

OS POVOS ALTO-XINGUANOS E O MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE OPERACIONALIZADO EM CONTEXTOS DE INTERMEDICALIDADE: ENCONTROS DE SABERES, NEGOCIAÇÕES E CONFLITOS¹

THE ALTO XINGU PEOPLES AND THE ASSISTANCE-BASED HEALTH CARE MODEL OPERATIONALIZED IN CONTEXTS OF INTERMEDICALITY: ENCOUNTERS OF KNOWLEDGE, NEGOTIATIONS AND CONFLICTS

Reginaldo Silva de Araújo²

RESUMO: A pesquisa etnográfica aqui apresentada foi realizada no Polo-Base Leonardo Villas Bôas – Terra Indígena do Xingu. Concluiu-se, que além das dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde responsáveis pela atenção primária em saúde, que parecem inerentes ao próprio modelo estruturado nas áreas indígenas pelo DSEI-Xingu e a conveniada IPEAX, somam-se outras, como a não formação/capacitação dos profissionais para lidarem com outros sistemas de pensamento, ou com práticas de horizontes semânticos antagônicos em contextos considerados de intermedicalidade. Para Greene (1998) e Follér (2004), contextos de intermedicalidade emergem da relação colonial, caracterizado por assimetrias de poder nas relações interétnicas e pela hegemonia da biomedicina.

ABSTRACT: The ethnographic research presented here was carried out at the Leonardo Villas Bôas Polo-Base - Xingu Indigenous Land. It was concluded that, in addition to the difficulties encountered by health professionals responsible for primary health care, which seem to be inherent to the very model structured in indigenous areas by DSEI-Xingu and the subsidiary IPEAX, there are others difficulties, such as the lack of training/qualification of professionals to deal with other systems of thought, or with practices of antagonistic semantic horizons in contexts of intermedicality.

Keywords: Inter-ethnic encounter; Alto Xingu; Special Indigenous Sanitary Districts; intermedicality.

Palavras-chave: Encontro interétnico; Alto Xingu; Distritos Sanitários Especiais Indígenas; intermedicalidade

1 Este artigo é fruto da pesquisa de doutoramento *Sistemas Terapêuticos Indígenas e a interface com o Modelo de saúde diferenciada do Distrito Sanitário Indígena do Xingu*, realizada na Universidade Federal de São Carlos, (UFSCar).

2 Bacharel e Licenciado em História pela Universidade Federal de Mato Grosso (1998), Especialista (Lato Sensu) em Antropologia Social pela mesma Universidade (2000). Mestre em Ciências Sociais (Antropologia) pela Universidade Federal de São Carlos (2004) e, doutor em Antropologia Social (2012) também pela UFSCar. Professor Adjunto da Universidade Federal do Mato Grosso, atua junto ao Departamento de Saúde Coletiva. E-mail: reginaldonilza@uol.com.br.

A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI) na Região da Terra Indígena do Xingu (TIX)

O Estado brasileiro, visando a ensaiar uma nova relação política com os Povos Indígenas, implantou, em 1999, a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI), a partir da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) localizados ao longo do território nacional. A nova política sanitária para as áreas indígenas, estruturada no Subsistema de atenção diferenciada, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), propôs um modelo participativo de cogestão Estado-Sociedade Civil, via conselhos gestores ou de políticas públicas, convênios de cooperação com ONGs e outras experiências participativas. Assim como provavelmente ocorreu em outros territórios indígenas, a implementação de uma nova agência estatal na Terra Indígena do Xingu imprimiu aos líderes locais todo um processo político-cultural de adaptação criativa, gerando as condições de possibilidade de um campo de negociação interétnica, ou de “zona de contato” (PRATT, 1992).

A nova política sanitária implementada junto aos Povos alto-xinguanos, assim como ocorreu nos demais DSEIS, permitiu que o Estado viabilizasse um modelo de atenção à saúde indígena que optou pela renúncia à execução direta de serviços, adotando a estratégia de terceirização. No Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu, a instituição conveniada para prestar a assistência nas áreas indígenas foi a EPM/UNIFESP³ que já atuava na região desde a década de 1960, sob os auspícios dos irmãos Villas Boas. De fato, no processo de implantação das conveniadas junto ao Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, a EPM/UNIFESP, foi a primeira instituição do país a assinar convênio com a FUNASA, em agosto de 1999 – antes mesmo da publicação da Portaria de criação e regulamentação da PNASPI – na presença do Ministro da Saúde, autoridades governamentais e lideranças xinguanas.

Contudo, essa instituição a partir de 2003, demonstrou dificuldades em manter-se prestando a assistência de saúde na região do Alto Xingu. Além das ingerências provocadas pela FUNASA, conforme avaliam os dirigentes da EPM/UNIFESP, a instituição passou a ter importantes desencontros e conflitos nas áreas indígenas, desde o caráter prático das ações sanitárias exercidas pelos profissionais de saúde até a política de compra e distribuição dos bens com recursos da nova política de saúde. Com o falecimento de um dos grandes caciques do Alto Xingu, as diferenças exacerbaram-se.

Os fatos não só provocaram a “expulsão” da Instituição, como também possibilitaram aos líderes locais assumirem a execução dos serviços de assistência à saúde junto às aldeias, através de convênio – em primeiro momento com a associação Mavutsinin, substituída posteriormente pela organização também indígena IPEAX (Instituto Etno Ambiental do Alto Xingu) – junto à Fundação Nacional de Saúde.

Desse modo, a partir de 2004, o Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu passou a contar com duas instituições para executarem os serviços de atenção básica, sendo que nas regiões com-

3 EPM/UNIFESP - Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo.

preendidas como Médio e Baixo Xingu continuaram sob a direção da EPM/UNIFESP, e as populações da região do Alto Xingu passaram a serem assistidas pela organização indígena IPEAX.

Os Alto-xinguanos

No ano de 2006, período em que iniciei as pesquisas junto aos Povos Alto-xinguanos, havia nessa região uma população de aproximadamente 2.716 pessoas, entre adultos e crianças. Os habitantes da mais alta região do Rio Xingu são alvo de diversos estudos desde 1950⁴. Especialmente aqueles que abordam as diferenças linguísticas dos grupos identificados como pertencentes à “sociedade alto-xinguana”⁵.

Esses grupos são caracterizados por formarem um corpo distinto e relativamente homogêneo comparados a outras sociedades tribais ameríndias, com sua forma de organização sociopolítica, tais como padrões de aldeamento, formação de casas oblongas dispostas em aldeias circulares, parentesco e chefia, o mesmo regime alimentar – peixe e beiju de fécula de mandioca-brava, o mesmo ideal de comportamento (ethos alto-xinguano), “[...] além de rituais, cosmologias e trocas cerimoniais, econômicas e matrimoniais que têm perpetuado, ao longo do tempo, um sistema abrangente de relações intertribais pelas quais eles se definem e se situam diferencialmente nesse sistema mais amplo” (CARDOSO, 2004, p. 4).

Na região do Alto Xingu ou na “área de Uluri”⁶, como preferia Eduardo Galvão ([1949] 1979), assim como em outras áreas de contato intertribal, os grupos aldeados se especializaram cada qual na confecção ou na extração de um determinado item, de modo a poderem realizar trocas entre si. Ou seja, “[...] para manterem relações entre si têm de se fazer diferentes em algo” (MELATTI, 2006, p. 05). Desse modo, os Waurá confeccionam peças de cerâmica; os Kamayurá, arcos de madeira preta; os Kuikuru e Kalapalo, colares de caramujo; os Waurá e Trumai, sal (cloreto de potássio) do aguapé; os Mehinaku dispõem de instrumentos de ferro e miçangas, obtidos através dos Bakaíri, índios saídos da área xinguana (MELATTI, 2006, p. 05). Contudo, o autor alerta que “[...] tais espe-

4 O primeiro registro de contato e descrição das tribos alto-xinguanas foi feito pelo etnólogo alemão Karl Von den Stein, no final do século XIX. Durante os anos seguintes, sucederam-se de forma intermitente viagens e registros sobre as populações locais, que passaram a ser mais sistematicamente estudadas por etnólogos a partir do final dos anos 1940, com a chegada e a instalação permanente de acampamentos e campos de pouso pelos membros da Expedição Roncador-Xingu, do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) e da Força Aérea Brasileira (FAB) em 1946, e a criação posterior do Parque Nacional Indígena do Xingu, já em 1961 (CASTRO, 1977).

5 “Dados arqueológicos e pesquisas etno-históricas mais recentes indicam que a consolidação da ocupação dessa área, teria se desenvolvido durante os últimos duzentos a trezentos anos (por volta de 1750-1850), formados por sucessivas levas migratórias dos povos das línguas Aruak (800-900 D.C.), Karib (em torno de 1500) e Tupi (entre 1700-1800), que teriam absorvido ou amalgamado-se com outros grupos que ali já se encontravam. Sob esse aspecto, a formação do “sistema alto-xinguano” teria sido anterior à ocupação colonizadora e à própria formação do Parque, o que teria permitido a permanência desse sistema frente aos processos históricos de transformações pré e pós-contato colonizador” (CARDOSO, 2004, p. 4 - aspas no original).

6 Na língua karib alto-xinguana, a palavra é *etui*, *sapalaku* no aruak dos Waurá e *tameaòp* no tupi-guarani dos Kamayurá. De acordo com Franco-Neto: “É uma vestimenta feminina que caracteriza estas etnias (atualmente não mais usada no cotidiano e sim nos rituais)” (FRANCO-NETO, 2010, p. 43).

cializações não são permanentes: já se comentou que os Suiás tomaram a jazida de diabásio dos Trumais; os mesmos Suiás foram filmados por Harald Schultz extraindo sal de aguapé” (MELATTI, 2006, p. 05).

De acordo com Bastos (1983), que elaborou um modelo para dar conta da articulação entre as diferentes sociedades presentes no Xingu, fazendo uso de uma classificação proposta por eles próprios e do processo que a anima, distinguiu os xinguanos (aldeados no Alto Xingu) como membros daquelas sociedades que vivem há mais tempo na área e partilham de uma série de itens em comum, que os fazem semelhantes (a mesma forma de casas, a gaiola do gavião real, a mesma forma da aldeia, a mesma preferência pelo peixe e evitação da carne, o mesmo corte de cabelo, os mesmos ornamentos, os mesmos ritos intertribais — Kwarúp, Yawarí, Moitará - etc.) aos xingueses (localizados no baixo e médio Xingu), isto é, aqueles que entraram na área mais recentemente por iniciativa própria ou levados pelos sertanistas: os Suyá - que não são tão recentes assim, os Juruna, os Ikpeng, os Panará, os Kaiabi, os Tapaiúna, os Mentuctire (ou Txucahamãe, um ramo dos Kaiapó).

Para o autor, na própria mitologia presente nesses grupos há uma separação entre xinguanos e os xingueses que, juntos, constituem os xinguenses. Bastos (1983) defende ainda que os xingueses tendem a adotar itens culturais e a participar dos rituais dos xinguanos mais antigos, passando assim por um processo de xinguanização, ao mesmo tempo em que os xinguenses, como um todo, passam por um processo de desxinguanização, induzidos pela presença dos representantes da sociedade brasileira (não indígenas) e pelos novos problemas suscitados pela aproximação das frentes de expansão. O autor defende ainda a ideia de que, numa área onde cada sociedade tem sua língua, o ritual é que se constitui na linguagem que permite a comunicação entre todos.

Menget (1977), em sua tese sobre os Txicão/Ikpeng – que no período de sua pesquisa estavam há pouco tempo na área indígena, depois de uma longa história de inimizade com os povos xinguanos – apresenta o Alto Xingu como um sistema aberto e incorporativo, mostrando de que modo a relação do xinguanos com os Ikpeng podia passar da guerra à incorporação de traços culturais (rituais, estética), geralmente através de alianças de casamento, num contínuo. Ao estudar os xinguanos, esse pesquisador chama a atenção para três importantes aspectos. Em primeiro lugar, através do exame da sua história nos últimos cem anos, o fato de que os alto-xinguanos, apoiando-se mutuamente, desenvolveram uma sistemática política de neutralização e atração dos grupos indígenas periféricos e hostis, valendo-se de incursões vingadoras de ataques sofridos, rapto de mulheres, apropriação de mulheres de grupos colocados em estado de inferioridade, até tenderem para uma reciprocidade equilibrada. Com esse procedimento, conseguiram manter uma população maior do que aqueles que inicialmente os atacavam, como os Suyá, os Txicão ou os extintos Iarumã. Em segundo lugar, Menget considera três importantes rituais que associam obrigatoriamente a comunidade que toma a iniciativa com pelo menos uma comunidade vizinha, que figuram no conjunto das comunidades locais: o Kwarúp, que homenageia um chefe falecido no mesmo período, homenagem que se estende a outros falecidos no mesmo período; o Yawarí, a propósito de mortos mais antigos; e a iniciação dos rapazes, feita depois do Kwarúp (a das moças termina nesse rito). As relações de aliança, a oposição entre ferocidade guerreira e reciprocidade regrada, e a construção da pessoa xingua, estão implicadas nesses ritos, que sublinham as articulações entre as comunidades. Em

terceiro lugar, o autor examina o papel dos chefes, em evidência nesses ritos. Apesar de o status ser hereditário - passar através de pai e de mãe, e apesar de atribuído tanto a homens quanto a mulheres, podendo 30% dos membros de uma comunidade ocupar o posto, somente uns poucos indivíduos do sexo masculino que dispõem das habilitações necessárias chegam a exercer o papel (MENGET, 1993).

Da metodologia empreendida na pesquisa

Além do levantamento bibliográfico que possibilitou o entendimento de parte da cultura dos grupos aldeados no Alto Xingu, buscou-se também realizar um levantamento histórico acerca das diretrizes e ações de execução da atenção à saúde nas áreas das aldeias, inclusive, consultando os decretos e portarias governamentais, relatórios e atas de reuniões com lideranças e comunidades indígenas. Também foram colhidos depoimentos dos atores sociais envolvidos. Igualmente, é necessário salientar que, para alcançar os objetivos propostos neste estudo, a investigação etnográfica foi privilegiada, construindo-se, assim, uma pesquisa de cunho eminentemente qualitativo. Os dados foram coletados com a aplicação dos seguintes instrumentos: observação participante em encontros, seminários e reuniões que discutiram e avaliaram as condições de saúde oferecidas às populações indígenas xinguanas, com foco nos discursos e nas condutas dos atores sociais ligados à problemática; entrevistas temáticas, estruturadas ou não, com os agentes responsáveis pela implantação e gestão das políticas públicas de saúde indígena, com os membros ligados às organizações que executam a atenção básica na região do Alto Xingu, e também com os ativistas das principais entidades representativas das organizações indígenas xinguanas.

Modelo assistencial em saúde operacionalizado em contextos de intermedicalidade: encontros de saberes, negociações e conflitos

Polo-Base Leonardo Villas Boas – Terra Indígena do Xingu, 22 de janeiro de 2008, segunda-feira, 8h30min. Ouve-se no rádio comunicador da saúde:

Enfermeira chefe da equipe de saúde do Polo Leonardo: - Polo Leonardo chamando Nahukuá, câmbio, resposta Nahukuá, câmbio.

Agente Indígena de Saúde da aldeia Nahukuá: - Câmbio, Nahukuá na escuta, bom dia.

Enfermeira chefe da equipe de saúde do Polo Leonardo: - Bom dia, tudo bem? Alguma novidade para nós hoje?

Agente Indígena de Saúde da aldeia Nahukuá: - Sim, temos um paciente aqui que desde anteontem de manhã está sentindo dores na barriga e não tem melhorado. O nome dele é [...] e tem uns 55 anos de idade.

Enfermeira chefe da equipe de saúde do Polo Leonardo: - E o que ele tem?

Agente Indígena de Saúde da aldeia Nahukuá: - Bem, ele disse que sente muitas dores na barriga, mas não está com diarreia nem nada assim. Não vomitou, mas está sentindo muitas dores.

Enfermeira chefe da equipe de saúde do Polo Leonardo: - Então pede para ele vir aqui agora pela manhã para que eu possa examinar.

Agente Indígena de Saúde da aldeia Nahukuá: - Olha, eu já havia dito a ele que talvez

eu o levaria aí, mas, ele disse que não quer ir para o Polo Leonardo não, ele quer ir para Canarana.

Enfermeira chefe da equipe de saúde do Polo Leonardo: - Mas ele precisa ser examinado pela gente primeiro, aqui, e somente depois, se precisar, é que vamos mandar ele para Canarana no barco ou no avião, se for o caso.

Agente Indígena de Saúde da aldeia Nahukuá: - Ele disse que quer ir para Canarana e que também não aguenta ir de barco, não, que tá sentindo muitas dores e precisa ir para o médico.

Enfermeira chefe da equipe de saúde do Polo Leonardo: - Está bem, então. Hoje tem um avião que deve vir aqui no polo para retirar outro paciente, então, vou pedir para ele pousar aí e retirar esse paciente também para Canarana. Aí, você diz que ele poderá ter um acompanhante que irá no barco que vai sair amanhã cedo para Canarana.

Agente Indígena de Saúde da aldeia Nahukuá: - Entendido, então, câmbio e desligo.

Enfermeira chefe da equipe de saúde do Polo Leonardo: - Câmbio, desligo.

Pelo menos meia hora antes do início do “horário da saúde na aldeia”, mais um dia de trabalho da Equipe de Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI)⁷ no Território Xingu já havia iniciado. Pelo menos no Polo-Base Leonardo, a rotina começou com a abertura da Unidade Básica de Saúde (UBS) para o atendimento aos pacientes indígenas oriundos de diversas aldeias. No período matutino seriam atendidos em torno de dez pacientes e no vespertino, mais dez. Nesse mesmo espaço, era realizado o atendimento odontológico, com uma média diária de 12 pacientes.

Paralelo ao início dos trabalhos nessa unidade básica de saúde, em todas as aldeias do entorno, os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), orientados pela chefe de equipe, deveriam realizar visitas domiciliares, levantando os possíveis pacientes com problemas considerados mais graves e que necessitassem de transporte até o polo, ou mesmo para a área urbana. Desse modo, quando a coordenadora da equipe de saúde, via o radiograma, realizava o chamado “horário da saúde nas aldeias”, os Agentes, de imediato, passavam-lhe um quadro contendo informações sobre a situação de cada aldeia.

A remoção de pacientes/familiares ocorria via barco ou avião. A retirada por barco era realizada pelos próprios AISs. Já a remoção via aérea precisava ser articulada pela chefe de equipe de saúde do polo junto ao DSEI-Xingu, localizado na cidade de Canarana (MT).

Além de realizar o atendimento na unidade básica de saúde do Polo-Base Leonardo, parte dessa equipe multidisciplinar, neste caso, formada por enfermeiros, odontólogos, técnicos em enfermagem e agentes de saúde indígenas, visitavam as aldeias circunvizinhas – em alguns casos localizadas a aproximadamente seis horas de distância via fluvial (barco - com motor de popa HP/40)⁸. As atividades de saúde realizadas no decorrer dessas visitas, seguiam as Normas Operacionais Básicas do SUS, dentro dos programas de saúde pública, que englobavam: saúde da mulher, da criança, e

7 As Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) seguem diretrizes da PNASPI que estão plenamente tratadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): “orienta-se pelo princípio da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL/MS, 2002). Sua atuação não difere muito da Estratégia Saúde da Família já que “atua sobre um território (população adstrita) executando ações pactuadas com a população; deve realizar atividades de acordo com planejamento e programação com base em diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais e ser um espaço de desenvolvimento de cidadania” (CEBRAP, 2009, p. 90).

8 Horse-Power (HP), termo em inglês que significa força-cavalo.

do idoso, das doenças crônico-degenerativas, doenças sexuais transmissíveis (DSTs), entre outras. Todas as atividades tinham programas de execução, com ações e metas a serem alcançadas durante um ano. Contudo, a coordenadora da equipe salientava que, para os atendimentos no Polo, ou mesmo nas aldeias, não havia horário fixo, atendia-se 24 horas, destacando, inclusive, que a maioria dos partos ocorria pela madrugada e eram realizados nas próprias aldeias⁹.

Conforme preconizado pela PNASPI, o fluxo de serviços de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) deveria iniciar-se na aldeia, por meio da atenção prestada pelos Agentes Indígenas de Saúde, nos postos de saúde, e periodicamente, por meio de visitas das equipes multidisciplinares, previamente agendadas (BRASIL/MS, 2002). Na região do Alto Xingu, em 2006, havia 27 aldeias¹⁰. A maioria contava com uma Unidade Básica de Saúde (UBS), também chamada de postinho, onde eram realizados os atendimentos e, ao mesmo tempo, armazenam-se medicamentos e outros equipamentos como luvas, algodão, seringas, etc. Todavia, em apenas três aldeias – Kuikuro, Aweti e Kamayurá, esses espaços foram construídos em alvenaria. Nos demais, as construções estavam nos moldes das outras casas, ou seja, eram construções de pau a pique, cobertas por capim ou palha de palmeira. De acordo com a coordenadora da EMSI/Xingu, isso era um problema, pois, com o tempo, algumas dessas casas começavam a deteriorar-se e os medicamentos e demais materiais da farmácia básica ficavam expostos às ações da chuva, do sol e dos ventos.

Além dessa pequena estrutura destinada à saúde, todas as aldeias do Alto Xingu contam com pelo menos um Agente de Saúde Indígena. Em alguns casos, havia até quatro AISs numa mesma comunidade. Além desses profissionais, era possível encontrar também um Agente Indígena de Saneamento (AISAN), ou mesmo um auxiliar de enfermagem. Todos esses agentes citados eram indígenas. Porém, o coordenador geral do IPEAX informou que duas aldeias (Kuikuro e Aweti), à época, contavam com a presença permanente de técnicos de enfermagem ou enfermeiros “caraíbas”¹¹. E um dos propósitos futuros de sua associação seria garantir que todas as aldeias tivessem a presença desses profissionais brancos.

Pelas legislações contidas na PNASPI, o segundo nível dos serviços ofertados às populações indígenas seria constituído nos polos-base, com uma UBS, onde atuariam as Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena – EMSIs. Os polos-base eram a primeira referência para os Agentes Indígenas de Saúde que atuavam nas aldeias. No caso da região do Alto Xingu, esse polo-base localizava-se no Posto Indígena Leonardo Villas Bôas – administrado pela FUNAI.

Nesse polo, a UBS funcionava em uma pequena casa de alvenaria, com aparência de edificação recente em comparação às demais construções de tijolos localizadas naquele posto. Havia seis pequenas salas, sendo duas para consultas médicas, que continham um pequeno suporte de equipamentos, maca, mesa ginecológica, uma pia com balcão e balança. Em outra, realizavam-se as atividades de tratamento odontológico. Havia ainda duas salas para a farmácia, com medicamentos, luvas e seringas e uma sala estruturada com computadores e armários utilizados no controle dos

9 Chefe de equipe de saúde do Polo Leonardo - entrevista concedida em janeiro de 2008.

10 Dados fornecidos pelo IPEAX – referentes ao ano de 2006.

11 Caraíba é a terminologia utilizada pelos xinguanos para denominarem homens e mulheres de origem ocidental.

medicamentos da UBS.

Na análise da enfermeira chefe da equipe de saúde no Polo Leonardo, a estrutura ofertada para a atuação dos profissionais de saúde era mínima, à exceção dos medicamentos, considerados satisfatórios. Porém, faltavam alguns equipamentos de baixa densidade e custo, como o aspirador de via aérea, utilizado em possíveis sangramentos na garganta. Essa interlocutora lembrou, na ocasião, que até aquele momento a unidade de saúde não tinha um aparelho de medir o nível de glicemia dos pacientes. Para ela, essas deficiências eram decorrentes de questões burocráticas da estrutura do Estado¹².

Além dessa UBS, existia naquele Polo uma Casa de Saúde do Índio, construída nos moldes “tradicionais” de casa alto-xinguana, ou seja, de pau a pique com cobertura de sapé. Esse espaço destinava-se a alojar os pacientes em trânsito para remoção até a cidade de Canarana, ou mesmo para consultas no próprio Polo.

Somando-se a essas duas estruturas destinadas à atenção básica dos pacientes na região do Polo Leonardo, havia ainda uma casa cedida pelos administradores da FUNAI para “moradia” dos profissionais de saúde que atuavam no Polo. Em janeiro de 2008, essa Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) era formada por cinco enfermeiros, 15 técnicos de enfermagem, três auxiliares indígenas de enfermagem, dois odontólogos, 53 Agentes Indígenas de Saúde (AISs) e 13 Agentes Indígenas de Saneamento (AISANs). Todos esses profissionais de saúde eram contratados pela organização indígena IPEAX. Além dos profissionais de saúde atuantes na área indígena, o IPEAX contava também, em seu escritório, sediado na cidade de Canarana (MT), com um coordenador geral, uma coordenadora técnica de saúde, dois coordenadores administrativos, três secretárias, quatro auxiliares administrativos, dois motoristas, entre outros profissionais.

Seguindo o fluxo – conforme legislações PNASPI (BRASIL/MS, 2002) – as demandas que superavam a capacidade de resolução no nível dos polos-base poderiam ser resolvidas de acordo com a realidade local e a disponibilidade de oferta de serviço de saúde na região. No caso do Alto Xingu, esses pacientes eram transportados para as cidades de Canarana (MT) e Água Boa (MT), que contavam com hospitais especializados em média complexidade e resolução. Todavia, em caso de necessidade de atendimento em hospital de médio porte de alta complexidade e resolução (clínicas básicas, clínicas especializadas, terapias e diagnósticos mais complexos), ou hospital geral/especializado de grande porte em alta complexidade e resolutividade, os encaminhamentos deveriam ser feitos às cidades de Cuiabá (MT), Goiânia (GO), Brasília (DF) e São Paulo (SP).

Esse modelo hierarquizado de organização de atendimento à saúde pretendia resolver grande parte dos problemas dentro das aldeias e nos polos-base, evitando a evolução de doenças para formas severas, uma vez que o serviço próximo à população permitia detecção e a resolução dos casos de modo precoce e mais eficiente. Com isso, objetivou-se significativa redução de gastos com transportes para a remoção de pacientes e com tratamentos de maior complexidade. Todavia, no decorrer de aproximadamente 20 meses de visitas intercaladas na região do Alto Xingu, observou-se que essas determinações não foram seguidas. Nesse mesmo período, coincidiu de a equipe

12 Chefe de equipe de saúde na área do Polo-Base Leonardo - entrevista concedida em janeiro de 2008.

multidisciplinar de saúde do Polo-Base Leonardo não contar com a presença de um(a) profissional médico(a). Assim, de acordo com a descrição desses trabalhadores da saúde, era comum alguns pacientes serem transportados – via aérea – para a cidade de Canarana (MT) sem a devida necessidade.

Ao chegar a Canarana, os pacientes eram encaminhados, em sua maioria, para receberem os primeiros atendimentos médicos na Casa de Saúde do Índio - CASAI¹³. Segundo a PNASPI, essas Casas foram readaptadas considerando-se as especificidades da saúde indígena, facilitando, assim, o acesso da população de um ou mais Distritos Sanitários ao atendimento secundário e/ou terciário, e servindo de ponto de apoio entre a aldeia e a rede de serviços do SUS (BRASIL/MS, 2002).

Essa Casa de Saúde encontrava-se ligada diretamente ao DSEI-Xingu, uma unidade administrativa e descentralizada da Coordenação Regional da FUNASA – Mato Grosso. Tal estrutura tinha a função de dar apoio e prestar assistência à saúde das populações indígenas, cabendo à sua gerência “[...] a responsabilidade sanitária no seu território indígena de abrangência e a organização de serviços de saúde hierarquizados, com a participação do usuário e o controle social” (BRASIL/MS, 2002, p. 31).

Em janeiro de 2008, a unidade do Distrito Sanitário contava com seis profissionais pertencentes ao quadro permanente da FUNASA, entre os quais: um coordenador administrativo, um coordenador operacional, um agente sanitário, um antropólogo, uma auxiliar de farmácia e um auxiliar de saneamento. Além desses, havia outros servidores atuantes no distrito, cedidos temporariamente por prefeituras, ou mesmo por empresas terceirizadas pela Coordenação Regional do Estado de Mato Grosso (CORE/FUNASA – MT).¹⁴

Em 2007, o DSEI-Xingu teve a responsabilidade de acompanhar as ações de atenção à saúde de aproximadamente 5.028 indígenas aldeados, distribuídos em 65 aldeias, dentro de uma área de aproximadamente 2.750.002 hectares. À época o Distrito contava, para a realização da atenção básica dessas populações, com duas instituições conveniadas: o Projeto Xingu – EPM/UNIFESP, que atendia às áreas de abrangência dos Polos-Base Pavuru, Diauaurum e Ngoiwere, situados no Médio e Baixo Xingu, cuja população correspondia a 2.312 habitantes distribuídos em 38 aldeias¹⁵, e a organização indígena IPEAX, que atendia à área de abrangência do Polo-Base Leonardo Villas Bôas, situado no Alto Xingu, cuja população correspondia a 2.716 habitantes distribuídos em 27 aldeias¹⁶.

A assistência à saúde dos Povos aldeados no Alto Xingu, ocorria na CASAI de Canarana.

13 Em Canarana, a Casa de Saúde do Índio localiza-se provisoriamente em uma área a 3 km da zona urbana - denominada Chácara Tuiuiú.

14 Essas informações foram colhidas do Plano Distrital do DSEI-Xingu: 2005/2007. No entanto, no período de permanência em área – aproximadamente 20 meses – não conseguiu-se encontrar alguns destes profissionais atuando no DSEI, principalmente o antropólogo. De acordo com informações prestadas por funcionários desse distrito, alguns servidores estavam à disposição da Coordenação Regional da FUNASA em Cuiabá – a cerca de 850 km.

15 O Médio e Baixo Xingu, localizados ao norte da Terra Indígena do Xingu, contam com aldeias de etnias que se distinguem culturalmente entre si e não compõem um sistema cultural em relação aos grupos vizinhos ao sul. (MENGET, 1993)

16 Dados retirados do Plano Distrital do DSEI-Xingu: 2005/2007.

Nessa Casa de Saúde, além de alojamentos para os pacientes em convalescença e seus familiares acompanhantes, mantinha-se, também, uma UBS – Unidade Básica de Saúde, onde eram realizados atendimentos clínicos por uma médica e profissionais de enfermagem. Nessa unidade, além de profissionais atuantes na assistência à saúde, contava-se também com: gerente de unidade, coordenação de assistência à saúde, cozinheiras, motoristas e agentes de serviços gerais. Sua estrutura física constava de: dois quartos grandes utilizados para alojar pacientes, duas salas para o atendimento clínico, uma farmácia com medicamentos armazenados e uma pequena sala destinada à administração. Havia, ainda, cozinha, refeitório e banheiros. Espalhadas pelo terreno no entorno da Casa, encontravam-se pequenas cabanas feitas de madeira e cobertas de lona preta. No seu interior, diversas redes alojavam os familiares dos pacientes, quase sempre com um grande número de crianças.

A execução do atendimento médico-assistencial na própria Casa de Saúde do Índio era algo não previsto na legislação da PNASPI. De acordo com essa política pública, a Casa deveria ser utilizada para alojar pacientes que se deslocavam de suas aldeias para serem atendidos na rede de serviços ofertados pelo SUS nos municípios considerados referências (BRASIL/2002). A legislação propunha ainda que essas Casas deveriam: “[...] ser adequadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades” (BRASIL/FUNASA, 2009, p. 02).

Ainda conforme essa Política essas estruturas não executam ações médico-assistenciais. Desse modo, são compreendidas como locais de recepção e apoio ao índio, que vem referenciado da aldeia/polo-base. Entre suas funções inclui-se: agendar os serviços especializados requeridos, continuar o tratamento após alta hospitalar até que o índio tenha condições de voltar para a aldeia, dar suporte a exames e tratamentos especializados, fazer serviço de tradução para os que não falam português e viabilizar seu retorno à aldeia, em articulação contínua com o DSEI. (BRASIL/FUNASA, 2009, p. 02).

Contudo, o chefe do distrito sanitário que administrava a Casa justificou tal prática em reunião do Conselho Local de Saúde do Alto Xingu, alegando que:

A Casa de Saúde não funciona como ambulatório, embora nós tenhamos a presença do médico, nós temos o consultório, mas é porque vocês são muito especiais e têm isso. Mas não pode funcionar como ambulatório e sim, casa de saúde, casa de apoio ao paciente indígena que chega e tem que seguir para a frente, para uma referência maior. E se vocês forem perguntar para mim: ‘e esse tanto de gente que tem lá?’ Está errado, e a gente vai acabar não tendo condições de dar o atendimento necessário nem ao paciente e nem ao acompanhante. (Chefe do DSEI-Xingu)¹⁷

A “superlotação” desse espaço era tema constante nas reuniões de lideranças. Os profissionais de saúde que atuavam na área indígena, na CASAI e administradores do DSEI atribuíam aos próprios índios a responsabilidade por essa situação, opinando que muitos pacientes indígenas estavam alojados na Casa sem a “devida necessidade”. Chegaram a sugerir que muitos acompanhantes

17 Discurso proferido na reunião do Conselho Local do Polo Leonardo, em março de 2007.

estariam ali com o único objetivo de “passar” na cidade.

O Posto Leonardo Villas Bôas, na estrutura da rede de serviços do DSEI-Xingu, foi a primeira referência de atendimento para os usuários e para os agentes indígenas de saúde, contando, para tanto, com uma equipe multidisciplinar formada, no mínimo, por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e os agentes indígenas de saúde, que realizavam atendimento básico e integral, de forma programada ou não, nas especialidades básicas. Todavia, a unidade de saúde localizada no Polo Leonardo não contava com a atuação do profissional médico há mais de 20 meses. Na avaliação de algumas lideranças indígenas e até mesmo de alguns profissionais de saúde (enfermeiros e odontólogos), a ausência desse profissional estaria fragilizando todo o trabalho de assistência à saúde desenvolvido.

Como “solução” a esse problema, as ações destinadas ao médico estavam sendo realizadas pela própria enfermeira que coordenava a saúde. Nas palavras da profissional:

Nós é que temos de fazer o exame clínico, nós é que temos que fazer o diagnóstico clínico, e tudo isto é de competência do médico, isto não é de competência de um enfermeiro. Inclusive, isto vai de encontro [choque] com o código de ética da enfermagem. Porque cada profissional da saúde tem a sua competência, ou seja, ele tem um limite. Dentro da enfermagem, tem quatro categorias: a atendente, o auxiliar, o técnico e o enfermeiro. Tem coisas que o auxiliar pode fazer que o atendente não pode, legalmente falando. Tem coisa que o enfermeiro pode fazer que o técnico não pode, legalmente falando, e o trabalho de um enfermeiro é um, e do médico é outro. Então, eu não posso, teoricamente e legalmente, eu não poderia estar realizando o trabalho dele, na verdade a universidade não prepara o enfermeiro para isso. Então, a gente acaba tendo que aprender, estudar e procurar nos livros, porque é uma área atípica que se eu não prestar o atendimento, eu vou estar negligenciando, porque eu sou, em termos, digamos, de hierarquia, a profissional que tem maior competência para estar fazendo isso. E, se eu faço, eu vou estar ferindo o código de ética e colocando em risco também, talvez, a minha vida, mas é uma situação muito complicada. A pressão que a gente recebe é muito grande. Porque se, por acaso, um paciente vier a óbito, por exemplo, é como eu lhe falei, eles vão responsabilizar ou a equipe ou o feiteiro. Uma coisa que é interessante é que eles nunca morrem de uma doença orgânica, eles não acreditam em uma doença orgânica, eles acreditam na doença de espírito mesmo.¹⁸ (Chefe da equipe de saúde em área do Polo Leonardo)¹⁹

Uma consequência imediata dessa situação – dentre outras de cunho mais grave, era a recusa dos usuários em realizar diagnósticos clínicos nessa unidade de saúde, exigindo-se a imediata transferência para a CASAI de Canarana. Segundo a chefe de equipe e os demais profissionais que atuavam nesse Polo, todos esses encaminhamentos eram marcados por muita “pressão” por parte dos pacientes, familiares e, em alguns casos, com o envolvimento dos líderes indígenas. Segundo a informante:

Muitos deles [pacientes indígenas] não querem vir para o polo, não aceitam para a primeira referência, já querem sair direto para Canarana. Em contrapartida, o pessoal de Canarana, a CASAI e a FUNASA, orienta a gente que aqui seria a primeira referência. Então, a gente fica no meio desse fogo cruzado entre o paciente querer ir, não querer vir para o polo. Tem situação que a gente não pode deixar na aldeia e se ele não quiser vir a gente tem que remover para algum lugar, porque precisa de um tratamento mais perto. Então, a gente fica às vezes naquele fogo cruzado. [...] Muitas vezes eles querem que remova o paciente sem a necessidade de remoção, aí, eles não deixam os profissionais decidirem sobre em que momento deve-se transferir. São poucos, lógico, mas a gente encontra estas dificuldades, esta pressão. [...]

18 Sobre doenças provocadas por espírito ou feitiço na região da Terra Indígena do Xingu, tem-se uma gama de pesquisas que colaboram no entendimento do tema, entre elas: CASTRO, (1977); BARCELOS NETO, (2004; 2006); FRANCO NETO, (2010), e etc.

19 Entrevista concedida em janeiro de 2008.

Se um médico estivesse em área e batesse o pé que não vai (remover para a área urbana), talvez teria um efeito melhor, mas com a gente não tem jeito, eles pressionam o profissional e a gente acaba encaminhando o paciente. Até porque a gente acaba ficando naquela insegurança: e se eu seguro o paciente e ele depois tem uma complicação? (Chefe da equipe de saúde atuante no Polo Leonardo)²⁰

O exercício de papéis destinados aos profissionais médicos não garantia a essa enfermeira o reconhecimento e a legitimidade por parte dos usuários e nem mesmo por seus próprios pares – colegas de trabalho. A profissional reconheceu, inclusive, que esses procedimentos prejudicavam sua atuação como enfermeira e de chefia exercida junto à equipe de saúde, pois as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde de prevenção e promoção da saúde com crianças, adolescentes, mulheres, gestantes e idosos ficavam em segundo plano. A interlocutora admitiu, inclusive, que, ao exercer ação médico-hospitalar, transgredia o código de ética do profissional de enfermagem²¹.

Somam-se a essas incongruências os questionamentos da situação por parte das lideranças alto-xinguanas. De acordo com o cacique Kamayurá:

Como que a gente vai levar o paciente para o [Polo] Leonardo? E chega lá não tem nem médico. O pessoal que está aqui no Leonardo não é formado [medicina], não tem nem currículo para poder trabalhar. Então, não sabe trabalhar. A gente podia estar colocando mais médicos aqui para nós para poder olhar o paciente, a pessoa e isto que é importante para nós, é isto que nós estamos querendo. (Cacique indígena Kamayurá e ex-presidente da Associação Mavutsinin)²²

Opinião semelhante expressou uma liderança indígena Mehinaku:

Não tem médicos fixos ali (Polo Leonardo), e preocupa mais a gente porque a função do enfermeiro e enfermeira não é isso, quem receita remédio é médico. Isso está preocupando muito a gente. Nós ficamos agora um ano e meio sem médico aqui no polo, então, nós estamos preocupados para evitar ter que ir na cidade próxima, porque aqui no polo a gente está tendo dificuldade, a gente trata e trata e se a gente não conseguir a gente remove para Canarana, trata ali e retorna com outra doença de novo. (Liderança Mehinaku – coordenador administrativo pela FUNAI da Terra Indígena do Xingu)²³

Como argumento pela não contratação do profissional médico para atuar nesse Polo, o coordenador executivo do IPEAX apontou a escassez de médicos na região e, principalmente, o seu desinteresse em ter que permanecer por longos períodos dentro da área indígena²⁴. Todavia, tais argumentos não foram convincentes para todos os líderes. Nos discursos proferidos de forma mais reservada, as críticas à questão eram constantemente levantadas. Nas palavras do presidente do Conselho Local de Saúde do Alto Xingu:

20 Entrevista concedida em janeiro de 2008.

21 Chefe da equipe de saúde atuante no Polo Leonardo - entrevista concedida em janeiro de 2008.

22 Entrevista concedida em janeiro de 2008.

23 Entrevista concedida em março de 2007.

24 Segundo esse dirigente, sua Associação estaria disposta a pagar um salário de aproximadamente R\$8.000,00 (oito mil reais), por mês – assinando carteira de trabalho, sendo que esse médico permaneceria 30 dias em área e folgaria 15 dias.

[...] falta aqui é médicos, nós já estamos há mais de um ano sem médico, porque estamos com muita dificuldade de trazer um médico aqui. [...] Até mesmo as equipes, os profissionais estavam falando da dificuldade aqui no polo, porque aqui não pode ficar sem médico, porque aqui, se não me engano, tem 2.500 de índios no Alto Xingu, fora do Baixo e do Médio. (Liderança indígena Mehinaku e Presidente do Conselho Local de Saúde do Alto Xingu)²⁵

Para outro líder da etnia Kamayurá:

Em toda a reunião, nós estamos brigando para ter médico para poder construir a casa de saúde e um hospital, e não sai. Então, não dá, a gente fica desgastando nisso aí. [...] Não tem como a gente trabalhar. [...]. A gente vai toda a vez na reunião do Conselho e fala para a FUNASA. Com a FUNASA eu não vou brigar, [...]. quem tem culpa é quem trabalha no IPEAX. (Cacique indígena Kamayurá e ex-presidente da Associação Mavutsinin)²⁶

Além dos problemas decorridos da falta de um profissional da medicina em área indígena, havia outros, relacionados à equipe de saúde que atuava no polo, que merecem ser discutidos.

De acordo com a PNASPI, a responsabilidade pela organização e/ou execução do processo de formação e de educação continuada para os profissionais que atuavam no âmbito dos DSEIs deve ser da FUNASA (BRASIL/MS, 2002). Contudo, apesar dessas diretrizes, as equipes que atuavam na área da saúde, contratadas pela conveniada IPEAX desde 2004, não haviam recebido nenhum curso de capacitação, ou mesmo alguma orientação para atuar junto a essas populações. Nos diálogos mantidos no decorrer da pesquisa, esses profissionais confirmaram que tal preparo não ocorreu, nem mesmo para aqueles que haviam cursado o nível superior, como era o caso dos dois odontólogos e dos cinco enfermeiros da equipe. Alguns deles argumentaram que o conhecimento da cultura daqueles Povos ocorria no próprio processo de trabalho, em uma ação “autodidata”. Assim se expressou uma enfermeira da equipe:

Não, eu não fui preparada, na universidade nunca, a gente não tem [disciplina] sobre a saúde indígena. Quando eu cheguei aqui, também não tive nenhum curso de antropologia ou alguma coisa. Até leveí um choque cultural nas duas primeiras entradas, porque eu não sabia, realmente eu não sabia de nada, de absolutamente nada. E aí, além do trabalho ser diferente, ser diversificado daquilo que a gente faz lá fora, existe essa questão cultural. Então, foi um conflito interno aqui [mostra o peito], pelo menos comigo, enquanto pessoa, enquanto ser humano, de ver algumas questões, de não poder interferir em algumas questões. Até eu conseguir compreender e entender qual seria o meu limite, eu sofri um pouco. (Enfermeira atuante na EMSI do Polo-Base Leonardo)²⁷

Observou-se que essa “aprendizagem autodidata” de alguns profissionais marcaram apenas a sua forma simplista de perceber o mundo do outro. Assim, era comum, nas declarações desses trabalhadores da saúde, a descrição dos “desencontros” entre usuários e profissionais de saúde ocorridos quase sempre em momentos de assistência clínica. A coordenadora da equipe de saúde do Polo Leonardo explicou:

25 Entrevista concedida em janeiro de 2008.

26 Entrevista concedida em janeiro de 2008.

27 Entrevista concedida em janeiro de 2008.

A gente respeita essa questão da pajelança. Mas, às vezes, o que acontece é que nós temos uma visão científica das coisas e eles têm essa visão empírica da realidade deles. Então, muitas vezes, a família, como acredita muito no pajé, só libera o paciente quando o pajé libera. Então, muitas vezes, o paciente está em estado grave, já fugiu do controle do pajé, e ele não libera e a família também não libera. (Chefe da equipe de saúde de área Polo Leonardo)²⁸

Ainda sobre esses “desencontros” e “conflitos”, a mesma profissional narrou um fato ocorrido em área, com o objetivo de exemplificar as dificuldades enfrentadas pela equipe:

Nós tínhamos um paciente na aldeia do Afukuri, e ele foi para o Tanguru (aldeia) para fazer a pajelança. Eles só me informaram o estado de saúde dele depois de cinco dias que ele estava doente com vômito e estava extremamente desidratado. Aí, no dia que me chamaram na aldeia, eu não tive condição de ir, porque não tinha barco, não tinha combustível para ir. No outro dia é que eu consegui arrumar. Quando cheguei lá, o paciente estava muito grave, mas, o irmão não deixou eu tirar o paciente da aldeia enquanto estava fazendo a pajelança. Ele falou que o irmão tinha feitiço, que ele não podia vir para cá. E aí, eu insisti com ele e conversei, conversei, mas ele não quis me ouvir naquele momento. Eu vim embora muito preocupada, achei que ele não ia nem amanhecer o dia, eu estava preocupada, transtornada, triste. No outro dia resolveu trazer o paciente e acabou que o paciente teve uma lesão neurológica irreversível e hoje ele vive como um vegetal. Um paciente de 32 anos, não tem condições de ficar na aldeia, a família inteira teve que ir para Canarana. O irmão dele ficou bastante abatido psicologicamente, porque ele percebeu que ele segurou o paciente na aldeia. Então, já aconteceram vários e vários casos de situação que o pajé só libera depois que o paciente está muito grave. E aí chega para nós de uma forma que a gente não tem mais o que fazer. E aí, a gente já remove direto para Canarana, isso é comum de acontecer. (Enfermeira e chefe da equipe de saúde na área do Polo Leonardo)²⁹

Em contextos de grupos aldeados, as classificações e os diagnósticos das doenças são comumente sofisticados, complexos, e baseados na observação de uma realidade empírica. Para Langdon (2003), a doença é entendida como processo, não é um momento único nem uma categoria fixa, mas uma sequência de eventos motivada por dois objetivos: (1) entender o sofrimento para organizar a experiência vivida, e (2) se possível, aliviar o sofrimento. Dessa forma, para entender a percepção e o significado é necessário acompanhar todo o episódio da doença: o seu itinerário terapêutico e os discursos dos participantes envolvidos em cada passo da sequência de eventos. O significado emerge desse processo entre percepção e ação. Um episódio apresenta um drama social que se expressa e se resolve através de estratégias pragmáticas de decisão e ação.

Nesses grupos, há ainda alguns passos que caracterizam a doença como processo, entre eles: o reconhecimento dos sintomas – os eventos iniciam com o reconhecimento do estado de doença baseado nos sinais que indicam que o todo não vai bem. Os sinais que serão reconhecidos como indicadores de doença, dependerão da cultura (FERREIRA, 1994), pois não são universais, como se pensa no modelo biomédico. Cada cultura reconhece sinais diferentes que indicam a presença de doença, o prognóstico e as possíveis causas. Diferentemente da biomedicina, os sinais da

28 Entrevista concedida em janeiro de 2008.

29 Entrevista concedida em janeiro de 2008.

doença não são restringidos ao corpo ou aos sintomas corporais (LANGDON, 2003).

Segundo Minayo (2006), em contextos semelhantes ao descrito acima, a doença deve ser entendida como uma realidade construída e o doente é um personagem social. Portanto, para compreender tais questões, levar-se-á também em conta os valores, atitudes, crenças e significados históricos do grupo observado, atentando-se para os aspectos sociológicos, políticos e culturais que estariam subjacentes a essa construção. Assim, afirma essa pesquisadora, não há como estabelecer, a priori, como esta ou aquela sociedade ou grupo humano, vivencia, pensa e simboliza o processo saúde doença, que evoca temas tão sensíveis como o da corporalidade, dor e morte. Pode-se ir mais longe e dizer que dor e morte são indissociáveis, à medida que a dor está para a doença assim como a doença está para a morte. Foucault já dizia que “não é porque caiu doente que o homem morre; é fundamentalmente porque pode morrer que o homem adocece” (FOUCAULT apud FERREIRA, 1994, p. 108-109).

Lévi-Strauss ([1974] 2003), na Introdução à obra de Marcel Mauss, faz algumas considerações que podem servir como instrumento para a construção analítica aqui pretendida. Referindo-se ao texto de Mauss (1974) sobre as técnicas corporais observa o autor: “O esforço irrealizável, a dor intolerável, o prazer ou o aborrecimento são menos função das particularidades individuais que de critérios sancionados pela aprovação ou desaprovação coletivas” (LÉVI-STRAUSS, [1974] 2003, p. 04). E acrescenta: “Em face das concepções racistas que querem ver no homem o produto de seu corpo, mostra-se, ao contrário, que é o homem, sempre em toda parte que faz de seu corpo, um produto de suas técnicas e de suas representações” (LÉVI-STRAUSS, ([1974] 2003), p. 05).

A partir dessa reflexão sobre o trabalho de Mauss, Lévi-Strauss ([1974] 2003) argumenta que cada sociedade tem um discurso sobre o normal e o patológico e sobre o corpo, que corresponde à coerência ou às contradições de sua visão de mundo e de sua organização social. Assim, além de ter seu próprio esquema de explicação interno e particular, essas representações são como uma “janela aberta” para a compreensão das relações entre indivíduo/sociedade e vice versa, das instituições e de seus mecanismos de direção e controle (LÉVI-STRAUSS, ([1974] 2003), p. 04-06). O corpo e a doença, se aceitarmos esse quadro de referência teórica, são “[...] um texto passível de diversas leituras em busca de significados, tanto para o doente, no processo de desencadear sintomas, como para o clínico, quando persegue sinais, indícios, ao examinar o corpo do outro, o doente [...]” (FERREIRA, 1994, p. 101-102).

Em contexto semelhante ao dos povos alto xinguanos, uma vez que um estado de mal-estar é reconhecido como doença, o processo do diagnóstico se institui para que as pessoas envolvidas possam decidir o que fazer:

Este momento inicial normalmente acontece dentro do contexto familiar, onde os membros da família negociam entre eles para chegar num diagnóstico que indicaria qual tratamento deve ser escolhido. Se não chegam a um diagnóstico claro, pelo menos procuram um acordo, através da leitura dos sinais da doença, de qual tratamento deve ser escolhido. No caso de tratar-se de uma doença leve e conhecida, a cura pode ser um chá ou uma visita ao posto de saúde. No caso de uma doença séria, com sintomas anômalos, ou interpretada como resultante de um conflito nas relações sociais ou espirituais (por exemplo, quebra de tabu), talvez o xamã ou outro especialista em acertar relações sociais seria escolhido primeiro. Não é possível prever a escolha, pois esta vai ser determinada pela leitura dos sinais da doença negociada pelos participantes. (LANGDON, 2003, p. 97-98)

Portanto, o processo terapêutico não é caracterizado por um simples consenso – é mais bem entendido como uma sequência de decisões e negociações entre várias pessoas e grupos com interpretações divergentes a respeito da identificação da doença e da escolha da terapia adequada. Há duas fontes principais de divergências: uma se encontra na própria natureza dos sinais da doença, e a outra, nas diferentes interpretações das pessoas. Contudo, diferentes diagnósticos de uma mesma doença aumentam consideravelmente quando os participantes do processo representam diferentes conhecimentos, experiências e interesse sobre o caso em pauta. “Entre os membros de um grupo, nem todos possuem o mesmo conhecimento, devido a vários fatores: idade, sexo, papel social (por exemplo, a pessoa comum ou um especialista em cura) e também redes sociais e alianças com outros” (LANGDON, 2003, p. 99).

Em contexto de pluralidade de grupos étnicos e sistemas médicos, como é o caso do Alto Xingu, no momento da doença, “[...] cada passo do episódio é caracterizado por visões diferentes dos participantes e suas negociações para chegar a uma interpretação que indicaria o tratamento necessário, cada um exercendo seus diferentes conhecimentos, experiências e poderes” (LANGDON, 2003, p. 99). Outro fator importante a acrescentar é que, de um modo geral, os profissionais de saúde não se mostram abertos a entender e aceitar os itinerários terapêuticos utilizados pelos indígenas (curadores, pajés, feiticeiros, rezadores), permitindo a incorporação das práticas da medicina tradicional apenas quando se aproximam da utilização, pela população nacional, de chás e benzeduras para doenças consideradas de menor importância. A condicionante colocada por alguns curadores de que: “[...] o paciente só deve sair da aldeia após o processo de ‘cura’, que em geral dura três dias, e a obediência às suas prescrições, é vista como demonstração de uma mentalidade primitiva e atrasada, que só vem a atrapalhar os casos em que haja necessidade de remoção” (ARAUJO, 2019, p. 207).

O desconhecimento sobre essas dinâmicas culturais e entendimento sobre o processo de adoecimento e cura pelos aldeados, provocam desencontros com as equipes de saúde importantes. Marina Novo (2008; 2009), em pesquisas realizadas no mesmo contexto revelou como as equipes de saúde impuseram hierarquicamente – mesmo com um discurso de respeito às “crenças” e à “cultura indígena” – seus conhecimentos técnico-científicos em contraponto aos saberes nativos. Segundo a autora, em uma das etapas do curso de formação de Agentes Indígenas de Saúde no Alto Xingu, após a exposição de um dos instrutores das equipes de saúde sobre a necessidade de prevenção por meio do uso de camisinhas, um Agente Indígena de Saúde defendeu, tentando promover uma interlocução, que seria “[...] perigoso usar camisinha pra quem tem filho pequeno, com menos de um mês, porque sufoca o bebê, incha a barriga, e faz vomitar” (NOVO, 2009, p. 106).

Tal comentário pode ser compreendido a partir do entendimento que os alto-xinguanos têm sobre os parentes consanguíneos que formam um grupo de substância, cujas condutas estão todas relacionadas à fabricação dos corpos. Assim como é prejudicial aos pais comerem determinados bagres, uma vez que seus agulhões interferem no parto (FRANCO NETO, 2010), usar caminha igualmente interfere na fabricação do corpo da criança uma vez que ela “aprisiona” o sêmen, interrompendo o processo de formação da criança, mesmo após seu nascimento, tornando-se, assim, uma fonte potencial de perigo para a saúde (NOVO, 2009).

Ainda sobre o curso de formação, Novo (2009) relata que a reação dos instrutores aos Agentes Indígenas de Saúde, após o comentário, foi de incompreensão e de contestação. Tentando “convencer” os presentes de que havia um “erro de interpretação” a ser corrigido, a responsável expressou o seguinte comentário:

Esse espermatozóide que fecundou esse óvulo e formou aquela criança não é o mesmo que está aqui. É isso que eu quero que vocês entendam. Cada pessoa é uma pessoa. Cada espermatozóide é um espermatozóide. Eu nasci do espermatozóide do meu pai com o óvulo da minha mãe [...]. Todo mundo aqui foi assim. E se tapar o meu nariz, quem vai morrer sufocado sou eu, não é ela, que é outra pessoa. [...] A criança já nasceu, a criança já tem pulmãozinho, ela já consegue respirar sozinha [...]. Cada corpo é um corpo. [...] Então a gente tem que respeitar a cultura e o modo de pensar das pessoas. Isso é uma coisa... Agora, não impede a gente de explicar e orientar como que acontece cientificamente. (NOVO, 2009, p. 141)

Esses cursos tinham como expectativa dos gestores responsáveis que os AISs participantes, posteriormente, atuassem como uma espécie de “transmissores” de conhecimentos e práticas biomédicas à população por eles atendida. Porém, os agentes de saúde não eram concebidos como um elo entre os distintos sistemas médicos unidos em prol do bem-estar geral da população. Sua atuação deveria ser apenas de transmitir e praticar exatamente como lhes são passados, nos cursos de formação, os saberes biomédicos (NOVO, 2009).

É importante salientar que a necessidade reconhecida dos serviços da biomedicina por parte dos índios não implica que sua percepção sobre doença/saúde se altere, nem que os índios incorporem a visão biológica da doença que fundamenta nossa ciência médica. As pesquisas sobre o contato com a biomedicina demonstram claramente que os índios procuram as terapias da biomedicina como uma alternativa entre outras e mantêm suas próprias explicações e percepções do que significam a doença e a sua cura. Dessa maneira, os índios reinterpretam, ressignificam e se apropriam de elementos e práticas da medicina ocidental. Todavia, essa: “[...] intermedicalidade emerge na negociação de saberes e de forças de poder entre os atores sociais, sendo melhor pensar, portanto, as práticas de saúde nas comunidades indígenas como resultados de processos sócio-históricos e não de processos biológicos” (LANGDON; DIHEL, 2007, p. 31).

A etnografia por mim empreendida confirmou que a dificuldade em aceitar outras explicações sobre adoecimento e, conseqüentemente, outros itinerários terapêuticos, fez com que os profissionais de saúde atuantes na região tivessem constantes conflitos com os usuários indígenas. O líder Kamayurá, presidente do Conselho Distrital, acrescentou que os profissionais não conheciam minimamente a cultura dos grupos alto-xinguanos, inclusive as rivalidades e disputas existentes entre as etnias. Portanto, essa realidade fomenta as condições para o malogro das ações:

Os conflitos, as rivalidades, de etnias, sempre existiram, né. Então, fica um pouco difícil de trabalhar. Imagina, por isso, que eu acho importante ter a formação, talvez a mínima noção de antropologia junto à equipe da CASAI, também em termos de grafia de nomes, essas coisas. Jogam ali pessoas que não vão entender nada e não vai trabalhar mesmo. Então, vai provocar mais conflitos ainda, mais transtornos, pela falta de entendimento dela, até mesmo em entender o próprio paciente. Isso tem sido o maior ponto de preocupação para nós. Esse grupo que você anotou [coordenação do IPEAX], a gente nunca concordou com isso, o pessoal vai montando [equipes] e vai mandando gente lá e colocando ali assim. Não é assim, vamos conversar, vamos formar estas pessoas primeiro, para poder entrar em ação na CASAI com uma boa compreensão em evitar o máximo possível de problema. (Liderança indígena)

Kamayurá e presidente do CONDISI)³⁰

As críticas lançadas pelo presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Xingu (CONDISI-XINGU) foram compartilhadas, inclusive, pelo próprio coordenador executivo da associação indígena IPEAX, responsável pela contratação desses trabalhadores de saúde para atuar junto aos grupos aldeados. Para o dirigente:

A dificuldade de profissionais para atuar em área indígena, principalmente no lado não indígena, está na equipe multidisciplinar. Eu vejo a dificuldade com os profissionais, porque muitos chegam aqui sem conhecer nada sobre os indígenas e sobre o Xingu. E chegam aqui voando e muitos passam e vão embora do mesmo jeito. Então, num primeiro momento, a gente pensa em capacitar esses profissionais para eles estarem conhecendo esse lado cultural e o povo com quem eles trabalham, né. [...] Nós temos dificuldades com alguns profissionais que estão hoje na equipe e isso tem que mudar. Antes do profissional ir para a área, ele tem que passar por formação, por capacitação, e essa é uma das grandes dificuldades. (Liderança indígena Kamayurá, ex-presidente do CONDISI e Coordenador executivo do IPEAX)³¹

Na avaliação desse líder Kamayurá, além do despreparo por parte dos profissionais de saúde para lidar com as especificidades culturais dos alto-xinguanos, verificou-se, também, uma falta de compromisso com o trabalho. Assim, para esse informante, a maioria dos seus comandados não apresentava um “perfil vocacional”, não se “identificava com o trabalho”, ou mesmo só estava “[...] aqui, (atuando em área indígena) por causa do salário e, não é só isto que a gente quer”. Diante desse quadro, o interlocutor afirmou que, no futuro, sua organização precisaria “começar a filtrar e contratar profissionais com o perfil”.³²

A falta de uma “formação técnica”, de compreensão etnocultural dos grupos locais, ou mesmo a ausência de um “compromisso com a obra”, como diz Campos (1994), afasta a possibilidade de que os serviços de atenção à saúde executados nessas áreas atendam a um dos pilares contidos na legislação que regulamentava a PNASPI: “a oferta da atenção à saúde diferenciada, com respeito às concepções, [aos] valores e [às] práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas” (BRASIL, 2002, p. 18). Ainda segundo o documento, a base simbólica e a eficácia dos sistemas tradicionais se expressam por uma “abordagem holística de saúde”, cujo princípio seria “a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia” (BRASIL, 2002, p. 18). Portanto, as práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2002).

Durante a pesquisa, o gestor da conveniada IPEAX demonstrou ter clareza de como alcançar, pelo menos em parte, os preceitos dessa Política, mas apontou algumas dificuldades:

30 Entrevista concedida em Janeiro de 2008.

31 Entrevista concedida em julho de 2006.

32 Liderança indígena Kamayurá, ex-presidente do CONDISI e Coordenador executivo do IPEAX - Entrevista concedida em julho de 2006.

Eles [profissionais da saúde] poderiam conseguir [ofertar a atenção diferenciada] se fossem preparados para essa finalidade. Mas é bastante difícil, porque é um trabalho que eu vejo que é de médio a longo prazo. Se não foi feito nada até agora, então, nós temos um trabalho redobrado. Porque a gente vê esse tratamento que deveria ser diferenciado às populações indígenas, inclusive, em hospitais e em CASAs mesmo, que deveriam ser qualificados, formados e capacitados para essas finalidades. (Liderança indígena Kamayurá, ex-presidente do CONDISI e coordenador executivo do IPEAX)³³

Entre as razões para não fornecer cursos de formação aos profissionais de saúde atuantes na área indígena, estava a sua alta rotatividade, principalmente por parte dos portadores de nível superior – médicos, odontólogos e enfermeiros. Por outro lado, em conversas realizadas com esses trabalhadores apreendeu-se, a partir de suas percepções, que a grande rotatividade decorria em razão, principalmente, pelos curtos períodos de vigência dos contratos firmados com a conveniada e, também, pelos salários pouco atraentes diante de todo o envolvimento e abnegação exigidos, como longos períodos distantes da família e da área urbana; desconforto nas viagens de barco, de trator, a pé, realizadas quase sempre debaixo de sol, ou mesmo de chuva; desconforto para pernoitar, especialmente nas aldeias, que não contavam com alojamentos próprios.

Outra importante razão para os profissionais abandonarem a atuação nas áreas indígenas eram as inúmeras dificuldades enfrentadas para garantir o bom desempenho das atividades de atenção básica, identificou-se por inúmeras críticas, inclusive reconhecidas pelo coordenador do IPEAX, sobre a falta de aparelhos e equipamentos para os profissionais de saúde desenvolverem seu trabalho.

De acordo com Langdon (2006), o problema da alta rotatividade dos profissionais de saúde nas áreas indígenas era característica nos 34 DSEIs instalados no país – até então. Tal situação, na opinião de Garnelo e Brandão (2003), é algo inerente ao modelo de terceirização adotado pela FUNASA. Isso porque, a cada final de convênio, a ONG contratante deve rescindir as contratações até que o próximo acordo seja firmado, sob a pena de acumular dívidas trabalhistas cujo pagamento não está previsto no orçamento pactuado. Ainda para esses autores: “As rescisões acarretam desestímulo à manutenção dos profissionais e uma crônica tendência a iniciar a cada novo convênio com pessoal inexperiente” (GARNELO; BRANDÃO, 2003, p. 244).

Considerações finais

Ao concluir, elucida-se que a atenção primária realizada nas áreas indígenas da região do Alto Xingu, ao menos no decorrer de aproximadamente dois anos (julho de 2006 a junho de 2008), ficou comprometida pela falta de um profissional médico para completar a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI). No contexto, o atendimento hierarquizado, que pretendia resolver grande parte dos problemas de saúde dentro das aldeias e no polo-base, evitando a evolução de doenças para formas severas e, conseqüentemente, reduzir gastos com transportes para a remoção de pa-

³³ Entrevista concedida em julho de 2006.

cientes e com tratamentos de maior complexidade, previsto na PNASPI (BRASIL/MS, 2002), não se concretizou. A “saída” encontrada, colocando-se outro profissional de saúde para exercer um papel que não lhe competia, talvez tenha representado mais problemas para todos os atores sociais do contexto do que uma “solução”.

Ainda como consequência desses “arranjos”, ocorreram tensões em áreas indígenas, com usuários solicitando a remoção e profissionais de saúde no “fogo cruzado”, orientados por superiores a “impedirem as remoções ao máximo”. Outra decorrência da falta de médico atuando no Polo-Base Leonardo foi o fato de que a Casa de Saúde do Índio (CASAI – Canarana) ficou constantemente “lotada”, sendo os grupos locais culpabilizados por tal situação. Além das dificuldades que parecem inerentes ao próprio modelo de sistema de saúde estruturado nas áreas indígenas pelo DSEI-Xingu e a conveniada IPEAX, somam-se outras, como a não formação/capacitação dos profissionais para lidarem com outros sistemas de pensamento (MINAYO, 2006) ou com “práticas de horizontes semânticos antagônicos” (OLIVEIRA, 2000, p. 224). Por conseguinte, percebeu-se que houve um “choque cultural”, nas palavras de uma informante: “[...] um conflito interno aqui, pelo menos comigo, enquanto pessoa, enquanto ser humano, de ver algumas questões, de não poder interferir em algumas questões e até eu conseguir compreender e entender qual seria o meu limite, eu sofri um pouco”.³⁴

No contexto alto-xinguano, espaço considerado de intermedialidade (Greene [1998]; Follér [2004]), os cursos de formação de Agentes Indígenas de Saúde ofertados pelo Estado tornaram-se mecanismos de transmissão das diretrizes biomédicas, marcados por uma falta de compreensão e de “problematização” a respeito dos conhecimentos e práticas nativas. Condutas semelhantes foram percebidas na atuação dos profissionais de saúde, especialmente, por desconsiderarem os procedimentos terapêuticos tradicionais que elucidam o entendimento sobre o corpo, o adoecimento, e as possíveis terapêuticas através de um modelo de pensamento autóctone. Observou-se ainda, que as práticas adotadas pelos profissionais de saúde incorporavam apenas os princípios biomédicos, o que estabeleceria de fato, uma relação de poder no sentido foucaultiano do termo³⁵, na medida em que constrói (ou ao menos pretende construir) uma noção de verdade universal que intervém diretamente sobre os corpos – e sobre a concepção que se tem a respeito do corpo, e da corporalidade, através da produção de saberes.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Reginaldo Silva. **Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: dilemas, conflitos e alianças a partir da experiência do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu**. Curitiba: CRV, 2019.

BARCELOS NETO, Aristóteles. **A Arte dos Sonhos**. Lisboa: Museu Nacional de Etnologia e Assírio & Alvim, 2002.

34 Chefe da EMSI do Polo Leonardo Villas Bôas (Entrevista concedida em janeiro de 2008).

35 “Cf. Foucault, 1987; (1979) 2007”. (NOVO, 2009, p. 106)

BARCELOS NETO, Aristóteles. **Apapaatai: Rituais de Máscaras no Alto Xingu.** Tese (Doutorado em Antropologia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

BASTOS, Rafael José Menezes. **Sistemas políticos, de comunicação e articulação social no Alto-Xingu.** Anuário Antropológico, v. 81, p. 43-58, 1983.

BRASIL/FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), Saúde Indígena - Distritos Sanitários - Casas de Apoio à Saúde do Índio. **Informativo consultado no site da FUNASA** – 2009. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/distritosEspeciais.asp>. Acesso em: 02 dez. 2010.

BRASIL/MS (Ministério da Saúde). **Portaria Ministerial Nº 254, DE 31 DE JANEIRO DE 2002.** Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

CARDOSO, Marina Denise. **Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto Xingu.** In: LANGDON, E. J.; L. GARNELO, L. (Org.). Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões sobre Antropologia Participativa. Rio de Janeiro: Contracapa/ABA, 2004.

CARDOSO, Marina Denise. **Saúde indígena e dinâmica sócio-política no âmbito da distritalização do sistema de atenção à saúde: o contexto alto xinguano.** Projeto de Pesquisa – Pós-Doutorado apresentado ao CNPq, 2004.

CASTRO, Eduardo Batalha Viveiros de. **Indivíduo e Sociedade no Alto Xingu: Os Yawalapíti.** Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1977.

CEBRAP. **Diagnóstico situacional do subsistema de saúde indígena.** Consórcio IDS – SSL - Cebrap, abr./2009.

FERREIRA, Jaqueline. **Corpo Sínico.** In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S., (Org.). Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

FOLLÉR, Maj-Lis. **Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde.** In: LANGDON, E. J.; L. GARNELO, L. (Org.). Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões sobre Antropologia Participativa. Rio de Janeiro: Contracapa/ABA, 2004.

FRANCO NETO, João Veridiano. **Xamanismo Kalapalo e assistência médica no Alto Xingu: estudo etnográfico das práticas curativas.** Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

GALVÃO, Eduardo. **Apontamentos sobre os índios Kamaiurá.** In: GALVÃO, Eduardo. Encontros de Sociedades: índios e brancos no Brasil. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

GARNELO, Luíza; BRANDÃO, Luiz Carlos. **Avaliação preliminar do processo de distritalização sanitária indígena no Estado do Amazonas.** In: COIMBRA, JR., CARLOS, E. A. (Org.). Epide-

miologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ/ABRASCO, 2003.

GREENE Shane. **The shaman's needle:** development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist*, v. 25, n. 4, p. 634-58, nov. 1998.

LANGDON, Esther Jean. **A participação dos Agentes Indígenas de Saúde nos Serviços de Atenção à Saúde:** A experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, dez., 2006.

LANGDON, Esther Jean. **Cultura e os processo de Saúde e doença.** In: JEOLÁS, L. S.; OLIVEIRA, M. In: *Seminário Sobre Cultura, Saúde e Doença, 2003*, Londrina. Anais [...]. Londrina: Londrina: PNUd, 2003.

LANGDON, Esther Jean; DIEHL, Eliana. **Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena:** reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde sociedade*, São Paulo, v.16, n. 2, may/aug, 2007.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **Introdução à obra de Marcel Mauss.** In: MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MELATTI, Júlio Cezar. **Índios do Brasil.** São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2006.

MENGET, Patrick. **Em Nome dos Outros.** Classificação das Relações Sociais entre os Txicão do Alto Xingu. Lisboa: Museu Nacional de Etnologia, 2001.

MENGET, Patrick. **Les frontières de la chefferie** — Remarques sur le système politique du haut Xingu (Brésil). *L'Homme*, Paris, v. 33 (2-4), n. 126-128, p. 59-76, 1993.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. rev. e apr. São Paulo: Hucitec, 2006.

NOVO, Marina Pereira. **Os Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu.** Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

NOVO, Marina Pereira. **Saúde e interculturalidade:** a participação dos Agentes Indígenas de Saúde/AIS do Alto Xingu. *R@U*, São Carlos, v.01, n. 01, p.122-147, 2009.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. **Ação Indigenista, Etnicidade e o Diálogo Interétnico.** *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 213-230, set./dez. 2000.

PRATT, Mary Louise. **Imperial Eyes:** travel writing and transculturation. London/New York: Routledge, 1992.

Recebido em: 30 de janeiro de 2020.

Aprovado em: 28 de abril de 2020.

