistas breves, evitando assim a fadiga e o cansaço dos participantes.

BENEFÍCIOS

Com o reconhecimento do perfil desses indígenas e de suas principais necessidades de saúde, torna-se possível a proposição de políticas de saúde específicas para esse grupo, bem como favorecer a abordagem da temática na formação de profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo nacional e unicêntrico.

Pesquisa exploratória, transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa, utilizando-se

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA

Continuação do Parecer: 6.972.957

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2275399.pdf	18/06/2024 14:29:11		Aceito
Outros	CartaRespostaCEPVersao21806.pdf	18/06/2024 14:28:47	Willian Fernandes Luna	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCONEPcompleto1806.pdf	18/06/2024 14:28:09	Willian Fernandes Luna	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Conviteparticipante1806.pdf	18/06/2024 14:27:44	Willian Fernandes Luna	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostopesquisaJulioassinado.pdf	18/06/2024 14:24:47	Willian Fernandes Luna	Aceito
Declaração de concordância	CartaAnuenciaPesquisaIndigenasSaoCarlos.pdf	18/01/2024 22:12:53	Willian Fernandes Luna	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

BRASILIA, 01 de Agosto de 2024

Assinado por:
Lais Alves de Souza Bonilha
(Coordenador(a))

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte
UF: DF Município: BRASILIA CEP: 70.719-040
Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br