



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO AMBIENTE

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NOS AKWÊ/XERENTE E AS  
RELAÇÕES ENTRE OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA.**

**ROGÉRIO FERREIRA MARQUEZAN**

Palmas  
2019

**ROGÉRIO FERREIRA MARQUEZAN**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NOS AKWÊ/XERENTE E AS  
RELAÇÕES ENTRE OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Ciências do Ambiente da Universidade Federal  
do Tocantins, como requisito para obtenção do  
título de doutor em Ciências do Ambiente. Área de  
Concentração: Natureza, Cultura e Sociedade.  
Orientador: Prof. Dr. Odair Giraldin

Palmas  
2019

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

M357r Marquezan, Rogério Ferreira.  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NOS AKWĒ/XERENTE E AS  
RELAÇÕES ENTRE OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA... /  
Rogério Ferreira Marquezan. – Palmas, TO, 2019.

149 f.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus  
Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Doutorado) em Ciências  
do Ambiente, 2019.

Orientador: Odair Giralдин

1. Sistemas de atenção à saúde. 2. Xerente. 3. Representação social. 4.  
Interdisciplinariedade. I. Título

**CDD 628**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer  
forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte.  
A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184  
do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

**ROGÉRIO FERREIRA MARQUEZAN**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NOS AKWÉ/XERENTE E AS  
RELAÇÕES ENTRE OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA.**


Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Ciências do Ambiente da Universidade Federal  
do Tocantins, como requisito para obtenção do  
título de doutor em Ciências do Ambiente. Área de  
Concentração: Natureza, Cultura e Sociedade.

Aprovada em 21/02/2019

Banca examinadora:


  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Cesar Giraladin (orientador - UFT)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Heber Rogério Grácio (examinador - UFT)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Francisco Dyonísio Cardoso Mendes (examinador - UnB)

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Dr.ª Elneide Eugênio Marques (examinadora - UFT)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Ladislau Ribeiro do Nascimento (examinador - UFT)

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Dr.ª Reijane Pinheiro da Silva (examinadora - UFT)

Ao povo Xerente. Sua força é admirável!

Ao Nicolás, meu filho, na esperança de que, ao crescer, eu tenha conseguido proporcionar-lhe a chance de reconhecer nas diferenças a oportunidade de um mundo melhor.

## AGRADECIMENTOS

Agradecer é antes de mais nada reconhecer que alguém lhe dedicou parte do seu tempo, de sua existência ou mesmo lhe inspirou de modo a te favorecer em algum contexto material ou imaterial. A todos que descrevo e aos que de alguma forma desejaram que esse momento de conclusão de uma etapa se concretizasse, sou grato!

À Ana, minha esposa. Nenhum ser é incompleto. Todos carregamos consigo a completude. Porém, às vezes podemos ser mais do que costumamos ser. Você me faz ser mais!

Ao meus pais, pela vida dada, e pela vida vivida. São e serão sempre meu espelho onde me vejo refletir.

Ao Bruno, meu irmão, palavra que adquiriu novos contornos na experiência com os Xerente. Somos irmãos de sangue, mas também pertencemos ao mesmo “partido”.

Aos meus queridos tios, Francisco e Helena que, ao compartilharem com meus pais a tarefa de me criar quando criança, possibilitaram que meus horizontes se expandissem ao me apresentar um mundo cheio de aventuras e fantasias.

Aos profissionais do Programa Mais Médicos que atuaram na saúde indígena, por mostrarem que é possível conectar mundos.

Ao cacique Valci Sinã, pela permissão concedida em realizar esse estudo e pela acolhida sempre que precisei na aldeia Salto *Kripé*.

À dona Izabel (*in memoriam*), sempre amável anfitriã. Quem sabe um dia voltaremos a tomar chá. É fantástico como dois mundos tão improváveis podem se cruzar.

Ao meu orientador, Professor Odair Giralдин, pela paciência e pela confiança que teve com um psicólogo que decidiu que queria entender sobre indígenas, e que julgava saber por onde começar. Percebo agora o quanto deve ter sido desafiador me acompanhar nessa jornada.

Ao professor Héber Grácio pelas valiosas colaborações, pelos apontamentos assertivos que me abriram os olhos quando não me dava conta do tamanho do desafio que me propus, e pela extensa lista de material de pesquisa que forneceu generosamente.

Ao professor Francisco Dionísyo (Dida), com quem aprendi a desenvolver a curiosidade científica. Ainda que possa tê-lo “decepcionado” pelas mudanças de trajetória, minhas bases acadêmicas foram moldadas pelo seu exemplo de pesquisador e de ser humano.

À professora Cristiane Roque, com quem compartilhei muitos momentos de angústia ao longo da caminhada. Sua empatia foi muito importante.

Aos colegas da turma do CIAMB, em especial a Wellington, Regiane, Fábio, Mariana, Sandra, Teske, Janaína, Vailton e Cassiano. Uma jornada longa fica mais leve quando se está em boa companhia.

A todos os professores e professoras do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente da Universidade Federal do Tocantins, em especial à Adriana Malvásio, José Ramiro Lamadrid, Liliana Pena Naval, Héber (merece repetir), Elineide, que de formas variadas, me apontaram caminhos que me trouxeram até aqui.

Ao professor Valdir Odorizzi pelo incentivo ao longo do caminho e pela atuação corajosa frente aos desafios da Medicina de Família e Comunidade.

Aos diversos membros das equipes que transitaram pela Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde do Ministério da Educação ao longo desses anos. Em especial à Jaqueline Nunes; Anderson Sales; Harineide Madeira, Erika Rodrigues, Fábio Abreu, Doriane Perico e a todos os colegas da equipe de apoiadores institucionais do Programa Mais Médicos Para o Brasil.

Ao povo Xerente, pela generosidade em compartilhar seu mundo e pelas trocas de conhecimento que muito me enriqueceram. Em especial a Silvino Sirnawê, Kuzâ, Maria Helena, Rogério Xerente, Moisés e Paciku.

*Esse diálogo do sistema com a organização específica do povo sempre vai ter um choque de um compreender o outro. Porque a saúde, a organização vai ter uma filosofia, vai ter uma ideia de como fazer a saúde indígena. E a comunidade também vai ter uma visão.*  
(Indígena Xerente)



## RESUMO

MARQUEZAN, Rogério Ferreira. **Representações sociais de saúde nos Akwẽ/Xerente e as relações entre os sistemas de atenção à saúde indígena.** 153f. Tese (Doutorado em Ciências do Ambiente) – Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2019.

Essa tese busca descrever elementos das representações sociais de saúde dos *Akwẽ/Xerente* e analisar suas implicações para os sistemas de atenção à saúde. Partindo da premissa teórica de que todas as sociedades organizam culturalmente sua concepção de saúde, o modo de prover cuidados quando adoecem, bem como os papéis relacionados ao cuidado, abordo tanto o sistema biomédico quanto o sistema tradicional dos Xerente como sistemas culturais de atenção à saúde. Os *Akwẽ/Xerente* fazem parte do tronco linguístico Macro-jê e habitam atualmente a margem direita do rio Tocantins. Ao longo do processo histórico de colonização esse povo vem se adaptando ao contato com os não índios, experimentando um crescimento populacional expressivo nas últimas décadas. As políticas indigenistas no Brasil sofreram uma significativa mudança com a criação da Política Nacional de Atenção aos povos Indígenas em 1999, que passou a prever a organização da atenção à saúde diferenciada a partir da implementação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, responsáveis pela execução, planejamento, formação, controle social e pela integração entre as práticas tradicionais e o modelo biomédico. Ao longo dos anos discutiu-se a efetividade desse modelo de atenção diferenciada. Percorremos o caminho metodológico da etnografia e da análise documental para produzir excertos acerca dos principais aspectos que emergiram na relação dos Xerente com o sistema de atenção biomédico. Os resultados apontam que fatores como alimentação, acesso aos medicamentos, relação com os seres da cosmologia e os envolvimento nas instâncias políticas locais e externas têm implicação direta na relação entre os sistemas de atenção à saúde Xerente e o biomédico. Verifica-se ainda que as características relacionadas ao faccionalismo dos Xerente têm grande importância na sua constituição social assim como em relação à organização de uma política indígena que contemple toda a comunidade. Discute-se, a partir dos resultados, as implicações para os sistemas de atenção sob da ótica da formação profissional, do controle social e das possibilidades de construção de espaços efetivamente dialógicos no campo da saúde indígena.

Palavras-chave: Saúde indígena, Xerente, Representação Social, Interdisciplinaridade

## ABSTRACT

Marquezan, Rogério Ferreira. **Social representations of health in Akwẽ/Xerente and the relationships between indigenous health care systems.** 153f. Thesis (PhD in Environmental Sciences) – Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2019.

This thesis seeks to describe elements of *Akwẽ/Xerente* social representations and to analyze their implications for health care systems. Based on the theoretical premise that all societies culturally organize their conception of health, how to provide care when they become ill, and the roles related to care, I approach both the biomedical system and the traditional Xerente system as cultural systems of health care. The *Akwẽ/Xerente* are part of the Macro-jê linguistic trunk and currently inhabit the right bank of the Tocantins river. Throughout the historical process of colonization these people have been adapting to the contact with non-Indians, experiencing a significant population growth in the last decades. Indigenous policies in Brazil have undergone a significant change with the creation of the National Policy of Attention to Indigenous Peoples in 1999, which now provides for the organization of differentiated health care through the implementation of the Indigenous Special Sanitary Districts responsible for the execution, planning, training, social control and the integration between traditional practices and the biomedical model. Over the years the effectiveness of this model of differentiated attention was discussed. We traced the methodological path of ethnography and documentary analysis to produce excerpts about the main aspects that emerged in the relationship between the Xerente and the biomedical care system. The results indicate that factors such as food, access to medicines, relationships with cosmology beings and involvement in local and external political instances have a direct implication in the relationship between Xerente and biomedical health care systems. It is also verified that the characteristics related to the Xerente factionalism have great importance in their social constitution as well as in relation to the organization of an indigenous policy that contemplates the whole community. From the results, we discuss the implications for the systems of attention under the perspective of professional training, social control and the possibilities of constructing effectively dialogical spaces in the field of indigenous health.

Keywords: Indigenous Health, Xerente, Social Representation, Interdisciplinarity

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Reunião com anciãos para apresentação da pesquisa .....	20
Figura 2- Leolinda Daltro com indígenas de diversas etnias ministrando uma aula.....	34
Figura 3- Leolinda Daltro junto aos Xerente.....	34
Figura 4- Localização da terra indígena Xerente no Tocantins.....	36
Figura 5- Atual cemitério Xerente com cruzeiros marcando as sepulturas .....	42
Figura 6- Organograma da SESAI .....	63
Figura 7- Distribuição dos 34 Distritos Sanitários Indígenas no território brasileiro .....	65
Figura 8- Organograma dos DSEI.....	65
Figura 9- Estrutura interna dos sistemas de atenção à saúde.....	87
Figura 10- Organização do fluxo de atendimento de acordo com a PNASPI. ....	89
Figura 11- Unidade de saúde localizada na aldeia Salto Kripé.....	91
Figura 12- Lançamento da reforma da unidade de saúde na aldeia porteira – Janeiro de 2017 .....	115
Figura 13- Projeção de representação da Unidade de Saúde após a reforma.....	117
Figura 14- Plenária de discussão – Oficina Barragens Hidrelétricas e povos Indígenas – Tocantínia, 2016. ....	120
Figura 15- Grupos de discussão temáticos – Oficina Barragens Hidrelétricas e povos Indígenas – Tocantínia, 2016.....	120
Figura 16- Mapa interativo produzido a partir das discussões. ....	121

## LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde  
AIS – Agente Indígena de Saúde  
AISAN – Agente Indígena de Saneamento  
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
CASAI – Casa de Saúde Indígena  
CHW – *Community health workers*  
CIMI – Conselho Indigenista Missionário  
CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena  
DAB – Diretoria da Atenção Básica  
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais  
DSC – Discurso do sujeito coletivo  
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena  
EAD – Educação à distância  
EMSI – Equipe multidisciplinar de saúde indígena  
EP – Educação permanente  
FUNAI – Fundação Nacional do índio  
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde  
HUB – Hospital Universitário de Brasília  
IES – Instituição de ensino superior  
LDBEN – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional  
MS – Ministério da Saúde  
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
PACS – Programa de Agentes Comunitários da Saúde  
PADIQ – Programa Dialógico de Acesso Indígena e Quilombola à Universidade  
PADU – Programa de Acesso Democrático à Universidade  
PEC – Proposta de Emenda à Constituição  
PET-SAÚDE – Programa de Educação Pelo Trabalho para a Saúde  
PIMI – Programa de Monitoria Indígena  
PMMPB – Programa Mais Médicos para o Brasil  
PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas  
PROCAMBIX – Programa de Compensação Ambiental Indígena Xerente

SASISUS – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIASI - Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SPI – Serviço de Proteção ao Índio

SPILTN – Serviço de Proteção ao índio e Localização de Trabalhadores Nacionais

SUS – Serviço Único de Saúde

UFT – Universidade Federal do Tocantins

UnB – Universidade de Brasília

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

USP – Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	15
CAPÍTULO I – OS AKWÊ/XERENTE – CONSTRUINDO O UMA REPRESENTAÇÃO DE SAÚDE. ....	28
1.1 Aspectos históricos do contato .....	28
1.2 Os Xerente na visão dos principais autores .....	37
1.2.1 Curt Nimuendajú (1883-1945) .....	37
1.2.2 David Maybury-Lewis (1929-2007).....	43
1.2.3 Para além de Nimuendajú e Maybury-Lewis.....	44
1.3 Cosmologia e visão de mundo.....	49
1.3.1 <i>Sekwás</i> , Donos e Espíritos: a relação entre as diversas naturezas e a cura.....	51
CAPÍTULO II - ASPECTOS HISTÓRICOS E CULTURAIS NAS CONCEPÇÕES DE SAÚDE. ....	55
2.1 - Sistemas de atenção à saúde: construções culturais.....	55
2.1.1 O Sistema de Atenção à Saúde biomédico: algumas considerações. ....	57
2.2 Políticas de saúde indígena - o diálogo entre poderes e saberes .....	58
2.3 Política nacional de atenção diferenciada à saúde indígena.....	60
2.3.1 Operacionalização da PNASPI.....	63
CAPÍTULO III – SIGNIFICANDO O CONTATO E AS POSSIBILIDADES DE CURA .....	71
3.1 A relação com os alimentos e as doenças causadas pela boca .....	73
3.2 Medicamento de botica e medicamento do mato .....	76
3.3 A cura através do sobrenatural – espíritos, <i>sekwás</i> e religião. ....	79
3.4 Itinerários terapêuticos - Os caminhos do cuidado .....	84
3.5 O Programa Mais Médicos e os Xerente .....	92
CAPÍTULO 4 - IMPLICAÇÕES PARA OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES .....	98
4.1 Formação profissional – o desafio da mudança. ....	98
4.1.1 Agentes Indígenas de Saúde - entre o possível e o factível.....	106
4.2 Quem controla o controle social? .....	109
4.3 Espaços dialógicos e caminhos possíveis para a saúde.....	112
4.4 Tecendo a rede a partir das representações.....	122
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	131

REFERÊNCIAS.....	135
APÊNDICE.....	147
Apêndice A- Relação dos cursos de pós-graduação em modalidade <i>Stricto Sensu</i> Ofertadas no País de acordo com o portal e-mec, em 12 de dezembro de 2018.....	147

## INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema das representações sociais de saúde e suas implicações para os sistemas de atenção à saúde, surgiu da experiência junto ao Programa Mais Médicos Para o Brasil (PMMPB), instituído pelo governo federal no ano de 2013. Como parte das ações do Programa foi estabelecido um termo de cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), pelo qual, após ofertadas vagas aos médicos brasileiros, possibilitou que as vagas remanescentes fossem ocupadas emergencialmente por médicos com formação em outros países e, em particular, médicos de Cuba.

Conforme demonstra Campos, Machado e Girardi (2009) o problema de provimento de serviços de saúde nas regiões remotas e periféricas ocorre ao redor de todo o mundo. A título de ilustração, o governo federal do Japão, o qual tem 193 médicos para cada 100 mil habitantes, em 2007, lançou um programa federal para lidar com o problema da escassez severa de médicos em áreas rurais e em especialidades tais como a pediatria e a obstetrícia (RYOSO, 2007). Também na Índia, em 2008, o governo, para combater a carência severa de médicos, especialmente nas áreas rurais, decidiu pelo reconhecimento automático de diplomas emitidos por escolas médicas reconhecidas da Inglaterra, Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia. No Brasil, Campos, Machado e Girardi (2009) apontam como causas para essa dificuldade o fato de que os médicos costumam se concentrar nas cidades maiores deixando desassistidas as cidades pequenas, as áreas rurais, as comunidades mais remotas e as regiões mais pobres das grandes cidades. Por essas razões, os médicos estrangeiros que ingressaram no PMMPB vieram a ocupar o maior número de vagas, principalmente nos locais mais longínquos e de difícil acesso, onde os médicos brasileiros não fixam residência.

Minha atuação nesse contexto se dá como docente do curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins (UFT) e apoiador institucional do Ministério da Educação para o PMMPB, fomentando processos de educação permanente em saúde (EP) com os médicos supervisores vinculados à Universidade Federal do Tocantins que realizam supervisão periódica mensal dos profissionais que atuam pelo Programa Mais Médicos para o Brasil.



Não demorou para que a questão da saúde indígena viesse à tona como um dos maiores desafios para a gestão do Programa, bem como para as ações educacionais que ele prevê<sup>1</sup>. As queixas dos profissionais eram das mais diversas ordens, como dificuldade de acesso às aldeias, falta de estrutura para os atendimentos, dificuldades com a língua (queixa essa, vale a pena ressaltar, de ambos: médicos e indígenas) e principalmente com as práticas tradicionais, que causavam estranheza diante da visão biomédica.<sup>2</sup>

Para exemplificar, cito uma ocasião de uma reunião de gestão do Programa, quando um tutor do Programa, médico com especialização em medicina de família e comunidade, reivindicava dos representantes da gestão da saúde indígena que houvesse macas para atendimentos nas aldeias, pois não era concebível que o médico examinasse o paciente numa esteira no chão de sua casa. Essa reivindicação foi rebatida com o argumento de que, naquela cultura, a esteira seria um objeto de valor semelhante à uma confortável "cama *box*" para a cultura ocidental. Sem me delongar, daí em diante a discussão enveredou pelos caminhos das disputas de poder, e a saúde, como pano de fundo, ficou em segundo plano.

Episódios como o exposto acima motivaram a buscar conhecimento acerca de como realmente os indígenas percebiam a presença destes profissionais médicos no seu cotidiano e, para além disso, qual era sua compreensão do processo de saúde/doença e como ela se relacionava com a visão biomédica hegemônica.

Estava lançada a semente desse trabalho. Fruto de uma inquietação que inicialmente tomou a forma de "Quem está com a razão?", mas que não resistiu a um breve estudo teórico inicial para que fosse substituída por algo além do que simplesmente a busca pelo certo ou errado. Perpassou pela própria tomada de consciência de minha parte ao perceber que até aquele momento eu mesmo nunca havia questionado o modelo biomédico hegemônico de saúde. Motivou o descortinar de um "mundo novo" que reside justamente no universo cosmológico dos povos originários e pela perspectiva de que seria possível, a partir dessas novas descobertas, contribuir para que os diferentes mundos, que se encontraram em mim, pudessem ecoar naqueles que, por ofício de professor, ajudamos a formar.

---

<sup>1</sup> O Programa Mais Médicos prevê em seu escopo, além do provimento emergencial, ações no campo da formação visando ampliar o número de profissionais médicos que possam suprir a demanda em definitivo. Dentre essas ações estão oferta de cursos de especialização, aumento do número de vagas de graduação e residência médica. Para os profissionais que atuam no programa é ofertada uma supervisão mensal com objetivo de fomentar um processo de educação permanente em saúde. Essas ações de supervisão no Tocantins estão à cargo da Universidade Federal do Tocantins.

<sup>2</sup> Informações obtidas nos relatos de médicos e de representantes da Saúde Indígena nas reuniões de gestão do Programa.

À essa altura, meu primeiro contato com os Xerente se deu em janeiro de 2016 por ocasião de uma visita à aldeia Salto *Kripé*, no município de Tocantínia – TO, onde acompanhei um grupo de professores e alunos do curso de medicina de uma instituição de ensino privada. Fui a convite de um amigo professor que me explicara que haviam estado na aldeia em ocasião anterior e coletado material para exames parasitários em crianças e adultos da aldeia. Tratava-se, portanto, de uma devolutiva dos resultados e da distribuição de anti-helmínticos aos que haviam tido resultados positivos para infecções parasitárias nos exames realizados. Naquele momento pude perceber que, a despeito do grande número de infecções por diversos parasitas, notadamente a ação realizada pelos professores e alunos se deu de maneira desconexa do contexto cultural daquele povo.

Minha percepção foi de que havia um distanciamento enorme entre aqueles dois mundos. Isso ficou evidente a partir de nossa chegada na aldeia. Era um domingo e dia de campeonato de futebol. O entorno do campo estava apinhado de gente. Moradores da aldeia se misturavam a visitantes das aldeias vizinhas, bem como aos não indígenas que ali estavam para assistir ao jogo. Por ser minha primeira incursão na aldeia, me chamou a atenção a movimentação intensa de pessoas de fora circulando em volta do campo. O microfone conectado a uma caixa de som amplificada alternava entre o som de músicas, que variavam do forró ao sertanejo e gospel, e avisos e discursos do cacique e de outros indígenas. Vários carros estacionados embaixo das árvores e perto de algumas casas davam a ideia do número de visitantes presentes naquele dia. Imaginei se aquela seria a rotina daquela comunidade. Confesso que não esperava tamanha movimentação.

Foi esse o cenário que encontrei em minha primeira vez na aldeia. Fiz questão de manter-me como figurante naquela paisagem. Afinal, eu não estava diretamente ligado ao motivo daquela visita. Mas aproveitei a ocasião para fazer contato com os Xerente, pois naquele momento eu já havia ingressado no doutorado e já tinha a pretensão de realizar meus estudos junto àquele povo. Porém, como relatei, aquele não era o momento de me anunciar como pesquisador. Era apenas uma oportunidade de iniciar uma observação informal daquilo que viria a ser meu objeto de estudo, qual seja, a saúde indígena.

Voltando às minhas impressões, notei que ao chegarmos fomos recebidos pelos profissionais de saúde (médico e enfermeiro) que atuam naquela aldeia, bem como pelos estudantes e por um dos professores que coordenara a ação. Nenhum indígena se dirigiu até nós naquele momento. Nossa presença ali aparentemente era indiferente, como se fôssemos invisíveis (ainda que saibamos que estávamos sendo notados o tempo todo). De posse de um

maço de papéis que continha os resultados dos exames e de uma caixa cheia de medicamentos para verminoses, o professor que coordenava a ação pediu auxílio a um indígena para que o levasse até o cacique. Esse nos conduziu (a mim, e mais dois professores médicos) até a casa do cacique. No trajeto cruzamos a beirada do campo passando por todos que ali estavam assistindo ao jogo e, novamente, senti como se nossa presença fosse algo totalmente alheio ao contexto que ocorria ali. Nenhum olhar se voltava diretamente para nós, nenhuma expressão de aprovação ou reprovação. Simplesmente seguiam como se nossa presença em nada alterasse o cenário. Fomos recebidos pelo cacique à sombra de uma mangueira. Sentados em cadeiras de fio, após uma breve conversa na qual o Cacique agradeceu a ação de forma sutil, um dos professores pediu a ele que anunciasse no microfone para que as pessoas que haviam fornecido material para os exames se direcionassem até a unidade de saúde<sup>3</sup> para receber os resultados e, caso necessário, os medicamentos.

De volta à unidade de saúde, pudemos ouvir o cacique anunciar, na língua *Akwẽ*, no sistema de som o que havia sido solicitado. De início, não houve nenhuma mudança na rotina. Tudo continuou seguindo como estava. Aos poucos e lentamente, algumas pessoas começaram a se dirigir para a unidade. A maioria, mulheres com crianças pequenas. Muitas com mais de uma, segurando ao colo e outras maiores acompanhando. Eu apenas observava. Se dirigiam à unidade sem alarde, nada questionavam, não se ouvia suas vozes, nem tampouco mudavam seus semblantes, muitas vezes fechados. Apenas recebiam o papel e os comprimidos, ouviam as orientações e voltavam à sua rotina. Lembro-me de que muitos exames ficaram sem entregar, pois, ninguém aparecera para requisitá-los.

Já se aproximava o meio dia e o jogo de futebol havia findado. As pessoas ao redor do campo de futebol iam minguando, retornando às suas casas. O trabalho de entrega dos resultados e dos medicamentos findara, não por ter sido concluído, mas porque ninguém mais aparecera. Os exames não entregues foram deixados com os profissionais da equipe de saúde. Era hora de partir. Nos despedimos e rumamos de volta à Palmas. Foram algumas poucas horas ali, mas que renderam muitos momentos de reflexão sobre o que havia se passado. Foi a base para construção da minha expectativa sobre o trabalho que eu teria para realizar minha pesquisa.

Passaram-se alguns meses até meu retorno àquele cenário. Dessa vez eu iria com outro objetivo, o de ser apresentado àquela comunidade pelo meu orientador, que já era conhecido

---

<sup>3</sup> A aldeia Salto Kripé conta com uma unidade de saúde no centro de sua área.

naquele círculo. Procurei não me deixar influenciar pela primeira experiência. Àquela altura, já havia lido alguns trabalhos sobre os Xerente que, de modo geral, os descreviam como um povo que aprendera a se relacionar com os não índios de maneira amistosa após um período de conflitos intensos. Até porque esse seria um mecanismo de adaptação às novas condições sociais impostas pela lógica mercantilista e colonizatória, que os permitiram se reorganizar e sobreviver.

Foi assim que tive a oportunidade de vivenciar o que classifico como a minha "segunda primeira vez" com os Xerente. Assim considero, pois, felizmente, ninguém ali lembrara da minha presença na primeira ocasião. Nem mesmo o cacique, com quem me sentei à sombra da mangueira na ocasião anterior. Digo felizmente, pois eu não queria que minha imagem naquele momento fosse associada à ação que estava sendo realizada por ocasião de minha primeira visita. Isso a meu ver poderia gerar uma interpretação equivocada de que eu estaria ali como um representante de um modelo de saúde biomédico, o que com certeza dificultaria minha pesquisa de campo. Mas, repito, felizmente, isso não ocorreu.

Chegamos à aldeia após o almoço num sábado. Estava acompanhado de minha esposa e de meu filho de 4 anos de idade na ocasião, bem como meu orientador estava com sua família (esposa e duas filhas). A primeira diferença nesse segundo momento foi que ao chegarmos nos dirigimos diretamente à casa de um dos moradores da aldeia que foi nosso anfitrião. Nota-se aqui que a realidade do espaço/tempo foi totalmente diferente nessa ocasião. Não havia jogo de futebol, era de tarde e o calor favorecia que todos se abrigassem em suas casas. Também não nos dirigimos ao espaço da unidade de saúde (mais adiante pretendo analisar a representação desse espaço), mas sim a uma das residências.

Para resumir essa nova experiência, posso dizer que a recepção que se seguiu foi como o desvelar de uma cortina numa peça de teatro, quando se pode realmente observar o desenrolar das cenas do cotidiano. Pude ali começar a realmente perceber quem são e como vivem os Xerente. O que se seguiu foram dois dias muito agradáveis. Tive a oportunidade de me apresentar, ou melhor, ser apresentado "oficialmente" ao cacique da aldeia e expor minha intenção em realizar o estudo. Ouvi dele recomendações e críticas a outros que por ali haviam passado com esse intuito, mas no final obtive sua autorização.

Com a ajuda do cacique, reunimos à noite alguns anciãos no centro comunitários da aldeia (Fig. 1) para que eu pudesse fazer a apresentação de minha pesquisa e obter também o consentimento deles. Foi um momento muito importante pois tive a exata noção da responsabilidade em lidar com o conhecimento daquele povo, em que pude sentir toda a

generosidade em compartilhar comigo suas experiências e consentir que fizesse parte do seu dia a dia por algum tempo.

Figura 1- Reunião com anciãos para apresentação da pesquisa



Foto: Ana Letícia Markezan

Durante nossa estada dormimos na área coberta da escola da aldeia. Era período de férias e a escola estava fechada a maior parte do tempo. Porém, a movimentação era intensa, principalmente de jovens que procuram o local à noite para usufruir do sinal de internet *wi-fi* da escola.

O dia seguinte foi marcado por conversas com pessoas na aldeia, visitas a algumas casas, banho de rio e bons momentos na casa de nosso anfitrião. Fui embora diferente de como cheguei. Havia uma sensação de bem-estar, de ter sido aceito e de confiança e responsabilidade na realização do trabalho que estava por vir.

A partir daí, delimitaram-se então o tempo e espaço dessa pesquisa. Interessa-nos em particular o contexto das representações de saúde e suas implicações na organização dos múltiplos sistemas de atenção à saúde. O contexto histórico de contato interétnico dos Xerente nos traz a um cenário propício à compreensão que buscamos, seja pela constante negociação de aspectos da cultura ocidental por parte dos Xerente, ou ainda pela situação geográfica e social marcada pela pressão que sofreram e ainda sofrem em função da expansão do agronegócio, da construção de usinas hidrelétricas e da proximidade com centros urbanos. Tal cenário delineou uma realidade *sui generis*, no qual o contexto da atenção à saúde está permeado de significados.

Poucos aspectos da existência humana são tão imbricados de significados como a questão da saúde. De fato, falar de saúde significa falar da nossa própria existência, afinal,

existimos a partir de nossas experiências no mundo e experienciamos o mundo de acordo com nosso estado de saúde.

É nessa perspectiva que ao longo de nossa vida vamos aprendendo o que é “ter saúde”. Desde nossos cuidados maternos, nossa cultura é que nos fornece elementos de como devemos agir para não adoecer, ou mesmo, quando caímos enfermos, para restaurar o equilíbrio da saúde. Na cultura ocidental, por fatores históricos que serão abordados mais adiante, instaurou-se uma visão hegemônica de saúde a partir da ótica biomédica, privilegiando o corpo e suas enfermidades como objeto de estudo.

Essa visão predominante está tão arraigada que por vezes não nos damos conta de que ela é relativamente recente. Apesar da medicina radicar na antiguidade, as práticas da medicina moderna são oriundas das descobertas proporcionadas pela ciência nos moldes renascentistas, praticada a partir do século XVII.

Langdon (1999), ressalta a possibilidade de entendermos a biomedicina e o sistema de saúde indígena como construções culturais complementares: a primeira, atuando nos processos biológicos do corpo; o segundo, encarregando-se de explicar o porquê da doença. Conforme afirma Bertolani (2009), devemos entender que as representações existentes entre os indígenas acerca dos serviços e das terapias utilizadas pelos profissionais de saúde constroem-se com base em seus paradigmas prévios e revelam, simultaneamente, a presença de conteúdos estáveis e conteúdos dinâmicos. Ou seja, elas são socialmente estruturadas na relação com os contextos sociais de curto ou longo alcance histórico (SPINK, 1993).

Assim, por exemplo, para demonstrar como os Baniwa representam as práticas da medicina ocidental, tomando como base o pensamento mítico, Garnelo e Wright (2001) relatam como esse povo associou a reivindicação de exames periódicos de sangue e fígado à existência do *mánheme*, uma doença indígena provocada por envenenamento e cuja origem remonta aos tempos imemoriais da explicação mítica.

Outro exemplo empírico de que as representações sociais podem revelar a presença de conteúdos estáveis e dinâmicos é dado por um estudo etnográfico feito por Bertolani (2005) entre os Guarani, no município de Aracruz (ES). Eles distinguem as doenças do índio, cuja cura é um processo de elementos imbricados e fornecidos pela própria cultura (conteúdos estáveis), e as doenças do *Juruá* (o não-índio), que devem ser tratadas com remédios da medicina ocidental (conteúdos dinâmicos).

Entre os Akwê/Xerente que habitam a margem direita do Rio Tocantins, foram identificados poucos estudos que abordem a questão das representações sociais de saúde.

Dentre eles, destaca-se o trabalho de Rodrigues (2014), que propõe analisar a saúde reprodutiva nas mulheres Xerente. Numa discussão minuciosa, esta dissertação se aproxima de nosso objeto de estudo ao abordar as questões relativas à saúde reprodutiva.

Silva, R. e Souza (2015), ao discutirem as percepções dos Xerente sobre o alcoolismo tangenciam o tema ao revelar as concepções acerca desse problema de saúde. Mais recentemente Melo (2016) trouxe uma grande contribuição ao tema ao discutir a prática do xamanismo entre os Xerente e suas relações com a sua cosmologia, o corpo e o adoecimento.

É diante desse contexto que me proponho a compreender mais sobre os Xerente e suas representações de saúde. Interessa-me em particular aquilo que perpassa o cotidiano dos membros daquela comunidade no que tange a relação estabelecida entre os diferentes sistemas de atenção à saúde. Parte-se do pressuposto de que o ponto de contato entre essas realidades se dá pelas representações sociais e que essas são produto e produtoras das relações sociais.

Proponho, portanto, descrever elementos das representações sociais de saúde dos Akwẽ/Xerente, e analisar suas implicações para os sistemas de atenção à saúde. Espero com isso poder contribuir com elementos que favoreçam a construção de uma relação mais simétrica no campo da saúde a partir da compreensão dos significados que permeiam os espaços sociais onde se desenrolam as práticas de cuidado nos Xerente. Em particular, pretendo também que esse trabalho forneça aos que se lançam na formação médica, e em saúde de forma mais ampla, elementos para compreensão das diferenças entre a perspectiva biomédica e a dos povos indígenas, em especial, os Xerente.

Ao me lançar em busca da compreensão da representação social de saúde no povo Akwẽ/Xerente tenho clareza de que, como assevera Spink (1993), lido com um universo simbólico e representativo cuja apreensão perpassa questões relativas ao individual enquanto parte do coletivo e vice-versa.

Nesse sentido, Lefèvre e Lefèvre (2005) lançam-nos a compreensão de que a abordagem qualitativa de ordem indutiva é a mais capaz de captar a expressão das representações sociais e dos pensamentos coletivos, dado que esses são eminentemente qualitativos, ao contrário de variáveis quantitativas como peso e altura, por exemplo. Considera, portanto, que ao abordar as representações sociais tratamos de variáveis pós construídas, constituindo um *output* da pesquisa, ao contrário de variáveis quantitativas que estão pré-estabelecidas e constituem, portanto, um *input* para o pesquisador.

Vários autores têm discutido a utilidade do conceito de representação social como ferramenta de análise das formas de compreender e se relacionar com a realidade

(BERTOLANI, 2009; GARCIA e BASTOS, 2009; SEVALHO, 1993; GUARESCHI, 2000; OLIVEIRA, 2009; SPINK, 1993). A teoria da Representação Social tem sido apontada como adequada para utilização nos campos interétnicos, além de possibilitar entender o pensamento social em sua dinâmica e diversidade (ARRUDA, 2002).

A Teoria da Representação Social surge a partir dos trabalhos de Moscovici, derivado da sociologia Durkheimiana e em interface com a Psicologia Social. Conforme Bertolani (2009) a teoria fundada por Moscovici volta sua atenção para o senso comum, um tipo de conhecimento usualmente desqualificado ou, pelo menos, pouco valorizado por certos segmentos da academia.

Estudar essa modalidade de saber permite compreender formas alternativas de conhecimento, contrárias àquela/diversa daquela que o pensamento ocidental desenvolveu na esteira do racionalismo cartesiano, profundamente marcada por dicotomias como: sujeito/objeto, indivíduo/sociedade, natureza/cultura etc. Ademais, o uso da Teoria das Representações Sociais possibilita entender a própria medicina ocidental como objeto de representação, embora isso seja dificultado por uma tendência à naturalização e à produção do seu discurso como uma verdade tida, amíude, como inquestionável. (BERTOLANI, 2009, p. 295)

Contudo, vários são os meios de se acessar as representações sociais. Dentre as diversas metodologias empregadas em estudos sobre representação social, inicialmente, tentei trilhar o caminho do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O DSC é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, desenvolvido por Lefèvre & Lefèvre no fim da década de 90, e tem como fundamento a teoria da Representação Social. Consiste num discurso-síntese redigido em primeira pessoa elaborado com partes de discursos de sentido semelhante, por meio de procedimentos sistemáticos e padronizados.

Essa opção inicial levaria à realização de entrevistas individuais com questões abertas, resgatando o pensamento, enquanto comportamento discursivo e fato social internalizado individualmente, podendo ser divulgado e preservando a sua característica qualitativa (LEFÈVRE; LEFRÈVRE, 2005, 2006).

À essa altura eu já havia sido alertado pelo meu orientador sobre as possibilidades de que tal metodologia não surtisse os efeitos desejados, mas minha formação calcada nos moldes das ciências positivistas me fez insistir naquele caminho. Romper paradigmas não é uma tarefa fácil. Como aponta Morin (2000), é necessário estar preparado para lidar com as incertezas e com os erros que os moldes cartesianos nos ensinaram a evitar durante séculos. Mas o princípio



da mudança, é a disposição para a mudança. E nesse sentido, me lancei ao universo da pesquisa participante.

Ocorre que, na visão de Lefèvre e Lefèvre (2005), quando as pessoas professam ideias, pensamentos ou crenças acerca de um assunto ou tema, isso se dá principalmente através de discursos. Nesse sentido a “soma de discursos” (Lefèvre e Lefèvre, 2005, p. 15) expressariam o pensamento coletivo. A questão com a qual me deparei diante dessa proposta metodológica diz respeito ao código utilizado para expressar os discursos, ou seja, a língua. As primeiras incursões em campo revelaram que as diferenças linguísticas poderiam consistir numa barreira para a obtenção dos DSC. Isso ocorre não somente pela diferença linguística dos Xerente, mas também minha enquanto pesquisador, que, ao ter que analisar os discursos seguindo a proposta do DSC poderia me deparar com as próprias limitações em relação ao vocabulário *Akwẽ*, que ainda não domino. Ainda que os discursos fossem produzidos em português, haja vista que os Xerente falam esse idioma, muitas vezes as palavras empregadas em português podem estar associadas ao significado original em *Akwẽ*. E como é comum a diversos idiomas, nem sempre se encontra uma tradução equivalente de uma língua para a outra e a tradução livre pode gerar distorção de significados.

À essa altura, devido ao exposto acima, já havia compreendido que não adiantaria querer extrair através apenas de entrevistas semiestruturadas (às quais estava acostumado a realizar no campo da psicologia) os conteúdos simbólicos dos meus interlocutores Xerente. Percebi, de forma clara, que nossas diferenças impostas pelas nossas “raças”<sup>4</sup>, havia produzido uma barreira, que era ainda acentuada pela língua. Por outro lado, estar ali se mostrou uma oportunidade de colocar em prática aquilo que Oliveira (1998) descreve como papel do antropólogo. O ver, ouvir e escrever.

A despeito da minha formação em psicologia não haver contemplado a prática em etnografia, a aproximação a que me propus com o fazer antropológico tem sido adotado por profissionais de outras áreas como afirma Lévi-Strauss (2008):

É preciso incorporar, de saída, a seguinte verdade: a Antropologia não se distingue das demais ciências humanas e sociais por um tema de estudo que lhe seja próprio. Quis a história que ela começasse por se interessar pelas sociedades ditas “selvagens” ou “primitivas [...] Mas tal interesse é cada vez

---

<sup>4</sup> O termo “raça” surge a partir da visão eurocêntrica no processo de colonização das américas, tendo sido utilizado para o estabelecimento de papéis sociais com base em características biológicas conforme descreve Quijano (2005).

mais compartilhado por outras disciplinas, notadamente a Demografia, a Psicologia Social, a Ciência Política e o Direito. (LÉVI-STRAUSS, 2008, p.370)

Nesse sentido, este trabalho segue a concepção metodológica sintetizada por Genzük (1999) que considera

Pesquisas que utilizam etnografia tipicamente se baseiam em experiência pessoal e em participação, que envolve três formas de recolher dados: entrevistas, observação e documentos, os quais, por sua vez, produzem três tipos de dados: citações, descrições e excertos de documentos, que resultam num único produto: a descrição narrativa. (GENZUK, 1999, p.1, tradução nossa)

Definido o percurso metodológico, foi preciso ainda revisitar o conceito de representação social, tal qual problematizado por Spink (1993) ao situá-lo como um campo eminentemente transdisciplinar, transitando entre a Psicologia Social, a Filosofia, a História e a Sociologia, e que constitui um rompimento epistemológico com as teorias clássicas do conhecimento constituídas por conjunto de enunciados que definem normas de verificação e coerência, dando lugar a uma visão de que ambas, ciência e senso comum, são construções sociais constituídas a partir de determinações sócio históricas de cada época específica. Nesse sentido, passam a constituir-se com parte da “contestação da retórica da verdade” (SPINK, 1993, p. 302) como componente da Revolução Científica que inaugurara a modernidade nas sociedades ocidentais.

O sujeito das representações sociais é, portanto, o indivíduo constituído socialmente, e cuja representação sobre um objeto não é meramente a reprodução desse objeto, mas sim sua interpretação mediada por categorias situadas histórica e subjetivamente, e cuja individualidade emerge como uma “estrutura estruturada” que tem potencial estruturante (SPINK, 1993). Ou seja, a realidade social passa a ser não apenas constituinte da subjetividade, mas também construída a partir dela. Nesse sentido, é útil a diferença que se faz a respeito dos possíveis níveis de análise dessas representações:

podem ser abordadas, enquanto eventos intra-individuais, como representações mentais, estudadas pela Psicologia Cognitiva e pela Psicanálise, onde o social é apenas uma sombra; como elementos centrais da comunicação, sendo então representações públicas, objeto de estudo da Psicologia Social; ou, ainda, como elementos coletivos, comunicados repetidamente e distribuídos igualmente numa determinada formação social,

sendo então representações culturais, objeto de estudo da Antropologia. (SPINK, 1993, p.301)

Lanço-me, portanto, nesse desafio interdisciplinar buscando, através desse percurso metodológico, chegar aos conteúdos das representações sociais em saúde dos Xerente bem como de outros atores sociais envolvidos, analisando suas implicações práticas para os sistemas de atenção à saúde tradicional dos Xerente e o biomédico<sup>5</sup>.

Os dados apresentados foram coletados no período de novembro de 2016 a setembro de 2018 a partir de entrevistas realizadas com os Xerente durante minhas inserções no campo e envolveram membros da comunidade da aldeia Salto *Kripé, sekwás* (pajés), lideranças políticas e religiosas, profissionais de saúde que atuam junto à essa comunidade, além de informações colhidas na participação em eventos e reuniões de gestão do Programa Mais Médicos para o Brasil, bem como de fontes documentais e dados extraídos de bases de dados do governo federal. Ao longo desse período, a minha base no campo foi a aldeia Salto *Kripé*, onde estive por seis vezes ao longo do estudo, totalizando 20 dias de permanência.

Pelos motivos já expostos, as entrevistas semiestruturadas deram lugar a entrevistas não estruturadas. De fato, boa parte das informações foram colhidas durante conversas informais, após o estabelecimento de uma relação com os Xerente. Algumas dessas conversas puderam ser gravadas e posteriormente transcritos para análise das informações contidas, mas outras eram registradas em forma de memória no diário de campo. Confrontando essas informações com os dados observacionais dos sistemas de atenção à saúde a partir de uma perspectiva dialética, buscou-se analisar os elementos centrais nos discursos, o que permitiu identificar significados que emergiram das entrevistas e das observações em campo. Esses elementos serviram de base para a discussão das implicações para os sistemas de atenção à saúde revelando temáticas centrais que foram ampliadas a partir da revisão da literatura.

Dessa maneira, inicio o capítulo 1 (*Os akwê/Xerente – construindo uma representação de saúde*) resgatando o percurso histórico do processo de contato do povo Xerente com os não índios de modo a contextualizar como o processo colonizatório afetou o modelo de vida desse povo e os conduziu até a região que habitam atualmente. Nesse capítulo, apresento ainda a estrutura social e cosmológica dos Xerente a partir de uma revisão de seus principais etnógrafos,

---

<sup>5</sup> Contento-me, por ora, em utilizar o termo “tradicional” para me referir ao conjunto de crenças e práticas relacionadas à visão de saúde e aos meios de prover cuidados aos doentes nos Xerente. Porém, saliento que esse conceito será problematizado adiante.

bem como procuro ressaltar como as descrições mais recentes têm privilegiado as questões faccionais e políticas em detrimento das questões cosmológicas. A descrição converge para os trabalhos que tangenciam o tema da saúde correspondendo à descrição dos elementos que julgo necessários à compreensão do sistema de atenção à saúde dos Xerente.

No capítulo 2 (*Aspectos históricos e culturais nas concepções de saúde*) trago à discussão os elementos conceituais relativos às representações de saúde e apresento a argumentação de alguns autores sobre a visão dos sistemas de saúde como construções culturais, seja quando nos referimos aos sistemas dos povos indígenas, ou ao sistema biomédico. A partir desse ponto de vista resalto os elementos das representações sociais como ponto importante à compreensão da interrelação entre esses sistemas. Discuto ainda elementos constitutivos das políticas públicas de saúde no Brasil, bem como a constituição da Política Nacional de Atenção Diferenciada à Saúde Indígena (PNASPI) como descrição do Sistema Social de Saúde, enquanto organização das estruturas institucionais e profissionais ofertadas pelo Estado.

O capítulo 3 (*Significando o contato e as possibilidades de cura*), de cunho mais etnográfico, busca relacionar os elementos representacionais dos sistemas de atenção à saúde a partir da visão dos Xerente, descrevendo os elementos que revelaram-se mais significativos no visão de saúde desse povo, revelando sua visão cosmológica holística, tratando ainda dos percursos terapêuticos e do Programa Mais Médicos como contexto repleto de significados na relação entre os sistemas de atenção à saúde.

No capítulo 4 (*Implicações para os sistemas de atenção à saúde: desafios e possibilidades*) analiso as implicações das representações sociais desveladas para a relação interétnica no campo da saúde a partir dos pontos nodais para a constituição de uma relação mais simétrica entre os diferentes mundos que se encontram no campo da saúde. Nesse sentido, são analisadas as questões relativas à formação dos profissionais de saúde; o papel dos agentes indígenas de saúde; a efetividade do controle social e, por fim, aponta-se caminhos de construção de espaços dialógicos a partir de experiências trazidas a título de reflexão.

Por fim, tento apresentar uma síntese que considero desde já transitória, acerca de como os elementos faccionais próprios dos Xerente permeiam também o campo da saúde como tessitura do caráter prático das representações sociais enquanto constituída e constituinte das relações locais e externas no que tange os sistemas de atenção à saúde.

## **CAPÍTULO I – OS AKWĒ/XERENTE – CONSTRUINDO O UMA REPRESENTAÇÃO DE SAÚDE.**

### **1.1 Aspectos históricos do contato**

Contextualizar o percurso sócio histórico vivido pelo povo Xerente que nos remete ao cenário atual e, conseqüentemente, às suas representações de saúde, implica em resgatar os elementos da sua história e de sua organização social que têm sido objetos de descrições por diversos autores.

Traçar com intensidade de detalhes o percurso histórico que conduziu os Xerente ao local onde habitam nos dias atuais exigiria uma extensa revisão de registros, desde a constituição das bandeiras conquistadoras do interior do Brasil, bem como do cenário da constituição da província de Goyaz e seus desmembramentos político-econômicos, perpassando pela criação do estado do Tocantins no final da década de 1980. Tal empreendimento, se levado à cabo, fugiria ao escopo desta tese e nos conduziria para outro campo, ao qual alguns autores já se debruçaram. É justamente desse repertório que me valho para delinear os principais aspectos do contato desse povo com os não indígenas, visando construir elementos de reflexão que permitam não somente compreender a atual organização social dos Xerente, mas também lançar luz sobre as suas concepções de saúde, que, adiante, não podem ser entendidas de forma desconexa de todo o *ethos* do povo Xerente.

Determinar com precisão a data do início do contato dos Xerente com os não indígenas não é tarefa fácil, principalmente devido à escassez de registros confiáveis do período anterior ao século XVIII. Apesar de alguns autores mencionarem que os contatos tiveram início ainda no século XVI (MOURA, 2006; SILVA, 2011), os registros disponíveis dão conta de que a história do contato dos Xerente com os não indígenas está relacionada ao período do final do século XVII e início do século XVIII, no qual a economia mercantil de Portugal começa a declinar, o que leva a ações voltadas para a exploração do interior do Brasil colonial em busca de riquezas minerais.

Nesse contexto de declínio econômico da metrópole, uma das principais incursões à região do então sertão de Goyazes ocorreu em 1722, quando partiu de São Paulo uma bandeira chefiada por Bartolomeu da Silva Bueno (que ficou conhecido como o Anhanguera), composta de 152 homens, com a missão de explorar em busca de minas de ouro. Silva (2012) descreve

que, apesar de não haver relatos de que a bandeira de Bartolomeu tenha capturado indígenas para trabalho escravo, diversos combates ocorreram entre o grupo de Bartolomeu Bueno e os indígenas que ocupavam as regiões das minas que foram descobertas nos novos territórios explorados. Ressalta ainda que outras expedições se dirigiram mais ao norte seguindo os cursos dos rios Vermelho, Maranhão e Tocantins. Obviamente, a descoberta de ouro nessas regiões acarretou o aumento da migração, compondo o cenário que culminaria na dizimação de vários grupos indígenas.

Já no final do Século XVII a mineração intensifica o movimento de interiorização. Ao contrário da afirmação de Silva (2012), Moura (2006) aponta a existência de escravização de indígenas nessa época:

Nesse período da descoberta do ouro e conseqüente surgimento dos povoados, os conflitos com os indígenas foram constantes, resultando na escravização e extinção de muitos grupos. Aqueles indígenas que não se haviam submetido à escravidão foram obrigados a deslocar-se cada vez mais para o interior. Mas, à medida que o ouro escasseava, as bandeiras e os mineradores também foram-se internando cada vez mais em território goiano, acercando-se dos locais onde os indígenas refugiaram-se. A partir daí os conflitos reacenderam-se em torno da questão da terra: do lado dos índios, buscava-se a defesa de seu habitat tradicional, de sua vida e seus costumes; do lado dos colonizadores, o interesse voltava-se para a exploração mineral (MOURA, 2006, p.32).

Há que se destacar que as bandeiras, em sua maioria, eram empreendimentos particulares, em que grupos se organizavam e recebiam incentivos do governo, sobretudo na forma de títulos ou direitos de explorações de serviços, como compensação para explorar o território do interior do país com o objetivo de identificar novas áreas de prospecção de ouro e pedras preciosas, bem como capturar mão de obra para as fazendas de São Paulo, já que as doenças trazidas pelos europeus e africanos acabaram por dizimar milhares de indígenas na costa brasileira (MOURA, 2006). Desse modo, o tipo de relação que estabeleceriam com os indígenas, à medida que avançavam, dependeria do interesse que sobressaísse naquele momento, podendo ser o de aprisionamento para o trabalho escravo, a catequização ou até mesmo a eliminação.

Lopes da Silva (1992, p.362) descreve o cenário à época da seguinte maneira: “Os ataques aos índios visavam a desimpedir os caminhos de acesso às minas; seu aniquilamento ou expulsão significava, para os não-índios, a liberação de novas áreas para a procura do ouro.”

Obviamente, o processo de exploração do interior do país pelas bandeiras colocou os conquistadores em contato com diversos grupos de indígenas que habitavam as terras recém

exploradas, além dos Xerente. Entretanto, conforme aponta Silva (2006), apesar de alguns historiadores estabelecerem regiões específicas para determinados grupos indígenas, é extremamente temerário descrever os territórios habitados por cada povo em função de que as fontes bibliográficas disponíveis são deficitárias. Silva (2006) levanta ainda a possibilidade de ocupação interétnica de vários territórios, além de lembrar que a terra, para os indígenas, não representa apenas um bem material, mas também espiritual e cosmológico, aspecto que a literatura da época não é capaz de revelar. Porém, feitas essas ressalvas, há indícios que o povo Xerente ocupava uma extensa área entre os rios Araguaia e Tocantins.

Dulce Pedroso (1994, p. 23), por sua vez, é mais detalhada na localização dos grupos Xerente e Xavante. Segundo essa autora, “os índios Xavantes habitavam um território que compreendia regiões do alto e médio rio Tocantins e médio e baixo rio Araguaia e “os Xerente habitavam principalmente os territórios à margem direita do rio Tocantins. Ao norte, viviam nos territórios banhados pelo rio Manoel Alves Grande e, mais ao sul, ocupavam as terras que margeiam os rios do Sono e Balsas. (PEDROSO, 1994 apud SILVA, 2006, p.54)

Relatos mais recentes, contudo, apontam que os Xerente ocupavam terras nas duas margens do rio Tocantins, conforme ressalta Giralдин e Silva (2002). Apesar das divergências quanto à localização dos Xerente, notemos que até o final do século XVIII e início do século XIX os registros que se têm são basicamente a partir de documentação e comunicações entre as autoridades da época, refletindo assim, obviamente, a visão do colonizador, motivo pelo qual não podem ser consideradas totalmente confiáveis.

Mais especificamente a partir da década de 1750, a reforma política promovida pelo Marquês de Pombal implementou várias medidas visando a “integração” dos índios através de aldeamentos administrados por diretores leigos, em lugar dos jesuítas que viriam a ser expulsos em 1759 (SCHROEDER, 2010). Conforme Lopes da Silva (1992), datam dessa época as primeiras referências documentais acerca dos grupos Xerente e Xavante, devido a intensificação das Bandeiras em busca de jazidas de ouro na região do Tocantins e do Araguaia.

A partir da expansão das frentes de desenvolvimento para o interior do país desencadeou-se o deslocamento dos povos indígenas, incluindo os Xerente, marcado por intensos conflitos com os não-índios. Nesse percurso, a estratégia de aldeamento foi utilizada para tentar pacificar a convivência com os indígenas. Uma das principais experiências vivenciada na relação com os Xerente no século XVIII foi o deslocamento de parte desse povo

para o aldeamento de São José do Duro, como uma forma de garantir segurança para a prática da garimpagem na região das vilas de Monte do Carmo e Pontal (GIRALDIN e SILVA. 2002).

Bicalho e Machado (2018) ressaltam a distorção dos registros oficiais durante o período de aldeamento ao longo do século XIX:

É importante indicar que os documentos oficiais, sobre as tentativas de aldeamento dos *Akwẽ*-Xerente e de outros povos indígenas, dissimulam as agressões praticadas pelos administradores dos aldeamentos e invertem os papéis entre os envolvidos quanto à prática de diversos tipos de violência no processo de invasão dos territórios indígenas. Nesse sentido, as formas de resistência dos *Akwẽ* aos atos violentadores do colonizador foram denominadas de “selvagens”, “hostilidades”. (BICALHO e MACHADO, 2018, p. 104)

O processo de aldeamento se desenrolou durante o século XIX, com a criação do aldeamento da Graciosa, em 1824, e por último, em 1851, com a criação do aldeamento Teresa Cristina ou Piabanha. O relato de Ravagnani, (1977, p.39, apud Lopes da Silva, 1992) nos permite vislumbrar o que os indígenas enfrentavam nesse momento ao descrever os aldeamentos como “[...] prisões indígenas, para onde eram conduzidos os sobreviventes dos ataques dos bandeirantes”.

De forma sintética, o século XIX pode ser dividido em dois momentos em relação aos Xerente. Na primeira metade do século, a relação perpassou por um período marcado pelo desejo dos Xerente em preservar suas terras e seu modo de vida, havendo em decorrência uma série de conflitos armados. A partir da segunda metade do século XIX, a relação se desenrola num processo de apaziguamento que culmina na criação do aldeamento de Tereza Cristina ou Piabanhas (origem da atual cidade de Tocantínia). Silva (2012) descreve:

Em 1851 o aldeamento de Teresa Christina foi mudado de lugar e estabelecido junto à foz de um ribeirão chamado Piabanhas. Motivo pelo qual esse estabelecimento a passou ser chamado de Piabanhas e assim ficou conhecido em detrimento da nomeação oficial. Tendo como diretor outro capuchinho, o Frei Antônio de Ganges o aldeamento foi reorganizado com o propósito de atrair os Xerente para a conversão e para a civilização. [...]A perspectiva civilizatória desenvolvida pela associação Estado-missionários para com os Xerente em Teresa Christina seguiu até o fim do Império do Brasil e a posterior morte dos missionários capuchinhos que trabalhavam no médio rio Tocantins, frei Rafael de Taggia, faleceu em 1892 e frei Antônio de Ganges, no ano de 1900. (SILVA, 2012, p.84)



Algumas consequências advieram desse processo, tais como como redução populacional, relação mais intensa com a cultura circundante e conseqüente assimilação de elementos dessa cultura, além da influência da religião católica e da educação escolar, o que nos leva à descrição a seguir.

A fim de vislumbrar o cenário vigente à época ao longo do processo de aldeamento do século XIX, descrevemos o registro da viagem de um grupo de indígenas Xerente ao Rio de Janeiro no ano de 1896, que nos permite compreender que o papel dos Xerente no processo de contato com os não indígenas não se dava de forma passiva, mas sim dotado de intencionalidades relacionadas às suas necessidades. Liderados pelo cacique *Sepé*, partiram de Goiás para tentar, com o então presidente da República, Prudente de Moraes, ter uma audiência com o objetivo de conseguir insumos como roupas, armas e ferramentas, além de denunciar a invasão de suas terras por fazendeiros. As condições desumanas com que foram recebidos no Rio de Janeiro, tendo sido “hospedados” em um corredor de delegacia, dormindo no chão e sem alimentação e higiene adequadas, chamou a atenção da imprensa à época que noticiou a estadia dos indígenas na capital. Nesse momento a trajetória dos Xerente cruza com uma personagem que viveria com eles uma longa jornada.

Trata-se da professora Leolinda Daltro que, compadecida das condições vivenciadas pelo grupo Xerente, decide acompanhá-los em viagem até o aldeamento Piabanhas para pôr em prática uma proposta de educação laica, o que contrastava com o modelo implantado a partir da criação do aldeamento Piabanhas, sob comando de freis capuchinhos, conforme já apontado. Os desdobramentos dessa empreitada foram registrados no Livro “Da catechese dos índios do Brasil (notícias e documentos para a história) 1896-1911”. A relevância dessa obra não reside no seu caráter etnográfico, haja vista que constitui mais uma coletânea de cartas, matérias de jornais da época, fotografias, entre outros documentos, mas sim no registro memorial da época em que esteve com os Xerente e engajada com a causa indígena. Abreu (2007, p.11), em relação à obra de Daltro (1920), destaca: “Publicá-las em forma de livro, foi um modo de levá-las ao público mais uma vez, um modo de preservar sua memória dentro da memória, ficando assim para a história, uma alternativa à história oficial do país”.

O breve relato da trajetória da professora Leolinda Daltro a seguir, no contexto que aqui tratamos, tem o objetivo de ilustrar como ao longo dos séculos os Xerente têm sido capazes de atuar para estabelecer alianças com aqueles que podem fortalecê-los diante dos diversos cenários de desafios que vêm enfrentando desde o contato com os conquistadores. Esse percurso nos auxiliará a compreendermos como, atualmente, o contexto da saúde se insere na rede de

alianças que esse povo constrói e que lhes têm proporcionado condições de permanecer lutando pela sua alteridade.

Professora por formação, Leolinda Daltro teve uma longa trajetória de luta pelos povos indígenas. À época do fim do Período Imperial mudou-se da Bahia para o Rio de Janeiro, onde passou a defender uma visão de educação laica aos indígenas. Conforme destaca Abreu (2007) o nome de Leolinda Daltro esteve em evidência durante todo o período em que se discutia a política indigenista a ser adotada no Brasil. Sua atuação envolveu estratégias de comunicação e articulações políticas que lhe permitissem atingir seus objetivos de difundir uma proposta de educação desvinculada de valores religiosos. Pode-se imaginar que essa proposta partindo de uma mulher no final do século XIX e início do século XX despertara reações das mais diversas ordens, na maioria desfavoráveis, tendo ela sofrido perseguições tanto de membros da igreja católica como daqueles que não acreditavam que fosse possível algum tipo de catequese ou “civilização” para os povos indígenas. Nesse sentido, passa a ser reconhecida também como feminista. “Sua condição de gênero acabava por ser um empecilho para atingir seus objetivos, fazendo-a partir para a luta pelos direitos políticos das mulheres” (ABREU, 2007, p.20).

Sua viagem aos sertões de Goyaz com os Xerente durou de 1897 até final de 1900, quando retornou à capital. Nesse período esteve com vários grupos de diferentes povos indígenas e percebeu que o sistema de catequese da igreja não estava proporcionando progressos em relação à ideia de civilização dos indígenas defendida pelo governo republicano (ABREU, 2007). Chegou a fundar uma colônia indígena às margens do rio Araguaia, no Mato Grosso, com a finalidade de atrair para essa área indígenas que quisessem receber uma educação laica. Após o seu retorno à capital em 1900, um novo grupo, agora de Apinajés, visita o Rio de Janeiro para solicitar, entre outras coisas, o retorno da professora ao sertão para continuar sua missão. Entretanto, a partir daí sua atuação política em defesa do projeto de educação laica se intensificou, culminando com a possibilidade posteriormente frustrada de assumir o cargo de diretora de índios por ocasião da fundação do Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN) em 1910. Porém, conforme aponta Abreu (Op. cit) apesar dos elogios recebidos por sua atuação pelo Coronel Rondon, então responsável pela criação do SPILTN, a exclusão de Leolinda é atribuída ao fato da rejeição de participação feminina na política e da oposição de grupos ligados à catequese religiosa.

As ilustrações, a exemplo da figura 2 e 3, contidas em sua obra, revelam um processo de educação no qual os indígenas eram instruídos como forma de torná-los civilizados, ou seja, na visão de tornar os índios “cidadãos úteis”, conforme descreve:

N'uma luta ingente contra gratuitos e rancorosos inimigos, sem jamais ter recebido ajuda de quem quer que fosse, eduquei quinze índios; a todos ensinei ler e escrever e tornei cidadãos da República investindo-os nos seus direitos civis e políticos, conforme provam os votos a descoberto. Tornei-os cidadãos úteis, pois que dei-lhes profissão, sendo dous carpinteiros, um pintor e um mecânico, empregando-se este na estrada de ferro Central do Brasil como ajustador de machinas, já tendo quase prontos quando foi victimado pela gripe em 1918 (Daltro, 1920: XXIV-XXV, apud abreu 2007, p.20).

Figura 2- Leolinda Daltro com indígenas de diversas etnias ministrando uma aula.



Fonte: Da catequese dos índios do Brasil (notícias e documentos para a história) 1896-1911. 1920 (Apud Abreu, 2007).

Figura 3- Leolinda Daltro junto aos Xerente



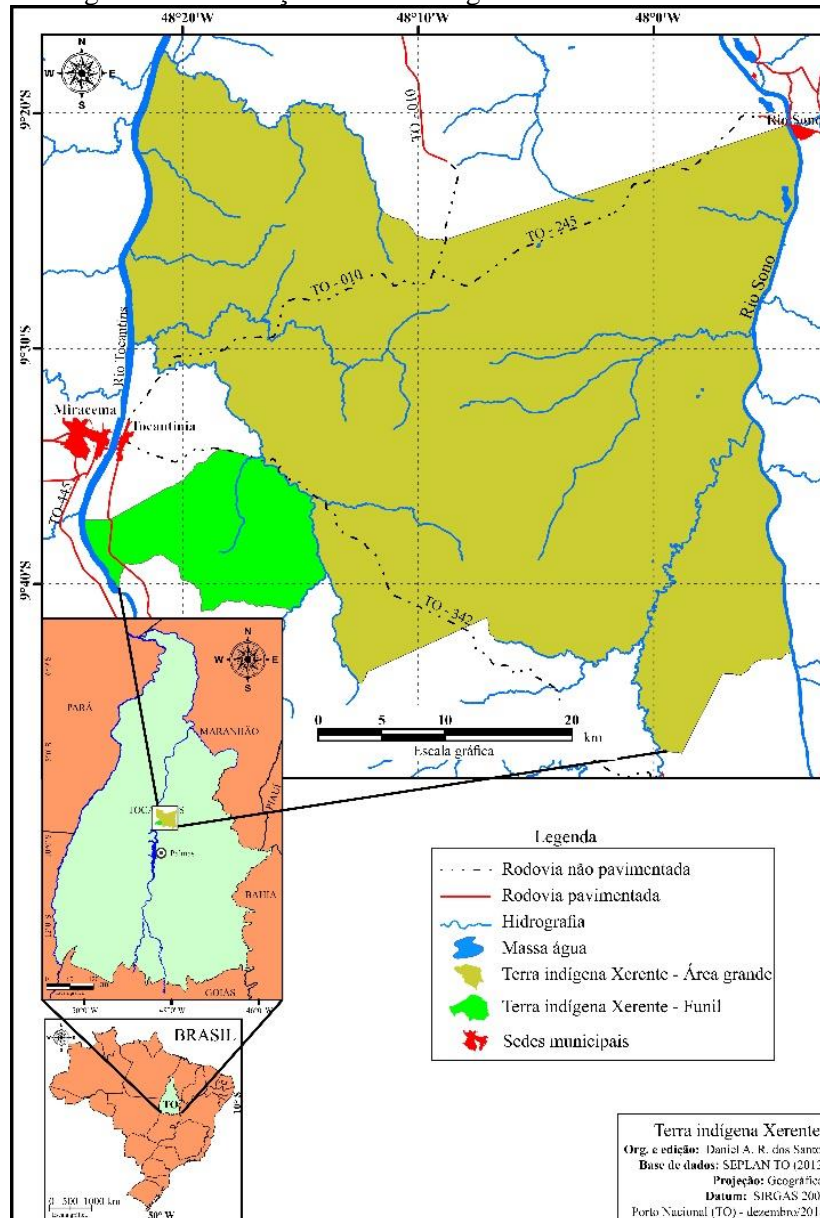
Fonte: Da catequese dos índios do Brasil (notícias e documentos para a história) 1896-1911. 1920 (Apud Abreu, 2007).

A proposta de educação de Daltro ilustra que, mesmo quando imbuída de “boas intenções”, o processo de instrução dos indígenas sempre esteve associado à ideia de atraso cultural e necessidade de tornar esses indivíduos “civilizados”. Isso nos ajuda a entender o porquê de após séculos de contato com os conquistadores, os povos indígenas, apesar de terem hoje o direito à alteridade garantido por lei, ainda encontram uma realidade onde têm enfrentado dificuldades em várias áreas, dentre elas, a saúde.

Nesse sentido, o povo Xerente que habita hoje a margem direita do rio Tocantins, entre os municípios de Tocantínia, Rio Sono e Pedro Afonso, constitui um povo que se adaptou e continua se adaptando ao contato com os não-indígenas. Nem por isso o processo se torna menos doloroso, pois somente em 1991 que parte de seu território tradicional foi demarcado em definitivo como terra indígena. O processo de demarcação se deu em duas etapas, tendo sido a primeira a delimitação da área denominada pelos Xerente de Área Grande, com extensão de 167.542,105 hectares, delimitada pelo Decreto 71.107 de 14 de setembro de 1972, e demarcada pelo Decreto 76.999 de 8 de janeiro de 1976; e a segunda, a área chamada Funil, com 15.703,797 hectares, delimitada pela Portaria 1.187/E/82 de 24 de fevereiro de 1982 e homologada pelo Decreto 269 de 29 de outubro de 1991. Portanto, atualmente a terra indígena Xerente (Figura 4) possui uma extensão de 183.245,902 hectares, divididas em duas áreas, que apesar de terem sido criadas por processos distintos, são geograficamente contíguas.

Nesse percurso, o povo *Akwẽ*/Xerente experimentou um crescimento populacional nas últimas décadas, bem como uma ampliação do número de aldeias. De acordo com o DSEI Tocantins, em 2015 eram 65 aldeias e 3180 indígenas na região, espalhadas pela área de 183.245,902 hectares divididas entre as áreas que os Xerente denominam Grande e Funil, resultantes de processos de demarcação distintos, conforme descrito acima.

Figura 4- Localização da terra indígena Xerente no Tocantins



Fonte: Elaborado por Daniel A.R. dos Santos

Como assevera Silva (2015) o reconhecimento dessa área como terra indígena Xerente foi fruto de um processo longo e conturbado, muitas vezes marcado por violência e mortes. A demarcação de suas terras, entretanto, por si só, não garantiu que os Xerente estivessem livres das ameaças do mundo circundante. A expansão da agricultura e grandes empreendimentos hidrelétricos no entorno das terras Xerente continuam impactando diretamente o modo de vida e a saúde desse povo. Araújo e Araújo (2018) analisando as políticas sociais em relação aos Xerente conclui que

Pouco avançou na proteção da população *Akwê*-Xerente, entre os anos 1970 e 2010 mesmo com a conquista da demarcação das terras indígenas, uma vez que a pauperização persiste, bem como permanece a luta pelo território e ampliação dos seus direitos (ARAÚJO e ARAÚJO, 2018, p.260).

Ainda que possamos relativizar o termo “pauperização”, utilizado pelos autores, tendo em vista que este denota uma relação de posse ou não de bens materiais ou ainda uma concepção a partir no modo de vida capitalista, é fato que, as condições de vida atual dos Xerente encontram barreiras econômicas e sociais ao seu desenvolvimento pautado na alteridade.

## **1.2 Os Xerente na visão dos principais autores**

### **1.2.1 Curt Nimuendajú (1883-1945)**

Sem dúvidas o trabalho de Curt Nimuendajú é um marco na etnologia Xerente. O Etnólogo alemão Curt Unckel nascido na cidade de Jena em 1883 migrou para o Brasil em 1903 e, a partir de sua permanência de aproximadamente dois anos com os Guarani em São Paulo, recebeu destes o nome que adotaria a partir de então. Nimuendajú empreendeu diversas viagens pelo território brasileiro descrevendo a localização e o modo de vida de vários povos. Sua permanência junto aos Xerente se deu nos anos de 1930 e 1937, ocasiões em que passou aproximadamente seis meses ao todo convivendo com eles. Os seus escritos estão sintetizados na obra *The Serente* (1942), traduzida para o inglês por Robert Lowie, a partir de seus manuscritos em alemão, e até hoje são o ponto de partida para qualquer estudioso do povo *Akwê*/Xerente.

Em *The Serente*, Nimuendajú apresenta uma descrição densa da organização social e familiar dos Xerente partindo do ponto de vista de que o que encontrara à época seria uma sociedade decadente e em vias de extinção. Sua percepção é traduzida no trecho de sua obra ao afirmar:

Eu encontrei a cultura aborígene em estado de colapso. Economicamente e socialmente arruinada, cercada pelos colonos neobrasileiros, o povo estava à beira da sujeição completa às suas influências. [...] Sua aldeia natal se transformou em um lugar de escassez; a influência tribal diminui constantemente à medida que os colonos aumentam; a miscigenação se estende, alterando o caráter tribal. Portanto, pais que não são mais índios puros às vezes se desviam de seu sistema tradicional de educar as crianças sem repreender e bater” (NIMUENDAJÚ, 1942, p.08, tradução minha).

Foi partindo desse ponto de vista que Nimuendajú empreendeu esforços para reconstruir, através dos relatos orais, o que seria a sociedade Xerente original. Nesse sentido entende que “reconstruir a antiga cultura dessa população, apesar de difícil, ainda é possível pois alguns anciãos ainda vivem, e muitos outros mantêm memórias vivas de sua juventude” (Nimuendajú, 1942, p.08, tradução minha).

Essa perspectiva é criticada por outros autores que consideram que ao adotar tal postura, Nimuendajú deixou de relatar o que de fato ocorria naquela sociedade pois ateve-se a uma perspectiva de historicismo. Enfatizando o caráter dualista da estrutura social Xerente, ele relata a organização da sociedade como composta por duas metades exogâmicas, patrilineares e patrilocais, associadas ao Sol (*Siptató*) e à Lua (*Sdacrã*), sendo cada uma delas constituída por três clãs originários, aos quais ter-se-ia incorporado um quarto. O quadro abaixo sintetiza a distribuição dos clãs de cada metade segundo Nimuendajú:

**Quadro 1.** Clãs associados às metades Sol (*Siptató*) e Lua (*Sdacrã*) segundo Nimuendajú (1942)

		Metades	
		<i>Siptató</i>	<i>Sdacrã</i>
Clãs		<i>Kuze</i>	<i>Krêprehi</i>
		<i>Isibdu</i>	<i>Isauré</i>
		<i>Kbazipré</i>	<i>Isrurié</i>
		<i>Prasé</i>	<i>Krozaké</i>

Cabe lembrar, conforme salienta De Paula (2000) que os termos *Siptató* e *Sdacrã*, atualmente são utilizados apenas pelos anciãos, tendo sido substituídos pelas gerações mais novas por *Doí* (Sol) e *Wahirê* (Lua). Cada clã possui um conjunto de nomes que os identifica, e são transmitidos patrilinearmente aos sobrinhos e netos.

As metades patrilineares, segundo Nimuendajú, derivam de sua visão dualística do cosmo como um todo e a divisão entre as duas metades e seus clãs patrilineares determinariam padrões de casamento e de moradia. Desse modo, haveria um padrão exogâmico entre as metades, virilocal quanto á moradia, sendo que cada clã estaria ligado a outro localizado na metade diametralmente oposta na estrutura das aldeias que seriam construídas em forma de ferradura com a abertura voltada para o oeste e a concavidade para o leste, tendo nos lados norte e sul as residências das metades opostas.

Outro elemento de grande importância descrito por Nimuendajú diz respeito às associações por idade. O surgimento dessas associações é explicado através do mito no qual Sol e Lua aparecem em forma humana, pintados de *krará*, na aldeia onde os moradores estavam a recolher formigas comestíveis, e então pedem aos moradores que lhes deem as formigas. Eles, sem reconhecê-los, perguntam: “Por quê? Quem são vocês?” Eles então respondem, nós somos *krará*. Diante da resposta recebem a cesta de formigas e partem. Longe da aldeia se lavam e pintam-se novamente de *akemhã*, repetindo a entrada na aldeia e novamente são inqueridos sobre quem são, ao que respondem “Somos *akemhã*”, recebendo uma nova cesta de formigas. Pela terceira vez se retiram e logo retornam pintados de *amnorowá*, e da mesma maneira, recebem a terceira cesta de formigas. Por fim, reaparecem transformados em jovens mulheres, ganhando dessa vez a quarta cesta de formigas. A partir daí os homens gostaram das pinturas e formaram-se três grupos que se pintaram de *krará*, *akemhã* e *amnorowá* e começaram a dançar à noite em locais distintos de acordo com a pintura que haviam feito. Entretanto, uma jovem mulher se aproximou com um chocalho e os convidou para uma dança “*waké*”. A partir de então os mais jovens se associaram aos *akemhã*, os não tão jovens aos *krará* e os mais velhos aos *amnorowá*, constituindo associações por idade.

Posteriormente uma quarta associação surgiu a partir do mito de um velho índio que estava caçando e avistara um cervo na mata. Ao mirar para acertar o animal, o cervo se dirigiu a ele e disse em voz humana:

*“Eu não sou um cervo! Eu vim apenas para te dizer que você e os homens mais velhos deveriam encontrar uma quarta sociedade.”* Então o cervo assumiu a forma humana e, branco como uma garça, subiu ao céu. O homem foi para casa e fez o que tinha sido ordenado na visão. A nova sociedade fez o seu lugar de encontro atrás do solteirão e se chamava *krieri'ekmu*. (NIMUENDAJU, 1942, p.60, tradução minha)

Essas associações por idade assumem na obra de Nimuendajú uma importância maior do que a dos clãs e das metades, o que, de acordo com Farias (1994), não corresponderia à real organização social dos Xerente, dado que a identificação associada aos clãs patrilineares e consequentemente às respectivas metades é, de fato, mais marcante na organização social que observara. Novamente, essa discrepância sugere que a preocupação com o resgate<sup>6</sup> da cultura

---

<sup>6</sup> O termo “resgate” empregado aqui é utilizado tal como descrito pelos autores que criticam a perspectiva adotada por Nimuendajú, Portanto, não reflete a concepção de que a cultura é algo estático a ser resgatado.



original dos Xerente pode ter favorecido a descrição de relatos memoriais em detrimento da realidade fática da sociedade Xerente à época, o que, a meu ver, não desmerece o trabalho de Nimuendajú, mas apenas implica em relativizar alguns dados diante dos demais registros sobre a estrutura social.

Feitas as devidas considerações acerca da perspectiva de descrição de Nimuendajú sobre os Xerente, interessa-me sobremaneira a descrição que ele faz no capítulo intitulado *Religion*, sobre a cosmologia Xerente relacionada às divindades<sup>7</sup> e como isso reflete na visão da doença e nas práticas de cura.

Nimuendajú (1942, p.83) descreve que as influências da religiosidade cristã por quarenta e oito anos (à época) não fora capaz de converter os Xerente em cristãos. Contudo, pondera que o que denomina “sentimento religioso original” (tradução minha) estava atenuado por esse contato. Em sua visão, apenas alguns poucos anciãos guardavam os valores religiosos originais, mas mesmo assim relutavam em falar sobre assuntos de natureza espiritual por medo de sofrer consequências fatais. Diante disso, parece abdicar desse tema, ao descrever: “Não vale a pena discutir tais assuntos com eles: eles não sabem nem querem saber de nada” (Op. cit. tradução nossa).

Em campo foi possível perceber que, ainda hoje, o assunto espiritualidade não é abordado facilmente. Em conversas com anciãos nunca consegui extrair algum relato que fizesse menção direta a qualquer vivência espiritual pessoal, a não ser através de mitos em relação aos *Sekwá*<sup>8</sup> (Pajé) e *Tdekwá* (Dono), cujo papel na cosmologia Xerente será discutido adiante.

Retomando Nimuendajú, ele descreve que para os Xerente a organização do mundo está ligada à representação do Sol e da Lua e das estrelas. Os Xerente não têm uma explicação para a criação da humanidade. Para eles, a terra, os céus, o mundo subterrâneo (que está em continuidade com o mundo exterior), bem como o próprio Sol e a Lua sempre existiram e sempre continuarão a existir. No entanto, a humanidade estaria sujeita à destruição por dilúvios, conflagrações mundiais, ou pela “noite fria”. (NIMUENDAJÚ 1942, p.84),

---

<sup>7</sup> A palavra “divindade” aqui utilizada é uma tradução literal de *deities*, utilizado por Nimuendajú. Contudo, não expressa um ser que é objeto de culto religioso. A relação dos Xerente com os demiurgos Sol e Lua é de causalidade, na medida que explica a sua organização cosmológica e social, e não de espiritualidade, ainda que com a chegada dos missionários protestantes, cada vez mais associam o Deus do evangelho cristão com *Waptokwá* (criador).

<sup>8</sup> O termo *sekwá* será empregado sempre que nos referirmos à figura do pajé nos Xerente, como forma de privilegiar o termo em sua língua.

Sol (*Waptokwá*) e Lua (*Wahirê*) aparecem em forma humana para alguns “protegidos”, sem que nada possam fazer para evocá-los, já que só aparecem a seu bel prazer. *Waptokwá* e *Wahirê* não têm nenhuma relação de parentesco e podem aparecer juntos ou separados em relatos diferentes. Ambos viviam na Terra e desde que partiram são invisíveis. Cabe notar que ao se referir aos astros, os Xerente usam os termos *Bdã* para Sol e *Wá* para Lua. Nesse sentido, não há, necessariamente, uma correspondência direta entre os astros físicos e os demiurgos.

*Waptokwá* exerce uma influência maior na crença nativa e é descrito como “criador de todas as coisas”. Tem como seus séquitos o planeta Vênus (*Wazi-topré-zaure*) e Júpiter (*Wazi-topré-rí*), além das estrelas da constelação de Órion (*Sdaikwasa* – cinto de Orion “três marias”) e Kappa orionis (*Asarê*) (grifo nosso). Já o companheiro de *Wahirê* (Lua) seria o planeta Marte (*Wasitopré-pe*), que se personifica no *Hieparo-wawe* (*Heparê*). Destaco que em minha vivência em campo, certa vez que iria dormir em uma barraca ao relento, fui alertado pelo Cacique para ter cuidado com os *Heparê* que poderiam aparecer. Perguntei a ele sobre o que se tratava, ele me respondera que eram os espíritos dos mortos que andavam à noite.

Segundo Nimuendajú, toda comunicação entre as divindades *Waptokwá* e *Wahirê* e a humanidade se dá através das estrelas, e mesmo quando esses demiurgos concedem poder e conhecimento aos seres humanos, eles não são seus agentes imediatos. A concessão de poder se dá pela aparição dos demiurgos em forma humana, geralmente nas ocasiões de andanças pela mata. Nimuendajú relata as visões de *Brué*, um cacique e pajé que lhe confiava os relatos. De acordo com ele, as aparições comumente se dão primeiro em sonho, que indicam os lugares por onde devem ir para então, terem a visão da forma humana da divindade na realidade. Nessas visões são reveladas formas de evitar catástrofes naturais tais como dilúvios e secas, bem como revelam formas de curar enfermidades.

Ainda hoje é possível observar relatos que atribuem aos sonhos mudanças no estado de saúde. Certa vez um Xerente me relatou que havia sonhado à noite e que por isso não estava se sentindo bem, com dores no estômago. Contudo, não me revelara o conteúdo do sonho.

É também através do contato com os demiurgos em sua forma humana que se adquire o conhecimento para tratar os males que afligem o corpo. Conforme descreve Nimuendajú (1942), a prática da cura se dá através da retirada do ente causador do corpo do doente. Para tanto, aquele que recebeu a visão, realiza rituais conforme foram ensinados nesse contato direto com o ser mitológico.

Os alunos de Marte são considerados bons médicos. Eles cantam à noite sob o som de chocalhos para descobrir a causa da doença, e então sugá-la em forma de um grão de milho ou de um pequeno pedaço de madeira, removendo-o. Se sua prática não for adequada, esses pedem auxílio aos alunos de Vênus e Júpiter. [...] esses usam uma varinha de 60 centímetros de comprimento, pintada de vermelho para puxar a causa da doença fora do corpo do paciente, de modo a fazê-lo cair no chão ao lado dele. (NIMUENDAJÚ ,1942, p.90, tradução minha)

Sobre a morte, Nimuendajú relata que acreditam que a alma (*dahiembá*) deixa o corpo pela parte da frente da cabeça antes que as dores da morte acabem. Um *sekwá* (pajé) narra a Nimuendajú que conseguiu por três vezes recuperar uma alma que havia deixado o corpo utilizando suas varinhas para apontar o caminho do corpo para que a alma voltasse, curando assim o enfermo. Quando uma pessoa está moribunda, é cercada pelas almas invisíveis de seus parentes que já morreram.

Nimeundaju relata que nunca vira uma cruz numa sepultura Xerente. Esse relato conflita certamente com minha experiência em campo. Tive a oportunidade de estar com os Xerente na ocasião de um feriado cristão de *Corphus Cristhi* e acompanha-los até a o local onde enterram seus mortos. As covas não eram marcadas por nada mais, senão uma cruz (Figura 5). Ao chegarem, tratavam de limpar o pé da cruz no local onde o seu parente estava enterrado e acendiam velas.

Figura 5- Atual cemitério Xerente com cruzes marcando as sepulturas



Foto: Rogério Marquezan

O que se seguia eu interpretei como um misto de prática ritualística e costumes religiosos incorporados pelas experiências com religiosos com quem eles convivem há décadas.

As mulheres se ajoelhavam ao pé da cova e entoavam o choro ritualístico, um som gutural de lamentação que mais parecia um canto. Obviamente não se viam lágrimas, mas as expressões eram de dor. Após alguns minutos então, deixavam o local em silêncio. Melo (2016) descreve o choro ritual (*dedasiwakō*) como um choro melódico e pessoal executado sobretudo pelas mulheres, mas também pelos homens e que pode ser repassado a um descendente caso haja interesse. Entretanto, o receptor só poderá executar o choro após a morte do dono original da “melodia”. Pretendo retornar a esse episódio adiante para tentar desvendar mais elementos de seus significados à luz das etnologias mais recentes. O choro ritual teria a função de jogar fora a tristeza e a saudade, rompendo assim com o morto, deixando-o partir (MELO, 2016).

### **1.2.2 David Maybury-Lewis (1929-2007)**

Maybury-Lewis esteve com os Xerente em 1955 e posteriormente em 1963, e é enfático ao afirmar, como já dissemos, que a sociedade que Nimuendajú descreve não é, de fato, aquela que ele observava na década de 30, mas sim uma reconstrução a partir das memórias e relatos de seus anfitriões. Nesse sentido, alguns aspectos descritos por ele, como a organização da aldeia em formato de ferradura, já não se verificavam à época, nem tampouco é possível observá-las nos demais registros sobre os Xerente. Nessa concepção, cada aldeia representaria um microcosmo independente e que abarcaria uma totalidade representada por todos os grupos sociais e, portanto, cada aldeia seria uma unidade autônoma contendo toda a representação do universo Xerente. Essa visão seria contestada posteriormente por outros etnólogos que estiveram com os Xerente (FARIAS, 1994).

Em *Dialectical Societies* (1979) Maybury-Lewis descreve aquelas que considera as principais diferenças observadas por ele em relação ao que Nimuendajú relatara. A descrição das aldeias em forma de semicírculo com posições definidas para cada metade e seus respectivos clãs, nem mesmo era vista na época da descrição de Nimuendajú, que descreve tal disposição a partir dos relatos de seus interlocutores. De fato, Maybury-Lewis afirma que vinte anos depois do período em que Nimuendajú esteve com eles, encontrara os Xerente em condição similar, ou seja, as aldeias eram dispostas em aglomerados de cabanas sem significado simbólico algum, assim como as metades e os clãs não tinham espaço definido, nem tampouco davam importância para a exogamia das metades. As cerimônias, segundo Maybury-Lewis, eram realizadas em meio a discordâncias em relação ao que deveria ser feito, ao passo que festas com presença de bebidas alcoólicas eram organizadas para aqueles que os Xerente

chamavam de amigos. Diante disso, Maybury-Lewis argumenta que não entende essas mudanças como um sinal de colapso da cultura dos Xerente, mas sim de uma admirável resiliência pois apesar das transformações conseguiram manter uma distinção linguística e cultural, mesmo tendo sido reduzidos a pouco mais de 300 membros durante o processo de conquista. A adaptação, na visão de Maybury-Lewis, foi vital para a continuidade de sua existência. A partir das minhas observações, a visão de Maybury-Lewis em relação à adaptabilidade dos Xerente me parece mais atual do que nunca.

Uma das principais diferenças entre as descrições de Nimuendajú e Maybury-Lewis diz respeito aos clãs das duas metades (*Siptó* e *Wahirê*). A descrição de Maybury-Lewis apresenta três clãs associados à metade *Doí* e dois à metade *Wahirê*, conforme ilustra o quadro 2.

Quadro 2. Divisão dos clãs pelas metades por Maybury-Lewis (1979)

		Metades	
		<i>Doí</i>	<i>Wairi</i>
Clãs		<i>Kuze</i>	<i>Wairi</i>
		<i>Kbazí</i>	<i>Krozaké</i>
		<i>Klitó</i>	—

Maybury-Lewis, ao contrário do que descrevera Nimuendajú na sua reconstrução da sociedade ideal, observara que a organização quanto á residência pós-marital nos Xerente seria uxorilocal, apesar de assumirem um padrão patrilinear.

Apesar das distinções entra as duas visões, Maybury-Lewis também enfatiza a divisão binária da sociedade e o reflexo dessa visão na concepção de várias instâncias da existência como: vida e morte, quente e frio, dia e noite, até mesmo na esperteza ou estupidez (MAYBURY-LEWIS, 1979, p.231).

### 1.2.3 Para além de Nimuendajú e Maybury-Lewis

Farias (1994) considerou que a produção etnográfica sobre os Xerente pode ser dividida em três momentos distintos a partir do período de permanência de alguns autores com esse povo, sendo o primeiro nos anos 30 com Nimuendajú (1942, 1946), o segundo nos anos 50 com Maybury-Lewis (1965, 1966, 1979) e o terceiro nos anos 80, com Lopes da Silva (1986, 1992) e ainda com Maybury-Lewis (1984a, 1984b, 1986, 1989, 1990).

A partir da década 1990, as descrições acerca da organização social e do faccionalismo Xerente têm sido a tônica predominante nas obras etnográficas relativas aos Akwê.

Em sua análise, Farias (1994) destaca a importância da divisão em metades exogâmicas na organização social dos Xerente e discorda de Maybury-Lewis em relação à não associação dessas metades às instituições como o casamento, por exemplo. Para tanto, argumenta que as pinturas corporais, bem como a identificação pelos nomes pertencentes aos clãs são importantes modos de identificação pública com as metades exogâmicas, além de servir de base para a organização política e social. Destaca ainda a importância dos rituais de nomeação masculino e feminino como modo de integração das aldeias, no que denomina “força centrípeta”, numa sociedade com forte “tendência centrífuga”.

Tal tendência à dispersão revelou-se muito importante para o olhar sobre a saúde e será abordada novamente ao final do trabalho. O autor também destaca o caráter adaptativo e incorporativo das transformações históricas, denotando a capacidade de incorporar novas necessidades e categorias culturais às antigas tradições. Se retomarmos brevemente o período do século XIX quando a população Xerente foi reduzida a pouco mais de 300 indivíduos, é notória a capacidade de manutenção de sua estrutura de organização social a partir da visão dualista de mundo, aliada a uma admirável habilidade de incorporação da cultura circundante. O reflexo dessa característica social Xerente certamente também permeia suas relações com o campo da saúde, como pretendemos explicitar mais adiante.








Lopes da Silva e Farias (1992) partem da revisão das obras clássicas de Nimuendaju e Maybury-Lewis para então voltar o olhar para as pinturas corporais como reveladoras das articulações antes pouco visíveis na sociedade Xerente. Os motivos básicos da pintura corporal dos Xerente estão diretamente associados aos clãs e às metades exogâmicas patrilineares. Segundo Lopes da Silva e Farias (1992):

A palavra que descreve o motivo serve, atualmente, de designação genérica para o conjunto de clãs cujos padrões específicos de pintura têm, por base, o motivo em questão. Assim, *wahirê*, em seu uso genérico, designa todos os clãs que têm no traço o elemento de sua pintura específica; *doí*, todos os clãs que têm no círculo seu motivo característico. (LOPES DA SILVA e FARIAS 1992, p.98):

A partir dos motivos genéricos das duas metades (traço e círculo), cada clã se diferencia pela variação no tamanho e no local do corpo onde os traços dos motivos são aplicados (Quadro 3).

Outra forma de identificação através das pinturas se relaciona com as metades rituais, chamadas por eles atualmente de times, ou partidos de tora. A pintura corporal, nesse caso, se relaciona às associações por idade (ainda que atualmente esse critério seja discutível). Os times, denominados *Steromkwá* e *Htamhã* se ornamentam seguindo o mesmo padrão de ornamentação de suas toras usadas na competição. A metade *Steromkwá* utiliza um padrão de traço em ângulos de 90° ligados entre si que remetem à imagem da sucuri, enquanto o metade *Htamhã* adota um padrão de triângulos sobrepostos, relacionados ao jabuti.

Quadro 3. Motivos pictóricos Xerente associados aos clãs

Metades	Wahirê/Sdacrã		Doí/Sip'tato	
Motivo	TRAÇO		CÍRCULO	
Clãs	Krozakéosaptoré		Kuzã/Kunmã	
	Krozakétopá		Kbazi/Isrõ	
	Kremprehi	 (Lateral do corpo)	Isibdu/Kritó	
	Wahirê	 (Na frente do tronco e costas)		

Fonte: Adaptado de Farias (1990)

Lopes da Silva e Farias (1992) concluem que a linguagem corporal assume um papel ativo na organização social Xerente, ainda que:

Divergências de opinião e ambiguidades na identificação dos padrões específicos dos clãs levam à reflexão sobre a própria estrutura da sociedade

[...] uma vez pintados, porém, os corpos expressam uma classificação que é clânica (e conseqüentemente de metades) e inequívoca. (LOPES DA SILVA; FARIAS, 1992, p.114)

Acrescente-se ao rol de autores que se debruçaram sobre os Xerente, aqueles que produziram seus trabalhos a partir dos anos 2000.

De Paula (2000) apresenta uma análise processual histórica da atuação política dos Xerente a partir da criação do estado do Tocantins que considera oposta à visão estruturalista ou funcionalista dos autores que o precederam, como Nimuendajú (1942), Maybury-Lewis (1979), Farias (1990) e Lopes da Silva (1992). Em sua análise revela que o envolvimento dos Xerente no campo da política guarda estreita relação com o percurso histórico desse povo que vem aprendendo a empregar estratégias políticas do não-indígena para se inserir na esfera política local e regional. Nesse processo De Paula (2000) afirma que: é possível notar

[...] um dinamismo intenso, repleto de conflitos e contradições [...] por outro lado, tais alianças múltiplas contraditórias e diversificadas – deflagradas cotidianamente pelas facções indígenas – apontam indícios de uma estratégia de vivência social e política imemorial dos Xerente junto aos diversos segmentos não indígenas que se envolveram (e continuam a se envolver) com o campo político local e regional. (DE PAULA, 2000, p.231)

Oliveira-Reis (2001) ao analisar os aspectos do contato e as formas socioculturais na sociedade Xerente, discute também aspectos da política, dialogando com De Paula (2000), porém discorda desse em relação ao fato de as ações políticas dos Xerente estarem devotadas a algum tipo de autonomia ou hegemonia como supôs De Paula. Para ilustrar, destaca o caráter eminentemente precário dos caciques que estão sempre sendo questionados pelos grupos rivais, e cuja permanência no papel de cacique depende tanto de atender as demandas de seus apoiadores, na maioria do seu clã, quanto na habilidade de neutralizar os movimentos oposicionistas (OLIVEIRA-REIS 2001).

Já Schroeder (2006), nos revela como o imbricado mundo de significados da cosmologia Xerente, marcado pela busca de simetria entre as metades, permeia o campo das relações políticas, sintetizando a dinâmica da relação entre parentesco e política:

A perfeita identidade, ou seja, uma turma extraída de um único clã não tem como dinamizar-se politicamente se não suscitar e promover a alteridade. Tal como o patriclã é impotente para se reproduzir e diferenciar sem o concurso da mulher da outra metade, assim, na política, se não houver grupos em oposição, as aldeias vão se esvaziando até se reduzir a uma única turma. A



oposição dinamiza a estrutura social, e isto nos traz de volta ao nosso ponto de partida: uma estrutura política que opera por oposições. (SCHROEDER, 2006, p.244)

Um aspecto muito importante na continuidade das tradições da sociedade Xerente reside na questão da transmissão oral dos mitos e costumes, como apontado por Calixto Xerente (2016). Barroso (2009), nesse sentido, analisou a importância do discurso transmitidos pelos *Wawê* (anciãos) na manutenção da memória dos Xerente contrapondo ao contato com a escrita como ferramenta de novas possibilidades para a sociedade Xerente.

Até aqui consideramos os principais estudos sobre os Xerente desde a década de 30 até a primeira década dos anos 2000. Essa produção é intensamente marcada pela abordagem da sociedade Xerente a partir de seu dualismo, de sua língua e de seus arranjos políticos e faccionais. Toda essa produção, sem dúvida, nos permite entender parte da complexidade da organização social que os *Akwê* apresentam e que fazem parte de seu sistema cultural de saúde. Contudo, recentemente, alguns autores advogam por uma abordagem mais voltada para a realidade fática, argumentando que os interesses e necessidades sociais muitas vezes sobrepujam as regras tradicionais.

[...] depois de uma overdose de leituras que me faziam pensar os Xerente, e de maneira mais ampla os demais Jê, primeiramente a partir do dualismo, instigara-me, em campo, as ocasiões em que os interesses pessoais e políticos, sobrepondo-se aos arranjos ideais entre clãs e metades, faziam essas subdivisões terem em alguns contextos, menos importâncias do que os textos me faziam acreditar (MELO, 2016, p.16).

De certa maneira, essas incongruências também foram apontadas por autores como De Paula (2000) e Oliveira-Reis (2001). Porém, sempre a partir da organização dualista como fio condutor de suas análises, obviamente, conduzidos pela produção etnográfica anterior a eles.

Raposo (2009) analisa as alterações nas concepções de gênero partindo da ótica dualista característica dos Xerente, mas também com ênfase nos aspectos fáticos dos relacionamentos matrimoniais estabelecidos com indígenas de outras etnias bem como com os não índios, por exemplo.

Milhomem e Cruz (2010) analisaram a construção da identidade de gênero na mulher Xerente, trazendo à luz uma importante reflexão sobre a construção da identidade feminina naquela sociedade, diante das novas demandas trazidas pelas transformações históricas e sociais.

Mais recentemente, Lima (2016) apresentou uma análise das mudanças no modo de vida dos Xerente em função dos aspectos socioambientais, revelando impactos que envolvem desde as relações econômicas que foram alteradas pela relação com o dinheiro dos projetos de compensação e com a escassez da pesca e da caça, bem como seus reflexos que tangenciam questões como hábitos alimentares e até mesmo a possibilidade de obtenção dos remédios naturais. Ferreira (2016) traçou uma análise dos percursos terapêuticos nos Xerente, cuja descrição tem aproximação com este estudo. Melo (2016) trouxe, por sua vez, uma relevante compreensão dos processos ritualísticos envolvendo as práticas xamânicas, que merecerão uma descrição à parte mais adiante, dada a relevância para o tema que proponho analisar.

Percebe-se, portanto, que os trabalhos relativos à organização social e à cosmologia Xerente das últimas décadas têm refletido as mudanças sociopolíticas do universo circundante dos Xerente, trazendo à tona questões fáticas do relacionamento intercultural cada vez mais intenso devido às pressões do “desenvolvimento” que circunda as terras indígenas Xerente. Dada a visão cosmológica holística característica dos povos ameríndios, é possível vislumbrar em todos esses trabalhos questões relativas ao sistema de atenção à saúde dos Xerente, ora revelados pelas associações das mudanças ambientais com o adoecimento, ora pelas relações estabelecidas com seres do seu repertório mítico. Para melhor compreensão desse universo, descrevemos a seguir aspectos relativos aos referenciais pelos quais os Xerente explicam a existência do universo.

### **1.3 Cosmologia e visão de mundo**

Ao descrever a concepção cosmológica dos Xerente é inevitável o encontro com Viveiros de Castro (2004) que, ao propor a ideia de multinaturalismo, nos lança bases para compreensão do pensamento dinâmico dos povos ameríndios. Questionando a visão relativista e do multiculturalismo, inverte a lógica ocidental de que haveria uma estabilidade nos fenômenos naturais e o que variaria seria a percepção dessa natureza única, ou seja, as culturas seriam variáveis e a natureza seria única. De fato, a proposta mais condizente com a visão de mundo dos povos ameríndios, incluindo os Xerente, é que há na verdade múltiplas naturezas e uma única cultura. A natureza seria particular e a cultura seria universal, no sentido de que a humanidade (e Cultura) não seria uma exclusividade do homem.

Para exemplificar, Viveiros de Castro cita que no pensamento ameríndio uma onça pode ter características humanas quando reunida com outras onças, fora da presença de humanos. Ou seja, a humanidade da onça não seria visível pois só se manifestaria fora de nossa presença. Assim, ao ver uma onça, um indígena não veria sua forma humana, mas ao voltar para a mata, junto de outras onças, essa poderia apresentar características humanas. Essa visão cosmológica comum aos povos ameríndios traz consigo a implicação de que existem várias possibilidades de naturezas diferentes, vivenciadas por sujeitos e objetos que podem ter, assim como as pessoas, características humanas, e não uma natureza única da qual a objetivação se tornou a obsessão da ciência ocidental.

Ao buscar objetivar essa pretensa natureza única, a ciência ocidental busca torna-la compreensível reduzindo a realidade ao que é visível, preterindo o que é sensível. E aqui reside o ponto principal na compreensão da representação de saúde nos povos indígenas. Para eles, não está em voga o apenas o racional da saúde, expresso na medicina biomédica pelos agentes patológicos, explicações causais e estudo do corpo biológico, mas sim o que é sensível e dependente do tipo de naturezas e de sujeitos que estão em questão.

Nesse sentido, ao analisar o contraste entre sua concepção multinaturalista face às concepções multiculturalistas, Viveiros de Castro (2004) afirma:

Enquanto estas se apoiam na implicação mútua entre unicidade da natureza e multiplicidade das culturas — a primeira garantida pela universalidade objetiva dos corpos e da substância, a segunda gerada pela particularidade subjetiva dos espíritos e do significado —, a concepção ameríndia suporia, ao contrário, uma unidade do espírito e uma diversidade dos corpos. A cultura ou o sujeito seriam aqui a forma do universal, a natureza ou o objeto a forma do particular (VIVEIROS DE CASTRO, 2004, p.226).

O pressuposto de objetividade do corpo e unicidade da natureza permeia, ou talvez possamos dizer que seja o cerne da visão biomédica ocidental. A compreensão do processo de adoecimento na visão biomédica está intimamente associada ao binômio saúde  $\times$  doença, por mais que haja propostas em contrário expressas inclusive na Constituição Federal.<sup>9</sup>

Portanto, para avançarmos na nossa discussão é preciso estabelecer de forma clara a distinção da diferença de perspectiva. A passagem a seguir nos ajuda a esclarecer a abordagem de Viveiros de Castro (2004):

---

<sup>9</sup> O conceito de saúde, como um direito à cidadania, foi expresso na Constituição Brasileira de 1988, seção II, nos artigos 196, 197, 198 e 199. Estes abordaram o conceito de saúde na perspectiva política, econômica e social.

Vendo-nos como não-humanos, é a si mesmos que os animais e espíritos veem como humanos. Eles se apreendem como, ou se tornam, antropomorfos quando estão em suas próprias casas ou aldeias, e experimentam seus próprios hábitos e características sob a espécie da cultura: veem seu alimento como alimento humano (os jaguares veem o sangue como cauíim, os mortos veem os grilos como peixes, os urubus veem os vermes da carne podre como peixe assado etc.), seus atributos corporais (pelagem, plumas, garras, bicos etc.) como adornos ou instrumentos culturais, seu sistema social como organizado identicamente às instituições humanas (com chefes, xamãs, ritos, regras de casamento etc.). Esse ‘ver como’ refere-se literalmente a perceptos, e não analogicamente a conceitos, ainda que, em alguns casos, a ênfase seja mais no aspecto categorial que sensorial do fenômeno; de qualquer modo, os xamãs, mestres do esquematismo cósmico dedicados a comunicar e administrar as perspectivas cruzadas, estão sempre aí para tornar sensíveis os conceitos ou inteligíveis as intuições. (VIVEIROS DE CASTRO, 2004, p.227)

Uma vez colocada em “perspectiva” podemos passar a analisar o sistema cultural de saúde Xerente a partir do trabalho de Melo (2016), que se debruça sobre o universo xamânico daquele povo, trazendo uma importante contribuição para o objetivo a que nos propomos.

### **1.3.1 *Sekwás*, Donos e Espíritos: a relação entre as diversas naturezas e a cura.**

Para podermos estabelecer aquilo que na visão da *Gestalt* seria o fechamento, no sentido da completude do significado do que denominamos sistema cultural de saúde, não basta os elementos históricos, faccionais e políticos. Falta nessa figura o elemento mais subjacente ao entendimento *Akwẽ* sobre aquilo que sintetizamos sob o nome de “saúde”. O modelo pelo qual provêm explicações, cuidados e papéis distintos aos agentes envolvidos no seu sistema de atenção à saúde está intimamente ligado à sua relação com o mundo espiritual. Nesse universo alguns personagens têm um protagonismo essencial e que serão destacados a seguir.

Já citamos a relação dos *Akwẽ* com os Demiurgos Sol e Lua, porém, cabe retomar a importância desses seres mitológicos, a partir dos quais a existência é explicada, e, portanto, todas as coisas relacionadas a ela. Melo (2016) expressa a importância do sol (*Waptokwá*) e Lua (*Wahirê*) para os Xerente:

*Waptokwá*/sol e *Wahirê*/lua são, portanto, referências importantes por meio das quais os *Akwẽ* pensam a si próprios e também a relação estabelecida com aquilo que os cerca. Um exemplo disso é que, com o contato com os não-índios, enquanto *Waptokwa* (*Bdâ*) é relacionado aos *Akwẽ*, e é às vezes denominado Deus ou Jesus, *Wahirê* passou a ser relacionado aos Brancos,

sendo denominado também de Pedro, personagem que parece fundir em si as figuras de Pedro Álvares Cabral e Dom Pedro I (MELO, 2016, p.73).

A passagem não apenas ilustra a referência mitológica atribuída aos astros (Sol e Lua), mas também revela a capacidade de incorporação dos elementos da cultura do não índio aos valores presentes no sistema de organização cosmológica *Akwẽ*. Assim, compartilhamos da perspectiva de Sahlins (1990) para quem as categorias culturais adquirem novos valores funcionais e são ressignificadas a partir da compreensão de cultura como elemento de sistemas inter-relacionados, com a diferença da inserção da dinâmica de mudança a partir da ação humana.

A cultura funciona, portanto, como uma síntese de estabilidade e mudança, de passado e presente, de diacronia e sincronia. É sempre um entrecruzamento, sempre algo instável e em mutação.

Retomando, portanto, a cultura *Akwẽ*, emerge um importante elemento na cosmologia dos Xerente, que são os Donos (*Tdekwá*).

*Tdekwá* é a palavra para dono e esse termo é usado em diferentes contextos. *Mrãĩ tdekwá* é o dono das matas, *Kâ tdekwá* é dono da água e, como eles, existe uma infinidade de outros seres que possuem e cuidam de seus domínios. De maneira análoga, os feiticeiros são chamados de *simĩka-tdekwá* e também os clãs são pensados a partir da ideia de Dono. (MELO, 2016, p.81)

A concepção envolvida na ideia de Dono não implica propriedade, mas sim que aquele ser coordena, zela e protege um determinado grupo e, portanto, têm sobre ele poder de determinar ações que em um processo dinâmico podem interferir em aspectos como a organização social ou na saúde dos *Akwẽ*. Assim, por exemplo, o Dono dos queixadas (porcos selvagens) é o ser responsável por protege-los, mas também pode, em alguma ocasião, se comunicar com um *Akwẽ*, que passa a ter um conhecimento acerca daquele grupo ao qual o *Tdekwá* está ligado. Mais à frente descreveremos um mito que ilustra como pode ocorrer esse encontro entre o Dono e os *Akwẽ*.

A relação entre os *Tdekwá* e os *Akwẽ* é mediada pela figura do *Sekwá* (pajé). Passemos a entender como essa relação se desenvolve a partir da descrição do processo de aprendizado xamânico pelo qual o *Sekwá* estabelece um vínculo com um *Tdekwá*, passando a ter os conhecimentos para realizar ações como cura ou até mesmo infligir feitiços e doenças.

Para tanto é importante entendermos a noção de continuidade entre os mundos presente na cosmologia Akwẽ. Para eles, conforme aponta Melo (2016), os três níveis do cosmo, céu (*hêwa*), terra (*tka*) e subterrâneo (*tka kamô*) parecem compor um sistema caracterizado pela intercomunicabilidade, possibilitando assim relações entre os seres das três instâncias, ou seja, entre seres celestes e seres humanos ou seres animados e inanimados. As transformações xamânicas, portanto, estão relacionadas ao potencial interativo entre esses seres.

Os Akwẽ balizam as menções feitas aos diferentes sujeitos que habitam o cosmo por meio da noção de *tdekwá* (dono), e o tipo de relação que os *Sekwá* estabelecem com seus espíritos-mestre parece ser o modelo que os *Akwẽ* procuram adotar nas relações que estabelecem com os bens e sujeitos estrangeiros. De maneira análoga aos seus xamãs, procuram domesticar o que vem de fora de modo a inverter a favor de si o sentido da assimetria instituída nessas relações (MELO, 2016, p.83).

A afirmação acima tem implicação direta para o que nos propomos a discutir. Defenderemos, a partir dos relatos de campo, que a partir da sua forma peculiar de se relacionar com o mundo circundante, os *Akwẽ* re-significam a saúde numa perspectiva dual sim, mas ao mesmo tempo integradora, na medida que refletem mudanças na sua organização social e política envolvendo o campo da saúde, sem que isso signifique a limiar perda da alteridade.

A formação de um *Sekwá* está associada há alguns elementos fundamentais de acordo com os relatos dos mitos *Akwẽ*. O primeiro deles diz respeito à uma viagem, que pode ser pela mata ou rio, geralmente em busca de caça e alimentos. Nessas jornadas solitárias, muitas vezes o viajante encontra-se com um *Tdekwá* e vive uma experiência mítica, a partir da qual adquire alguma habilidade relacionada ao Dono com quem se encontrou e, ao voltar para a aldeia, é reconhecido como um *Sekwá*.

Para exemplificar, Melo (2016), reproduz a narrativa do mito de um caçador que se tornou um *Sekwá* ao se deparar com o dono das queixadas. O caçador estava cavando um buraco atrás de um tatu, quando furou a terra e caiu sobre um buritizeiro, no mundo abaixo. De cima do buritizeiro ele viu a vara de queixadas embaixo, comendo buriti. O dono (*tedkwá*) chamou ele para descer. Depois de muita insistência, o rapaz perdeu o medo, desceu e foi levado para a aldeia dos queixadas. Lá ele aprendeu como colocar doenças e como cura-las. Depois de ter aprendido, desejou voltar. O dono dos queixadas o levou até onde há uma abertura, pela qual os queixadas saem do mundo de baixo. O *tedkwá* garantiu ao caçador a habilidade de localizá-los na mata através de um canto. Essa habilidade é utilizada então para indicar a localização da

caça aos demais caçadores para que pudessem caçar os queixadas. No entanto, a condição imposta pelo dono das queixadas é que ele (*Sekwá*) não poderia caçar, mas apenas indicar a localização, o que gerou reclamação por parte de sua esposa uma vez que ele nunca retornava com carne para casa, fazendo-a acreditar que ele havia dormido com uma mulher solteira. Após algum tempo, o *Sekwá* resolve caçar um queixada, mesmo sabendo que morreria se o fizesse. Mas, decidido, saiu à caça e avistou novamente o dono dos queixadas. Quando atirou sua flecha, esse a segurou com a mão e atirou-a de volta, matando o caçador, que então foi morar com os queixadas no mundo subterrâneo.

Tal narrativa ilustra a continuidade entre os mundos e a relação mediada pelo *tdekwá* na formação do *Sekwá*, que ao mesmo tempo adquire uma habilidade que pode ser utilizada para obter a caça, mas que também pode trazer a morte.

Alguns relatos em Melo (2016) revelam que os ritos de cura pelos *sekwás* podem envolver habilidade tais como capacidade de “ver” a doença olhando para a pessoa e enxergando através da pele os artefatos que estão causando a doença. O sopro pode ser utilizado para transmitir ao doente o poder do espírito auxiliar e este pode ser associado à sucção, que tem o papel de retirar do corpo aquilo que está causando a doença. Além disso, as terapias envolvem ainda a administração de extrato de plantas, raízes ou o consumo de chás.

Além das práticas acima, alguns rituais de cura envolvem cantos embalados pelo maracá (*zã*), instrumento ideofônico construído a partir do fruto do coité (*Crescentia cujete*), e cujo nome significa jiboia. Para Melo (2016) seu uso é explicado pelo fato de ser um veículo de comunicação com os espíritos auxiliares, bem como com os mortos.

Assim, ao tentar descrever o sistema de atenção cultural à saúde nos Akwẽ nos deparamos com um sistema complexo que perpassa pela relação histórica do contato com outros povos, pela lógica dualista relativa que serve de base à organização político-social e pela relação mítica com os espíritos e seus mediadores (*tdekwá e sekwá*). Da interpelação entre esses fatores emana a representação social desse povo acerca daquilo que ocidentalmente denominamos “saúde”. Como procuramos demonstrar, a concepção de saúde nos *Akwẽ* está relacionada ao seu modo de ser no mundo e que há séculos vem resistindo mesmo diante de tantos desafios.

## **CAPÍTULO II - ASPECTOS HISTÓRICOS E CULTURAIS NAS CONCEPÇÕES DE SAÚDE.**

### **2.1 - Sistemas de atenção à saúde: construções culturais**

Ao propor analisar as representações sociais de saúde parto do pressuposto básico de que estas são produzidas num contexto cultural específico. Conforme descreve Langdon e Wilk (2010) a cultura provê uma visão de mundo às pessoas que a compartilham, orientando, dessa maneira, conhecimentos, práticas e atitudes. Ainda conforme Langdon e Wilk (2010), as doenças e as preocupações com a saúde são universais e estão presentes em todas as sociedades. Mas, apesar da universalidade do fenômeno da doença, cada cultura estabelece diferentes modos de conceber suas causas e vivenciar e prover cuidados aos indivíduos que adoecem.

Kleinman (1980), sugere que, analisando qualquer sociedade complexa, é possível distinguir três alternativas de assistência à saúde: a informal, a popular e a profissional. Interessante notar que ainda de acordo com Kleinman (Op. cit) esses modelos possuem meios próprios de explicar e tratar as doenças, como também de definir quem cura e quem é o paciente, e ainda especificar como ambos devem interagir em seu encontro terapêutico. Aos conhecimentos e práticas mobilizados, individual ou coletivamente em resposta aos episódios de doença, denomina-se **Sistemas de Atenção à Saúde**. (LANGDON E WILK, 2010, grifo nosso).

Langdon e Wilk (2010), chamam ainda a atenção para o fato de que o sistema de atenção à saúde, enquanto modelo conceitual e analítico, não é uma realidade em si para os grupos sociais com os quais se convive ou estuda. Porém, esse modelo auxilia a sistematização e compreensão dos diversos elementos experimentados de forma complexa e subjetiva, seja em nossa sociedade ou em outras não familiares.

Nesse sentido, é útil a divisão que os autores fazem entre Sistema Cultural de Saúde, entendido como a dimensão simbólica que se tem sobre saúde, incluindo os conhecimentos, percepções e cognições utilizadas para definir, classificar e explicar a doença e Sistema Social de Saúde, composto pelas instituições relacionadas à saúde, bem como os profissionais que nelas atuam e suas relações de poder e regras de funcionamento. Interessante notar que o



sistema social de saúde, segundo os autores, às vezes inclui também especialistas não reconhecidos pela biomedicina.

Comumente, essa dimensão do sistema de atenção à saúde também inclui especialistas não reconhecidos pela biomedicina, tais como benzedeiros, curandeiros, xamãs, pajés, massoterapeutas, pais de santo, pastores e padres, dentre outros. (LANGDON E WILK, 2010, p.179)

Importante ressaltar que modelo biomédico também se configura um sistema cultural, haja vista que ocorre em consonância com os grupos e realidades sociais, políticas e econômicas que os produzem e replicam. Sob essa ótica, Langdon e Wilk (2010) alertam que os sistemas de atenção devem ser tratados à luz do relativismo cultural, que implica em, ao se deparar com outra cultura, não a julgar a partir de seu próprio sistema cultural. Ou seja, compreender a saúde de um ponto de vista do relativismo implica em reconhecer que a visão de quem analisa está inserida em um contexto socialmente produzido e que esse contexto não pode servir de parâmetro para análise de outros sistemas que expressam visões de mundo diferente. E, conseqüentemente, orientam práticas, conhecimentos e atitudes igualmente diferentes.

A fim de esclarecer ao leitor a implicação desses conceitos trazidos à tona nesse capítulo, apresentamos uma síntese (Quadro 4) que demonstra como os sistemas de atenção à saúde Xerente e biomédico se inter-relacionam.

Quadro 4. Síntese das características dos diferentes sistemas de atenção à saúde.

<b>Sistemas de Atenção à Saúde</b>	<b>Xerente</b>	<b>Biomédico</b>
Sistemas culturais de atenção à saúde (Modo de explicar a doença, de prover cuidado, papéis de cada ator diante do adoecimento, visão de mundo)	Cosmologia, relação holística com o universo, multinaturalismo, doenças como agente externo que atua sobre o corpo, cura através de práticas xamânicas e remédios naturais.	Natureza única, múltiplas culturas; Corpo biologizado; prioriza a cura biológica, medicamentos alopáticos.
Sistema social de atenção à saúde (organizações, instituições, atores e profissionais envolvidos na oferta do cuidado)	Sekwás (pajés); plantas medicinais; Unidades de saúde nas aldeias; hospitais de referência, Equipes Multidisciplinares de saúde indígena	Políticas indigenistas, DSEI, Unidades de saúde nas aldeias, hospitais de referência, Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos conceitos de Langdon e Wilk (2010) e Kleinman (1980)

Como podemos perceber, o ponto onde os sistemas obrigatoriamente se inter-relacionam é no campo dos sistemas sociais de atenção, enquanto espaços da realidade fática do cuidado, mas que tal como foi apontado anteriormente, constitui-se num artifício analítico-conceitual do qual lanço mão. É nessa seara que transitaremos ao procurar desvelar as implicações do contato de dois sistemas de atenção à saúde (Xerente e biomédico), que são mediados por um sistema social (organizações, instituições e profissionais nelas inseridos), buscando para tal desvelar as representações sociais dos atores que figuram nessa realidade.

### **2.1.1 O Sistema de Atenção à Saúde biomédico: algumas considerações.**

Não pretendo aqui resgatar as origens da biomedicina contemporânea que remontam à antiguidade. Assumirei, *a priori*, a título de um pragmatismo epistêmico, que visão biomédica de saúde está associada a um modelo mecanicista do corpo humano a partir dos preceitos positivistas segundo os quais o conhecimento deve ser útil, racional, despido de sentimento e capaz de produzir eficácia social (BARROS, 2002). Contudo, ao final desse trabalho, espero que o leitor seja capaz de vislumbrar o efetivo caráter cultural da construção do sistema biomédico.

Pimenta (2004) ao analisar as transformações na arte de curar no início no século XVIII nos permite observar que, ao longo do tempo, a legislação brasileira foi sendo modificada para atender aos interesses da categoria médica acadêmica, relegando as terapias populares a um espaço cada vez menor. Ainda que esse processo tenha sido conflituoso, em parte por demandas da sociedade que buscava os terapeutas populares e em parte pela própria impossibilidade da classe médica acadêmica em atender as demandas da sociedade, observa-se que esse processo refletiu na organização dos sistemas de saúde no Brasil.

Numa perspectiva histórica, Quijano (2005), ao descrever o processo de constituição da América a partir de um modelo eurocêntrico, lança as bases para a compreensão da ideia de raça como o uso das diferenças biológicas para estabelecimento das relações de conquista e controle. Nesse sentido, no contexto que trato aqui, diferentes povos com sua cultura, história, produtos culturais, memórias e identidades foram reduzidos a uma única identidade a qual se denominou “índios”. Quijano descreve ainda como a visão dualista entre corpo *versus* não-corpo (alma-corpo), na qual o corpo torna-se objeto do conhecimento em detrimento da razão/sujeito (alma), constrói as bases para a objetivação do sujeito.

Considerando os povos originários a partir da lógica da colonização eurocêntrica, temos na relação entre os sistemas de atenção à saúde o reflexo desse processo histórico, traduzido em novos significados, representações e modos de agir diante do fenômeno saúde.

Santos e Coimbra (1994) organizaram uma obra que reúne diversos trabalhos que descrevem a relação entre as visões de saúde tradicionais e a biomédica em vários povos indígenas. Destaca-se nessa coletânea o trabalho de Langdon (1994) ao analisar as representações de doença nos Siona da Amazônia; Verani (1994), ao descrever a construção social da doença e seus determinantes culturais a partir do caso de uma síndrome que atingia jovens indígenas do alto Xingu durante o processo ritual de reclusão ao qual deveriam se submeter, demonstrando a apropriação da biomedicina de aspectos culturais tradicionais para o estabelecimento denexo causal de uma enfermidade até então desconhecida; Flowers (1994) explora ainda como o contexto interétnico alterou os padrões de fecundidade nos Xavante, que após um longo período de queda populacional, passam a experimentar uma taxa de crescimento relacionada às mudanças ocasionadas pela pressão ambiental.

Os exemplos citados acima ilustram situações em que o contato de povos indígenas com a cultura ocidental, direta ou indiretamente, altera as representações de saúde e por sua vez também afetam as organizações sociais num processo dialético característico das culturas e das representações sociais.

## **2.2 Políticas de saúde indígena - o diálogo entre poderes e saberes**

É necessário compreender que o que denomino aqui de sistema social de saúde biomédico, configura-se, para além dos arranjos institucionais, um campo de constante disputas de poder envolvendo, de um lado o Estado, e de outro, seus tutelados. Isso, obviamente, tem implicações tanto para a resultante desse sistema, ou seja, os serviços de saúde efetivamente prestados; quanto para as representações sociais daqueles que participam dessa organização social, seja como profissionais ou como usuários do sistema.

Ferreira (2013a) discute o que denomina “políticas das tradições”, referindo-se às legislações que se valem do termo “tradicional” para validar seu objeto. Uma reflexão importante, com a qual compartilho, é a de que essas políticas acabam por criar novos locais de cultura à medida em que interferem nas realidades sociais, pela intenção do Estado de exercer seu poder simbólico-administrativo através dos documentos oficiais.

Ocorre que, por outro lado, temos uma apropriação dessas políticas da tradição pelos povos indígenas, ou uma “indigenização da modernidade” (SAHLINS, 1997). Esse processo se dá pela incorporação dos discursos oficiais aos interesses culturalmente situados. Desse modo, num jogo dialético, o valor instituído oficialmente passa a ser interpretado por aqueles a quem se destinam, a favor dos seus interesses culturais, criando novas representações acerca do fenômeno saúde, especificamente no nosso caso.

Ao discutir a emergência do tradicional como objeto das políticas públicas Ferreira (2013a, p.38) advoga que a relação dialética entre estado e seus subordinados, no caso, os indígenas, produz o que a autora denomina "híbridos culturais" que representam novas normas que emergem dessa relação passando a constituir "[...] novos locais de cultura, que tendem a fugir do controle administrativo governamental."

Nesse contexto, estão em voga as estruturas de poder simbólico e de poder administrativo. O poder simbólico conforme descrito por Bourdieu (1989, p.10) "É um poder de construção da realidade que tende a estabelecer uma ordem gnoseológica: o sentido imediato do mundo [...] que torna possível a concordância entre as inteligências."

Assim, como assevera Ferreira:

[...] é por meio dos discursos oficiais que o Estado exerce esse poder criador e impõe sobre o mundo os seus sistemas de classificação sob as aparências legítimas das taxonomias oficiais. Desse modo, o mundo social em que os agentes interagem é instituído pelas políticas públicas. (FERREIRA, 2013a, p.31)

Se de um lado o Estado utiliza-se do poder simbólico para produzir elementos de homogeneização, por outro lado há que se assegurar - ou ao menos tentar assegurar - a manutenção desse *status quo*, o que se dá através do poder administrativo. Nesse sentido, Giddens (1991, p.54) chama a atenção para o fato de que "O sistema administrativo do estado capitalista, e dos estados modernos em geral, tem que ser interpretado em termos do controle coordenado que ele consegue sobre arenas territoriais delimitadas.". O desafio da manutenção do poder administrativo está no fato de que o Estado é estruturalmente heterogêneo, como nos lembra Ferreira (2013a). Isso implica que os agentes sociais estabelecem relações e alianças de acordo com interesses e motivações distintos, buscando influenciar o campo das políticas públicas de modo que se sobressaia sua visão de mundo.

Temos então uma relação dialética entre Estado-nação e seus subordinados que se dá no campo das políticas públicas, visando de um lado estabelecer uma dominação e um homogeneização, e de outro a prevalência dos interesses individuais dos agentes sociais.

### **2.3 Política nacional de atenção diferenciada à saúde indígena**

Retomando Kleinman, (1980) e Langdon e Wilk (2010), trataremos a seguir da organização do que os autores denominam "sistema social de atenção à saúde", reiterando que esse sistema se caracteriza como a alternativa de atenção à saúde enquanto modelo conceitual e analítico, composto pelas instituições relacionadas à saúde, bem como os profissionais que nelas atuam e suas relações de poder e regras de funcionamento. Trata-se, portanto, das organizações político-sociais e seus desdobramentos na atenção à saúde ofertada pelo Estado aos povos indígenas.

A complexidade do campo da saúde indígena exige uma compreensão a partir da visão mais geral da cosmologia e das organizações das sociedades indígenas, bem como das forças políticas que atuam nesse contexto (GARNELO e SAMPAIO, 2003). Essa compreensão perpassa o resgate do processo histórico de construção das políticas de saúde indígenas no Brasil e das intencionalidades políticas colonizatórias presentes ao longo desse processo.

Desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos pelos missionários de forma integrada às políticas dos governos (SILVA, 2013). Em 1910 foi criado o Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN) ligado ao Ministério da Agricultura e comprometido com os interesses de expansão do território colonizado. A partir de 1918 o SPILTN se tornou Serviço de Proteção ao Índio (SPI), tendo existido até 1967, quando foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Como aponta Garnelo e Pontes (2012), ambos os órgãos foram criados no intuito de prestar atendimento aos povos indígenas nos mais diversos campos da vida social tais como saúde, educação, direitos fundiários, proteção aos conhecimentos tradicionais, desenvolvimento econômico e outros, porém, nenhum deles chegou a cumprir plenamente suas atribuições.

A política indigenista começou a se esboçar com inspiração positivista, em que os índios, considerados num estágio infantil da humanidade, passaram a ser vistos como passíveis de "evolução" e integração na sociedade nacional por meio de projetos educacionais e agrícolas. A assistência à saúde dos povos

indígenas, no entanto, continuou desorganizada e esporádica. (BRASIL, 2002, p.09)

A concepção de que as sociedades indígenas seriam alvo transitório de atenção das políticas públicas, uma vez que tenderiam a se extinguir, justificaria a ausência de ações indigenistas mais efetivas nessa área (OLIVEIRA, 1998).

Entre as décadas de 1930 e 1940 a implantação de postos indígenas do SPI contribuiu para o deslocamento da população e consequente abertura de áreas tradicionalmente ocupadas para a exploração agrícola e pastoril. Silva (2015) nos ajuda a entender os efeitos desse processo nos Xerente ao relatar que

Os serviços de saúde, o estabelecimento de escolas, o apoio a atividades agrícolas e a segurança e proteção que a proximidade dos postos oferecia contra os não indígenas em geral foram fatores que favoreceram uma concentração das aldeias Xerente nas proximidades dos postos indígenas. (SILVA, 2015, p. 187)

No período caracterizado pelas ações de tutela<sup>10</sup> do estado sobre as populações indígenas, compreendido entre 1967 e 1998, a falta de recursos e suporte técnico acarretou baixa qualidade e insuficiência na assistência sanitária ofertada nas aldeias e consequente acúmulo de insatisfações dos indígenas e das organizações não governamentais que os apoiavam, gerando uma pressão por mudanças (GARNELO e PONTES, 2012).

O cenário se altera com a Constituição de 1988, que garante o direito dos povos originários às suas terras, a políticas sociais diferenciadas e adequadas às suas especificidades culturais, à autorrepresentação jurídico-política e à preservação de suas línguas e culturas (GARNELO e SAMPAIO, 2003).

Tais avanços constitucionais repercutiram positivamente na política indigenista e na sociedade brasileira em geral, sedimentando a premissa de que um tratamento diferenciado às minorias étnicas pelo poder público representa um direito e não uma ação caritativa (LIMA; BARROSO-HOFFMAN, 2002).

No início da década de 1990, um conjunto de decretos da Presidência da República retirou da FUNAI boa parte de suas atribuições nas áreas de saúde, educação e de preservação cultural. Tais responsabilidades foram

---

<sup>10</sup> Entende-se aqui por tutela " uma medida jurídica que delegava para o órgão indigenista oficial o direito de decidir pelas comunidades" (GARNELO E PONTES, 2012, p.19)

repassadas para os ministérios equivalentes, os quais já tinham ingerência sobre essas políticas públicas para o conjunto da população brasileira. A medida ampliou o conjunto de instituições de governo atuantes na questão indígena, tornando mais complexo o cenário político do indigenismo (GARNELO, MACEDO E BRANDÃO, 2003 Apud GARNELO, 2003, p. 20).

Nesse ínterim, a I Conferência Nacional de Saúde Indígena realizada em 1986 havia apontado a necessidade de garantir assistência diferenciada às populações indígenas.

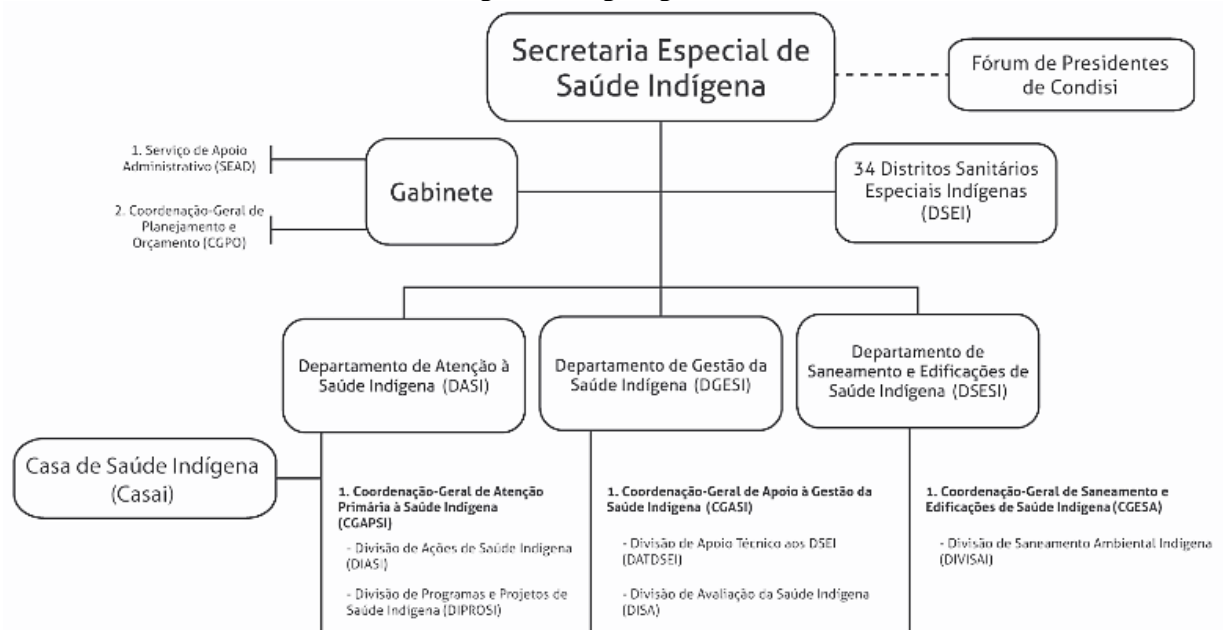
Nas II e III conferências nacionais de saúde ocorridas em 1993 e 2001, respectivamente, já diante da realidade do SUS e da necessidade de integrar a saúde indígena a esse sistema, discutiu-se a organização do sistema de saúde indígena em Distritos Sanitários, bem como delineou-se o papel do agente de saúde indígena. Nelas também se reafirmou a importância do gestor federal como condutor ao Subsistema de Saúde Indígena.

O marco desse período de transição é a aprovação da Lei nº 9.836/99, conhecida como Lei Arouca, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SASI). Esse subsistema é composto pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) que se configuram em uma rede de serviços implantada nas terras indígenas para atender essa população, a partir de critérios geográficos, demográficos e culturais. A Lei Arouca traz em seu escopo os princípios da integração do subsistema de atenção à saúde indígena com o SUS, bem como a descentralização, hierarquização e regionalização da gestão, prevendo, inclusive, participação de representantes indígenas nos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando esses envolverem ações relacionadas à saúde indígena,

Em 2002 é publicada a Portaria do Ministério da Saúde n. 254/2002 que estabeleceu a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) tendo sido instituída e regulamentada no intervalo entre as 3ª e 4ª Conferências Nacionais de Saúde Indígena.

De 1991 a 2010 as ações do subsistema de saúde indígena estiveram a cargo da FUNASA. Criada em 2009 e efetivada em 2010 a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) foi instituída vinculada ao Ministério da Saúde e assumiu as ações do Subsistema de Saúde Indígena. Atualmente, a SESAI apresenta o seguinte organograma:

Figura 6- Organograma da SESAI



Fonte: SESAI 2017

### 2.3.1 Operacionalização da PNASPI

Descrevo a seguir os princípios contidos na PNASPI e o processo de operacionalização desses princípios que se deu a partir de sua aprovação.

Toda a organização da PNASPI baseia-se na organização em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) que são responsáveis pela execução de ações de atenção básica, que é assim definida pela Diretoria da Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde:

A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades” (DAB., 2017).

Importante considerar que a lógica da atenção básica é prover a resolutividade da maioria dos casos de doenças passíveis de prevenção e/ou tratáveis em estágio inicial de modo a evitar que o atendimento nos níveis ambulatorial/cínico (secundário) e hospitalar ou de alta complexidade (terciário) se torne necessário. Destarte o SUS, de modo geral, estar organizado a partir dessa lógica, é na saúde indígena que nos encontramos com as especificidades tratadas

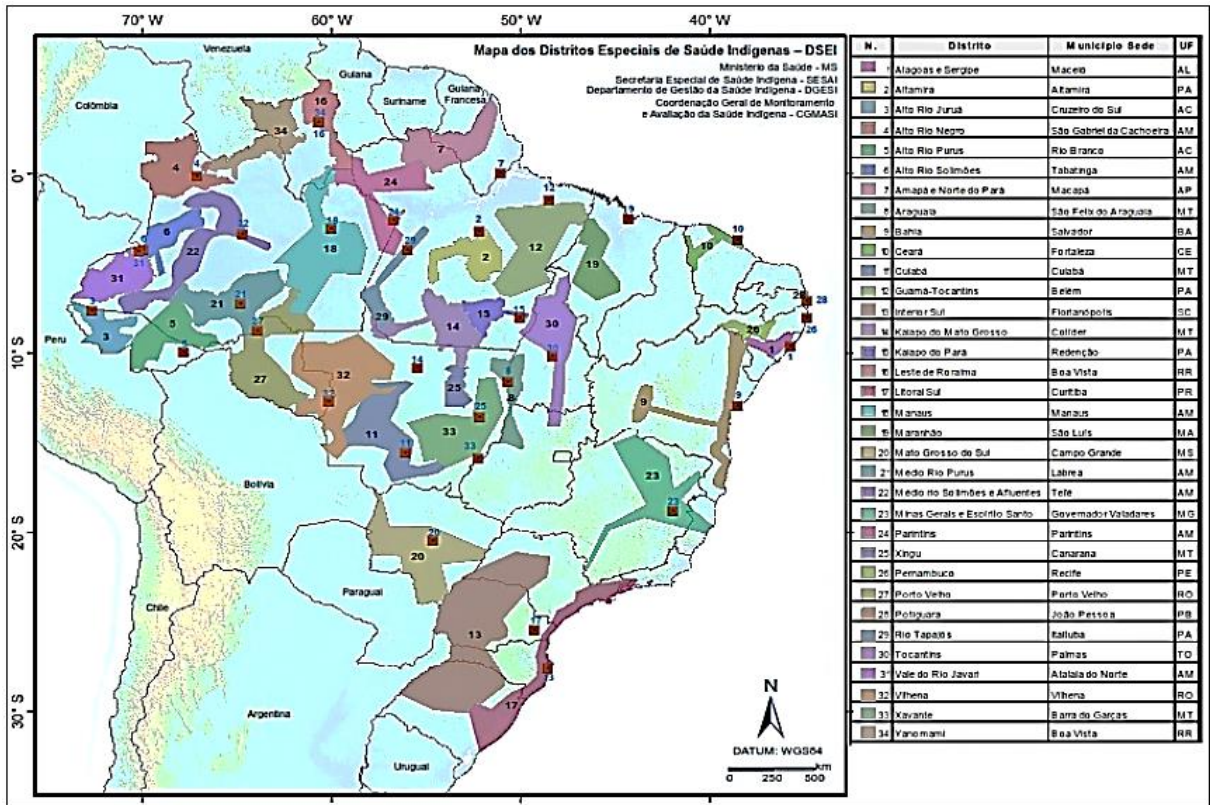


na PNASPI. A atenção básica é desenvolvida pelos DSEI a partir das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), compostas minimamente pelos seguintes profissionais: Médico, Enfermeiro, Odontólogo, Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário, Agente Indígena de Saúde (AIS), Agente Indígena de Saneamento (AISAN). Assim, a Subsistema de Atenção à Saúde indígena executa os serviços de atenção básica, mas deve funcionar integrado com o SUS, promovendo, sempre que necessário, as articulações para garantir o atendimento aos povos indígenas nos três níveis.

Cabe aos DSEIs a organização dos serviços de saúde considerando as condições etno-culturais e buscando promover as reordenações necessárias para o atendimento à essas condições, realizadas através de ações técnico-gerenciais. Na delimitação territorial dos DSEIs devem ser levados em conta critérios quantitativos e qualitativos relativos à distribuição populacional, perfil epidemiológico, disponibilidade de serviços, entre outros. Vale ressaltar que seus limites geográficos não coincidem com os limites de estados e municípios, uma vez que observa a distribuição tradicional dos povos indígenas.

Segundos dados da SESAI (2017), atualmente há um total de 34 DSEIs distribuídos estrategicamente no território nacional (Figura 7). Dois DSEIs (Tocantins e Araguaia) abrangem as etnias do estado do Tocantins, sendo que os *Akwẽ* são atendidos pelo DSEI Tocantins.

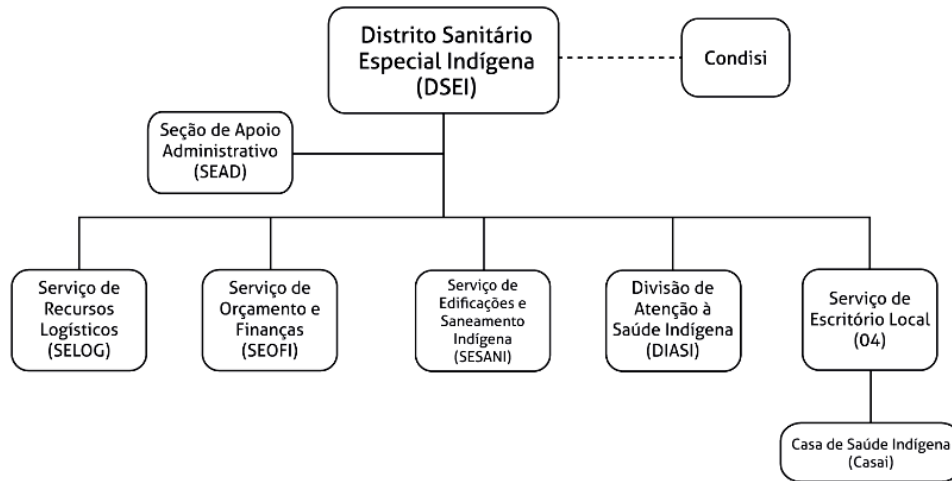
Figura 7- Distribuição dos 34 Distritos Sanitários Indígenas no território brasileiro



Fonte: SESAI (2017)

A gestão dos DSEIs é regionalizada e obedece a um organograma próprio, representado na figura 8.

Figura 8- Organograma dos DSEI



Fonte: SESAI 2017

A partir da estrutura delineada, compete aos DSEIs realizar ações nas mais diversas esferas administrativas e técnicas para atender as demandas da saúde indígenas no território adstrito à sua jurisdição. Por exemplo, a formação e capacitação de recursos humanos, envolvendo os agentes indígenas de saúde, devendo observar os princípios contidos na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) e buscando articulação com as instituições do campo da educação visando tanto a certificação das habilidades e competências adquiridas, como um processo de educação permanente.

Outra competência dos DSEIs é organizar um sistema de informações que permita o monitoramento e a avaliação dos riscos e condições especiais que atingem a saúde indígena, tendo como base o Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI), gerenciado pela SESAI e que recebe as informações da Atenção Primária prestada pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI).

Um dos aspectos mais importantes para a abordagem desse estudo diz respeito à atribuição dos DSEIs de articular os sistemas tradicionais indígenas de saúde ao serviço de saúde pública. Temos nessa atribuição, portanto, uma função de integração delegada aos atores do Estado que constitui um elemento importante para a relação entre os Sistemas de Atenção, pois cabe perguntar: sob qual perspectiva tal articulação é engendrada? Espero que o desenrolar da minha narrativa possa elucidar tal questão.

A Portaria 254 de 31 de janeiro de 2002 estabelece ainda como competência dos DSEI a promoção ao uso adequado e racional de medicamentos, incluindo nessa atribuição, compra, armazenamento e distribuição de medicamentos, bem como a avaliação e adequação dos protocolos utilizados e ainda a garantia de autonomia dos povos indígenas quanto ao uso, levantamento e divulgação de conhecimentos e práticas terapêuticas desses povos.

Os DSEIs devem ainda promover ações específicas em situações especiais caracterizadas por riscos eminentes à saúde, impactos de grandes empreendimentos nas áreas indígenas e vulnerabilidades em função da exposição a determinados agravos como DSTs, suicídio, desastres ambientais, entre outros.

O controle social é outra atribuição dos DSEIs, e abrange a constituição de conselhos locais e distritais de saúde indígena e pela realização de reuniões macrorregionais, conferências e fóruns nacionais, bem como pela presença de indígenas nos conselhos municipais, estaduais e nacionais de saúde.

Como podemos perceber, as atribuições centradas nos DSEIs envolvem necessariamente a articulação intersetorial, envolvendo o órgão executor (DSEI) e o órgão indigenista oficial (SESAI/MS), bem como intrasetorial, através da articulação entre gestores municipais, estaduais e federais do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo em todo o processo de pactuações um efetivo controle social.

Essa extensa descrição da PNASPI faz-se necessária pois permite-nos pensar a relação entre o que está posto nas legislações vigentes, e aquilo que de fato ocorre. Não é difícil imaginar que a execução de todas essas atribuições vem atreladas a dificuldades de conciliação de interesses em diferentes níveis. A essa altura gostaria de deixar claro que não estou assumindo que haja por parte dos agentes do Estado alguma intencionalidade espúria em relação aos povos indígenas. Ao mesmo tempo, busco desvelar sob que representações essas relações são constituídas.

Conforme já foi apontado anteriormente, os espaços onde se desenrolam os desdobramentos da política de atenção diferenciada são permeados de significados e constituem um campo de disputas de poder. Nessa relação surgem dificuldades de diversas ordens em relação a efetivação da atenção diferenciada à saúde indígena no modelo de saúde pública vigente. Alguns autores têm explorado as dificuldades encontradas na efetivação de uma atenção à saúde efetivamente diferenciada, no sentido do respeito às tradições e à alteridade dos povos indígenas e nos lançam algumas pistas. Cardoso (2014) nos remete ao fato de que a autonomia dos DSEIs na gestão de seus recursos contrasta com uma realidade de carência de um modelo organizacional efetivo capaz de superar conflitos entre instâncias institucionais, além de apontar carência de infraestrutura física e de recursos humanos para compor as equipes gestoras e multiprofissionais locais. A autora aponta ainda a articulação com a rede médico-hospitalar do SUS e a efetiva participação dos representantes indígenas nos conselhos como pontos críticos da organização da PNASPI.

Outro aspecto considerado crítico diz respeito é apontada por Garnelo e Maquiné (2015) ao analisar as instrumentações legais que regulamentam o processo decisório de implantação dos planos de ação da saúde indígena esbarram no caráter centralizador da gestão e nos requerimentos técnico-funcionais para o pleno reconhecimento dos DSEIs como unidades autônomas. Na prática, isso significa que durante os primeiros anos de criação dos DSEIS a falta de estrutura e a baixa cobertura, aliada às dificuldades técnico operacionais, levaram a um processo de transferência de recursos e responsabilidades à municípios e Organizações não Governamentais que já atuavam junto aos indígenas, o que é entendido por Garnelo e Maquiné

(2015) como um processo que coloca em cheque a propalada autonomia dos DSEIs para realização de suas atribuições.

Castellani, (2012) destaca as críticas dos indígenas ao subsistema de atenção diferenciada em relação à falta de materiais e recursos, bem como a baixa resolutividade e a reivindicação, por parte dos usuários indígenas e seus apoiadores, de uma maior participação na gestão do subsistema.

Outro ponto crítico é a formação dos profissionais para atuar na saúde indígena. Diehl e Pellegrini, (2014) analisando a formação profissional, apontam a deficiência na formação para atuar no contexto interétnico e a escassez de pesquisas sobre o tema, assim como Silva, (2013) ressalta o desafio para a formação de profissionais de saúde para atuar junto às comunidades indígenas, uma vez que esses têm que conviver com diferenças de visão de mundo, línguas e costumes. Segundo a autora:

As diferentes visões de mundo encontradas em nosso país nos tornam muito mais ricos e, a partir dessa compreensão, faz-se necessária uma comunicação intercultural mais sensível, cuidadosa e, conseqüentemente, inteligível e dialógica” (SILVA, 2013, p.32).

A efetiva participação nos processos decisórios também constitui um desafio. Diehl e Langdon (2015) argumentam que apesar da política de atenção diferenciada ter criado espaços para a participação das organizações e comunidades indígenas, a forma que esses espaços foram organizados com base em pressupostos diferentes do modo de organização dos indígenas, não deixa claro a dimensão do exercício pleno e autônomo dos povos indígenas na garantia dos seus direitos. Ainda no quesito da participação no processo de gestão, Rodrigues e Mendonça (2015) apontam que o controle social posto como instância de participação nas políticas públicas por si só não garantiria uma efetivação dos direitos das comunidades indígenas, sendo possível, inclusive, constituírem espaços de ampliação da relação de dominação caso não reconheçam os valores e formas de organização próprios dessas comunidades. Esse argumento é corroborado por Garnelo e Sampaio (2003) ao afirmar que:

A saúde não se constitui como espaço autônomo, por isso o entendimento da complexidade deste campo social deve ser referido a questões mais gerais da cosmologia, da organização das sociedades indígenas e do exercício do poder político, entendido à luz das interações engendradas pelo processo colonizatório. (GARNELO e SAMPAIO, 2003 p.312)

Welch (2014, p.852) a partir dos trabalhos apresentados por ocasião do Grupo de Trabalho em Saúde Indígena no 10<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva no Rio Grande do Sul, conclui: “[...]fica evidente que, apesar de os princípios da equidade e da atenção diferenciada serem norteadores do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a realidade da saúde dos povos indígenas no Brasil continua distante do ideal”.

Bernardes (2011) amplia a discussão sobre a alteridade dos povos indígenas e o que ele denomina um “estado de exceção” criado a partir da inserção dos povos originários na categoria “índios do Brasil”, o que determinaria, a partir daí, o “fazer viver ou deixar morrer” de acordo com os interesses da nação.

A interface entre o modelo biomédico e as práticas culturais constituem também um dos desafios. Em relação a esse aspecto, Barros (2002) discute as limitações do modelo biomédico que acarreta dificuldade de incluir questões psicológicas e socioculturais no itinerário terapêutico devido à lógica cartesiana implícita no modelo. Garnelo e Langdon (2005) enfatizam a existência de múltiplos modelos terapêuticos ligados à diferentes formas de organização social que os sustentam e ressaltam que:

Para participar de forma produtiva dessa articulação, os profissionais da saúde deveriam ser capazes de descrever e analisar os modos de existência das pessoas que atendem, reconhecendo as diversas formas de autoatenção praticadas na área de abrangência de seus serviços onde disputam legitimidade com outros prestadores de cuidados, formais e informais, de saúde. (GARNELO e LANGDON, 2005 p.137)

A título de exemplo das dificuldades que ocorrem na relação entre os diferentes sistemas de atenção à saúde, Gadelha (2014) descreve uma situação onde uma criança indígena da etnia Tukano fora atendida na rede de saúde após ser mordida por uma cobra, sendo que a partir daí o desenrolar do atendimento prestado culmina na necessidade da atuação do Ministério Público no sentido de garantir a integração das práticas tradicionais ao tratamento, demonstrando a dificuldade de se aliar ainda as práticas culturais ao modelo biomédico. Por outro lado, como lembra Langdon (2005, p. 10), “O fato de as medicinas indígenas terem essa visão mais ampla de doença e cura não implica que sua cultura e seu modo de ver o mundo apresentem obstáculos para a percepção da eficácia de nossos tratamentos”.

Coimbra-Jr. e Santos (2000) abordam as deficiências no campo da pesquisa em saúde relacionadas às questões étnico-raciais e chamam a atenção para a necessidade de uma agenda que considere as múltiplas interfaces dos efeitos da dimensão étnico-racial sobre a saúde.

Contudo, apesar das dificuldades, é importante lembrar, conforme descreve Nascente (2010) ao analisar as transformações históricas na construção da identidade indígena no Brasil, que a partir do século XX as mudanças na esfera política e social ampliaram as possibilidades e ferramentas para que diferentes grupos sociais obtivessem maiores espaços de transmissão cultural e reconhecimento social.

A partir do que foi delineado buscou-se contextualizar o campo das políticas de saúde indigenistas, considerado como um sistema social de atenção à saúde, e refletir sobre os elementos imbricados em sua constituição, bem como suas implicações no campo cultural e das representações sociais, lançando as bases para nossas análises seguintes.

No próximo capítulo buscaremos trazer relatos de campo que permitam discutir como as representações sociais podem ser percebidas nas relações entre os sistemas de atenção à saúde.

### CAPÍTULO III – SIGNIFICANDO O CONTATO E AS POSSIBILIDADES DE CURA

O sol se anuncia ainda em penumbra. O silêncio noturno profundo é interrompido pelos sons de algumas crianças chorando, do canto de galos e de pássaros em revoada que ecoam por toda a aldeia. Diversos aromas se espalham no ar. Um misto de cheiro de orvalho da manhã com odor de café recém coado e frituras<sup>11</sup>, que exalam pelas frestas dos telhados de palha. Quase não se vê ninguém fora das casas ainda, mas é possível perceber que o dia já começou para os seus moradores. Inicia-se mais um dia na aldeia Xerente.

Abro parênteses, a essa altura, para explicar o motivo de iniciar esse capítulo com a narrativa bucólica do amanhecer na aldeia Xerente. Ao longo desse trabalho empreendi, e ainda empreendo, um grande esforço para abandonar uma perspectiva colonizadora ao analisar aquilo que me propus. Neste percurso tenho sido tomado por alguns rompantes de memórias nostálgicas da minha infância, quando acompanhava meus pais e tios em incursões no cerrado do Planalto Central para o que eles chamavam de “pescaria”, mas que na minha visão de criança, era muito mais do que isso. Vivendo em Brasília no início da década de 1980, cercado de uma modernidade erguida em concreto armado no estilo Niemayer “pra inglês ver”, a capital federal representava o suprassumo da civilização, nos moldes do Darwinismo social. Mas, intuitivamente, eu sentia que não pertencia àquele lugar. Não sabia explicar o porquê, mas já aos nove ou dez anos de idade algo não me deixava à vontade naquela rotina urbana.

Por outro lado, era nas incursões das pescarias que eu me sentia feliz. Naquela época era necessário abrir picadas na mata para chegar à beira do rio, onde armávamos acampamento apenas com a estrutura que podíamos carregar no carro e ali passávamos dias sem o menor contato com o resto da humanidade, na acepção geral do termo. Ninguém aparecia por lá. Não havia telefone, televisão, rádio, nada! São dessas experiências que guardo minhas recordações mais felizes. Memórias sensoriais do banho no rio ao entardecer; da conversa ao pé da fogueira à noite enquanto saboreava os peixes pescados durante o dia; de dormir na barraca sentindo aquele cheiro amadeirado de fumaça na roupa; do amanhecer gelado; das plantas cobertas de orvalho, do remanso da água do rio com a névoa fria da manhã pairando na superfície. Enfim, ali a existência parecia fazer sentido numa espécie de conexão com os seres à minha volta.

---

<sup>11</sup> É comum entre os Xerente prepararem alimentos fritos no café da manhã, como o peixe ou carne de sol, por exemplo.



Tenho percebido que vem daí minha referência para tentar me colocar diante dos Xerente sem uma perspectiva colonizadora. De minhas memórias de infância vem a base empática para compreender que o modo de vida dos povos originários está relacionado a um conjunto de crenças construídos no contato com as matas, os rios, os animais e as plantas. Sem modelos explicativos filosóficos clássicos ou cartesianos, sua lógica não se encaixa nos nossos moldes, mas é maravilhosamente dotada de uma complexidade extremamente funcional. Sinto como se, ao mesmo tempo, residisse em cada um de nós, valendo-me do referencial de Rogers (2009), a capacidade de simplesmente, ser o que se é, de um modo diferente daquele que é prescrito hegemonicamente na atualidade.

A formação em Psicologia soma-se às experiências vividas na infância nesse intento, ao mesmo tempo que me permitir uma vivência etnográfica me fez repensar muito da própria Psicologia como ciência, com suas origens quase sempre atreladas aos interesses desenvolvimentistas, diga-se de passagem, assim como as demais áreas do conhecimento no seu processo de desenvolvimento. Ainda que a própria psicologia tenha se dado conta disso, e esteja tentando redimir-se nas últimas décadas, não é possível negar o passado. Seja nas escolas americanas, ou nas europeias, via de regra a perspectiva adotada sempre foi centrada no homem “civilizado”. Desse modo, no momento atual, me vejo num processo de mudança resultante desse encontro com os Xerente a partir da saúde como ponto de interesse, mas que, analogamente ao que eles experienciaram ao longo de sua trajetória histórica, exige de mim uma adaptação e a incorporação de novos valores aos meus referenciais pessoais e epistêmicos.

O cenário da aldeia ao amanhecer, nesse contexto, representa esse processo de mudança que ocorre a com o início de cada novo dia, onde as relações entre os sistemas de atenção à saúde continuarão a se desenrolar num processo dinâmico e contínuo permeados pelas crenças de cada povo e pelas influências recíprocas das relações sociais e políticas advindas do contato com o não índio. É a partir desse cenário que pretendo, abdicando de minha perspectiva colonizadora, descrever os significados apreendidos nos hábitos e nas experiências dos Xerente.

Por outro lado, pretendo ainda que a narrativa seja dialógica, assim como a relação entre os sistemas de atenção à saúde o é. Por isso, a narrativa às vezes também é permeada por elementos da visão dos profissionais ligados ao sistema social de saúde, a partir de um lugar que é comum à maioria das pessoas, ou seja, a ótica biomédica hegemônica. Pretendemos, assim, desvelar os significados que puderam ser percebidos na relação entre esses dois mundos com origens tão distantes, mas que convivem atualmente lado a lado.

### 3.1 A relação com os alimentos e as doenças causadas pela boca

Para os Akwê a alimentação faz parte da sua relação com o universo. Schmidt (2011) afirma que para eles a comida faz parte da tradição cultural, tradição oral que não é falada, mas praticada e relacionada com a cosmologia nas suas atividades cotidianas. Desde muito tempo os Xerente reconhecem que a alimentação tem sido um fator desencadeante de doenças na sua comunidade. Um Xerente afirma que “*Tem muitas doenças que nós mesmo nós faz com a boca, a digestão.. e tem outras que não*”, fazendo referência às doenças ocasionadas pelos maus hábitos alimentares, mas também, implicitamente, às doenças que têm origem nos feitiços ou nas transgressões de regras culturais, como a restrição de consumo de alguns alimentos em certas ocasiões. É notório entre os Xerente a sensação de mudança dos hábitos alimentares, o que pode ser ilustrado pelo relato de um professor Xerente:

*Antigamente o Akwê só comia comida tradicional... muitas das doenças que nós temos é por causa que nos entremos na comida do não índio. Os alunos tavam perguntando que que eu comia naquela época, se eu aguentava correr muito. Aquela distância de 21 quilômetros eu parava só uma vez... eu não comia coisa doce... não sabia o que era bolacha recheada, refrigerante...*

Numa leitura de Maybury-Lewis voltada para as descrições relativas à alimentação, Schmidt (2011) nos revela que as restrições a consumos de certos alimentos fazem parte das regras sociais e cita o consumo proscrito/interdito de carne no período de resguardo do pós parto como estando relacionado à cosmologia, que por sua vez atribui à doença uma relação com seres da sobrenatureza.

Segundo relato de uma anciã Xerente, antigamente a alimentação era constituída de alimentos tais como:

*Caju, jaca, oiti, manga, beiju de manhã, grolado, carne moqueada, batata, inhame, macaxeira, fava. De primeiro eu plantava muito. Agora não posso mais trabalhar na roça. E hoje em dia não tem nada, não tem roça... a roça também, não dá. Olha aí, plantamos aí e não nasceu. De primeiro eu enchia aqui de mandioca. E agora, cadê? Tenho vontade de comer beiju, de comer grolado, mas não tem! Comia muito iambuzinho do mato, tinha muito... fazia arapuca. Uma hora dessa ia lá tava cheia. Na região do Zé Brito comia muito perequitinho. Mamãe fazia muito a carne do peito moqueada. Hoje em dia os meninos não come se fizer. Era tudo natural e os dentes dos meninos e nosso aguentava muito. Hoje em dia se as crianças nem conhece. Se ver não come. Faz é cuspir.*

A importância da alimentação, portanto, não diz respeito apenas ao bem-estar físico, mas também está relacionado ao conjunto de práticas de cuidado para evitar o adoecimento. Práticas estas diretamente relacionadas ao conjunto de crenças inseridos no sistema cosmológico dos Xerente. Schmidt (2011) descreve que os alimentos interditos para as mulheres de resguardo incluem inhame, carne de porco, peixe, frango, farinha de puba, tatu, paca, além de outros alimentos considerados fortes. Nesse sentido, alguns autores mais recentes (FERREIRA, 2016; RODRIGUES, 2014) analisam que o cuidado ofertado nos hospitais e fora da aldeia, muitas vezes são fatores que levam ao descumprimento de restrições alimentares, já que, como descreve Rodrigues (2014), por exemplo, no caso de partos feitos em hospitais a alimentação oferecida às vezes é a mesma preparada para os não indígenas. Assim como as mulheres, os homens no pós-parto de suas companheiras, também devem restringir o consumo de alguns alimentos, tais como tatu peba, tatu sina, sucuri, jaraqui (espécie de peixe), além de evitarem esforço físico e relações sexuais. O descumprimento de tais restrições, porém, têm efeitos diferentes entre homens e mulheres, sendo que a quebra do resguardo pela mulher causa mal-estar a ela mesma; ao passo que o descumprimento das interdições pelo homem, pode causar adoecimento ao recém-nascido<sup>12</sup>.

Certa vez, ao visitar a aldeia Salto, cheguei em uma das casas onde havia uma indígena que acabara de dar à luz seu primeiro filho. Como de costume, eu havia levado um “rancho” que é como se chama uma compra de supermercado com itens básicos de alimentação incluindo verduras, carne, grãos, temperos, bolachas, sucos, leite etc. Esse alimento sempre era compartilhado com os moradores da casa e com outros moradores vizinhos. No entanto, nessa ocasião em específico, presenciei uma prática que até aquele momento para mim era atípica. Percebi que a matriarca da casa, avó paterna do recém-nascido, separou alguns pacotes de bolacha de água e sal e umas paçocas e entregou à sua nora que estava de resguardo para que deixasse separado em seu quarto. A interpretação mais óbvia naquele momento do meu ponto de vista colonizado, foi de que ela estava separando uma porção para que os demais não consumissem todo o alimento, garantindo provimento à sua nora. Porém, com o convívio com a família, percebi que, de fato, aqueles alimentos eram classificados como permitidos, e o fato de separarem uma porção e lhe entregarem, na verdade nada tinha a ver apenas com uma reserva de alimentos, mas sim como uma prescrição de quais alimentos poderia consumir.

---

<sup>12</sup> Essa concepção faz sentido a partir da relação de parentesco patrilinear dos Xerente.

Entre os Xerente, o alimento, assim como outras coisas, é visto como uma espécie de bem comum. É normal àqueles que são mais próximos por parentesco ou até mesmo por vizinhança chegarem sem avisar na casa do outro na hora do almoço e servirem-se. Essa noção de bem comum e de divisão coletiva perpassa não apenas os alimentos, mas os bens materiais de forma geral e é destacada por Viveiros de Castro (2012) entre os povos indígenas como uma estratégia de não acumulação, o que acarretaria uma fragmentação social devido à concentração de poder econômico e os conflitos sociais decorrentes. Nesse sentido, o plantio de roças é tradicionalmente um trabalho coletivo e, conseqüentemente, o produto colhido é dividido proporcionalmente aos que participaram do trabalho. Certa vez ouvi de um interlocutor Xerente que na hora de plantar roça todos os homens têm que ajudar. Aqueles que não puderem ajudar com trabalho por alguma limitação física, devem fornecer algum tipo de ajuda, como um pacote de café ou um lanche para os que estão trabalhando na lavoura, para ser merecedor de parte da colheita.

Em outros momentos o alimento apreze ainda com fins ritualísticos, como por exemplo no ritual de nomeação masculino, quando ao final da cerimônia é oferecido coletivamente pedaços de carne de moqueada (assada sobre pedras quentes cobertas com folhas de palmeira e enterradas).

Raposo (2009) enfatiza a alimentação como uma representação da relação com o mundo externo e com o outro a partir do contato dos Xerente com não índios, principalmente no casamento de mulheres Xerente com não índios. Nesse sentido, argumenta que o consumo de alimentos “do branco” vem acompanhado de sentimentos ambíguos de medo e desejo. Medo, pois os mesmos são percebidos como fontes de doenças, mas também são desejados à medida que representam a incorporação do “Outro” pelo “EU”, dentro da perspectiva de integração entre os mundos distintos de indígenas e não indígenas.

Lima (2016), ao analisar o impacto das questões socioambientais para os Xerente, constatou a relação entre os empreendimentos hidrelétricos instalados no rio Tocantins e a mudança nos hábitos alimentares que por sua vez são associados às questões de saúde:

Destaca-se ainda que outros itens importantes da alimentação básica dos Akwê-Xerente, como mel, frutos e raízes diversas, que eram assegurados pela coleta, atividade por meio da qual também se obtinha os remédios naturais tem declinado ao longo do tempo, em razão das mudanças do modo de vida dos indígenas, a exemplo dos impactos da hidrelétrica sempre lembrado pelos indígenas. (LIMA, 2016, p.254)

Assim, a alimentação revela representações relativas ao bem-estar físico, mas também social e espiritual, pois sua importância é reconhecida pelos Xerente em relação ao adoecimento, mas também integram ao seu significado um papel social e na sua cosmologia, o que pôde ser percebido nas normas para consumo de determinados alimentos, nas relações estabelecidas para sua obtenção através do plantio e ainda no papel que assume nos rituais.

### 3.2 Medicamento de botica e medicamento do mato

O tratamento deriva da concepção de doença e revela a expressão das diferentes visões de saúde entre os indígenas e a da medicina ocidental. Entre os Xerente e outros ameríndios, a doença costuma ser entendida como a ação de um agente subjetivo que atua sobre o corpo, tornando o sujeito doente (VIVEIROS DE CASTRO, 2004). Curar, então, é agir sobre esse agente subjetivo causador de doença removendo-o do corpo adoentado. Já do ponto de vista biomédico, a visão usual que se apresenta é do binômio saúde  $\times$  doença, situando nesse *locus* o corpo *biologizado*, que precisa ser objetivado para permitir a compreensão de seu funcionamento e, conseqüentemente, das causas das doenças.

A introdução do uso de medicamentos pode ser vista como parte do processo colonizatório vivenciado pelos povos indígenas. Tal compreensão vai ao encontro do que descreve Ferreira (2013b, p.43) ao apontar que “a expansão da biomedicina afeta a relação com os outros modelos de atenção vigentes, subalternizando-os”. Para a autora, um dos efeitos dessa relação é que a medicalização assume um caráter colonizador de corpos e de subjetividades.

Ao longo do tempo o uso de medicação industrializada se intensificou e passou a ser representada de maneira diferente. O relato de um Xerente de 31 anos ilustra isso:

*Eu lembro que quando a gente era criança a gente não dependia muito de medicamento de farmácia. Minha vó que me criou falava assim... nós Akwẽ não devemos usar de remédio de botica. E eu ficava imaginando que remédio é esse?! Depois de um tempo eu descobri que era remédio de farmácia e tal... eu não entendia direito esse significado. Mas sempre, sempre, sempre, ela falava que os remédios que eram retirados da natureza eram mais eficazes, então isso eles falavam muito. A gente usava muito só medicamentos das raízes, das folhas, chás. Até hoje o pessoal usa muito.*

Outros relatos reforçam a percepção de que o uso de remédios naturais é mais valorizado entre os mais velhos. Uma anciã da aldeia Salto afirma:

*Eu acho que meu remédio do mato dá mais resultado. Minha vó que dizia: isso aqui é bom pra gripe, pra catarro... e eu vou continuar. Olha essa aí (apontando pra uma criança que brincava na porta da casa), ontem tava fraca de obradeira, fiz o remédio, olha aí... ficou boazinha. Tava obrando e vomitando, aí fiz o remédio, não precisou ir lá no postinho. Parou mesmo aqui.*

Percebe-se, portanto, que a medicação alopática é representada de modo diferente entre os jovens e os mais velhos. O medicamento passa a representar, principalmente para os mais jovens, o acesso à cura de um modo mais rápido, e conseqüentemente é percebido como um direito. Nos relatos obtidos em campo uma reivindicação frequente é de maior acesso à medicação, já que ela é vista como eficaz no combate aos sintomas do adoecimento, segundo a maioria dos Akwẽ/Xerente. Ouvimos de um jovem pai Xerente, cujo filho recém-nascido precisara passar por uma intervenção cirúrgica devido a uma má formação da musculatura abdominal que havia ocasionado um extravasamento de parte do intestino e conseqüente necrose do tecido, o que acarretou a necessidade de um longo período de internação, o seguinte relato referente ao período em que o filho ficou internado no hospital:

*No dia que eu cheguei lá, tudo que eles falavam eu concordava, depois eu fui aprendendo, entendendo melhor e eu vi que quando era alguma coisa errada eu tinha que falar.*

Indagado sobre a que tipo de coisa errada ele se referia, afirma:

*Ah... tipo o remédio já ia logo pra ele (para a criança), não passava por mim antes. Tinha que brigar pra ser bem atendido.*

Nesse contexto, a medicação passa a constituir ao mesmo tempo uma representação de acesso ao serviço de saúde, mas também a emergência de uma relação assimétrica entre aqueles que fornecem o medicamento, e os que necessitam dele. Ocorre, a partir daí, um agenciamento do atendimento prestado. O bom atendimento é atribuído principalmente ao fornecimento adequado de medicamentos, já que os médicos nem sempre alcançam os nexos causais das doenças, por seu desconhecimento dos seres e a diplomacia cósmica de que participam os Xerente.

Da mesma forma, em conversa com um Xerente na aldeia, ao relatar sobre seu tratamento para uma hérnia com indicação cirúrgica, reclamava que os médicos diziam que ele precisava ser operado, mas que para isso precisava tomar os remédios para controle de pressão alta. Porém, ele desejava que os médicos receitassem um remédio que solucionasse o problema da hérnia sem a necessidade de intervenção cirúrgica. Mesmo compreendendo a relação entre a medicação como uma etapa intermediária (controle da pressão arterial) para a cura (cirurgia), ele não desejava ser submetido à cirurgia. Interpretamos sua posição devido à perspectiva de agenciamento da doença compreendida como uma subjetivação atuando sobre seu corpo. O processo da cura, portanto, passaria por uma ação intersubjetiva para a retirada do agente causador da doença. Nessa perspectiva, o remédio poderia ser o meio pelo qual se retiraria o agente causador da doença, como faria um *sekwá* Xerente.

Analisando as formas de objetivação das populações indígenas a partir das políticas públicas de saúde, Bernardes; Marques e Mazaro (2018), a partir de uma ótica Foucaultiana, analisam a produção do discurso sobre a saúde indígena nas publicações em periódicos desde a implantação do subsistema de atenção à saúde indígena em 1999, e revelam que:

O discurso é constituído por relações de força, pois se trata de uma estratégia de luta, de uma luta política, de enfrentamentos entre o tradicional e o científico [...] A biomedicina aproxima as tecnologias científicas, porém, as populações indígenas apropriam-se destas mediante um "uso leigo". Faz-se utilizar, mas utiliza-se de um modo que escapa à prescrição científica [...] A integração e o diálogo entre saber tradicional e científico marcam uma distinção e objetivam o tradicional como menos complexo e resolutivo do que o científico. (BERNARDES; MARQUEZ; MAZARO, 2018, p. 925)

Por outro lado, esse processo de objetivação não ocorre de maneira passiva, o que se faz notar pela posição do pai no relato acima, que ao se perceber “mal atendido” passa a agir de maneira diferente, reivindicando um “bom atendimento”. Desse modo, o acesso a medicamentos representa, em certo grau, uma medida do respeito à sua alteridade.

O trabalho de Rodrigues (2014), ao propor analisar a saúde reprodutiva nas mulheres Xerente, aponta para um processo de adaptação ao relatar que:

Fica claro, pois, aqui, a capacidade de agência desse povo, pois não se mostraram indiferentes às transformações, que muitas vezes lhes foram impostas, simplesmente reafirmando um dualismo rígido e inflexível. Ressignificando o que veio de fora reafirmam um modo próprio de ser, recordando como era para não esquecer como deveria ser e para mostrar e

ensinar aos mais jovens e curiosos quem são os Akwẽ-Xerente. (RODRIGUES, 2014, p. 49)

Isso nos remete ao t3pico seguinte, no qual acrescentaremos 3 a complexa rela33o entre os sistemas de aten33o, alguns elementos espirituais e religiosos que perpassam pelas representa33es de sa33de.

### 3.3 A cura atrav33s do sobrenatural – esp33ritos, *sekw33s* e religi33o.

Para al33m da medica33o, a cura nos Xerente guarda rela33o com a influ33ncias dos esp33ritos. Descrevemos no cap33tulo I como a cosmologia Xerente vivencia a rela33o com os esp33ritos e o papel dos *sekw33s* (paj33s) nessa rela33o. Ocorre que, ao longo de nosso estudo, pudemos observar que a import33ncia do *sekw33* permanece viva na cultura Xerente, por33m, adquire novas representa33es a partir do contato com o sistema de aten33o social 3 sa33de.

Um Xerente relata:

*Doen33as de espirito j33 diminuiu muito. Tem umas que 33 incutida, mas s33o poucas pessoas. Tem umas que por exemplo... t33 com dor de cabe33a, se fosse na 33poca ia logo no paj33. E se fosse no paj33 o que ele ia fazer, ele ia olhar, 33 ele mesmo quer ganhar o dinheirinho tamb33m, que j33 t33 ganhando, hoje em dia quase n33o faz servi33o de gra33a, ele cobra, e ele precisa n33! ... foi tal fulano que fez isso... 33s vezes fala o nome e talvez a pessoa nem fez e ele vai falar. 33 depois eles se encontram e vai constranger. Complicado!*

O relato acima ilustra um dos aspectos advindos do processo colonizatr33rio e que acarretou mudan33as nas representa33es sociais de sa33de nos Akwẽ. A necessidade de adequa33o 33 sociedade de consumo incorpora um valor monet33rio ao papel do *sekw33*, e que 33 reconhecido como leg33timo 33 medida que os demais membros da comunidade tamb33m dependem de renda para adquirir insumos como alimenta33o e vestu33rios, entre outros. Assim, ao afirmar “[...] e ele precisa, n33!” em rela33o ao fato de cobrar pelo seu atendimento, percebe-se ao mesmo tempo uma valora33o monet33ria da atua33o do *sekw33* e o reconhecimento de sua pr33tica como um trabalho.

Como j33 descrevemos anteriormente, a vis33o de doen33a nos Xerente e nos povos amer33ndios em geral, est33 associada a um agente subjetivo externo. Ocorre que, por vezes, esse agente pode ter sido “colocado” por outra pessoa intencionalmente atrav33s de pr33ticas xam33nicas. Diante do contato com a educa33o escolar, a religi33o e a biomedicina, a atua33o dos



*sekwás* passa a ser confrontada com outras evidências. Isso é revelado no relato acima, quando se cogita a possibilidade de que o *sekwá* tenha dito que uma doença tenha sido causada por intervenção de alguém, e que essa pessoa seja confrontada a partir de sua afirmação. Obviamente, isso acarreta um conflito entre esses indivíduos, que em última análise foi causado pelo *sekwá*. Por isso, tornar-se *sekwá* também é apontado como possibilidade de uma vivência com dificuldades. Assim, sobre o processo de se tornar *sekwá* atualmente, ouvimos o seguinte:

*Eles estudam escondido, ninguém não sabe. As pessoas sabem só quando ele é pajé. Mas os pajés sabem que a pessoa tá estudando. Mas é inteligência dele, se ele quer ele vai, se não quiser ele sai.*

Um *sekwá* tem grandes implicações na estrutura social dos Xerente. Uma delas se deve ao fato de que não lhe é facultado opinar quando é procurado devendo se posicionar perante aquele que buscou sua opinião.

*Quando as pessoas descobrem que você é pajé qualquer coisa, qualquer doencinha nem dando febre eles vão lá. Aí você tem que falar alguma coisa pra ele. Ou você fala a verdade ou você mente.. o mais fácil é mentir.. tem que falar alguma coisa.*

As implicações e responsabilidades atribuídas ao *sekwá*, bem como o processo educacional escolar e a influência religiosa, têm acarretado uma diminuição da procura aos *sekwás* pelos mais jovens que é motivo de preocupação para os mais velhos. Referindo-se à procura pelo atendimento dos *sekwás*, um jovem adulto Xerente afirma:

*Pra mim, na minha concepção é menos, até porque, nós a juventude, a escola ela te incita a conhecer um outro mundo. Então a partir do momento que você conhecer o outro mundo você vai achar que o pajé tem sim a sua importância, mas ela não pode ficar desligada do que a medicina científica tem adotado. Então, essa é a concepção que passa a se criar entre a juventude. Agora entre os mais velhos, até os jovens também hoje, utilizam muita a questão da cura através dos pajés, até porque é uma tradição milenar e dificilmente vai chegar lá e dizer isso aí não e assim que funciona... isso aí não serve. Se utiliza muito, meus irmãos... eu mesmo já utilizei demais. Agora faz muito tempo que eu não chego no pajé pra ver alguma coisa, meus filhos por exemplo adoecem, eu nunca levei no pajé, já os meus irmãos levam. Tem uns que também por exemplo que tão internado no hospital, os mais velhos, ou as crianças, eles preferem ser atendidos dentro do hospital pelo pajé, tem muito essa concepção ainda que o pajé tem uma importância fundamental na cura. Não se extinguiu. mas a partir desse surgimento desse novo entendimento da medicina, a própria comunidade tem essa noção que é necessário se consultar, ser atendido por profissional que passou pela universidade que tem*

*uma formação sobre o corpo humano, mas ainda há muitos que preferem esse cuidado sobrenatural que é através do pajé que isso vai se manifestar.*

Como pode-se perceber, há uma incorporação do modelo biomédico, mas sem que isso implique necessariamente em abandono das práticas de cura tradicionais.

Soma-se à essa complexa equação, a influência religiosa exercida tanto pelos católicos quanto pelos protestantes.

[...] tanto a igreja católica – através de suas várias ramificações – como a missão batista, ocuparam um papel de destaque na apresentação das diversas situações históricas nas quais os Xerente encontram-se há longo tempo inseridos. (DE PAULA, 2000, p. 163)

Atualmente os Xerente têm uma relação muito próxima com as religiões protestantes, ao ponto de terem na aldeia construções erguidas por missionários, inclusive uma construção que funciona como Igreja Batista onde são ministrados cultos religiosos regularmente, inclusive, por indígenas que se formaram pastores.

Ao buscar elementos para compreender a relação dos Xerente com a religião cristã, deparei-me com alguns trabalhos escritos por autores vinculados à Igreja Batista e que, portanto, são trazidos aqui como um elemento dialógico para compreender o ponto de vista dos missionários na relação que estabeleceram há décadas com esse povo. Nesse sentido, Grigório (2014) relata que apesar do contato inicial com os católicos, os batistas iniciaram suas missões junto aos Xerente em 1936, de forma esporádica, e mais intensamente a partir de 1950, de modo que atualmente há poucos Xerente que se dizem católicos. O ponto de vista apresentado pela autora é de que os missionários realizam o que denominam “missão transcultural”, buscando “decifrar a cultura e a língua indígena possibilitando uma tradução adequada da Bíblia e dos conceitos cristãos, gerando condições para a conversão dos índios”. Em campo, pude conhecer pastores que migraram de São Paulo com a família e construíram casa nos arredores da Aldeia e passaram a viver com os Xerente inicialmente com a tarefa de estudar a língua *Akwẽ*. Confesso que esse interesse exacerbado pela língua por parte dos missionários sempre me chamou a atenção, mas só então pude compreender que essa é a primeira etapa do processo de catequização que propõem, partindo do princípio de que os Xerente possuem um “Messianismo existencial”, que é assim definido pelo pastor Rinaldo de Mattos:

O messianismo existencial é eminentemente preterista. Seu impulso está voltado para o passado e produz povos fatalistas com atitudes religiosas geralmente negativas. Por ele, o povo lamenta a perda das condições paradisíacas da idade áurea, mas aceita o “*status quo*” (MATTOS, 2009, p.1)

Esse tipo de messianismo se expressaria através das lendas e das figuras cosmológicas dos Xerente que traduzem a visão “fatídica” de que o que aconteceu está dado e não pode ser mudado. Para exemplificar, Mattos (2009) transcreve a lenda da morte:

No começo (*æsnākṛta hawi*), quando *Bdâ* e *Wahirê* estavam caminhando juntos, *Bdâ* disse para *Wahirê*: -O que é que vamos fazer para os nossos filhos? Vamos fazer isso, continuou. E, pegando um pequeno talo de buriti (uma espécie de palmeira {*mauritia vinifera*} cujo talo é leve como o isopor), jogou-o na água. O talo de buriti submergiu e imediatamente voltou à tona. Aí *Bdâ* disse: -É assim que vamos fazer. Nossos filhos vão morrer e logo tornar a viver. Daí *Wahirê* retrucou: -Não, assim não vai dar certo. Assim os nossos filhos vão aumentar muito sobre a terra, não vai haver caça para todos e eles vão comer uns aos outros. É melhor assim, disse. E, pegando uma pedra, jogou-a na água. A pedra afundou e nunca mais voltou à tona. -*Tambâ* ‘fim da história’. (MATTOS, 2009, p. 7)

Na visão dos missionários, por considerar que a volta à vida não é possível, a lenda consistiria numa crença que pode ser substituída pela crença cristã, para assim, tornar o povo Xerente “um povo mais esperançoso, mais otimista, mais ativo e menos sofredor” (MATTOS, 2009, p.9). Para tanto, a convivência com a cultura e o conhecimento da língua se fazem necessários no intento de conhecer para modificar através do que denominam “tradução cultural” do evangelho.

[...] a tradução da mensagem bíblica para os índios passa por uma *adaptação cultural*, que é pegar o texto bíblico, que está envolto em uma outra cultura e passar seu significado para a cultura para qual se pretende transmitir a mensagem.” (GRIGÓRIO, 2014, p.5, grifo nosso)

A resultante desse processo pode ser percebida no excerto abaixo, transcrito de Mattos (2009) ao sugerir como os Xerente poderia reinterpretar a lenda da morte:

No começo, quando *Bdâ* e *Wahirê* subiram ao céu, antes de partirem, *Bdâ* prometeu que, um dia, voltaria à terra (conferir João 1.14). Em aqui chegando, com pena do povo, em seus sofrimentos, ele iria descer até as profundezas das águas para tirar a pedra que *Wahirê* jogara, substituindo-a novamente pelo talo de buriti. Ao fazer isso, ele iria acabar com a morte e devolver ao índio a ressurreição e a vida que o mesmo houvera perdido (conferir João 11.25,26;

II Timóteo 1.10); Ele iria abrir um novo caminho para o céu, permitindo aos índios visitarem *Bdã* quando quisessem, e até iria fazer desaparecer o mar (conferir Hebreus 10.19,20; Apocalipse 21.1c); *Bdã* iria também oferecer ao índio (de novo) a vida plena, a prosperidade e iria tirar toda dor e todo sofrimento, transformando tudo isso em paz, felicidade e justiça para sempre (conferir Mateus 6.33; João 10.10; Apocalipse 21.3-5). (MATTOS, 2008, p.9)

Uma vez apresentada alguns pressupostos da atuação missionária através dos relatos acima, passamos a analisar de que modo isso se integra à cultura dos Xerente, e consequentemente, como influencia nas suas representações de saúde.

O termo *Waptokwá Zawre* é utilizado pelos Xerente para se referir originalmente ao demiurgo *Bdã* (Sol), como criador de todas as coisas. No entanto, com a influência dos religiosos, esse termo hoje é também associado à divindade cristã, naquilo que Mattos (2009) denomina de um sincretismo religioso, mas que preferimos tratar tal como descreve Bhabha (2005), um Híbrido Cultural ou ainda, valendo-se do conceito de negociação apresentado pelo autor, uma articulação dos elementos antagônicos ou contraditórios, uma superação, que produz lugares e objetivos híbridos de luta e destrói as polaridades negativas entre o saber e os seus objetos.

O hibridismo é uma problemática de representação e de individuação colonial que reverte os efeitos da recusa colonialista, de modo que outros saberes ‘negados’ se infiltram no discurso dominante e tornem estranha a base de sua autoridade – suas regras de reconhecimento. [...] O objeto híbrido conserva a semelhança real do símbolo autorizado, mas reavalia sua presença, resistindo a ele. (BHABHA, 2005, p. 166)

Em síntese, o relato abaixo ilustra como os Xerente representam essa relação.

*Por exemplo, as igrejas pregam que coisa de pajelanças não é da doutrina religiosa, as igrejas não aceitam, mas assim você chega lá e tem indígena que frequenta a igreja, é batizado e tal, mas chega um momento ele vai lá no pajé resolver algumas coisa, só que as igrejas batem que isso não está certo, que isso é errado. É uma doutrina que tá sendo implantada dentro da comunidade indígena que vai tirando os indígenas desse conhecimento tradicional, dessa prática tradicional aos poucos. Não vai tirar agora. Às vezes indígena tá na igreja, mas tá indo se consultar com o pajé mesmo que o pastor e a igreja não aceita, mas com o tempo isso vai se modificando.*

Lembremos que a estrutura dualista da cosmologia Xerente favorece esse processo ao estabelecer uma visão de mundo onde os opostos se inter-relacionam num antagonismo complementar e necessário (assim como *Bdã* e *Wahirê*). Desse modo, os Xerente demonstram

diante da questão religiosa, sua habilidade de agenciamento e de incorporar novos elementos à sua cultura, sem, contudo, abdicar de suas crenças originais.

### **3.4 Itinerários terapêuticos - Os caminhos do cuidado**

Os estudos sobre itinerário terapêutico tiveram início na década de 1950, inicialmente com a preocupação em descrever características socioculturais de determinados grupos sociais que determinassem a pouca ou alta utilização dos serviços de saúde numa lógica racional, de que os indivíduos analisam a relação custo  $\times$  benefício na busca por serviços de saúde. (ALVES, 2015). Desde então, a ótica sobre os itinerários terapêuticos convergiu para uma análise multifatorial, ampliando o campo de estudo para englobar aspectos cognitivos e socioeconômicos. Alves (2015), sintetiza:

Por meio dessas duas ordens explicativas, são analisadas quatro grandes temáticas relacionadas ao significado de Itinerário Terapêutico e que usualmente se inter cruzam: (a) identificação de estratégias desenvolvidas para resolução de problemas de saúde; (b) caracterização de modelos ou padrões nos percursos de tratamento ou cura; (c) trânsito de pacientes nos diferentes subsistemas de cuidados à saúde; e (d) funcionamento e organização de serviços de cuidado à saúde. Sob o manto dessas categorias, são objetos de estudo: as percepções e representações de doença; busca de determinados tratamentos; adesão e avaliação de tratamento; conduta de doentes e familiares em relação ao tratamento; relação paciente-terapeuta; disponibilidade e acessibilidade aos recursos assistenciais (profissionais ou não). E, por último, é importante observar que são pesquisas majoritariamente situadas em três campos disciplinares (antropologia, sociologia e psicologia social) e fundamentadas, em grande medida, em metodologias qualitativas. (ALVES, 2015, p.32)

Portanto, o percurso em busca de cuidados terapêuticos, segundo Cabral et al (2011), expressam construções subjetivas coletivas e individuais que definem ações que constituirão um determinado percurso a ser percorrido.

Segundo alguns autores, itinerários terapêuticos são constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes (MARTINEZ, 2006. Apud CABRAL ET AL. 2011, p.4434)

Apesar do foco desse estudo não ter sido descrever o itinerário terapêutico dos Xerente em detalhes, a convergência teórico-metodológica do caminho que foi trilhado, inevitavelmente, nos revelou algumas nuances desse processo que julgo útil descrever aqui.

Historicamente as doenças trazidas pelo contato com os não índios foram causa da extinção de inúmeros povos indígenas. Excetuando alguns poucos grupos que vivem isolados, os povos que vivem em contato com os não índios há muito tempo adquiriram as doenças do não índio, e com elas, adveio a necessidade de novos modos de tratamento. Foi apenas a partir do contato que surgiu a necessidade de se deslocar das aldeias para obter tratamento, ou de que o atendimento fosse levado até elas. O relato abaixo, colhido de um de nossos interlocutores Xerente, ilustra a consciência da influência do processo histórico nas mudanças em relação à saúde nos Xerente:

*Pra você entender a situação da saúde indígena às vezes você parte da ideia do passado e o que está sendo hoje. E também pensar a questão de como o povo indígena vem sofrendo com esse contato. Percebe-se que antes do contato, os livros narram isso, as populações indígenas tinham uma vida saudável. Com a chegada dos não indígenas eles tiveram esse contato e vieram algumas doenças.*

Essa narrativa revela uma compreensão da existência de um marco histórico na busca pelo cuidado, à medida em que antes do contato com o não indígena o tratamento era obtido localmente através das práticas xamânicas do uso de medicamentos naturais extraídos a partir de plantas, animais e raízes. Inicia-se aí uma mudança no percurso da busca pelo cuidado já que os medicamentos naturais e a pajelança passam a não serem suficientes para tratar as doenças do branco.

Retomando a descrição das políticas de saúde implementadas ao longo do processo de colonização feita no Capítulo II, tivemos, a partir do século XVIII, a implantação de diversas agências (SPILNT, SPI, FUNAI, FUNASA, SESAI) que, desde então, vêm propondo diferentes modelos assistenciais aos povos indígenas, incluindo os Xerente. Em relação à essas mudanças, ouvimos o seguinte relato:

*Nos Xerente mesmo, algum tempo atrás, ocorreu uma situação muito difícil. Os mais velhos contam pra gente como era precária a situação da saúde, o tratamento, na época que tava sob a responsabilidade do SPI, depois da FUNAI, então foi um período de transição e que até hoje a gente tá vivenciando. As instituições elas não descobriram ainda a forma correta de tratar, de organizar as instituições que trabalham com a saúde indígena em*

*si. E aí, por isso é que se tem algumas críticas, apesar de alguns avanços terem existido a partir da FUNAI, porque a gente não tinha acesso a saúde praticamente. Tudo era resolvido dentro da comunidade. Então veio a saúde, depois veio a FUNASA e hoje temos a SESAI que ela trouxe uma questão mais de forma que atende mais a população indígena.*

A fala nos revela que há um reconhecimento de avanços no decorrer das mudanças das políticas públicas ao longo do tempo, ao mesmo tempo que expressa que esses avanços ainda não contemplam os anseios de forma integral. Ela revela ainda um movimento centrífugo no sentido de que as coisas não são mais resolvidas apenas dentro da comunidade, forçando a percorrer caminhos para fora dela (hospitais, CASAI).

De fato, conforme descreve Alves (2015, p.41) “a busca e avaliação de tratamento dependem daquilo que rodeia o ator, das circunstâncias nas quais ele se encontra”. Obviamente, as circunstâncias sociais e históricas que envolvem os Xerente atualmente - as quais já descrevemos anteriormente nesse trabalho - obrigam a traçar novos caminhos na busca do cuidado.

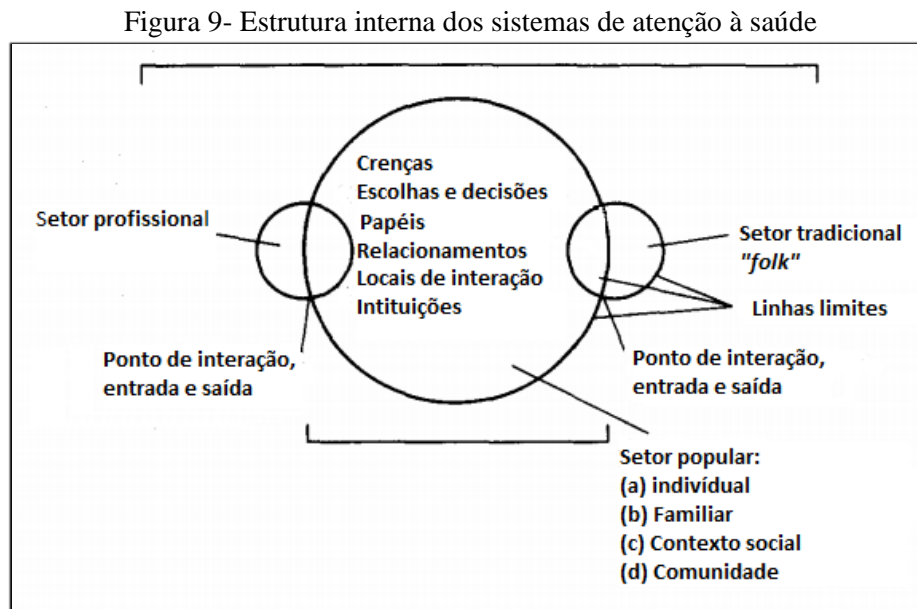
Dessa forma, o que pudemos observar é que a escolha do caminho percorrido na busca de tratamento para os problemas de saúde pode variar bastante, em consonância com que descreve Ferreira (2016), argumento que a busca pelo cuidado se inicia quase que invariavelmente pela autoatenção. Menéndez (2003) define práticas de autoatenção como:

[...]as representações e práticas que a população utiliza tanto individual quanto socialmente para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, suportar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais. (MENÉNDEZ, 2003, p.186, tradução minha)

Porém, o itinerário pode variar, inclusive pela atuação das Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), na medida que ocasionalmente interferem na trajetória do cuidado a partir das suas intervenções. Por exemplo, podemos citar o relato de uma anciã, cujo marido estava sentindo desconfortos estomacais e vinha sendo tratado com remédios naturais. Mas no intercurso, ocorreu a visita do médico na aldeia, que receitou a ele medicação alopática. Ou seja, o itinerário pode ser alterado, sendo que isso pode ocorrer de forma intencional, ou não, a partir do contato entre os sistemas de atenção à saúde. Ocorre que, em alguns momentos, essa mudança de itinerário pode ser desejável e consentida, e aí teríamos, na concepção de Kurt Lewin, um campo de forças convergindo para um modelo de atendimento mais próximo do que

os Xerente desejam. Por outro lado, o itinerário pode ser alterado de forma indesejada, ocasionando tensões e divergências entre os sistemas.

Retomamos nesse momento Kleinman (1978), que descrevera, já àquela época, um modelo de análise de sistemas de atenção culturais a partir da ótica de uma rede de influências mútuas com estruturas internas imbricadas. Ainda hoje, o modelo proposto pelo autor nos ajuda a entender os elementos presentes na escolha de um itinerário terapêutico. (Fig. 9)



Fonte: Adaptado de Kleinman (1978)

Segundo o modelo acima é possível distinguir três esferas que compõem qualquer sistema de atenção à saúde, sendo elas: profissional, tradicional e popular. Da interação entre essas três esferas resultaria as crenças sobre a doença, sobre quem deve prover o cuidado, além de onde esse cuidado deve ser provido e quem será o responsável pelo cuidado bem como se dão as práticas curativas. No cenário que viemos delineando até aqui, a esfera tradicional seria representada pelo sistema cosmológico dos Xerente e suas práticas xamânicas, bem como do conhecimento das propriedades curativas de plantas e raízes. A esfera popular, por sua vez, corresponde a todo contexto sócio-cultural circundante (proximidade com a cidade, contato com as escolas e com a religião, envolvimento políticos partidários etc); e em terceiro, a esfera profissional, composta pelo que descrevemos ao longo desse trabalho como sistema social de atenção à saúde.



Menendez (2003), amplia a discussão acerca dos modelos de atenção ao lançar reflexões sobre os processos de autocuidado. Partindo da constatação de que a constituição da biomedicina como prática hegemônica contrasta cada vez mais com práticas de autocuidado relacionadas à vários modelos possíveis e dinâmicos, propõe a descrição dos principais modelos de atenção, a saber: biomedicina ou medicina científica; popular e tradicional, envolvendo curandeiros e especialistas de ervas, xamãs, benzedeiros e grupos religiosos; alternativas, paralelas ou new age: novas religiões curativas do tipo comunitárias; outras tradições médicas acadêmicas; modalidades centradas na autoajuda, como as associações e grupos de portadores de patologias. Menendez (Op. cit.) defende ainda o caráter dinâmico dessas categorias e advoga que elas podem ampliar-se nos diversos contextos culturais.

A validade dos modelos apresentado acima reside em fornecer instrumentos para refletirmos sobre os itinerários possíveis a partir de realidades específicas construídas culturalmente. Nos Xerente, elementos da cosmologia mais enraizados, se mesclam com novos conhecimentos na definição de caminhos para busca de cuidado. Prefiro considerar que o mais prudente é reconhecer que dentro desse sistema, vários caminhos são possíveis. Daí, acredito ser mais importante oferecer elementos para análise desses caminhos possíveis, ao invés de propor uma descrição genérica que pretendesse representar toda a complexidade do sistema cultural dos Xerente.

Nesse sentido, analiso nesse momento o modelo proposto pela PNASPI, para posteriormente confrontá-lo com o que observei ao longo de minha trajetória nesse estudo. Para tanto, nos valem da narrativa de uma gestora da Saúde Indígena durante apresentação na roda de conversa realizada no Congresso Tocantinense do Programa Mais Médicos, em 2016:

*Nossa referência pra média e alta complexidade é Miracema e Palmas. (internação, cirurgia, tomografia, algum exame de imagem) Miracema como primeira referência, se lá não tiver, encaminha pra Palmas. A saúde é feita nos 3 níveis, municipal, estadual e federal. Na lei 9836 Art. 19 está descrito o papel de cada ente federado. O SASISUS é estruturado como o SUS. A equipe sai do polo base e vai pra terra indígenas. Na terra indígena ele faz o atendimento e quando há necessidade ele encaminha pro polo base e o polo base encaminha pra o município de referência, e do município, dependendo do que for, encaminha pra média e alta complexidade. Também pode sair direto pra CASAI como no caso de gestante de risco ou criança com baixo peso. Quando faz um procedimento e não tem condições de votar pra aldeia de imediato ele permanece lá até se reestabelecer. Quando a equipe avalia que está apto ele faz o caminho contrário, da casai pro polo base e pra aldeia.*

A descrição acima corresponde exatamente ao modelo ilustrado na figura 10, e que denominarei aqui como “itinerário prescrito”, ou seja, aquele que está posto como fluxo de atendimento pelo Estado e que reflete em sua concepção toda a ideologia e o processo de construção da política de saúde indigenista vigente. Esse modelo, narrado pela representante do Estado *ipsis litteris*, revela um dos entraves na relação entre os sistemas de atenção à saúde, que é a inflexibilidade do sistema social de saúde. Determinado pelas normas frias da legislação, engessa as ofertas de atendimento às condições dadas e estabelecidas, justificando sempre a impossibilidade de atender às demandas do mundo real daqueles que se propõem a ofertar o cuidado pelas limitações legais.

Figura 10- Organização do fluxo de atendimento de acordo com a PNASPI.



Fonte: <http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena/sobre-a-area>

Assim, o que observei foram relatos de insatisfação diante das recusas de atendimento nas situações que fogem ao fluxo prescrito e que são sempre respaldadas pelas limitações de um sistema que se propõe a ofertar uma atenção diferenciada, mas cujo diferencial não parece contemplar as diferenças. Por exemplo, muitos Xerentes atualmente vivem em Tocantínia, cuja distância da aldeia Salto *Kripé* é de apenas 13 Km. Em relação ao atendimento a esses indígenas, ouvimos o seguinte relato de um Xerente:

*Os indígenas que moram na cidade são excluídos desse subsistema da saúde indígena, então é uma luta muito grande. Assim, porque ser excluído se é indígena? Se o recurso que vem é pra tratar da saúde indígena e eles são indígenas? Sem contar que os que hoje moram na cidade são excluídos duas*

*vezes porque você vai pro município e eles dizem não... vocês é com a saúde indígena lá. É com a SESAI. O indígena que mora na cidade vai na lá pra SESAI e... não você mora na cidade, é pelo SUS, pelo postinho de saúde. Então acho que são questões que a saúde indígena precisa se posicionar.*

Diante dessa realidade, o que se observa no dia a dia é que o caminho da busca pelo tratamento passa prioritariamente pelos remédios naturais. As intercorrências mais comuns como diarreia, vômito, gripe, são, via de regra, tratadas primeiro com remédios do mato.

*Quando a criança fica doente a primeira coisa que a gente procura é remédio da gente. Quando não dá jeito leva pro agente de saúde ou pro enfermeiro que ficam lá. Nós costuma dá é chazinho.*

A fala de um professor indígena acima, demonstra que o fato de preferirem, a priori, os cuidados tradicionais não se deve necessariamente à dificuldade de acesso ao serviço de saúde pública, mas reflete que em um primeiro momento o custo de se buscar o atendimento no sistema público de saúde pode ser avaliado como maior do que os benefícios.

Os transtornos no uso de um sistema terapêutico e os percalços para obter tratamento [...] estão intimamente ligados, pois as dificuldades para realizar um tratamento dependem, em boa medida, do sistema de cuidados à saúde no qual está inserido o ator. (ALVES, 2015 p. 37)

Em relação aos Xerente, na prática, isso significa que é mais fácil recorrer ao conhecimento tradicional num primeiro momento e avaliar o resultado, para posteriormente decidir se é o caso de procurar atendimento médico. Muitas vezes essa atitude é percebida pelos profissionais como uma falta de entendimento da doença e dos agravos possíveis em caso de não tratamento ou ainda de um desleixo com a própria saúde associada à continuidade da representação colonizadora de que os indígenas têm hábitos “pouco civilizados”. Creio que as discussões trazidas em capítulos anteriores foram, senão bastantes, ao menos suficientes para fornecer elementos para desconstruir essa representação equivocada acerca dos povos indígenas.

Uma vez que o tratamento através de remédios naturais ou pajelança não forem suficientes, o itinerário segue para a busca do atendimento médico. Esse caminho pode se dar através do posto de saúde na aldeia (Figura 11) ou, dependendo da gravidade, recorre-se aos carros do polo base para encaminhar o doente para Miracema ou Palmas.

Figura 11- Unidade de saúde localizada na aldeia Salto Kripé



Foto: Rogério Marquezan

Sobre o percurso para buscar o atendimento médico, um Xerente relata:

*A pessoa vai no posto de saúde e procura ele (agente de saúde). Se ele estiver lá... porque ele não trabalha só naquela aldeia. Eles têm termômetro e medem a temperatura, porque geralmente no hospital a primeira coisa que eles pedem, principalmente criança indígena, é se a criança tá dando febre, porque se tiver eles consultam, se não tiver, não consulta.*

Percebe-se que a escolha do itinerário passa pela avaliação do estado de saúde frente aos percalços do atendimento. Essa escolha se dá a partir do agenciamento do conhecimento adquirido no contato com a educação escolar formal, com a religião, ou até mesmo com o sistema público de saúde. Desse modo, a febre passa a ser um sintoma frequentemente associado à uma enfermidade de maior gravidade, e que, portanto, requer cuidados médicos.

Por outro lado, o atendimento em nível secundário ou terciário (ambulatorial/hospitalar) representa ter que lidar com um universo muito distante do vivenciado na aldeia. Esses aspectos podem ser percebidos no relato abaixo, sobre o atendimento realizado em um hospital que recebe os Xerente quando encaminhados pelo polo base:

*Eu sou contra uma discriminação muito grande. Se o índio chega lá segunda pessoa, aí é jogado lá pro quinto, sétimo pessoa. Quando é encaminhado pro hospital [...] Ah, mas cadê os médicos de lá? O médico lá não trabalha. Eles não entendem que também tem que atender. Eles acham que o pessoal lá do hospital atende pouca pessoa, mas lá é muito indígena. Só dois médicos, pra 4000 e poucas pessoas.*

É possível compreender, portanto, que a escolha do itinerário leva em conta que quanto maior for a necessidade de se afastar da aldeia, maiores serão as dificuldades a enfrentar. Desde o preconceito percebido no atendimento na cidade; os profissionais menos habituados a atender os indígenas e, portanto, menos familiarizados com seus costumes; a necessidade de recorrer ao transporte do DSEI, que implica na possibilidade de não poder retornar pra casa quando desejar, entre outras coisas.

Portanto, a autoatenção emerge como uma prática que retoma para si o corpo colonizado e biologizado. Biologização essa, que surge com um dos principais fatores responsáveis pela subalternização e exclusão das demais modos de atenção (MENEDEZ, 2003). Talvez por isso, a autoatenção seja preferida em detrimento dos percursos estabelecidos nas políticas indigenistas de saúde cujo pressuposto de integração da visão biomédica aos sistemas culturais dos povos indígenas acaba tendo, em última análise, o objetivo de ofertar o cuidado biomédico de maneira “diferenciada”.

Como se as relações entre os sistemas de atenção já não fossem complexas o suficiente, surge nessa equação, a partir de 2013, a atuação de profissionais médicos estrangeiros. Dedicaremos, a seguir, um tópico para explorar essa questão.

### **3.5 O Programa Mais Médicos e os Xerente**

Conforme descrevi inicialmente, o ponto de partida de minha jornada junto aos Xerente se deu em função da minha atuação no Programa Mais Médicos. Logo, não poderia deixar de tratar sobre os desdobramentos dessa política que se somou ao sistema de atenção diferenciada. Em 2013 o governo federal implementa o Programa Mais Médicos para o Brasil como o objetivo de promover uma ampliação do acesso à atenção básica em saúde, bem como uma mudança na ótica da formação médica priorizando a medicina preventiva, e ampliando o número de vagas para formação de profissionais médicos. Passados cinco anos, já é possível apontar estudos que demonstram a importância desse Programa para a saúde indígena em relação à melhoria do acesso ao atendimento (MARQUEZAN E GIRALDIN, 2017; FONTÃO E PEREIRA, 2017; SOUZA, 2015; SILVA, R., 2015; PEREIRA ET AL, 2016).

Para descrever os impactos do PMMPB na saúde indígena, e em especial nos Xerente, recorro a fontes documentais, além daquelas que pude observar. Os relatos a seguir foram

extraídos do documentário “Mais Médicos no Tocantins” (2017) produzido em parceria pelos cursos de medicina e jornalismo da Universidade Federal do Tocantins, no qual tive a oportunidade de participar como um dos produtores.

Um dos diferenciais dos profissionais que ingressaram na saúde indígena pelo PMMPB foi a obrigatoriedade em cursar a Especialização em Saúde Indígena ofertada pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) em modalidade EAD. Um dos médicos atuantes no Programa destaca a importância do curso de especialização para a atuação na saúde indígena:

*Ao fazermos a especialização em saúde indígena, na aula de antropologia, foi quando de verdade eu conheci o que é conviver com os índios, aprendi muito mais deles, a não simplesmente chegar e dar uma consulta, se você não conhece como mora, como vive, como se alimenta, como é sua forma de interagir.*

Nesse caso, o desvelar de um “novo mundo” representado pela compreensão da organização cultural dos povos indígenas, significou, para o profissional de saúde, a possibilidade de melhorar a realização do seu trabalho, e não como dificuldade interposta pelo contexto interétnico.

De outro lado a aproximação dos profissionais com a cultura, proporcionada pelo acesso ao conhecimento da cosmologia Xerente, permite novas formas de integração entre os diferentes saberes. Um *sekwá* relata:

*Nossa cultura que nós aprendemos de pajé não igual à do médico, porque nós olhando pra pessoa e pro corpo a gente vê a doença e o que faz pra curar, a gente tira. Não é assim com o médico, nós não faz. Aí, se eu não tô dando conta, eu já falo praquele dono da pessoa<sup>13</sup> que tá doente, eu falo, não! Não tô dando jeito, não tá dando certo. Despacho pro médico. Só isso!*

Fica evidente que do contato entre os diferentes sistemas de atenção à saúde emerge a possibilidade de respeito mútuo e colaboração, desde que estabelecido um processo favorável de comunicação. Obviamente, isso não seria o suficiente dado todo o contexto sócio histórico que antecede esse contato, mas na relação entre os profissionais do PMMPB e os indígenas Xerente, a capacidade de estabelecer uma relação menos assimétrica mostrou-se um diferencial.

---

<sup>13</sup> Na cultura Xerente há sempre alguém que deve ser um responsável por outra pessoa. Por exemplo, um pai será o responsável pelos filhos. Na sua falta, o filho mais velho é o responsável. Mas vale dizer que será sempre uma relação hierárquica por ordem do mais velho para o mais novo. Assim, um irmão mais novo não pode ser responsável pelo irmão mais velho. Nem um filho ser responsável pelo pai.

Considerando a relação entre os sistemas de atenção à saúde como uma via de mão dupla, a capacidade de adaptação dos Xerente também se mostra relevante. Traduções locais e incorporações singulares do discurso oficial figuram processos pelos quais se dá a indigenização da modernidade. Ainda na fala do *sekwá* referindo-se aos médicos:

*Nós somos tudo civilizado, não podemos desprezar outra pessoa, porque de primeiro nós não tinha identidade, eu não tinha CPF, eu não tinha aposentadoria, não tinha nada disso. Agora, como nós somos tudo civilizado, nós somos tudo irmão.*

Nesse relato fica evidente a presença do Estado (documentos de identidade, aposentadoria) como mote de alianças (“tudo irmão”), mas também de alteridade, apontando a externalidade desse modelo.

Os relatos trazidos até aqui apontam possibilidades de reflexões a partir da experiência com o PMMPB na saúde indígena. Se de um lado existe campos em disputa por interesses distintos, por outro lado, é na relação direta estabelecida entre os atores que essas forças podem convergir para uma resultante menos assimétrica. Para tal, cenários que constituem novas possibilidades de relação, como o caso do PMMPB, podem consistir em catalisadores de processos de mudança.

A fala de uma gestora de nível estadual feita no Congresso Mais Médicos para o Brasil no Tocantins mostrou-se expressiva em relação ao significado da presença dos profissionais do PMMPB na saúde indígena. Preocupada com o fim do período de permanência dos profissionais em área após os três anos iniciais previstos<sup>14</sup>, ela indaga aos profissionais como eles haviam conseguido melhorar os índices de mortalidade infantil. A fala nos revela um distanciamento na relação entre quem gere e quem cuida, ou seja, apesar de demonstrar interesse em compreender a atuação, falta a vivência na realidade do cenário de prática. Aqui entende-se um processo de mudança significativo nas relações de poder. Uma relação onde o gestor passa de “determinante” para “determinado” uma vez que o profissional médico está empoderado pelo seu fazer. E ainda que os indígenas não estejam diretamente presentes nesse contexto a relação de poder foi modificada através do contato entre médicos e indígenas.

---

<sup>14</sup> Essa discussão ocorrera em outubro de 2016, data em que a legislação previa o final da permanência dos médicos estrangeiros no país. Devido ao reconhecimento da importância de sua permanência, houve um movimento dos gestores municipais para permanência desses profissionais, que resultou da prorrogação do prazo inicial por mais três anos, e que vem sendo reavaliado a cada final de período.

Voltando à indagação de como haviam conseguido melhorar os índices de mortalidade infantil, um dos médicos atuantes relata a importância de se compreender o modo de vida dos povos assistidos e se integrar, para só então poder recomendar ações muitas vezes simples, mas que surtem efeito, como por exemplo, ao observar que as crianças comiam sentadas no chão e que muitas vezes a comida que caía do prato era levada à boca, um médico sugeriu a experiência de confeccionarem esteiras de palha para que as crianças se sentasse ao comer, e que fosse avaliado se diminuiria a incidência de diarreia. Essa ação foi desenvolvida em três residências, e segundo o profissional, foi possível demonstrar aos vizinhos que as crianças daquelas casas estavam adoecendo menos por utilizarem a esteira na ora das refeições, evitando que o alimento caísse no chão e fosse levado à boca.

Outro médico revela que, no início, ao chegar na aldeia era comum as mulheres esconderem-se e não permitirem ser consultadas, mas que com a aproximação essa realidade mudou. Outros relatos dão conta da disponibilidade desses profissionais em se integrar à comunidade. Um médico descreve que estar entre os índios exige que faça parte da vida deles. Como exemplo, cita uma situação na qual estavam construindo uma casa na aldeia, e ele, naquele momento, se propôs a ajudar carregando terra e ajudando a cavar os buracos para fixação dos esteios da construção.

A relação de proximidade entre médicos e indígenas só emerge com o passar do tempo. Conforme relata um dos médicos, no início, sentia-se assustado com a perspectiva de trabalhar com os indígenas, os quais só conhecia por meio de filmes, livros e internet. Segundo ele, eram três realidades diferentes no mesmo contexto: Ele, com a cultura cubana e sua língua de origem, o enfermeiro, que era indígena, mas dominava os dois idiomas (Akwẽ e Português) e também transitava na cultura do não-índio, e os indígenas que são atendidos pela equipe, falantes de sua língua materna e também do português. Há que se ressaltar, que os homens Xerente têm mais domínio do português que as mulheres, havendo ainda um gradiente em que quanto maior a distância da aldeia em relação a cidade costuma incorrer em um domínio menor da língua portuguesa, sobretudo para as mulheres e crianças.

Os relatos tanto de indígenas como de profissionais do PMMPB dão conta de que a língua inicialmente constitui uma barreira para a comunicação entre eles, porém essa barreira tende a ser superada com a ajuda dos indígenas que atuam na equipe de saúde com enfermeiros, técnicos em enfermagem e os agentes indígenas de saúde. Além disso, há que se considerar que a língua também é uma barreira em relação aos profissionais brasileiros, haja vista que apesar de grande parte dos Xerente falar o português, essa não é sua língua materna, e muitas vezes é



difícil compreender as traduções feitas, ou até mesmo, em alguns casos, não se encontra uma tradução que corresponda fielmente ao significado original em *Akwẽ*.

Outro aspecto que contribuiu para que as barreiras iniciais fossem transpostas é a valorização pelos médicos cubanos do sistema cultural de atenção à saúde Xerente. Um relato de uma indígena Xerente ilustra bem isso. Ela afirma que havia um indígena de seus cinquenta e poucos anos com problema de pressão alta, e que já havia sido prescrito uma grande quantidade de remédio para ele, mas não adiantara. Quando foi consultado pelo médico cubano, esse o orientou que fizesse chá da casca de uma árvore (embaúba) e que a partir daí o paciente teve grande melhora. Ainda que a embaúba seja conhecida na medicina popular como eficaz anti hipertensivo, ao valorizar e prescrever um remédio do universo tradicional Xerente, o médico estabeleceu uma relação menos assimétrica com o paciente, facilitando uma relação dialógica simétrica.

Em relato colhido por Silva *et al.* (2015, p.1012) sobre a formação médica em Cuba, observa-se que “Segundo o médico, em seu país, é comum cursos de atualização sobre o uso de plantas em tratamentos terapêuticos e, na própria graduação, eles já têm um grande contato com essa área do conhecimento”. O relato ilustra como, a partir da valorização da medicina tradicional, esse profissional passou a ser reconhecido pela comunidade, possibilitando uma aproximação fundamental para o desenvolvimento do seu trabalho ali. O relato continua com a afirmação de que a partir desse episódio a história se espalhou pelas aldeias vizinhas e as pessoas começaram a se interessar pela prática do médico.

Durante a roda de conversa sobre saúde indígena realizada no Congresso Tocantinense Mais Médicos, o papel dos Agentes Indígenas de Saúde é destacado por um médico como de fundamental importância com a função de serem eles os detentores da cultura local e ao mesmo tempo transitarem nos espaços institucionais, e ainda por intermediar a comunicação em função de dominar as duas línguas (português e *Akwẽ*). Nesse espaço, uma técnica da secretaria de estado da saúde destaca que o sentimento por parte da equipe de saúde de que o médico efetivamente compõe a equipe favorece o planejamento em conjunto que possibilita o desenvolvimento de ações mais efetivas no campo da atenção básica em saúde. Conforme destaca Garcia Jr. (2017),

A acessibilidade, primeiro contato e a própria longitudinalidade do cuidado em saúde são estabelecidos como elementos estruturais e processuais na modificação da relação médico-usuário, podendo inclusive favorecer a produção de vínculos (GARCIA JR. 2017, p. 285).

Na fala de um profissional médico brasileiro, anteriormente ao PMMPB a atuação na saúde indígena era vista como “um bico” pelos médicos, o que é evidenciado por Pereira et al (2016), ao relatar que no período de 2013 e 2014, o PMMPB proveu cem por cento dos médicos da saúde indígena nos 34 Distritos Sanitários Indígenas no Brasil, totalizando 294 profissionais atuantes no subsistema de atenção à saúde indígena à época.

*A grande conquista que o Mais Médicos trouxe pra saúde indígena foi o empoderamento da equipe. É impossível fazer uma assistência adequada sem médico que exerça sua função adequada na equipe. Não um médico que faz de conta que faz parte da equipe, que é o que acontecia historicamente na saúde indígenas. A maioria dos médicos não se integrava com a equipe. (Médico brasileiro – Roda de Conversa-saúde Indígena, durante o Congresso Tocantinense do Programa Mais Médicos, 2016)*

Dessa presença mais próxima do profissional médico com a comunidade indígena emerge uma nova significação da sua atuação por parte dos Xerente, que passam a ver os médicos como integrantes do processo de cuidado e menos distante do que anteriormente, quando eram vistos como figuras ausentes das aldeias. Isso contribui para a ressignificação do profissional médico das relações de poder estabelecidas a partir da sua atuação, enquanto prática mediada pelas visões distintas de saúde.

## **CAPÍTULO 4 - IMPLICAÇÕES PARA OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

No momento em que me vi iniciando a escrita desse capítulo experimentava uma angústia, algo que me fazia refletir sobre qual o sentido dessa trajetória e de que modo eu estaria contribuindo, de fato, para a compreensão e conseqüente melhoria das condições do atendimento à saúde dos Xerente. Foi então que retomei o início de minha jornada e recuperei aquela inquietação que me motivou a realizar esse estudo e que está associada à minha atuação profissional docente, pautada na crença de que é possível transformar as realidades transformando as pessoas. E o instrumento para tal nada mais é do que o conhecimento.

Nesse dia, em que me debatia com a escrita, um amigo professor da área das engenharias passou pela minha sala pra conversar algumas questões cotidianas da universidade e a conversa enveredou para algumas amenidades. E foi dessa conversa, enquanto falávamos das dificuldades das pessoas em resolver conflitos no contexto acadêmico devido a pontos de vistas diferentes, que percebi que estávamos, de certa forma, falando sobre as mesmas questões com que tenho me deparado em relação aos sistemas de atenção à saúde. Trata-se do desafio de conciliar pontos de vistas diferentes, muito presente nos contextos interculturais. Ao mesmo tempo é justamente isso que pode permitir que a saúde indígena atinja os objetivos de respeito à alteridade e integralidade do cuidado. E daí, surgiu o norte desse capítulo, no qual busco fornecer, a partir da percepção adquirida junto aos Xerente, uma visão de como a relação entre mundos distintos aos quais vimos denominando desde o início de sistemas de atenção à saúde, se relacionam no campo das diferenças culturais. Essa descrição pretende ser útil àqueles que se permitirem atuar enquanto profissionais de saúde junto aos Xerente, em particular aos médicos, já que essa é a categoria que me inspirou a realizar esse trabalho.

### **4.1 Formação profissional – o desafio da mudança.**

Iniciemos a nossa discussão a partir do processo de formação profissional refletindo sobre os cursos de graduação em nível superior, em especial, os cursos da área da saúde. A partir de 1988, a concepção da formação nos cursos da área da saúde emana dos princípios constitucionais que estabeleceram as diretrizes do SUS, baseada na formação generalista,

humanista, crítica e reflexiva e na integralidade do cuidado. Some-se à essas diretrizes a inserção precoce do estudante nos serviços de saúde e o processo de educação permanente, entendido como sendo o estímulo à problematização das dificuldades nos locais de trabalhos e a busca em equipe pelas soluções mais adequadas à cada realidade e temos um cenário, *a priori*, favorável ao processo de formação necessário para atuar nos diversos contextos. Porém, o percurso não se dá sem desafios, conforme lembram Diehl e Pelegrini (2014), pois em 2006, uma análise do Ministério da Saúde apontara que:

[...]os cursos de medicina, enfermagem e odontologia não haviam aderido satisfatoriamente às DCN, indicando a “necessidade de estratégias que promovam a integração curricular, temas integradores ao longo do curso, sistema de acompanhamento/avaliação do curso e dos professores, bem como a diversificação de cenários de ensino-aprendizagem” (DIEHL E PELEGINI, 2014, p. 868).

Desde então, vários dispositivos institucionais foram criados para tornar a formação nos cursos da saúde mais adequada às diversas realidades encontradas no Brasil. No tocante à saúde indígena, Diehl e Pelegrini (2014) lembram que na 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2006, foram apontadas como medidas necessárias: a inserção de disciplinas específicas nos currículos de cursos técnicos e superiores nas áreas de medicina, enfermagem e odontologia; ofertas de cursos de pós-graduação em saúde indígena aos profissionais que atuam nessa área, bem como criação de modalidade de residência à distância para fixação do profissional nos terras indígenas; incentivo financeiro e criação de plano de cargos e salários. Há que se recordar que, nessa época, a gestão da saúde indígena estava a cargo da FUNASA e que, a partir de 2009 com a criação da SESAI, a gestão dos processos formativos para profissionais da saúde indígena fica centralizados nessa Secretaria.

Assim, temos, de um lado a formação em nível superior com foco na formação generalista pautada pelas DCNs e que, portanto, não se propõe a formar o profissional com um olhar aprofundado na questão indígena, ainda que dependendo da região onde a Instituição de Ensino Superior (IES) esteja inserida, o assunto possa permear sua formação.

De outro lado, a complementação da formação após a graduação perpassa por possibilidades de pós-graduações ofertadas por algumas IES. Uma busca no portal do MEC (<http://emec.mec.gov.br/>) utilizando o descritor “saúde indígena” (Apêndice 1) retornou que em dezembro de 2018 havia 35 cursos de pós graduação em modalidade *Stricto sensu* sendo

ofertadas no país, totalizando 3345 vagas. Chama a atenção o fato de que nenhum desses cursos é ofertado com sede no estado do Tocantins, onde vivem os Xerente, além de outras etnias.

Ademais, temos o profissional que acessa a formação pelos cursos e capacitações promovidos pela SESAI através das equipes dos DSEI no âmbito da atenção básica, sendo que nesses casos o profissional já está inserido no subsistema.

A formação de profissionais indígenas surge como um horizonte no caminho da construção de um modelo de atenção diferenciada que realmente integre saberes, constituindo um campo rico para a inter-relação entre os sistemas de atenção. Nesse sentido, os Xerente têm acessado o ensino superior principalmente pelo curso de Licenciatura Indígena oferecido pela Universidade Federal de Goiás (UFG), mas também pelos cursos de graduação da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Sem minimizar a importância do curso de Licenciatura Indígena da UFG, que é reconhecido nacionalmente na área da educação indígena, no campo da saúde e proximidade e as políticas de acesso têm feito com que os Xerente busquem os cursos da UFT. Nesse sentido, a UFT implementou a política de cotas para indígenas em 2005, se antecipando à Lei nº. 12.711 (BRASIL, 2012) que criou uma política de reserva de vagas para alunos de escola pública, pretos, pardos e indígenas, em todo o sistema de Educação Superior e Ensino Médio Federal. Carvalho (2015) ressalta que a implantação das cotas na UFT foi fruto da intensa mobilização dos indígenas, demonstrando mais uma vez, o poder de agenciamento.

Porém, a autora aponta ainda que o acesso ao ensino superior veio acompanhado de outros desafios. Os alunos indígenas passaram a enfrentar dificuldades em se adaptar à rotina acadêmica, a suprir as necessidades advindas de terem que se manter longe da aldeia como transporte, moradia e alimentação; dificuldades com a língua portuguesa; além de enfrentarem preconceito de uma parcela dos estudantes não indígenas contrários à política de cotas. Esse cenário favoreceu um alto índice de reprovação e de não ocupação das vagas.

Desde então, foram sendo implementadas ações visando a permanência do estudante indígena na UFT, como o Programa de Monitoria Indígena (PIMI) que visa oferecer apoio de monitores aos estudantes indígenas; o Programa de Bolsa Permanência que visa o auxílio financeiro; o Programa Dialógico de Acesso Indígena e Quilombola à Universidade (PADIQ) e o Programa de Acesso Democrático à Universidade (PADU) que visam executar diversas ações de democratização do acesso à universidade direcionadas aos alunos negros, indígenas e quilombolas egressos de escolas públicas e em situação de vulnerabilidade. Nesse sentido, para termos um parâmetro do que representa essas dificuldades, citamos os dados de Carvalho (2015), que apontam que em 2011, dos 139 alunos indígenas que ingressaram na UFT desde

2005 (ano da criação das cotas), 47 haviam desistido, e apenas 9 haviam concluído seus cursos. Apesar de não serem atuais, acredito que a realidade que se apresenta atualmente não seja muito diferente.

O desafio da relação entre os sistemas de atenção à saúde parece encontrar no campo da formação um eco das dificuldades vivenciadas no território e nos campos de prática da saúde indígena, e vice-versa. Aqui também estão em voga as zonas de contato, onde os conflitos são revelados a partir de uma faceta cruel, o preconceito. Carvalho (2015), dá voz ao sofrimento dos alunos indígenas a partir dos relatos colhidos de diversas situações de discriminação explícita envolvendo situações que vão desde piadas sobre indígenas em sala de aula, à proibição de uso de banheiros em eventos e acesso ao restaurante universitário quando vestidos em trajes típicos para uma apresentação cultural na própria Universidade; assim como comportamentos velados como isolamento e críticas indiretas. Ela afirma:

Os depoimentos aqui explicitados [...] demonstram o sofrimento dos alunos indígenas ao vivenciarem tais situações de invisibilidade, desrespeito e humilhação a que são submetidos no espaço universitário. Esse tipo de atitude, sem dúvida, os afeta de maneira brutal pois coloca em xeque sua condição humana e intelectual, sua cultura e seus valores, bem como seus direitos sociais de cidadania, gerando assim um claro e intenso desestímulo quanto à permanência na universidade (CARVALHO, 2015, p.124).

Castorino (2011), observa que em relação ao curso de medicina o preconceito é maior por se tratar de um curso com alta concorrência. Eu mesmo, em conversa com colegas professores, já ouvi que vagas reservadas para cotas são como uma “entrada pelas portas dos fundos”.

Acredito que a questão do preconceito está imbricada no contexto que viemos delineando até aqui, desde o processo colonizatório e globalizante até a implementação da PNASPI. Assim, me absterei de problematizá-lo para além do nosso objetivo, qual seja, considerá-lo como elemento constitutivo dos processos de implicação nos sistemas de atenção à saúde. Nesse sentido, ao mesmo tempo que a formação de profissionais de saúde indígena representa uma possibilidade de relação com alteridade, mais uma vez, constitui uma situação de contato em que se faz necessária a luta para garantir tal alteridade dos povos indígenas.

Tenho argumentado com meus alunos de graduação de que a formação superior de nada vale caso não venha acompanhada de uma transformação pessoal. Nos anos que se passa na universidade, a aprendizagem para além dos conteúdos é fundamental. Me refiro ao que

aprendemos com a convivência com os colegas de diferentes lugares, religiões, crenças etc. E também com os diferentes professores e suas características variadas; com os funcionários administrativos, com a moça da cantina; enfim, nos relacionamentos com os outros, com a diferença. O ambiente acadêmico, por ser um local propício ao desenvolvimento intelectual, deveria, obrigatoriamente, aproveitar todo e qualquer espaço de inter-relação para incentivar a reflexão sobre o convívio com a diferença. Em que pese, via de regra, a educação formal ao longo da vida ser extremamente homogeneizadora, no ensino superior a proposta de formação profissional vem imbuída (ou pelo menos deveria vir, de acordo com as DCNs) do desenvolvimento do espírito crítico tão necessário para a atuação profissional, seja em que área for.

Obviamente, cada um chega ao curso de nível superior carregando uma extensa bagagem individual. Geralmente esse momento vem acompanhado de fortes expectativas pessoais, familiares e sociais, que acabam por moldar crenças e expectativas em relação às Instituições de Ensino Superior, às profissões, e ao mercado de trabalho. Não é de se esperar que todos aqueles que ingressam em cursos superiores da área da saúde almejem trabalhar com indígenas. Talvez a maioria chegue nesse ponto de sua formação sem ao menos ter parado para refletir sobre essa questão (assim como eu à época de minha graduação). Mas então, o que poderia influenciar uma pessoa a se interessar pela atuação na saúde indígena? Nos 14 anos de docência, tendo lecionado em vários cursos da área da saúde e, em especial nos últimos quatro anos em que tenho atuado junto aos processos educacionais do Programa Mais Médicos, observo que a lógica colonizadora e mercadológica global que permeia indiretamente ou diretamente a formação superior de modo geral, modela profissionais cada vez mais preocupados com adquirir as competências necessárias para garantir um lugar no mercado profissional. Até aí, em tese, nenhum problema. Busca-se na profissão também um meio de subsistência e o modelo socioeconômico que o mundo ocidental percorreu nos últimos séculos tornou isso legítimo, a despeito das críticas severas de diversos pensadores pós modernos.

A questão se complica a partir do momento que as competências<sup>15</sup> requeridas são entendidas apenas do ponto de vista técnico-científico e não como competência social e política que se referem ao saber que deve articular o saber-fazer, o saber-conviver e o saber-aprender

---

<sup>15</sup> A noção de competências empregada aqui diz respeito às Formuladas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) como resultantes do processo de escolarização. Um glossário completo sobre o termo pode ser consultado em Alexim e Brígido (2012).

contribuindo para o desenvolvimento das potencialidades humanas e as emancipação individual e coletiva (DELUIZ, 1995 Apud MESTRINER JR. et al, 2011, p.196.).

Não se trata de criticar puramente o avanço do conhecimento. O que proponho tem a ver, por exemplo, com o fato de que um cirurgião ortopedista, por mais hábil que seja em operar uma perna, caso perca a sensibilidade em ouvir o indivíduo doente e entender seu ponto de vista sobre sua enfermidade, pode, por excesso de confiança, amputar a perna sadia e deixar a enferma (fato já relatado diversas vezes na mídia). Isso nos remete aos desafios para promover a formação técnica necessária à atuação de cada profissão, sem desvincular o processo formativo da inerente condição social humana.

Nesse sentido, algumas experiências têm se mostrado frutíferas para produzir contextos educacionais favoráveis à construção de competências sociais e políticas para lidar com a realidade distinta dos sistemas culturais de saúde dos povos indígenas. Certamente, muitas outras experiências devem estar em curso nesse momento, talvez ainda mais relevantes do que as trazidas aqui a título de reflexão. Porém, o intuito é apresentar elementos para refletirmos sobre as quais representações e quais as condições estão presentes nessas situações que podem facilitar o diálogo entre os sistemas de atenção à saúde.

Dentre as possibilidades de estabelecer uma relação mais democrática entre os sistemas de atenção à saúde, o contato de estudantes dos cursos de graduação com o mundo do trabalho através da integração ensino-serviço-comunidade tem sido apontado com um dos caminhos. Nesse sentido, desde 2010 o Ministério da Saúde tem fomentado editais do Programa de Educação Pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) que consiste em uma iniciativa intersetorial direcionadas para o fortalecimento de áreas estratégicas para o SUS tendo como pressuposto, a educação pelo trabalho e, como premissa, a integração ensino-serviço (BATISTA et al., 2015). Essa estratégia tem sido apontada tanto por profissionais como por estudantes como uma experiência capaz de promover uma formação mais integral (BATISTA et al., 2015; CAMARA; GROSSEMANN, PINHO, 2015; MADRUGA ET AL., 2015; FREITAS et al., 2013; CAVALCANTE et al, 2015).

Uma dessas ações, relatadas por Silva *et al.* (2015), se refere à experiência de alunos de graduação da UFT dos cursos de enfermagem, medicina, nutrição e serviço social, participantes do PET-Saúde, que, tutoriados por uma docente antropóloga, puderam vivenciar momentos de formação que os colocaram em contato com o sistema de atenção à saúde dos Xerente num contexto mediado por uma reflexão ampliada do conceito de saúde.



[...]a inserção dos pesquisadores e extensionistas no cotidiano do trabalho do DSEI – TO teve início por meio de três etapas de capacitação dos alunos e preceptores para a atuação conjunta. Considerando a necessidade de que o grupo se apropriasse do conhecimento produzido acerca das especificidades culturais do povo em questão, foram indicadas as referências bibliográficas produzidas no âmbito da antropologia, etnologia e antropologia da saúde. Em um segundo momento, alunos e preceptores participaram de uma capacitação na aldeia indígena Funil, em que as lideranças indígenas conduziram o trabalho, apresentando sua organização social, política e realidade econômica. A terceira etapa de capacitação foi realizada na aldeia Porteira, e também contou com a participação efetiva das lideranças indígenas e pajés Akwê-Xerente. Após essa aproximação inicial, os alunos foram orientados a atuar no seu campo de interesse, sem deixar de participar de outras atividades propostas pelos preceptores, estreitando, assim, a relação ensino-serviço-comunidade (SILVA et al, 2015, p. 1008).

Acrescente-se ao contexto descrito acima a atuação dos médicos cubanos, que compunham as equipes que atendiam aos Xerente à época, e podemos perceber a riqueza vivencial proporcionadas aos estudantes, bem como a construção de novas representações a partir desse contato a partir da reflexão promovida. Silva, R. et al. (2015, p. 1012) concluem: “A experiência complementa o conhecimento adquirido na academia e permite qualificar melhor o acadêmico para trabalhar no contexto da atenção básica futuramente, particularmente dentro da atenção indígena”.

Obviamente, a iniciativa do PET-Saúde também encontra desafios, com apontam Diehl e Pelegrinni (2014) ao descrever que a falta de estrutura física adequada para receber os alunos, bem como o despreparo dos profissionais para recepcionar os alunos, aliados à rotina de trabalho exaustiva podem significar dificuldades a serem enfrentadas.

Apesar das dificuldades, há relatos de outras experiências relacionadas ao Pet-saúde envolvendo a saúde indígena para além da atenção básica em saúde, como em Hoefel et al (2015) que descrevem a experiência vivenciada na UnB através do Pet-Saúde Indígena, desenvolvido no Ambulatório de Saúde Indígena do Hospital Universitário de Brasília (HUB), onde a construção de práticas interculturais foi possível utilizando-se de ferramentas como a educação popular e gestão compartilhada dos processos de saúde. O projeto foi desenvolvido com protagonismo de estudantes indígenas da UnB e, ainda que, de acordo com os autores (Op. cit.), tenha ocorrido tensões relativas à aspectos epistemológicos e organizacionais, consideraram que foi possível obter ganhos em diversos aspectos tais como:

“acolhimento, atendimento e acompanhamento dos pacientes indígenas encaminhados, bem como a organização de fluxos dentro do

HUB e a produção de conhecimentos científicos orientados a partir da perspectiva da interculturalidade.” (HOEFEL ET AL, 2015, p.44)

A continuidade do Pet-Saúde ao longo dos anos, portanto, vem demonstrando ser uma oportunidade relevante de contato interétnico. Atualmente, em dezembro de 2018, iniciou-se no âmbito da UFT, Campus de Miracema-TO, através de projeto aprovado no Edital do Pet-Saúde Interprofssionalidade, um novo projeto no qual estou tendo a oportunidade de participar coordenando um grupo tutorial que envolverá os cursos de nutrição, medicina, enfermagem, e serviço social, no qual certamente a saúde indígena emergirá como cenário de prática, haja vista a proximidade do município de Miracema das terras indígenas Xerente, além do hospital desse município ser local de referência para os atendimentos em nível secundário e terciário.

O protagonismo de estudantes indígenas deve ser estimulado como forma de construção de uma formação mais adequada para o contexto intercultural. O caso da disciplina de saúde indígena construída a partir da demanda dos estudantes na UnB, relatada por Hoefel e Severo (2016), ilustra a possibilidade de organização de espaços que invertam a lógica dominante, produzindo assim novos significados para a formação em saúde. Nesse exemplo, o Movimento Estudantil Indígena construiu a proposta metodológica e teórica da disciplina Saúde Indígena, ofertada na Faculdade de Saúde Coletiva da UnB, aberta para todos os cursos de graduação daquela IES.

De outro lado, é necessário considerar que o encontro de estudantes não indígenas com o universo cultural indígena traz impactos psicológicos aos futuros profissionais que, na busca por sua formação, muitas vezes nem imaginaram que poderiam inserir-se no contexto interétnico. Não me refiro aqui à convivência com alunos indígenas no espaço acadêmico, mas à oportunidade que alguns poucos têm de vivenciar a realidade local nas aldeias, no dia a dia das comunidades indígenas. Apesar da escassez de estudos sobre os aspectos psicológicos dos profissionais que atuam na saúde indígena, Macedo et al (2011) nos revela pistas de que a vivência junto às comunidades indígenas pode desvelar um misto de sentimentos. Em uma abordagem etnopsicológica, os autores descrevem narrativas de estudantes de odontologia da USP que participaram de um projeto de inserção nas comunidades do Parque Indígena do Xingu. Partindo de um referencial psicanalítico, argumenta que o choque cultural produz uma sensação de vertigem, que é interpretada ao mesmo tempo como real e metafórica, no sentido de revelar um certo desequilíbrio que leva à uma mudança de lugar. Ao mesmo tempo Macedo et al. (2011) analisam ainda as sensações de medo relatadas pelos estudantes como uma

projeção de conteúdos psíquicos internos refletidos no indígena como um “outro estranho”, ou seja, o reconhecimento de algo que lhe pertence do ponto de vista psíquico, mas não lhe é consciente, e cujo contato com outro universo cultural permite ver refletido nos indígenas. Apesar de não ter um viés psicanalítico em minha formação como psicólogo, compreendo a argumentação apresentada por Macedo et al. (2011) do ponto de vista cognitivo, na medida em que o contato com contextos interétnicos durante o processo de formação superior, etapa em que estamos absorvendo uma enorme quantidade de informações relacionadas ao processo ensino-aprendizagem, perpassa pelo nosso “filtro” cognitivo e é analisado a partir de nossas crenças centrais sobre nós mesmo e sobre o mundo, formadas desde a infância (BECK, 1997). Essas crenças, por sua vez, interferirão no modo como nos sentimos e nos comportamos diante desse cenário que se desvela.

Pereira (2012), por sua vez, traz à tona horizonte diferente ao analisar que os profissionais que atuam nos contextos interétnicos estão sujeitos a transformações pessoais diante da constatação de sua limitação frente a outros modelos de saúde. O autor (Op. cit.) assume uma postura de uma “antropologia dos afetos” onde a relação reificada da biomedicina com os sistemas de atenção tradicionais não corresponderia a um modelo rígido onde um grupo exerce domínio sobre o outro, mas um campo também suscetível às transformações pessoais derivadas dos afetos. Eu mesmo sou testemunha desse processo, e o leitor atento poderá perceber ao longo de minha narrativa as etapas dessa transformação. Em suma, a formação para o trabalho em saúde com os povos indígenas, necessariamente, a meu ver, perpassa por uma etapa vivencial e pela resignificação de crenças pessoais que permite perceber o óbvio: que não existe um único modo de se viver.

#### **4.1.1 Agentes Indígenas de Saúde - entre o possível e o factível**

A origem dos agentes de saúde indígena que se deu a partir das experiências com os agentes comunitários de saúde (ACS). O surgimento desse agente no campo da saúde surgira na literatura a partir de 1975 como Community Health Workers (CHW), cujo papel estava relacionado às mudanças nas concepções políticas em saúde que passaram a priorizar a atenção

primária, e na necessidade de se aumentar o número de trabalhadores na saúde de forma rápida e com baixo custo<sup>16</sup>.

Walt et al (1990) analisam a representação desses profissionais a partir de programas implementados em países em desenvolvimento a partir da década de 1970, como Botsuana, Colômbia e Sri Lanka, constatando que ao longo dos anos o papel do ACS padeceu de falta de clareza quanto à sua definição, sendo atribuído a estes significados tais como: “mini-médicos”, “uma ajuda extra pra equipe”, “educadores” e ainda “uma ligação entre a comunidade e o serviço/profissionais” (tradução minha).

No Brasil o papel do ACS se consolida a partir de 1991 com a criação do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde, e sua regulamentação se deu em 1997 com a descentralização de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2001). Nesse contexto de consolidação da Atenção Primária em Saúde (APS), com a implementação dos DSEI em 1999, surge a figura do Agente Indígena de Saúde (AIS). Retomando a apresentação de Pontes no Congresso de Saúde Coletiva em 2015, a atuação dos AIS constituiu-se em um campo de atuação e de pesquisa, mas também de disputas políticas, sendo que em levantamento realizado pela autora, em 2015 havia poucos estudos em relação ao papel do AIS, sendo que estes se concentravam em apenas três regiões geográficas: Xingu; Alto Rio Negro e Santa Catarina.

Em nossa experiência com os Xerente o papel do AIS é reconhecido como importante, como podemos perceber na fala de um de nossos interlocutores ao afirmar que: *“Muitos profissionais são indígenas, então isso contribui muito principalmente na questão do indígena falar sobre a sua situação de saúde para aquele profissional que antes não existia”*. Nota-se que a relevância é atribuída ao fato de que os Xerente se sentem mais à vontade em relatar sobre o adoecimento com outros Xerentes. Porém, percebe-se que há outros elementos envolvidos na atuação do AIS que envolvem as questões clínicas e faccionais próprias de cada povo.

De fato, o papel do AIS ainda constitui um campo de pesquisa a ser ampliado, mas os estudos realizados até aqui apontam que os principais desafios envolvem fatores como o processo de escolha dos AIS, alta rotatividade dos membros das EMSI assim como o relacionamento do AIS com esses membros, além do processo de formação e capacitação (DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012). Em relação ao processo de escolha observa-se

---

<sup>16</sup> Comunicação oral realizada pela a Dr<sup>a</sup>. Ana Lúcia Pontes na reunião do Grupo de Trabalho em Saúde Indígena, no 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva promovido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 2015.

que deve aliar as questões técnicas às regras de afiliações políticas dos indígenas, podendo gerar conflitos devido, entre outras coisas, ao caráter remunerado da atividade.

A fala de um Xerente sintetiza essa relação:

*Um dia nós vamos ter que aprender a conviver com o dinheirinho que eu ganho. Um problema que a gente tem com dinheiro. Um Akwê que ganha 3000 reais, quando recebe, deve 6000, aí na hora de comprar remédio não tem.*

A necessidade de lidar com a lógica monetária advém do contato e dos impactos ambientais. Uma maneira de ter acesso à renda é o trabalho nos diversos cargos da saúde e da educação. O AIS, nesse sentido, passa a desempenhar uma função que lhe coloca em uma posição social “privilegiada”, já que as possibilidades de trabalho remunerado são limitadas.

Além desse aspecto, a rotatividade de membros das EMSI também é apontada como um desafio juntamente com o relacionamento com seus membros, que muitas vezes se dá de forma hierárquica, subalternizando o AIS.

A respeito da atuação do AIS, Langdon e Ghiggi Jr. (2018) ressaltam que:

*Os achados apontam para uma tendência geral de centralização por parte do Estado, que institucionaliza a participação, bem como limita as responsabilidades e a autonomia como mediador entre sistemas de conhecimento e organizações sociopolíticas. Os AIS são submetidos a uma série de tarefas burocráticas e à lógica biomédica, que reduz sua contribuição à atenção à saúde respeitosa e articulada com as práticas médicas nativas. (LANGDON; GHIGGI JR., 2018, p.120)*

Diante das considerações acima, considero que os Xerente não diferem muito do que já foi apontado em relação a outros contextos em relação ao papel do AIS. Assim como outras atividades ocupadas por indígenas nos espaços interculturais (política, saúde, educação, religião), o papel do AIS assume uma representação que vai além do preconizado pelas políticas indigenistas, e passa a ser mais um elemento constitutivo da organização social e cosmológica dos Xerente, considerando nessa interação os elementos das práticas curativas, das crenças e, não podemos deixar de dizer, da relação com a remuneração pela atividade, que traz consigo a necessidade de se aprender a administrar a vida a partir de uma lógica monetária que contrasta com as concepções cosmológicas.

É preciso considerar, portanto, que os AIS representam um importante elo entre os sistemas de atenção à saúde, mas que até o momento a falta de definição clara de seu papel e a relação com os demais profissionais de saúde predispõe mais a uma aproximação a apropriação

do modelo biomédico por parte do AIS do que à constituição de um campo interétnico favorável à integração das práticas curativas dos diferentes sistemas de saúde.

#### 4.2 Quem controla o controle social?

A PNASPI prevê em seu escopo a criação de conselhos locais e distritais de modo a possibilitar a participação indígena no planejamento, implantação e funcionamento dos DSEI (BRASIL, 2002). Os conselhos locais, constituídos apenas por indígenas representantes das comunidades de abrangência dos polos-base, têm caráter consultivo. Já os conselhos distritais constituem instâncias deliberativas de Controle Social, e sua composição é paritária, sendo 50% dos membros constituídos por usuários e 50% por representantes de organizações governamentais, prestadores de serviço e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos.

Sem pretensão em esgotar o tema, mas integrando-o aos elementos constitutivos das representações de saúde nos Xerente, trago uma reflexão acerca do papel dos conselhos de saúde enquanto instância do sistema social de atenção à saúde. Na saúde indígena, a organização dos conselhos é resumida na fala de uma gestora da Saúde Indígena a nível do DSEI, no Congresso Tocantinense Mais Médicos para o Brasil:

*O Conselho Distrital de Saúde Indígena funciona como o conselho municipal e estadual de saúde. Tem a questão da paridade, 50% de usuários, conselheiros indígenas, conselheiros locais e trabalhadores do SUS. E os conselhos locais como se fossem os municipais, onde as demandas da saúde indígenas são tratadas.*

Ainda que a analogia com a organização dos conselhos de saúde do SUS possa estar respaldada pela sua consonância com a Lei nº 8.142/90<sup>17</sup>, ao mesmo tempo, revela uma concepção de que a lógica de Controle Social na atenção diferenciada do subsistema de saúde indígena pode ser transposta, sem prejuízo de compreensão, de uma realidade (SUS) para a outra (SASIS-SUS). Entretanto, a relevância da diferença na concepção de saúde dos povos

---

<sup>17</sup>Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. (BRASIL, 1990).

indígenas deve ser considerada como um elemento constitutivo e diferencial dos conselhos de saúde no âmbito da saúde indígena.

Isso nos remete ao que aponta Cardoso (2014) ao ponderar que a participação das populações indígenas na formulação, planejamento, gestão e avaliação das ações em saúde por meio da sua representação nos diversos conselhos é precária, os conselhos distritais e locais pouco operacionais, apesar da legislação em vigor. Ainda que a participação nos conselhos seja percebida como relevante, as assimetrias políticas nas relações estabelecidas nos conselhos de saúde são reveladas de acordo com o depoimento de um Xerente:

*A partir do momento que os órgãos que trabalham a questão da saúde indígena abrem espaços para os povos indígenas participarem de algumas decisões dentro das instituições, por exemplo, dando opiniões e votando discutindo estratégias para melhorar o atendimento e a saúde indígena acho que isso foi um passo fundamental e importante nessa questão, mas é necessário também se pensar na questão da penetração das questões políticas que o homem branco cria e aí vai inserir no sistema de saúde que trata de um povo que tem características e uma cultura diferentes e aí se inserir um política não indígena também afeta. A partir do momento que se abriu o espaço pros indígenas, mas se tem também uma política partidária mesmo acontece na nossa saúde indígena.*

Os conselhos passam a representar um espaço de organização política onde as representatividades se diluem no contexto colegiado e ainda pelo distanciamento do local de pertença dos representantes dos usuários. Garnelo e Sampaio (2003) enfatizam que vários estudos evidenciam a predominância do poder local<sup>18</sup> nos povos indígenas amazônicos, no sentido de que quanto mais se distanciam do ambiente da aldeia, menos expressivos se tornam a expressão de suas lideranças. A composição paritária que supostamente deveria garantir uma igualdade na representatividade pode não se traduzir em efeito, considerando que na composição da representação dos indígenas enquanto usuários, o quantitativo é dividido entre representantes de diversas etnias que habitam locais com costumes e necessidades distintos, ainda que muitos interesses possam convergir dada a situação histórica dos povos indígenas. Para ilustrar, na composição atual do Conselho Distrital de Saúde Indígena Tocantins (CONDISI/TO), dos 36 membros, 18 são representantes indígenas como usuários. Desses,

---

<sup>18</sup> A concepção de poder local adotada aqui está de acordo com Fischer (1992, p. 106) ao definir que “alude-se ao conjunto de redes sociais que se articulam e se superpõem, com relações de cooperação e conflito, em torno de interesses, recursos e valores, em um espaço cujo contorno é definido pela configuração desse conjunto”. Refere-se, portanto, ao espaço delimitado pelas relações no âmbito das terras indígenas Xerente, englobando as redes sociais que ali se configuram a partir da organização social deste povo.

apenas três são da etnia Xerente, já que as demais vagas são compartilhadas com as etnias Krahô, Karajá, Javaé e Apinajé.

Entendemos que se trata de povos com interesses comuns, mas cuja distância e características geográficas dos diferentes locais que habitam, além das particularidades culturais e epidemiológicas, podem dificultar a articulação necessária para exercer uma representatividade efetiva nos conselhos.

Os processos democráticos de participação social e supervisão pensados para os conselheiros indígenas nos conselhos locais e distritais também têm sido contraditórios devido a problemas de representatividade, falta de consenso coletivo, rotatividade de conselheiros e pequena participação e compreensão do seu papel. (LANGDON E GHIGGI, 2018, p. 120)

Os espaços de representatividade nos conselhos assumem ainda um caráter de relevância quanto à expectativa da comunidade em relação à atuação dos membros escolhidos. Considerando que a liderança nos povos indígenas é exercida não pelo poder autoritário, mas pela capacidade do líder de mediar conflito e distribuição de bens, ao assumir uma representação no órgão de controle social, espera-se que o representante exerça esse padrão de liderança pautado na reciprocidade entre os parentes.

A obrigação da chefia, de servir à sociedade, é atualizada na figura do dirigente de organização indígena e dos conselheiros de saúde, que devem distribuir bens e serviços, como combustível, medicamentos, motores de popa e cargos remunerados ou de prestígio, entre a parentela. No caso da saúde, tais demandas se confrontam com a lógica técnica, que orienta o planejamento das ações dos distritos sanitários e a distribuição dos insumos, de acordo com necessidades geradas pela presença e frequência de doenças e composição demográfica da área de cobertura dos serviços. Os agentes de controle social ficam divididos entre as duas lógicas e cientes de que o não atendimento às solicitações oriundas do parentesco, pode gerar um desgaste político capaz de inviabilizar sua reeleição para os cargos representativos, seja no movimento indígena ou nos conselhos de saúde. (GARNELO E SAMPAIO, 2003, p.313)

À guisa de síntese, portanto, temos nos conselhos uma instância do sistema de atenção à saúde, constituída a partir do poder que emana do Estado para possibilitar a participação das comunidades atendidas nos processos decisórios em relação ao sistema de atenção à saúde, dentro da proposta instituída a partir da criação do SUS e posteriormente do subsistema de saúde indígena. Constituem, portanto, um campo de contato entre os sistemas biomédico e o



cultural dos Xerente que se dá num contexto distante da realidade local, diferentemente do espaço de prática dos profissionais de saúde que atuam diretamente nas aldeias.

É preciso lembrar que na concepção de saúde dos Xerente esses elementos passam a ser integrados ao seu sistema cultural, adquirindo novos significados e compondo a visão de saúde a partir da ótica holística característica desse povo. Assim, a esfera global dos conselhos se relaciona com a esfera local das comunidades de modo a produzir novos conceitos e, conseqüentemente, produzindo outros modos de se relacionar com o modelo de saúde biomédico a partir da apropriação de uma lógica externa.

Considero, a partir do que foi exposto, o espaço dos conselhos de saúde como um espaço potencial a ser desenvolvido, na medida em que passarem a constituir mais em efetivos espaços dialógicos do que em campos políticos, apesar de considerar que esse último é natureza coerente com sua concepção enquanto instância de Controle Social delimitado nas políticas indigenistas atuais.

#### **4.3 Espaços dialógicos e caminhos possíveis para a saúde**

Considerando o exposto anteriormente, vale destacar alguns relatos de experiências que considero caminhos possíveis no campo da saúde, para lançar elementos que contrapõem as dificuldades apontadas acima, fornecendo elementos para ampliar a reflexão sobre essa temática. Antes, porém, vale trazer à tona as reflexões propostas por Oliveira (2000), ao analisar a questão da ação indigenista, eticidade e diálogo interétnico. O autor nos lança elementos fundamentais para pensar a relação dialógica e suas condições de efetividade no campo das políticas públicas voltadas para os indígenas, as quais refere-se como “indigenistas”, devido á larga utilização do termo para se referir às políticas organizadas pelos estados americanos em relação aos indígenas. O termo “indigenista”, por sua vez, se contrapõe ao termo “políticas indígenas”, que expressam, para ele, as políticas propostas pelos próprios indígenas e pelas suas lideranças. Ocorre que a relação dialógica estabelecida nos espaços interétnicos, segundo o autor, devem se pautar por uma ética crítica, no sentido de que se dão em contextos complexos e difíceis. Tal ética deveria, portanto, constituir-se a partir do ponto de vista daqueles que estão em condição desfavorável devido ao contexto histórico, como no caso dos indígenas ameríndios, e não dos interesses políticos do estado nacional ainda que revestidos de caráter democrático.

Baseando-se nos conceitos de comunidade de comunicação e comunidade de argumentação da filosofia da linguagem de Apel (1985), Oliveira (2000) argumenta sobre a existência de um conjunto de regras intersubjetivas tácitas ou implícitas que permitam a inteligibilidade do diálogo no campo interétnico. Essa relação, portanto, se daria de forma mais simétrica na medida em que se constitua uma eticidade, ou seja, uma organização do campo político indígena e indigenista de modo a garantir que a representação exercida seja efetiva.

A dificuldade de diálogo interétnico no campo da saúde é revelada pelo relato de um Xerente:

*Esse diálogo do sistema com a organização específica do povo sempre vai ter um choque de um compreender o outro. Porque a saúde, a organização vai ter uma filosofia vai ter uma ideia de como fazer a saúde indígena e a comunidade também vai ter uma visão.*

Para transpor as barreiras interétnicas alguns autores têm relatado a utilização de espaços que se aproximam mais de comunidades de diálogo de acordo com a concepção expressa acima, configurados como encontros locais de pajés, e que têm potencializado o conhecimento tradicional ao mesmo tempo que se constituem em espaços de aproximação dos saberes e de reconhecimento de caminhos a serem percorridos. A título de exemplo, citamos o I Encontro de Pajés e Detentores de Saberes Tradicionais Indígenas de Pernambuco, realizado em 2014, que resultou em um documento intitulado “Carta de Pernambuco”, cujo teor é apresentado por Rodrigues (2016, p.189) e revela o entendimento dos participantes de diversas etnias acerca das questões que relacionam à saúde:

Nós, indígenas representados pelas etnias Pankará, Pankararú, Pipipã, Atikun, Xucuru de Ororubá, Xucuru de Cimbres, Xuxuru Kariri de Alagoas e Kamawrá do Xingu, acolhidos na Terra Sagrada do Povo Pankará, na Serra do Arapuá, Município de Carnaubeira da Penha, no Estado de Pernambuco, sob a proteção da Força Encantada, nos reunimos para a realização do Primeiro Encontro dos Pajés e Detentores do Conhecimento Tradicional Indígena, ocorrido de 30 de julho a 2 de agosto de 2014. Nossa reunião encontra respaldo na Lei n. 9836/1999, que cria o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e garante uma política de assistência específica e diferenciada aos povos indígenas. Durante este evento, vivenciamos a intensa harmonia do encontro interétnico que envolveu nossos pajés, lideranças e detentores dos saberes tradicionais indígenas, parteiras, benzedeiras, raizeiros, profissionais de Saúde e Educação. Assim, decidimos firmar o presente documento, com o objetivo de fortalecer nossa identidade étnica e cultural, as

práticas de Saúde Tradicional Indígena e o fomento as ações de diálogo entre o Conhecimento Tradicional Indígena, com as políticas públicas. Os trabalhos foram orientados pelo seguinte eixo estruturante: “As dimensões dos cuidados conjuntos para o relacionamento do Conhecimento Tradicional Indígena e o Conhecimento Convencional em Saúde”. Dessa forma, concluímos que seja fundamental para o sucesso de tais ações que: 1) Não há produção de Saúde, Educação ou qualquer política pública para os indígenas sem que se considere as questões relacionadas à legalização das terras indígenas, uma vez que a terra é parte integrante da nossa identidade, pois, enquanto a cultura envolvente entende que a terra pertence ao povo, os indígenas compreendem que o povo pertence à terra; 2) A existência de um respeito mútuo e igualitário entre os dois conhecimentos em Saúde, Conhecimento Tradicional em Saúde Indígena e o Conhecimento Convencional em Saúde; 3) O entendimento de que o Conhecimento Tradicional é de caráter integral e não está sujeito a nenhum tipo de redução, sendo, portanto, simultaneamente espiritual e físico; 4) Que os Conhecimentos Tradicionais sejam valorizados pelas próprias comunidades indígenas, de forma constante, a partir do encontro de gerações; 5) O desenvolvimento de uma postura crítica para a medicalização imposta à sociedade, em especial às comunidades indígenas, salientando as diferenças entre os remédios tradicionais e os medicamentos; 6) O entendimento pelos não indígenas da necessidade da compreensão das dimensões culturais das etnias com as quais estão envolvidos, com vistas à prestação de serviços cada vez mais humanizados; 7) O entendimento pelos indígenas envolvidos nas políticas públicas de que sua atuação transcende os limites da função que exercem, sendo imprescindível seu engajamento na organização interna das comunidades. Este documento foi assinado pelos participantes do evento e está aberto à outras assinaturas de parentes e simpatizantes.

Opto por transcrever o conteúdo da carta de Pernambuco na íntegra por considerar que seja a expressão de aspectos comuns aos Xerente, como a necessidade de valorização do conhecimento tradicional, que nos Xerente tem sido resgatado através das festas culturais; o respeito mútuo entre os tipos de conhecimento, desafio contínuo na relação entre os sistemas de atenção à saúde; o entendimento das dimensões culturais pelos não indígenas, ponto crítico para a questão da saúde; e a necessidade de atuação engajada dos indígenas envolvidos com as políticas públicas, que exploramos de certa forma no tópico referente ao controle social.

Também em Ferreira (2013b), temos o relato dos encontros entre parteiras, pajés e agentes indígenas de saúde (AISs) que aconteceram na região do Alto Juruá, no estado do Acre. Para a autora, as reuniões constituíram o cenário de uma multiplicidade de falas proferidas por agentes com diversos pertencimentos étnicos, ocupantes de diferentes posições, distribuídas tanto no interior de suas comunidades quanto no espaço fronteiro de negociações interétnicas estabelecidas com o Estado-nação.

Desse modo, os discursos veiculados durante esses eventos, mesmo tendo sido enunciados por indígenas, partiram de distintas posições, tais como: lideranças indígenas da equipe de execução dos encontros; parteiras, pajés e AISs; AISANs, agentes agroflorestais, agentes de medicina tradicional e professores; representantes regionais das mulheres indígenas; caciques e representantes de organizações indígenas regionais; e também antropólogos. (FERREIRA, 2013b, p.82)

Os Xerente, como podemos perceber por sua história de adaptação e resistência, são um povo com muita habilidade política e de articulação (DE PAULA, 2000; OLIVEIRA-REIS 2001; SCHROEDER 2010; SILVA et al., 2015). No entanto, acredito que no campo da saúde existe potencial para uma maior articulação visando integrar os saberes de sua cultura, tanto no âmbito local das aldeias, quanto na relação com os indígenas das demais etnias e com sistema de saúde biomédico. Os exemplos de encontros como os citados acima poderiam ser um instrumento de grande valia na integração entre os sistemas de atenção. Porém, no período em que estive no campo presenciei ações relacionadas à saúde que envolviam a coletividade dos Xerente, mas sempre coordenadas pelos agentes do Estado.

A título de exemplo, cito o lançamento do projeto de reforma da unidade de saúde de uma aldeia Xerente. Nesse dia, indígenas Xerente de várias aldeias se deslocaram para a aldeia Porteira pois a notícia de que seria “inaugurada a unidade de saúde” havia se espalhado. Me dirigi, juntamente com meu anfitrião, da aldeia Salto para a aldeia Porteira e lá chegando me deparei com um grande número de pessoas reunidos no pátio da escola. Após algum tempo, aqueles que conseguiram lugar se acomodaram numa sala de aula da escola onde havia sido instalado um projetor e um microfone conectado a uma caixa de som amplificada (Figura 12).

Figura 12- Lançamento da reforma da unidade de saúde na aldeia porteira – Janeiro de 2017



Foto: Rogério Marquezan

O que se sucedeu, foi uma rodada de discursos, iniciando pelo cacique da aldeia Porteira, que se pronunciou em *Akwẽ*, seguido pelo coordenador do DSEI Tocantins, representante do conselho distrital de saúde indígena, além de vereadores indígenas. A plateia assistia às falas com atenção, mas o espaço ali constituído a partir das “autoridades” externas globais não consistia numa comunidade de comunicação (OLIVEIRA, 2000) que propiciasse o dialógico simétrico. Para exemplificar, enquanto o discurso do cacique levou menos de seis minutos, o coordenador do DSEI, que iniciara sua fala afirmando que seria breve pois aquele era um espaço dos indígenas, falou por mais de 30 minutos.

Na ocasião, chamou a atenção a representação da Unidade de Saúde projetada na parede em uma imagem produzida em algum *software* de desenho arquitetônico, que retratava a paisagem quase como um grande gramado verde e limpo, como em um jardim de condomínio ilustrado em um *folder* de imobiliária. Para ilustrar, tentei reproduzi-la abaixo ampliando o detalhe de uma foto tirada à distância (Figura 13). Pode-se argumentar que era apenas uma imagem. Mas sabemos que as imagens vêm carregadas de representações e não são escolhidas ao acaso. Existe intencionalidade nelas, e, nesse caso, a leitura que fiz era de que aquela imagem transmitia a mensagem de que após a reforma eles iriam desfrutar de um belo e acolhedor local, para além da unidade de saúde. Chama a atenção ainda na imagem, a ausência de pessoas, como se o local daquela construção fosse inabitado. Praticamente todos os povos ameríndios utilizam motivos pictóricos que guardam estreita relação com sua cosmologia. Desconsiderar os elementos de representação dos Xerente numa imagem produzida para ilustrar um local de prática de saúde voltada para eles, a meu ver representa o distanciamento entre o sistema social biomédico e o sistema de atenção à saúde Xerente.

Figura 13- Projeção de representação da Unidade de Saúde após a reforma



Foto: Rogério Marquezan

Não se trata aqui de não reconhecer o momento como um ganho para a saúde, haja vista que a estrutura das unidades de saúde é uma das reivindicações dos Xerente. Eles mesmo reconhecem que houve avanços, como podemos perceber no relato de um de nossos interlocutores Xerente:

*Mas quanto ao avanço hoje se tem muita coisa. Se tem transporte em caso algum acidente na aldeia ou doença mesmo a população é atendida, mesmo de forma precária, mas é atendida. Tem-se hoje médicos que se localizam em locais estratégicos nas regiões que a FUNAI passou a construir dentro da reserva, porque na verdade não existia essas questões de divisão por regiões, hoje tem sim as regiões. Mas por um lado foi importante porque contribuiu pra se implantar essas áreas estratégicas onde ficam os médicos os agentes de saúde, as enfermeiras, então quanto a questão de recursos humanos melhorou muito.*

Contudo, diante da cena que presenciei, minha percepção é de que poderia haver, a partir daquele evento, o maior agenciamento da situação de modo a colocar os Xerente como protagonistas naquele cenário.

A descentralização da gestão da saúde proposta a partir da criação do SUS refletiu na política indigenista de saúde trazendo elementos de participação social e descentralização de recursos. Entretanto, o princípio da descentralização deveria se traduzir em uma autonomia dos DSEI, porém, muitas vezes contrasta com a centralização política que é apontada como um dos entraves para o atendimento às demandas da saúde indígena. Garnelo (2004), em uma análise

das políticas de saúde para os povos indígenas no período de 1990 a 2004, ressalta que historicamente o protagonismo das práticas indigenistas no Brasil sempre foi atribuído ao Governo Federal a quem coube a condução e execução das políticas voltadas às minorias étnicas. Com a implementação do SUS, o contraste entre a proposta de descentralização da saúde e centralização da gestão do subsistema de saúde indígena atribuído aos órgãos federais (FUNAI, FUNASA e atualmente SESAI) se acentua, abrindo caminho para a terceirização de serviços como meio de atender a demanda de recursos humanos e materiais.

A autonomia relativa da gestão da saúde indígena pôde ser observada no discurso do coordenador do DSEI, no qual foi apontado que a reforma da Unidade de Saúde era decorrente de uma emenda parlamentar da então deputada Prof<sup>a</sup> Dorinha, fazendo menção também que havia feito chegar ao ministro da saúde as demandas das comunidades Xerente e que o mesmo já havia demandado a SESAI para viabilizar o atendimento. Sabe-se, no entanto, que esse discurso não se traduz em efetividade, à medida em que houve várias substituições nos Ministérios, incluindo o da saúde, no período dessa pesquisa. Isso demonstra a centralização dos níveis de decisão a respeito dos recursos destinados à Saúde Indígena, tornando a operacionalização do sistema social muito moroso e burocrático. Ao mesmo tempo, naquele momento havia uma tensão em nível nacional devido à portaria do Ministério da Saúde de 1.907, publicada em 17 de outubro de 2016, revogando a Portaria 475, de 16 de março de 2011, o que na prática, retirava dos coordenadores dos DSEIs a autonomia de ordenamento de despesas, centralizando a liberação de cursos no nível central em Brasília, o que pioraria muito o cenário em relação à “autonomia” dos DSEIs. Tal feito resultou em manifestações de indígenas em todo o país, o que levou à revogação da referida Portaria uma semana depois de promulgada, restituindo as funções de gestão de recursos pelos Coordenadores dos DSEIS. Na ocasião, a fala do então presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), Marcos Karajá, destacou que os povos indígenas do Tocantins, entre eles os Xerente, não haviam se mobilizado, enquanto povos indígenas de outras regiões foram responsáveis por protestos com fechamento de rodovias e ocupação de prédios públicos. Esse discurso sugeriu uma passividade dos Xerente diante da situação e reforça o argumento que trouxemos anteriormente a respeito da desarticulação na representação dos conselhos. Naquele momento, o presidente do CONDISI enfatizou que estava em tramitação Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 55/2016 (que ficou conhecida como a “PEC do fim do mundo”), posteriormente aprovada e que estabeleceu congelamento de gastos público por 20 anos. O relato acima ilustra que a os sistemas de atenção à saúde recebem influências diretas do controle

do Estado, que por sua vez, também sofre o contracontrole dos seus “tutelados” através de ações de protesto do agenciamento das normas interpostas pelo Estado-nação, sendo que a efetividade das mesmas depende do poder de articulação dos envolvidos.

Cardoso (2014), mesmo antes do episódio da promulgação da portaria que retirava poderes dos coordenadores dos DSEIs, lançara luz à questão da gestão da saúde indígena ao referir que:

Do ponto de vista dos executores (atualmente, a SESAI) a questão da “autonomia” é fundamentalmente “gestora”, constituindo um dos grandes problemas para a própria administração do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. O caráter centralizador da gestão e os requerimentos técnico-funcionais necessários para o pleno reconhecimento dos DSEIs como “unidades gestoras” dificultam sobremaneira o processo, gerando dúvidas sobre a propalada “autonomia” dos DSEIs para a realização das suas atribuições institucionais na consecução da Política Nacional de Saúde Indígena (CARDOSO, 2014, p.863).

Contrapondo o episódio descrito acima, temos a oficina “Barragens Hidrelétricas e Povos Indígenas: Construindo Diálogos, Trocando Experiências”<sup>19</sup>, realizado em Tocantínia em outubro de 2016 pela Universidade Federal do Tocantins através do Programa de Pós Graduação em Ciências do Ambiente e Núcleo de Estudos e Assuntos Indígenas; em parceria com o Center for Latin American Studies da Universidade da Flórida, Tropical Conservation & Development Program, com apoio do Fundo Socioambiental CASA e da CAPES. Esse encontro reuniu representante dos povos Xerente, Apinajé, Krahô, Kaiabi e Juruna durante três dias em torno da discussão dos impactos da construção de Hidrelétricas nos rios que banham as terras indígenas desses povos. A metodologia adotada envolvia a realização de grupos de discussões temáticas, seguidos por plenárias e debates (Figuras 14 e 15).

---

<sup>19</sup> Este projeto foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Auxílio 3674/20



Figura 14- Plenária de discussão – Oficina Barragens Hidrelétricas e povos Indígenas – Tocantínia, 2016.



Foto: Rogério Marquezan

Figura 15- Grupos de discussão temáticos – Oficina Barragens Hidrelétricas e povos Indígenas – Tocantínia, 2016.



Foto: Rogério Marquezan

Durante todo o evento, o processo de síntese das ideias era facilitado por uma artista que ia construindo mapas interativos (Fig. 16) a partir das discussões realizadas, facilitando a exposição durante as assembleias, onde um representante apresentava as conclusões do grupo e posteriormente abria-se espaço para o debate.

Analisando a figura 16, podemos perceber que foi representada uma relação entre a exclusão das lideranças indígenas nos processos decisórios, e as consequências advindas dos empreendimentos hidrelétricos para o modo de vida dos indígenas, que pode ser observado na representação do impacto sobre a caça e a pesca. Conforme já abordamos anteriormente, a mudança de hábitos alimentares está associada, entre outras coisas, à escassez da pesca e da caça, e tem impacto direto na saúde dos povos indígenas.

Figura 16- Mapa interativo produzido a partir das discussões.



Foto: Rogério Marquezan (Arte: Renata Utsunomiya)

Os Xerente foram diretamente impactados pela construção da Usina de Lajeado, que alterou a vazão natural do rio Tocantins e de seus afluentes, entre eles, o rio Piabanha, que deu nome ao aldeamento que foi a origem de Tocantínia, como relatado no Capítulo I.

É preciso lembrar que os Xerente estabelecem uma relação dialética entre sua existência e os seres da natureza e a alteração de seu ambiente reflete não somente nas condições de vida material, mas também espiritual. Essa relação é expressa, por exemplo, nos nomes associados aos clãs e às metades, que ao mesmo tempo que categorizam e organizam a sociedade Akwẽ, fornecem elementos de equilíbrio com os espíritos.

Uma vez alterado o ambiente, vários nomes relacionados a espécies da flora e da fauna, de suas qualidades etc. deixarão de existir, tornando obscura a classificação que os Xerente, com o seu “espírito” enquanto Akwê, fazem de plantas e animais e, em consequência, de seu mundo cósmico, cultural, linguístico. Nomes como *Sibakadi* “como a garça”, *Wakrârê* “como a oncinha”, *Waiti* “como a lua”, *Kubadi* “como a canoa”, *Tpêdi* “como o peixe”, *Sikadi* “como a galinha” e muitos outros semelhantes assinalam diretamente que homem e natureza constituem-se mutuamente, numa lógica de interdependência, por meio de uma oposição mediada pelo sistema dual da organização Akwê (BRAGGIO e FILHO, 2006, p. 224)

A possibilidade de expressar a representação dos impactos sofridos, portanto, traz consigo a oportunidade de ressignificar coletivamente a experiência vivida, fazendo emergir novas formas de lidar com as mudanças, podendo ser um potente instrumento a ser empregado na busca de soluções para os problemas relacionados aos sistemas de atenção à saúde envolvendo nesses espaços os atores de ambos os sistemas de atenção, desde que imbuídos de espírito de construção coletiva.

#### **4.4 Tecendo a rede a partir das representações**

Até aqui apresentei elementos que constituirão material para tecer, nesse momento, uma rede de significados envolvendo os sistemas de atenção à saúde. Num esforço de síntese, consciente de sua incompletude, busco construir um argumento reflexivo a partir das percepções adquiridas.

O ponto de partida nessa trama, e aquele que dará sustentação a todos os que vierem depois, diz respeito ao faccionalismo dos Xerente. Inicialmente preciso confessar que, despido da falácia da neutralidade científica, eu esperava encontrar uma realidade muito distante daquilo que já havia sido descrito desde Nimuendaju (1942) e Maybury-Lewis (1979) como a característica fundamental da organização social dos Xerente: sua visão dualista do mundo e os reflexos dessa visão na sua organização social. Entretanto, como em uma redescoberta do óbvio, me deparo ao final com a percepção de que esses elementos estão mais presentes do que nunca. Certamente, não da maneira como se apresentavam há mais de um século atrás, como já enfatizado por outros autores mais recentes (MELO, 2016; DE PAULA, 2000; OLIVEIRA REIS, 2001; RAPOSO, 2009), mas atualizados e consistentes como referência para a organização social dos Xerente. A dinâmica social dos Xerente e sua habilidade em se adaptar

vem sendo descrita há décadas como fatores que permitem a esse povo transitar nos mais diversos contextos interétnicos. No entanto, o processo cultural dinâmico dos povos indígenas que tem sido traduzido em diversos conceitos tais como hibridismo cultural, zonas de contato, interculturalidade, entre outros, permite analisar que os significados dos novos papéis sociais exercidos pelos Xerente nos diversos campos interétnicos têm sido incorporados mais recentemente à sua organização social de maneira *sui generis*. Retomemos algumas narrativas para elucidar o processo pelo qual esses elementos vêm se revelando ao longo do tempo na relação dos Xerente com os não indígenas, para posteriormente analisar sua implicação no campo da saúde.

Considerando que o percurso histórico do contato dos Xerente com os não indígenas fora explorado no capítulo 1, tomo como marco temporal para iniciar a reflexão a que me proponho nesse momento, a criação do estado do Tocantins em 1988 e com a construção da Usina Hidrelétrica Luis Eduardo Magalhães. Melo e Giralдин (2012) destacam que esse fato acarretou uma expansão do número de aldeias fomentadas pela disputa de recursos provenientes dos projetos de compensação e ações do Governo. A partir de 2001, esse processo é ampliado pela implantação do Programa de Compensação Ambiental Indígena Xerente (PROCAMBIX) a partir da construção da Usina Hidrelétrica Luis Eduardo Magalhães, no final da década de 1990. As mudanças advindas desse processo foram sentidas diretamente na organização social dos Xerente em função dos fatores apontados acima.

Como destacam De Paula (2000), Oliveira-Reis (2001), Schoreder (2006), entre outros, os conflitos gerados por disputas de poder e de recursos entre os Xerente são resolvidos pela dissidência de um grupo que, ao discordar de outro grupo, pode simplesmente se mudar e fundar uma nova aldeia. De fato, como aponta Viveiros de Castro (2012), esse modo de resolver conflitos é comum à vários grupos ameríndios, uma vez que antes do processo de colonização não havia limitação de territórios para que pudessem se deslocar, nem tampouco escassez de recursos. Obviamente, a solução mais inteligente era simplesmente se mudar para outro local e fundar uma nova comunidade. Ocorre que nos dias atuais existe a limitação de território e de recursos naturais dos quais os ancestrais Xerente dependiam exclusivamente. No contexto atual, o faccionalismo, portanto, assume uma importância ainda maior pois traz consigo implicações ambientais e econômicas.

Para exemplificar, cito um evento que presenciei em campo. Em certa ocasião, um casal decidiu fundar uma nova aldeia. Os motivos alegados eram de discordância com algumas regras

adotadas pelo cacique da aldeia onde residiam. Como é comum, as acusações às lideranças fazem parte do jogo de disputas entre as facções

[...]o quadro de atuação dos caciques Xerente, cabeças de turmas instáveis, continuamente tem de reconstruir as lealdades a partir de laços pessoais. Nas aldeias onde haja disputas entre turmas, a vigilância sobre o cacique é permanente. Mesmo exercitando um conjunto de virtudes, uma turma poderá vir a pedir sua substituição. O cacique pode ser acusado de reter as coisas para seu grupo, de não ter habilidade para compor conflitos, de preterir alguém na atribuição de roças ou na distribuição da colheita etc (SCHROEDER, 2010, p.75).

Retomando o episódio da fundação da nova aldeia, em conversa com o cacique, esse me revelara que estava preocupado, pois, de fato, a aldeia que se pretendia fundar estaria localizada à beira da estrada que corta a Terra Indígena Xerente e à margem do Ribeirão Piabanha. Segundo seu relato, uma indígena havia se casado com um não-índio e esse viu na dinâmica social dos Xerente uma oportunidade de obter uma vantagem financeira, fundando uma aldeia que, na verdade, seria um balneário à beira da estrada que forneceria bebidas e cobraria dos transeuntes que por ali passassem e quisessem tomar banho no rio. Na ocasião, lembro de ter me chamado a atenção no percurso da estrada o fato de a área à margem do rio já ter sido inclusive limpa por maquinário pesado, tendo sido sua vegetação derrubada e uma cerca de arame farpado construída delimitando uma área à margem do leito do rio. O cacique então, revelava sua angústia e tentava articular com outros caciques para tentar impedir a fundação de tal aldeia. Mas, no entanto, era nítida a sua postura enquanto liderança cuja atuação deveria se dar através de articulações e nunca pela imposição de autoridade. Infelizmente, não retornei ao campo após essa data para saber o desdobramento desse episódio. Mas ele ilustra como as regras faccionais são atualizadas no contexto interétnico. Um não indígena passa a gozar dos mesmos direitos de um Xerente ao se casar com uma mulher Xerente. A incorporação do outro ao *ethos* Xerente é ao mesmo tempo uma forma de agenciamento, mas também um elemento de hibridismo cultural. Conforme apontam Melo e Giralдин (2012).

Dentro da cosmologia do grupo, a relação com os não-índios está numa esfera que oferece tanto risco quanto benefícios para sociedade Xerente. Portanto é extremamente necessário saber se relacionar com o “mundo dos brancos” (MELO e GIRALDIN 2012, p. 179).

As articulações dos Xerente com os não índios se manifestam desde o nível local, com também nos níveis regionais e até nacional. De Paula (2000) narra com detalhes como os Xerente articularam associações com os não índios em diversos episódios para influenciar decisões políticas envolvendo instituições como o Conselho Indígena Missionário (CIMI), a FUNAI, governos municipal, estadual, por exemplo. Nessas relações, porém, emergem as divergências faccionais dos grupos clânicos e/ou de aldeias. Nesse sentido, Schroeder (2010) analisa:

Para Luiz Roberto De Paula (2000), os Xerente fazem política no campo das esferas local e regional. As facções, porém, não repousam sobre os clãs, na análise do autor, mas enfeixam conjuntos de aldeias que se opõem – De Paula as trata como zonas geopolíticas. Se Farias considerou esses conjuntos como unidades rituais, De Paula (2000) vai conferir-lhes uma unidade faccional. No período de sua pesquisa, as aldeias do Posto Indígena (PI) Xerente estavam alinhadas com a Funai e o CIMI, e as aldeias do PI Brejo Comprido com o governo do Estado, havendo ainda aldeias não alinhadas a nenhum desses agentes externos. Esses conjuntos então enfatizam uma unidade entre aldeias dispersas que se sentem interligadas por laços históricos, rituais e de cooperação em projetos econômicos. As aldeias de cada conjunto são atendidas por um posto da Funai que, por sua vez, tende a moldar e reforçar a sua unidade, desde que a coordenação dos projetos e o atendimento à saúde sejam centralizados nos postos. (SCHROEDER 2010, p.74)

A análise acima revela que as articulações se dão em consonância com interesses de grupos afins, que dependendo do contexto, podem divergir entre si. Nesse sentido, temos um aparente contrassenso já que a habilidade de articulação política demonstrada por grupos de indígenas com interesses afins, pode, em última análise, não consistir na representação dos interesses do povo Xerente como um todo.

O agenciamento se dá ainda através da inserção no campo político partidário. Vários Xerente têm assumidos cargos eletivos ao longo dos últimos anos na esfera municipal em Tocantínia. Sobre o processo de escolha das legendas, De Paula (2000) analisa:

Como veremos, as candidaturas Xerente seguem o mesmo tipo de estratégia indígena [...] a escolha das forças políticas estaduais com maior prestígio -, em detrimento de escolhas programáticas e/ou ideológicas. Por outro lado, como causa, e não como consequência dessa estratégia, veremos que os interesses específicos acionados no processo eleitoral de 1996 foram, primordialmente, aqueles oriundos de determinadas facções Xerente (e não do “grupo étnico”). (DE PAULA, 2000, p. 303)

No contexto interno das aldeias, por sua vez, as disputas por papéis de liderança são frequentes. A escolha dos caciques, por exemplo, é apontada por De Paula (2000) como um elemento que revela aspectos da influência do contato:

Junte-se a isso o fato, indicado por alguns casos mais recentes, de que parece estar havendo uma tendência de o cacique ser um indivíduo que, anteriormente, já desempenhou funções como as de diretor de associação e professor. Pode-se afirmar, assim, que as oportunidades oferecidas pela atual configuração do campo político local em termos de novos papéis sociais para os indivíduos Xerente são decisivas tanto para o fenômeno das fragmentações das aldeias Xerente, como para a acomodação de grupos de irmãos. Em alguns casos, são bastante evidentes os conflitos entre indivíduos pertencentes à mesma linhagem. (DE PAULA, 2000, p. 207)

Fica evidente que os novos espaços constituídos pelas funções exercidas nos contextos interétnicos influenciam a dinâmica faccional, podendo acirrar disputas ou se tornarem critérios de ascensão à papéis de liderança.

Delineados alguns aspectos advindos do contato interétnico, passemos então à análise de como esse dinâmica faccional pode estar relacionada ao contexto da saúde. Proponho, a partir daqui, ampliar o olhar para a outra parte desse processo, qual seja: o poder hegemônico que emana do Estado através das políticas indigenistas, mais especificamente, no caso em questão, das políticas voltadas para a saúde indígena e as possibilidades de diálogo entre os atores envolvidos. Aqui me encontro Cardoso de Oliveira. O leitor há de recordar que não vim de uma formação antropológica, e, portanto, descobri numa ordem inversa que aquilo que eu observara já havia, de certa forma, sido argumentada pelo autor mencionado. Me refiro à dificuldade da construção de diálogos no campo interétnico.

Para tanto, retomaremos Cardoso de Oliveira (2000) ao discutir os conceitos de comunidade de comunicação e comunidade de argumentação, lançados anteriormente. Para o autor, a condição primordial para que ocorra o diálogo no contexto interétnico é a presença de uma ética do discurso, ou eticidade, como descreve:

[...] o que desejo sublinhar quando me reporto aos conceitos de comunidade de comunicação e, sobretudo, ao de comunidade de argumentação, é a existência de um espaço social marcado por relações dialógicas. A saber, que tenham lugar no plano da linguagem, do discurso: são relações que tanto estão presentes no diálogo interpares de uma comunidade profissional, como no diálogo entre membros de uma comunidade cultural, a exemplo do que pode ocorrer no interior de uma determinada etnia. O pressuposto sobre a viabilidade desse diálogo e, por conseguinte, a inteligibilidade do mesmo entre interlocutores, está na observância de um acordo intersubjetivo em torno de

normas e de regras – explícitas ou implícitas, volto a dizer. Em suma, a observância de uma ética, aqui entendida como o dever de obediência às normas instituídas por consenso: a noção de eticidade recobre precisamente isso! (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000, p.216)

Pois, a partir do ponto de vista de Cardoso de Oliveira, meu argumento é de que nesse momento sócio histórico em particular, aquilo que favorecera a adaptação ao longo de todo o processo pelo qual os Xerente passaram, atualmente pode ser um fator que não tem potencializado o desenvolvimento de uma relação mais simétrica entre os sistemas de atenção à saúde. Preciso deixar claro que meu argumento não pressupõe que haja alguma “culpa” dos Xerente em relação às dificuldades que apresentarei. Apenas considero que esse foi o panorama que apreendi num dado momento, como num retrato de uma paisagem em movimento, onde se congela um instante, mas onde a dinâmica está constantemente fazendo com que novas paisagens possam aparecer.

Nessa perspectiva é que defendo que as cisões ocasionadas pelas disputas faccionais, característica da organização social Xerente, e que têm sido impulsionadas pela pressão das transformações econômicas e ambientais do ambiente circundante, nesse momento parece ocasionar um maior grau de dificuldade em se estabelecer as regras explícitas ou tácitas, conforme descreve Cardoso de Oliveira (2000), que permeiam o diálogo entre pares numa comunidade de comunicação e de diálogo ideal.

[...] com a organização do campo político indígena, é de se esperar que fiquem asseguradas as condições de interlocução no interior de uma comunidade de comunicação interétnica. Uma comunicação que se dá a partir da identificação de interlocutores representativos dos dois campos em interação potencialmente litigiosa: o campo indigenista e o campo indígena; podendo o litígio ser real ou virtual, não importa; o certo é que se trata de relações entre litigantes voltados para a busca de consenso pela via da argumentação. (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000 p. 224)

Depreende-se da citação acima que o diálogo interétnico pautado numa eticidade pressupõe uma organização do campo político indígena, que o autor (Op. cit.) contrapõe ao termo “política indigenista”, pois o primeiro se refere justamente à organização do espaço político interno pelos indígenas. Assim, o interlocutor do sistema de atenção à saúde Xerente no diálogo interétnico com os interlocutores do sistema social e biomédico deveria, em tese, ser capaz de expressar os desejos do povo Xerente a partir dos consensos produzidos na comunidade de diálogo entre seus pares. Caso contrário, aquilo que Cardoso de Oliveira aponta



como a principal barreira ao diálogo interétnico, que é a característica hegemônica do discurso dominante, pode ser potencializado.

Fiquemos aqui com a dificuldade que considero a principal: o comprometimento do diálogo pelas regras do discurso hegemônico; a saber, em se tratando das relações índio e não-índio, a hegemonia das regras institucionalizadas do discurso do polo dominante sobre o polo dominado, do não-índio sobre o índio. (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000 p. 224)

Em termos práticos, caso não haja uma organização consensual a partir do diálogo na comunidade de comunicação constituída pelo grupo étnico dos Xerente, isso pode favorecer a predominância do discurso hegemônico do interlocutor no contexto interétnico. Por exemplo, é conveniente que haja uma plateia dividida pelas questões faccionais ao apresentar um discurso eloquente, como narrado anteriormente por ocasião do lançamento da reforma da unidade de saúde, onde a hegemonia do modelo biomédico passa despercebida pela suposta benesse que está sendo ofertada pelo Estado. Esse fenômeno é destacado por Oliveira na seguinte passagem:

Já as comunidades de comunicação constituídas por indivíduos membros de segmentos sociais, tais como as classes ou as etnias, guiadas exclusivamente pelo senso comum ou por ideologias de classe ou étnicas – valha o exemplo – , os acordos com relação às normas instituídas tendem a ser naturalizados, portanto jamais sujeitos à reflexão. Assim, em comunidades de comunicação desse tipo os seus membros tendem, num extremo, a se assumirem com um alto grau de etnocentrismo; já num outro extremo, por sua vez, sempre se poderão constatar coletividades, como certos grupos étnicos, por exemplo, no interior dos quais é possível identificar segmentos altamente alienados, destituídos de um consenso mínimo capaz de fazê-los “pensar em grupo”, isto é, que obedeçam a regras intersubjetivamente aceitas (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000, p216).

Vale ressaltar que não se trata aqui de replicar o estereótipo de que “os índios não se entendem”, criticado pelo próprio Cardoso de Oliveira. De fato, acredito que os Xerente têm demonstrado uma grande habilidade de inserção nos espaços políticos, seja nas esferas municipais, regionais ou estaduais, como demonstrou De Paula (2000). Talvez, o que esteja em curso no processo de adaptação às mudanças sócio-políticas que ora se apresentam seja uma acomodação, na acepção piagetiana do termo, da habilidade de construção de normas que promovam uma ética dialógica interna, que preceda a relação interétnica. Cito como exemplo a Carta de Pernambuco, transcrita no tópico anterior, que a meu ver, representa naquele

contexto a apresentação por parte dos indígenas ali presentes das regras explícitas sob as quais se pode construir um diálogo interétnico.

Nesse sentido, no campo da relação entre os sistemas de atenção à saúde, tão mais simétrica será a relação, quanto mais explicitadas estejam as regras da comunicação e do diálogo. Trata-se, portanto, de uma necessidade de se dizer o que se deseja, mas que esse desejo seja expresso a partir do consenso obtido através do diálogo pautado pela eticidade.

Cardoso de Oliveira nos aponta o problema,

Todavia, já no caso de formulação e aplicação de uma política pública em nível nacional, como assim é pensada uma política indigenista, a grande dificuldade é a identificação de interlocutores possíveis no interior do campo indígena (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000, p. 221).

Ao mesmo tempo que apresenta o caminho para sua superação,

As imensas dificuldades de institucionalização de uma nova normatividade pelo polo dominado, ou vitimado pelo colonialismo interno, podem ser em grande parte superadas graças ao domínio crescente da linguagem dominante (ou do discurso hegemônico) por lideranças indígenas (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000, p. 226).

Considerando que a diferença de interesses nas relações interétnicas já são um dificultador do diálogo, por si só, para além dos fatores internos, ainda há que se considerar os desafios externos, como a disposição de abertura do interlocutor para o diálogo. Nesse sentido, Lima (2016) aponta que

apesar das lideranças caciques, professores, estudantes, agentes de saúde e conselheiros de educação e saúde terem uma postura crítica a respeito dos descumprimentos dos direitos indígenas, existe as dificuldades de articulações, e de acesso às informações dessas discussões importante nas aldeias relacionado às políticas públicas no território. Um complicador pode ser as distâncias das aldeias e/ou ausências de estruturas dos órgãos responsáveis por estas políticas públicas, de realmente estarem presentes nas aldeias. Dessa forma, as informações ficam limitadas a um pequeno grupo de lideranças que estão sempre participando dos espaços colegiados de discussão, mas sem força política ou econômica para ampliar as discussões para um maior número de indígenas. (LIMA, 2016, p. 252)

Não creio que os Xerente não percebam a presença dessas dificuldades. Pelo contrário, acredito que nesse momento a aparente “desarticulação” gerada pela dinâmica faccional possa caracterizar-se como uma espécie de exercício da autonomia e da alteridade. Somada às

questões levantadas anteriormente relativas à cosmologia, ao acesso à formação profissional e à participação nas instâncias de controle social, a dinâmica faccional permeia todas as instâncias, atuando como “pano de fundo” para o desenrolar das relações entre os sistemas de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso de uma tese é, por vezes, um caminho solitário onde o ponto de partida é conhecido, mas o ponto de chegada é um destino pretendido, porém incerto. Minha trajetória iniciada a partir de uma perspectiva, posso dizer agora, ingênua, na medida em que pretendia produzir um conhecimento que se encaixasse em moldes pré-estabelecidos pelas minhas referências epistemológicas positivistas, perpassou pelo desconforto em sair do meu lugar comum onde me sentia seguro e protegido pelo suposto conhecimento adquirido ao longo de minha formação e que se transformou em uma redescoberta dos horizontes da saúde, e porque não dizer, da existência humana.

Inicialmente a proposta de pesquisar as representações sociais de saúde e a relação com os sistemas de atenção parecia me conduzir para o encontro entre práticas tradicionais de cuidado dos Xerente e a sua relação no campo da intermedicalidade com o sistema biomédico. Surpreendentemente, esse aspecto constituiu numa parte menor do que esperava. Não posso afirmar que isso se deve ao fato de que essa integração não exista. Provavelmente ela ocorra em nível maior do que consegui captar nesse estudo. Porém, minha trajetória me levou de volta ao encontro com a dinâmica faccional dos Xerente.

Preocupado em não desviar o foco do meu objeto (saúde) ingenuamente negligenciei a importância da dinâmica social e política da sociedade Xerente para a construção de suas relações com o mundo da saúde. Percebi, ao final, que o sistema de atenção à saúde Xerente guarda estreita relação com o modo com que atualizam e agenciam os aspectos do contato em sua dinâmica social. Logo, falar de um sistema de atenção à saúde Xerente atualmente, é falar de um conjunto de práticas rituais, cosmológicas, mas também de seu contexto político adquirido nas novas formas dos Xerente se relacionarem com o mundo circundante.

Há que se considerar que o apresentado aqui consiste num recorte de um universo muito maior do que minha visão pôde captar. Considerando-se que atualmente existem mais de 70 aldeias nas terras indígenas Xerente, pode-se dimensionar como a realidade social vivenciada no campo da saúde pode ampliar-se.

Ainda que ao cerrar das cortinas, não poderia deixar de considerar o papel da psicologia (minha área de formação) no campo da saúde indígena. Os casos de suicídio vêm aumentando significativamente entre os indígenas nas últimas décadas (OLIVEIRA e LOTUFO, 2002), o que levou a psicologia a se dar conta que durante sua breve história no Brasil pouco se atentou

para as particularidades do campo da saúde mental dos indígenas. Fruto dessa percepção, ainda que tardia, surgem, a partir de 2004, algumas iniciativas no sentido de fomentar o conhecimento para a prática de profissionais de psicologia junto a essas comunidades. (FERRAZ e DOMINGUES, 2016). Obviamente, os primeiros resultados de estudos realizados mostram que os psicólogos não desenvolveram referencial teórico e técnico específico para a atuação no campo interétnico. Posso afirmar, como psicólogo, que a adaptação do corpo técnico-científico da psicologia para realização de intervenções junto aos povos indígenas não se dá de maneira direta. A trajetória ao longo desse estudo me possibilitou reconhecer, na prática, a necessidade de diálogo com outras áreas como a Antropologia, a História e a Sociologia para poder iniciar uma reflexão acerca do que aflige psicologicamente os povos indígenas. Assim como demonstram Oliveira, Pires e Vieira (2009), a partir de uma leitura da sociologia do conhecimento pautada nas teorias acerca da globalização e da modernidade de Giddens (1993, 1997, 2002, 2007) e Bauman (1999, 2001, 2004), a psicologia tem sofrido influências das transformações sociais. Coadunamos, portanto, com os autores ao afirmar que

Esse contexto social de abertura e contingência impõe ao psicólogo a necessidade de tornar suas teorias objeto de uma atitude de revisão constante [...]. Esta postura hermenêutica de sensibilidade às mudanças macro e microssociais resultantes do contexto de globalização exige do psicólogo uma intensificação da interação entre psicologia e sociologia (OLIVEIRA; PIRES; VIEIRA, 2009 p.644)

Os aspectos que emergiram a partir do olhar sobre as representações sociais de saúde nos Xerente apontaram para a relação entre uma visão holística de saúde, na qual organização social, política, parentesco, práticas curativas baseadas em crenças ancestrais e derivadas de conhecimento sobre propriedades medicinais de plantas e animais, se mesclam com uma história de contato marcada por reiteradas situações de conflito, cujo caráter bélico foi minimizado pela habilidade diplomática desse povo. Porém, aquilo que pode representar aos olhares superficiais uma situação estável e pacífica, revela-se ao olhar mais atento como uma luta diária pelo direito à alteridade e acesso aos serviços dos quais se tornaram dependentes a partir do processo colonizatório. Nesse intento, os Xerente têm sido muito hábeis em agenciar elementos da cultura circundante de modo a se inserir nos diversos contextos em que transitam.

Quanto ao sistema de atenção à saúde biomédico, em alguns momentos ao longo da elaboração desse trabalho me vi questionando-me se eu não havia apenas adotado uma postura crítica ao modelo hegemônico, relegando sua relevância a um segundo plano em favor de uma

descolonização da relação entre os sistemas. Creio que ao final posso refletir que a resposta a essa indagação surge a partir da percepção, nesse momento, de que as mudanças sócio históricas que tanto afetaram os povos indígenas, de certa forma também não pouparam a Medicina. Ou seja, como construção cultural que é, o sistema biomédico também não está incólume ao poder do Estado, e em suas entranhas também se desenrola uma intrincada teia de significados que não nos cabe desvelar nesse momento. Porém, alguns pontos merecem uma reflexão.

Nas últimas décadas, com o aumento da expectativa de vida e as mudanças ambientais e econômicas globais, percebe-se que a biomedicina vem sendo afetada pelos mesmos fatores que têm sido apontados como fatores de exclusão das minorias étnicas. Num mundo cada vez mais voltado para a economia mercantil, cujos modelos econômicos convergem para uma lógica de consumo em detrimento dos limites ambientais do planeta, a biomedicina é conclamada a atender às novas necessidades em saúde geradas pelo contexto capitalista globalizado. Assim, doenças características do envelhecimento exigem cada vez mais recursos dos governos, que por sua vez exigem mais eficiência da biomedicina. A indústria farmacêutica emerge como uma forte fonte de pressão econômica ao mesmo tempo que políticas voltadas para prevenção de doenças e promoção da saúde são fomentadas de modo a possibilitar um envelhecimento mais saudável. Todos esses aspectos influenciam no processo de formação, aliados à representação social do médico como profissional de elevado status social, muitas vezes frustrada na prática do profissional que lida cada dia mais com pressões externas e internas.

Assim, vemos que a hegemonia do sistema biomédico também cobra seu preço. Existe por trás dessas relações uma lógica cruel estabelecida a partir da organização social que já foi objeto de discussão de diversos autores como Santos, Giddens, Quijano, entre outros, que nos apontam que a sociedade está numa caminho patologizante que, a meu ver, ameaça não somente os sistemas da atenção dos povos indígenas, mas as condições de existência da humanidade como um todo. Obviamente, dado o contexto histórico delineado ao longo desse trabalho, o modelo biomédico, ainda que padecendo de seus próprios males, exerce forte domínio sobre outros modelos.

Cabe mencionar que no momento em que concluo esse trabalho está em andamento uma mudança no Programa Mais Médicos para o Brasil em função da retirada dos médicos cubanos do Programa, motivada por questões de ordem política. Os reflexos desse Programa na saúde indígena foram tratados aqui e, de forma geral, são apontados como um avanço na relação entre

os sistemas de atenção à saúde dos povos indígenas e o sistema biomédico. Ficaré para outra ocasião, portanto, analisar os impactos dessa mudança em curso.

Ao final, pondero que a grande questão que concerne esse trabalho, a variabilidade cultural, sempre foi salutar à nossa existência. Ocorre que tal variabilidade, quando confrontada historicamente com padrões globais ditados a partir de um sistema baseado em uma ótica fundamentalmente econômica, tenta produzir como efeito um certa convicção de que não há outros modelos possíveis. É como se, sem que nos déssemos conta, fôssemos levados a crer que só existe um modo de viver, que é produzir e consumir.

Estaríamos nós fadados a sucumbir à unicidade da forma de existência inaugurada na era moderna, ou o resgate de nossa capacidade criativa de conceber várias formas de ser no mundo ainda podem nos salvar? A experiência no campo interétnico da saúde vivenciada junto aos Xerente trouxe elementos para refletir sobre os desafios e sobre as possibilidades. Mas a resposta definitiva, só o tempo trará.

## REFERÊNCIAS

ABREU, M. E. V. DE. **Professora Leolinda Daltro: Uma Proposta de Catequese Laica para os Indígenas do Brasil 1895- 1911.** (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-graduação em Educação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2007.

ALEXIM, J. C.; BRÍGIDO, R. (Orgs.) **Glossário de Termos Técnicos - Certificação e Avaliação de Competências.** Projeto Avanço Conceitual e Metodológico da Formação Profissional no Campo da Diversidade No Trabalho e da Certificação Profissional. OIT-Brasil /SPPE-MTE. 40 p. OIT: Brasília, 2012.

ALVES, P. C. Itinerário Terapêutico e os Nexus de Significados da Doença. **Política & trabalho - Revista de Ciências Sociais.** nº 42, p. 29–43, 2015. Disponível em: <<http://www.scientific.net/AMR.620.35>>, acesso em 12/08/2018.

APEL, K-O. *La transformación de la filosofía*, t. II. Madri: Tauros. 1985.

ARAÚJO G. F. S.; ARAÚJO, R. N. DE. As Políticas Sociais e a Proteção Social da População Akwê- Xerente: Uma Revisão Bibliográfica (1970-2010). **Revista Humanidades e Inovação**, v. 5, n. 3, p. 251–262, 2018.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, nº117, p. 127–147, 2002.

BARROS, J. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico. **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67–84, 2002.

BARROSO, L. S. L. **Âzê sikutôri Para não esquecer:** da oralidade e o conhecimento da escrita. (Tese de Doutorado) Faculdade de Educação. Programa de Pós-graduação em Educação Brasileira. Universidade Federal do Ceará. pp 228, Fortaleza. 2009.

BATISTA, S. H. S. DA S.; JANSEN, B.; DE ASSIS, E. Q.; SENNA, M. I. B.; CURY, G. C. Formação em Saúde: Reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 19, n. c, p. 743–752, 2015.

BAUMAN, Z. **Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos** (C. A. Medeiros, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

\_\_\_\_\_. **Modernidade e ambivalência** (M. Penchel, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1999.

\_\_\_\_\_. **Modernidade líquida** (P. Dentzien, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática** (S. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed, 1997.



BERNARDES, A. G. Saúde indígena e políticas públicas: alteridade e estado de exceção. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.**, v. 15, n. 36, p. 153–164, 2011.

BERNARDES, A. G.; MARQUES, C. F.; MAZARO, L. P. A diferença tornada tradicional: formas de objetivação de populações indígenas. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 913-932, dez. 2011b. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812011000300011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812011000300011&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 18 out. 2018.

BERTOLANI, M. N. **Ambiente, saúde e desenvolvimento entre os Guarani no Espírito Santo**. Monografia (Graduação em Ciências Sociais). Centro de Ciências Humanas e Naturais. Universidade Federal do Espírito Santo, 2005.

\_\_\_\_\_. O Respeito à diferença: contribuições da teoria das representações sociais para as políticas de saúde voltadas a populações indígenas. **Revista de Políticas Públicas**. São Luis-MA, v. 13, n. 2, p. 291–301, 2009.

BHABHA, H. K. **O local da cultura**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

BICALHO, P. S. S.; MACHADO, M. Uma abordagem histórico-antropológica do contato entre os Akwẽ -Xerente e a sociedade não indígena. **Tellus**, Campo Grande, MS. p. 85–112, 2018.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa: Difel, 1989.

BRAGGIO, S. L. B.; FILHO, S. M. DE S. Questionamentos diante do desafio da inclusão dos povos indígenas brasileiros no atual cenário: os Xerente. **Signótica**, v. 18, n. 2, p. 215–230, 2006.

BRASIL. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 30 ago. Seção 1, p. 1. 2012.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União de 31 de dezembro de 1990, P. 25694. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em 12 de dezembro de 2018.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Fundação Nacional De Saúde. Brasília-DF v. 2002, p. 1–42, 2002.

\_\_\_\_\_. Programa Agentes Comunitários de saúde (PACS). Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. 40 p. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

CABRAL, A. LUCIA L. V.; MARTINEZ-HERNÁEZ, A.; ANDRADE, E. LOLA G.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4433–4442, 2011.

CALIXTO XERENTE, E. D.. **Processos de educação akwẽ e os direitos indígenas a uma educação diferenciada: práticas educativas tradicionais e suas relações com a prática escolar.** (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos da Universidade Federal de Goiás. 87 pp. Goiânia, 2016.

CAMARA, A. M.C.S.; GROSSEMAN, S.; PINHO, D. L. M. Educação interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção de tutores. **Interface**, Botucatu , v. 19, supl. 1, p. 817-829, 2015 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000500817&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500817&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 17 de dezembro de 2018.

CAMPOS, F. E. DE; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 44, n. maio, p. 13–24, 2009.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R.. Ação indigenista, eticidade e o diálogo interétnico. **Estud. av.**, São Paulo , v. 14, n. 40, p. 213-230, Dez. 2000. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142000000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142000000300018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 de dezembro de 2018.

CARDOSO, M. D. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 860–866, 2014.

CARVALHO, D. D. A. A permanência dos estudantes indígenas da UFT: 10 anos após a implantação das cotas. In. Silva, R. P. **Povos indígenas do Tocantins: desafios contemporâneos**. pp. 101-130, Nagô:Palmas, 2015.

CASTELLANI, M. R. Subsistema de Saúde Indígena: Alternativa bioética de respeito às diferenças. Dissertação de Mestrado - Universidade de Brasília, 2012.

CASTORINO, A. B. **A reserva de vagas para estudantes indígenas na UFT.** (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós Graduação em Ciências do Ambiente – UFT. Palmas -TO, 2011.

CAVALCANTE, M. M. B.; OLIVEIRA, E. N.; TEIXEIRA, M. A.; ALMEIDA, J. S.; LIMA, É. G. DE PRÁTICAS NO CENÁRIO DA SAÚDE. **S A N A R E Revista de Políticas Públicas**. Suplemento N.2, v. 14, p. 41–46, 2015.

COIMBRA-JR., C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações , com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 5, p. 125–132, 2000.

DAB. (Diretoria de Atenção Básica). **O que é atenção básica?** Disponível em <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_o\\_que\\_e.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php)> Acesso em 21/12/2018.

DALTRO, L. F. **Da catequese dos índios do Brasil (notícias e documentos para a história) 1869-1911.** Typ. Da Escola Orsina da Fonseca, Rio de Janeiro, 1920.

DE PAULA, L. R. **A dinâmica faccional Xerente: esfera local e processos sociopolíticos nacionais e internacionais.** (Dissertação de mestrado) Departamento de Antropologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 2000.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J. Transformações na Atenção à Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um Contexto Indígena Brasileiro. **Universitas Humanística**, v. 80, n. 80, 2015.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J.; DIAS-SCOPEL, R. P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 819-831, maio 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000500002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 de dezembro de 2018.

DIEHL, E. E.; PELLEGRINI, M. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 867–874, 2014.

FARIAS, A. J. T. P. **Fluxos sociais Xerente: organização social e dinâmica das relações entre aldeias.** (Dissertação de mestrado) 198f. Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, São Paulo, SP. 1990

\_\_\_\_\_. Ritual e Parentesco na Sociedade Xerente Contemporânea. **Revista de Antropologia da USP**, v. 378, n. 310–331, 1994.

FERRAZ, I.T.; DOMINGUES, E. A Psicologia Brasileira e os Povos Indígenas: Atualização do Estado da Arte. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 36 n°3, p. 682-695, 2016.

FERREIRA, A. D. **Caminhos e Sujeitos no Adoecimento e na Cura entre os Akwẽ Xerente.** (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Goiás. 2016.

FERREIRA, L. O. Medicinas Indígenas e as Políticas da Tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2013a.

\_\_\_\_\_. Contexto de emergência das vozes indígenas: os encontros de parteiras, pajés e AISs no Alto Juruá. In: **Medicinas indígenas e as políticas da tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas** [online], pp. 71-86. Saúde dos povos Indígenas collection. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013b.

FISCHER, T. Poder local: um tema em análise. **Revista de Administração Pública**. p. 105-113, v. 4. Rio de Janeiro, 1992.

FLOWERS, N. M. Crise e Recuperação Demográfica: os Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso in SANTOS, RV., COIMBRA JR., CEA., orgs. **Saúde e povos indígenas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 251 p., 1994.

FONTAO, M. A. B.; PEREIRA, E. L. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1169-

1180, 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017000501169&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501169&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 18 de outubro de 2018.

FREITAS, P.H.; COLOMÉ, J. S.; CARPES, A. D.; BACKES, D. S.; BECK, C. L. C. Repercussões do pet-saúde na formação de estudantes da área da saúde. **Esc. Anna Nery**. 17(3): 496-504, 2013.

GADELHA, L. F. P. L. A articulação dos sistemas tradicionais e clássicos de medicina na atenção à saúde dos povos indígenas – uma análise da atuação do Ministério Público Federal no caso da criança indígena da etnia Tukano – Alto Rio Negro – Amazonas. **Igarss.**, n. 1, p. 1–5, 2014.

GARCIA JR., C. A. S. Produção de vínculos: a relação entre médicos cubanos e usuários do sistema único de saúde a partir do programa “Mais Médicos”. 1a Ed. ed. Porto Alegre - RS: Rede Unida, 2017.

GARCIA, S. P. C.; BASTOS, M. C. B. Representações sociais na história recente dos povos indígenas do Oiapoque/AP. **Revista de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, n. No2, p. 1–20, 2009.

GARNELO, L. Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Análise situacional do período de 1990 a 2004. Documento de Trabalho n. 09. Universidade Federal de Rondônia e Escola Nacional de Saúde Pública. Porto Velho-RO, 2004.

GARNELO, L.; LANGDON, J. A Antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: Minayo, M. C.S. e Coimbra Jr. C. E. A.. (Orgs.) **Críticas e atuantes: Ciências Sociais e humanas em saúde na América Latina**. Editora FIOCRUZ,. p. 136–56, 2005.

GARNELO, L.; MAQUINÉ, A. Financiamento e gestão do subsistema de saúde indígena: considerações à luz dos marcos normativos da administração pública no Brasil in. **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina** (Orgs.) Esther Jean Langdon; Marina D. Cardoso. – Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015.

GARNELO, L.; PONTES, A. L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: **Saúde Indígena: Uma Introdução ao Tema**. p. 18–60, 2012.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na Região Norte do Brasil. **Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 19, n. 1, p. 311–317, 2003.

GARNELO, L.; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 2, p. 273–284, 2001.

GENZUK, M. **A Synthesis of Ethnographic Research. Occasional Papers Series**. Center for Multilingual, Multicultural Research (Eds.). Center for Multilingual, Multicultural Research, Rossier School of Education. Los Angeles: University of Southern California, 1999.

GIDDENS, A. A vida em uma sociedade pós-tradicional (M. Lopes, Trad.). Em Giddens, A., U. Beck & S. Lash (Orgs.), **Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. (pp. 73-133). São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista., 1997.

\_\_\_\_\_. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Unesp, 1991.

\_\_\_\_\_. **As transformações da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas** (P. Dentzien, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

\_\_\_\_\_. **Modernidade e identidade** (P. Dentzien, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

\_\_\_\_\_. **Mundo em descontrole** (M. L. X. de A. Bogges, Trad.). Rio de Janeiro: Record, 2007.

GIRALDIN, O.; SILVA, C. A. Ligando mundos: relação entre os Xerente e a sociedade circundante no século XIX. **Bol. Mus. Pará. Emílio Goeldi**, v. 18, n. 2, p. 1–16, 2002.

GRIGÓRIO, P. C. “O Evangelho não destrói culturas”. A Missão Transcultural Batista entre os índios Xerente do Tocantins. **Anais do VVI Encontro Regional de História as Anpuh-RIO: Saberes e Práticas Científicas**, 2014.

GUARESCHI, P. A. Representações sociais: avanços teóricos e epistemológicos. **Temas em Psicologia da SBP**, v. 8, n. 3, p. 249–256, 2000.

HOEFEL, M. DA G. L.; SEVERO, D. O. Disciplina de Saúde Indígena na UnB : uma conquista do Movimento Estudantil Indígena. **Tempus, actas de saúde coletiva, Brasília**, v. 10, n. 4, p. 229–234, 2016.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_.; BERMUDEZ, X. P.; HAMANN, E. M.; CARVALHO, H. S. PET-Saúde Indígena UnB : construindo redes interculturais em saúde. **Tempus, actas de saúde coletiva, Brasília**, v. 9, n. 1, p. 43–63, 2015.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science and medicine. Part B Medical Anthropology**, v. 12, n. C, p. 85–93, 1978.

\_\_\_\_\_. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley (CA): University of California Press, 1980.

LANGDON, E. J. A Construção Sociocultural da Doença e Seu Desafio para a Prática Médica. Parque Indígena do Xingu. **Saúde, Cultura e História**, p. 115–134, 2005.

\_\_\_\_\_. Representações de Doenças e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. in SANTOS, RV., COIMBRA JR., CEA., orgs. **Saúde e povos indígenas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 251 p., 1994.

\_\_\_\_\_.; GHIGGI JR, A. Engajamento antropológico e políticas públicas: a formação de redes interdisciplinares em saúde indígena. In: Castro, R.; Engel, C.; Martins, R.

(Org.). **Antropologias, Saúde e Contextos de Crise**. 1ª ed. Brasília: Sobrescrita, v. 1, p. 109-125, 2018.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 173–181, 2010.

LANGDON, E. J. Saúde e Povos Indígenas: os desafios na virada do século. **Antropologia em Primeira Mão**, nº 41. Santa Catarina: UFSC, 1999.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **O discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. 2ª Ed. Caxias do Sul. RS: Educs., 2005.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. O sujeito coletivo que fala. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 20, p. 517–524, 2006.

LÉVI-STRAUSS, Claude. [1952]. A noção de arcaísmo em Antropologia. In: **Antropologia Estrutural**. São Paulo: Cosac & Naify, 2008.

LIMA, A.C.S.; BARROSO-HOFFMAN, M. (Orgs.). **Etnodesenvolvimento e Políticas Públicas: bases para uma nova política indigenista**. Rio de Janeiro: Contracapa, pp. 7-29, 2002.

LIMA, L. G. B. **Os Akwê–Xerente no Tocantins: território indígena e as questões socioambientais**. (Tese de doutorado) Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, p. 320, 2016.

LOPES DA SILVA, A. Nomes e amigos. Da prática Xavante a uma reflexão sobre os Jê. FFLCH/USP, **Coleção Antropologia**, n. 6, 1986.

\_\_\_\_\_. Dois séculos e meio de história Xavante. In: CARNEIRO DA CUNHA, Manuela. **História dos índios no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras/ Secretaria Municipal de Cultura/Fapesp, 1992.

\_\_\_\_\_.; FARIAS, A. Pintura corporal e sociedade: os 'partidos' Xerente. In: L. Vidal (org.), **Grafismo indígena**. São Paulo: Nobel/Fapesp/Edusp. pp. 89-116, 1992.

MACEDO, A. C.; BAIIRÃO, J. F. M. H.; MESTRINER JUNIOR, W.; MESTRINER, S. F. Ao encontro do Outro, a vertigem do eu: o etnopsicólogo em equipes de saúde indígena In. **Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas do Estado de São Paulo -SPAGESP**, v. 12, n. 2, p. 85–96, 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702011000200009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000200009)>. Acesso em 12/12/2018.

MADRUGA, L. M. S.; RIBEIRO, K. S. Q. S.; FREITAS, C. H. S. M.; PÉREZ, I. A. B.; PESSOA, T. R. R. F.; BRITO, G. E. G. O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 805-816, 2015. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000500805&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500805&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17 de dezembro de 2018.

**Mais Médicos no Tocantins.** Direção: Carlos F. M. F. Documentário produzido pelos Cursos de jornalismo e Medicina. Palmas: Universidade Federal do Tocantins. 2017. Disponível em <<https://youtu.be/Uj1Tu-Zs37I8>>. Acesso 19 out. 2017.

MARQUEZAN, R.F.; GIRALDIN, O. A interface entre saúde indígena e o Programa Mais Médicos para o Brasil no Tocantins: uma análise a partir do povo Xerente. **Amazônica Revista de Antropologia**. V. 9, supl. 2, p.832-854, 2017.

MARTINEZ, H. A. **Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente.** Universitat Rovira i Virgili. Tradução Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte. Abril, 2006.

MATTOS, R. DE. O Messianismo Existencial Xerente. **Revista Antropos** – Volume 3, Ano 2. Dezembro, 2009.

MAYBURY- LEWIS, D. (ed.) **Dialectical Societies.** Cambridge: Harvard University Press, 1979.

\_\_\_\_\_. **A sociedade Xavante.** Livraria Francisco Alves: Rio de Janeiro. 1984a.

\_\_\_\_\_. Estruturas e estratégias. In. **Anuário Antropológico**. n. 86. 1986.

\_\_\_\_\_. Name, persons na ideology in Central Brazil. In. **Naming Systems: 1980 Proceedings of the American Ethnological Society.** Ed TOOKER, E., 1984b.

\_\_\_\_\_. **O Selvagem e o inocente.** Editora da Unicamp:Campinas, SP. 1990.

\_\_\_\_\_. On Martius distinctions between Shavante and Sherente. In. **Revista do Museu Paulista**. n. 16, p.263-288, 1966.

\_\_\_\_\_. Some crucial distinctions in Central Brazilian ethnology. In **Anthropus**, v.60, p.340-358, 1965.

\_\_\_\_\_. ALMAGOR, U. (Orgs) The attraction of opposities. Thought and Society in dualistic mode. Ann Arbor. The University of Michigan Press, USA. 1989.

MELO, V. M. C. DE. **O movimento do mundo. Cosmologia, alteração e xamanismo entre os Akwẽ -Xerente.** (Tese de Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Amazonas, 211 fls. Universidade Federal do Amazonas, 2016.

MELO, V. M. C. DE; GIRALDIN, O. Os Akwẽ-Xerente e a busca pela domesticação da escola. *Tellus*, v. 22, n. Jan./Jun, p. 177–199, 2012.

MENENDEZ, Eduardo L.. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.

MESTRINER JÚNIOR, W.; MESTRINER, S. F.; BULGARELLI, A. F.; MISHIMA, S. M. O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: a experiência no projeto Huka-Katu. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. suppl 1, p. 903–912, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700022&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700022&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em 12/12/2018.

MILHOMEM, M. S. F. DOS S.; CRUZ, M. H. S. Vozes Xerente : gênero e construção da identidade a partir da percepção da mulher Akwẽ. Itabaiana: GEPIADDE, v. 8, 2010.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez; 2000.

MOURA, M. C. O. DE. Aldeamento Carretão: “marco zero” da história das relações interétnicas dos Tapuios. 1. **Dimensões**, v. 18, p. 28–48, 2006.

NASCENTE, L., S. DA. Política e construção da identidade nacional : os índios na história do Brasil. **Revista Litteris - Ciências Humanas - Antropologia**, n. 6, 2010.

NIMUENDAJU, C. **The eastern timbira**. Berkley and los Angeles:University of California Press, 1946.

\_\_\_\_\_. **The Serente**. Los Angeles, 1942.

OLIVEIRA, C. I.; PIRES, A. C.; VIEIRA, T. M.. A terapia cognitiva de Aaron Beck como reflexividade na alta modernidade: uma sociologia do conhecimento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 25, n. 4, p. 637-645, Dez., 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722009000400020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000400020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 18 de dezembro de 2018.

\_\_\_\_\_.; LOTUFO, F. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 30, n. 1, p. 4–10, 2002.

OLIVEIRA, J. P. (Org.) **Indigenismo e territorialização. Poderes, rotinas e saberes coloniais no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Contracapa, pp. 43-68, 1998.

OLIVEIRA, R. C. DE. Ação indigenista, eticidade e o diálogo interétnico. **Estud. av.**, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 213-230, Dez 2000. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-0142000000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-0142000000300018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 11 Nov. 2018.

OLIVEIRA, R. C. C. DE. **Representações sociais sobre a situação de vida, saúde e doença na concepção indígena potiguara**. (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, 2009.

OLIVEIRA-REIS, F. C. **Aspectos do contato e formas socioculturais da sociedade Akwẽ-Xerente ( Jê )**. (Dissertação de mestrado). Departamento de Antropologia do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Brasília , p. 1–120, 2001.



PEREIRA, L. L.; SANTOS, L. M.; SANTOS, W.; OLIVEIRA, A.; RATTNER, D. Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural , remote and socially vulnerable areas of Brazil , 2013 – 2014. **Rural and Remote Health**, v. 16, n. 3616, p. 2013–2014, 2016.

PEREIRA, P. P. G. Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. **Mana**, v. 18, n. 3, p. 511–538, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-3132012000300004&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-3132012000300004&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso 12/09/2018.

PIMENTA, T. S. Transformações no exercício das artes de Curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do Oitocentos. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro**, v. 11, n. suplemento 1, p. 67–92, 2004.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. in: EDGARDO, L. (org.) **A colonialidade do saber. Eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas**, p. 227–278, 2005.

RAPOSO, C. M. DOS A. **Produzindo diferença: gênero , dualismo e transformação entre os Akwẽ -Xerente**. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Minas Gerais, p. 135, 2009.

RAVAGNANI, O. M. **A experiência Xavante com o mundo dos brancos**. (Tese de Doutorado), Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (mimeo), 1977.

RODRIGUES, D.; MENDONÇA, S. O Controle Social na Saúde Indígena: Pontos para Reflexão. **Uma ética para quantos?**, v. XXXIII, n. 2, p. 81–87, 2015.

RODRIGUES, E. S. Fomentando os saberes tradicionais indígenas, para o encontro com os saberes convencionais em saúde: o I Encontro de Pajés e Detentores de Saberes Tradicionais Indígenas de Pernambuco. In. **Na Fronteira da Psicologia com os Saberes Tradicionais: Práticas e Técnicas**. v. 2 - Conselho Regional de Psicologia de São Paulo - São Paulo, 2016

RODRIGUES, K. S. **Saúde Reprodutiva das Mulheres Akwẽ-Xerente: Uma Perspectiva Intercultural**. (Dissertação de mestrado) Programa de Pós- Graduação em Antropologia Social da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás. 171 fls. Universidade Federal de Goiás, 2014.

ROGERS, C. R. **Tornar-se Pessoa**. 6ª Ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

RYOZO, M. Addressing the rural physician shortage. **Health Policy Monitor**, n. October, p. 1–7, 2007.

SAHLINS, M. **Ilhas de história**, Rio de Janeiro, Jorge Zahar. 1990.

\_\_\_\_\_. O “pessimismo sentimental” e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um “objeto” em via de extinção (parte I). **Mana: Estudos de Antropologia Social**. 3:41-73. 1997.

SANTOS, R.V., COIMBRA JR., CEA., (Orgs) **Saúde e povos indígenas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 251 p., 1994.

SCHMIDT, R. “**Nossa cultura é pequi, frutinha do mato**”: Um estudo sobre as práticas alimentares do povo Akwẽ. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Ciências sociais. Programa de Pós graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Goiás. 2011.

SCHROEDER, I. Os Xerente: Estrutura, história e política. **Sociedade e Cultura**, v. 13, n. 1, p. 67–78, 2010.

\_\_\_\_\_. **Política e Parentesco nos Xerente**. (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, do Departamento de Antropologia, da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo., p. 312, 2006.

SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 349–363, 1993.

SILVA, C. A. DA. **Confrontando mundos: Os Xerente, Xavante, Xakriabá e Akroá e os contatos com os conquistadores da Capitania de Goiás (1749-1851)**. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal da Grande Dourados, 2006.

\_\_\_\_\_. Os Xerente e os “outros”: contatos e vivências no médio rio Tocantins (1739-1999), **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH**. São Paulo, julho 2011.

\_\_\_\_\_. Os Xerente e suas lutas em defesa de sua terra. In: Reijane Pinheiro da Silva. (Org.). **Povos Indígenas do Tocantins - desafios contemporâneos**. 1ª ed. Palmas: Nagô Editora, v. 1, p. 179-200. 2015.

\_\_\_\_\_. **Os Xerente: contextos, contatos e construções**. (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação em História Social – PPGHIS, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais – IFCS, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, 2012.

\_\_\_\_\_. Os Xerente e suas lutas em defesa de suas terras. In Silva, Reijane Pinheiro da. **Povos indígenas do Tocantins – desafios contemporâneos**. Pp. 179-200. Palmas: Naguê editora e livraria, 2015.

SILVA, C. B. DA. Profissionais de saúde em contexto indígena: Os desafios para uma atuação intercultural e dialógica. **ANTROPOS - Revista de Antropologia**, v. 6, p. 113–157, 2013.

SILVA, R. P. et al. A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa Mais Médicos. **Interface- Comunicação, saúde e educação**., Botucatu, v. 19, n. 1, p.1005- 1014, dez. 2015.

SILVA, R. P.; SOUSA, A. R. DE. Alcoolismo e uso do álcool entre os Akwen Xerente do Tocantins: a perspectiva indígena. **RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 14, n. 42, p. 109-120, dez de 2015.

SIQUEIRA, K. M. et al. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto e Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 68–73, 2006.

SOUZA, M. L. P. De. Apontamentos sobre as especificidades da supervisão acadêmica em área indígena no âmbito do Programa Mais Médicos para o Brasil: O caso do estado do Amazonas. **Tempus: Actas de saúde coletiva**, Brasília, v. 4, n. 9, p.191-197, dez. 2015.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 300–308, 1993.

VERANI, C.B.L. A Construção Social da Doença e seus Determinantes Culturais: a Doença da Reclusão do Alto Xingu in SANTOS, RV., COIMBRA JR., CEA., orgs. **Saúde e povos indígenas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 251 p., 1994.

VIVEIROS DE CASTRO, E. Introdução ao Pensamento Indígena - Aula 2. Direção: José Maria Arruda, Elina de Santiago, Eduardo Viveiros de Castro. Produção: José Maria Arruda. Rio de Janeiro: GP Materialismos, 2012. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=sd4qKJKUcF4>>. Acesso em 12/12/218.

\_\_\_\_\_. Perspectivismo e multinaturalismo na América indígena. O que nos faz pensar, v. 18, p. 225–254, 2004.

WALT, G. et al. **Community Health Workers in National Programs: Just Another Pair of Hands?** Philadelphia: Open University Press, 1990.

WELCH, J. R. Fórum : saúde e povos indígenas no Brasil . **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 851–854, 2014.

## APÊNDICE

**Apêndice A- Relação dos cursos de pós-graduação em modalidade *Stricto Sensu* Ofertadas no País de acordo com o portal e-mec, em 12 de dezembro de 2018.**

<b>Instituição(IES)</b>	<b>Denominação</b>	<b>Modalidade</b>	<b>Carga Horária</b>	<b>UF de Oferta</b>	<b>Vagas</b>
Faculdades Unidas do Vale Do Araguaia	Educação e Saúde Indígena	Educação Presencial	360	MT	30
Instituto Esperança de Ensino Superior	Especialização Em Saúde Indígena	Educação Presencial	420	PA	30
Faculdade De Tecnologia De Curitiba	Saúde Coletiva Com Abordagem Em Saúde Da Família E Saúde Indígena 02	Educação Presencial	360	AM	70
Faculdade Delta	Saúde Coletiva Com Abordagem Multidisciplinar Em Saúde Indígena E Saúde Da Família	Educação Presencial	360	AM	40
Faculdade Evangélica Do Meio Norte	Saúde Coletiva Com Ênfase Em Saúde Indígena	Educação Presencial	450	AM	50
Faculdade Integrada De Goiás	Saúde Indígena	Educação Presencial	520	MT	50
Faculdades Integradas Espírita	Saúde Indígena	Educação Presencial	360	AC,MA,RS	50
Instituto Superior De Educação Ibituruna	Saúde Indígena	Educação Presencial	480	MG	40
Faculdade Master De Parauapebas - Famap	Saúde Indígena	Educação a Distância	480	PA	200

Faculdade Panamericana De Ji-Paraná	Saúde Indígena	Educação Presencial	384	RO	50
Centro Universitário Cesmac	Saúde Indígena	Educação Presencial	360	AL	45
Faculdade Cgesp	Saúde Indígena	Educação Presencial	480	GO	100
Faculdade Venda Nova Do Imigrante	Saúde Indígena	Educação Presencial	520	AM,BA,CE,DF,E S,GO,MA, MG,MS, MT,PA,P R,RJ,RN, RO,RS,S	80
Instituto De Ensino Superior De Minas Gerais	Saúde Indígena	Educação Presencial	560	AM,PE	100
Faculdade Global	Saúde Indígena	Educação Presencial	432	AL,CE,D F,ES,GO, MG,PA,P B,PR,RJ, RN,RO,R R,RS,SC,	100
Faculdade Do Bico Do Papagaio	Saúde Indígena	Educação Presencial	360	MA	200
Faculdade Futura	Saúde Indígena	Educação a Distância	520	SP	300
Faculdade Educaremt	Saúde Indígena	Educação Presencial	400	MT	100
Faculdade De Tecnologia E Educação De Goiás	Saúde Indígena	Educação Presencial	460	GO	100
Faculdade Metropolitana De Teresina	Saúde Indígena	Educação Presencial	500	AM,RR	50
Faculdade Dom Alberto	Saúde Indígena	Educação a Distância	520	RS	300
Faculdade De Ciências Biomédicas De Cacoal	Saúde Indígena	Educação Presencial	370	RO	50

Faculdade Roraimense De Ensino Superior	Saúde Indígena	Educação Presencial	550	RR	60
Faculdade De Ciências De Wenceslau Braz	Saúde Indígena	Educação Presencial	360	AM,MG, PR	400
Faculdade Evangélica Do Meio Norte	Saúde Indígena	Educação Presencial	510	MA	50
Universidade Cândido Mendes	Saúde Indígena	Educação a Distância	495	RJ	50
Faculdade Única De Ipatinga	SAÚDE INDÍGENA	Educação a Distância	500	MG	500
Faculdade Metropolitana Do Vale Do Aço	Saúde Indígena	Educação Presencial	360	MG	50
Faculdade Panamericana De Ji-Paraná	Saúde Indígena I	Educação Presencial	384	RO	50
Universidade Federal De São Paulo	Saúde Indígena	Educação a Distância	420	SP	50
Total de vagas					3345