UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS

KARINE ASSUMPÇÃO

NEGOCIANDO CURAS: um estudo das relações entre indígenas e profissionais do Projeto Xingu

Guarulhos
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS

KARINE ASSUMPÇÃO

NEGOCIANDO CURAS: um estudo das relações entre indígenas e profissionais do Projeto Xingu

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Cynthia Andersen Sarti
Co-orientadora: Profa. Dra. Artionka Manuela G. Capiberibe

Guarulhos
2014

Ficha Catalográfica

Universidade Federal de São Paulo

Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas

Assumpção, Karine

NEGOCIANDO CURAS: um estudo das relações entre indígenas e profissionais do Projeto Xingu / Karine Assumpção. – Guarulhos, 2014.

190f.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais – Universidade Federal de São Paulo, Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, 2014.

Orientadora: Profa. Dra. Cynthia Andersen Sarti

Co-orientadora: Artionka Manuela G. Capiberibe

Título em inglês: Negotiating Healing: a study of the relationship between non-indigenous health professionals and indigenous people in the Xingu Project.

1. Saúde indígena 2.biomedicina 3.mediação cultural 4.Projeto Xingu 5.processos de cura

AGRADECIMENTOS

Durante a realização deste trabalho, planejava que a obra se desprendesse da autora e se tornasse algo feito por várias “mãos”. Porém, era frustrante ver que o **tempo,** na cidade grande, voa e que não seria suficiente para que todos os diálogos, discussões e reelaborações que almejava realizar com os atores envolvidos no trabalho de fato acontecessem. Contudo, hoje, ao ler o produto final de todo esse esforço, vejo nas linhas e entrelinhas dessa dissertação os “dedos” de várias “mãos”, pessoas que construíram, incentivaram, reprovaram e legitimaram esse trabalho, ou esta pesquisadora que vos fala. Ainda bem que ainda há **tempo** para agradecer.

Na ordem dos fatos, esse trabalho não teria se realizado se não fossem os esforços irrestritos de minha mãe e meu pai para que eu estudasse e me formasse. Obrigada, pai e mãe, por me socorrerem tantas vezes e por todo cuidado que têm comigo. Amo vocês!

Em seguida, eu não teria buscado o mestrado se não fossem os conselhos, incentivo e paciência de minha (co)orientadora Artionka Manuela Goes Capiberibe. Obrigada por ter acreditado em mim, mais do que eu, e pelas riquíssimas reuniões e discussões que duravam horas!

Agradeço, igualmente, à minha orientadora Cynthia Andersen Sarti, por me receber de braços abertos e transferir a esse trabalho toda sua longa experiência acadêmica, equilibrando minha imaturidade. Obrigada pelos caminhos abertos com simples frases!

Este trabalho também só se concretizou porque um grupo de pessoas aceitou conviver com uma “intrusa” em seu meio. Assim, agradeço, primeiramente, ao Roberto Baruzzi, Douglas Rodrigues e Sofia Mendonça (minha “mãe”) pela acolhida e permissão para que eu viajasse com a equipe para o Parque Indígena do Xingu, e pelo acesso às mais variadas informações sobre essa longa e rica história do Projeto Xingu.

E, claro, agradeço a cada um dos profissionais do Projeto Xingu que me contou a sua história e me deixou ver pelos seus olhos as suas mais humanas realizações e experiências. Obrigada por me receberem de coração aberto e por me tratarem como se fosse da equipe. Vocês formam uma equipe maravilhosa e me ensinaram a seguir lutando por aquilo em que acredito.

Na verdade, não foi apenas um grupo que me aceitou, mas vários.

Agradeço aos povos indígenas do Baixo, Médio e Leste Xingu que me permitiram ter contato com essa riquíssima forma diferente de viver e ver o mundo, em tempos de caos.

Principalmente, agradeço o povo Kisêdjê e à família do cacique Kuiussi, que me acolheu e convidou para estar presente em uma festa importante de seu povo; agradeço ao cacique e pajé Tuiat, que apoiou esse trabalho e também me recebeu de braços abertos em sua aldeia; e agradeço ao Mauri Ikpeng por compartilhar comigo a história de sua esposa – seus protestos se tornaram meus protestos também.

Agradeço à Profa. Dra. Carmen Junqueira, pela colaboração e sugestões enriquecedoras; ao Prof. Dr. José Maurício Arruti, pela ajuda e bons conselhos dados desde o início deste trabalho; ao Prof. Dr. Marcos Rufino e Prof. Dr. Pedro Paulo G. Pereira, pelas sugestões e orientações dadas desde antes deste trabalho.

Agradeço ao Dr. Clayton Coelho e ao meu colega Prof. João Veridiano Franco Neto que leram cuidadosamente meu trabalho e me ajudaram a seguir errando menos.

Agradeço ao meu companheiro Marcos, grande contador de histórias que, logo no início do meu trabalho, mostrou quão chata estava minha narrativa, enriquecendo-a com sugestões literárias. Obrigada por me dizer o quanto escrevo mal e, ao mesmo tempo, me ensinar a gostar de escrever.

Aos amigos com quem construímos um cadinho de cultura, que me faz suportar a vida no caos da cidade de São Paulo. Ivi e Carol, amigos da Pensata, companheiros do ECMG, Rosana, Família (Thais, Lê e Erika), Rodrigo, Valéria. Obrigada por tornarem nossos momentos juntos mais importantes do que minhas longas ausências.

Por fim, agradeço à CAPES e à FAPESP, pelo apoio financeiro para o desenvolvimento desse trabalho.

RESUMO

ASSUMPÇÃO, Karine. Negociando curas: um estudo das relações entre indígenas e profissionais do Projeto Xingu. [Dissertação de mestrado]. São Paulo, 2014.

A partir da análise das problemáticas envolvidas nas relações de negociação de cura estabelecidas antes e depois do Subsistema de Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASISUS) no Brasil, o foco desta dissertação recai sobre a relação existente, há quase cinquenta anos, entre os profissionais de saúde não-indígenas do Projeto Xingu, Escola Paulista de Medicina (EPM), atualmente parte integrante da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), e as populações indígenas, principalmente os povos que vivem no Baixo, Médio e Leste Xingu. Assim, através de observações participativas em locais de ação do Projeto Xingu, tanto em São Paulo como na Terra Indígena do Xingu (TIX), além de entrevistas com os protagonistas, foi possível perceber como, no movimento concomitante de acessar seus códigos e incorporar alguns códigos indígenas, os profissionais ligados ao Projeto Xingu ressignificam a biomedicina, as políticas públicas em saúde e a formação biomédica. Ao experimentarem os valores e noções indígenas, se tornando *branquígenas,* os profissionais não-indígenas há mais tempo envolvidos nessa relação começam a enxergar o limiar entre salvar vidas e salvar (respeitar) a diversidade cultural, transitando de um a outro lado dessa liminaridade através do conceito ampliado de saúde e de bem-estar (cultural). Tornam-se, assim, mediadores políticos especialistas em problemas de comunicação (*comunicose)*, "doença" endêmica em contextos interculturais como o da saúde indígena.

Descritores: Saúde indígena, biomedicina, mediação cultural, Projeto Xingu, processos de cura.

ABSTRACT

ASSUMPÇÃO, Karine. Negotiating Healing: a study of the relationship between indigenous and professionals of the Xingu Project. [Master degree essay]. São Paulo, 2014.

From an analysis of the problems involving healing negotiation established before and after the Indigenous Health Subsystem of the Unified Health System in Brazil, this study focuses on the relationship established nearly fifty years ago among non-indigenous health professionals of the Xingu Project, of the Escola Paulista de Medicina (EPM), currently part of São Paulo Federal University (UNIFESP), and the indigenous people, especially those living in the Lower, Middle and East of Xingu. Thus, through active observations at the Xingu Project, both in São Paulo and in the Xingu Indigenous Land, along with interviews with the protagonists, it was possible to see that, with a concomitant movement of accessing their codes and incorporating some Indian codes, the professionals associated with the Xingu Project resignify biomedicine, the public health policies and biomedical education itself. As the non-indigenous professionals who have been involved longer in this relationship experience the indigenous values and ideas , (becoming *branquígenas*) they begin to see the threshold between saving lives and saving (respecting) cultural diversity , moving from one side to another of this liminality through an expanded concept of health and (cultural) wellness. These professionals thus become political mediators, experts in communication problems (*comunicose*), that is endemic "disease" in intercultural contexts such as indigenous health.

Keyword: Indigenous Health, biomedicine, cultural mediation, Xingu Project, healing processes

LISTA DAS SIGLAS

AIS – Agente Indígena de Saúde

ATIX – Associação da Terra Indígena do Xingu

BCG- Bacillus Calmette-Guérin (vacina para Tuberculose)

CASAI – Casa de Apoio à Saúde Indígena

CIMI - Conselho Indigenista Missionário

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas do Ministério do Trabalho

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CNPI – Conselho Nacional de Proteção aos Índios

CNSI – Conferência Nacional de Saúde Indígena

CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

EAD – Ensino a distancia

EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

EPM – Escola Paulista de Medicina

ERX – Expedição Roncador-Xingu

EVS- Equipes Volantes de Saúde

FAB – Força Aérea Brasileira

FBC – Fundação Brasil Central

FUNAI – Fundação Nacional do Índio do Ministério da Justiça

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde

IEPE – Instituto de Pesquisa e Formação Indígena

HSP – Hospital São Paulo

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

RH – Recursos Humanos

RUTE - Rede Universitária de Telemedicina

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIG - Special Interest Groups

SNSP – Sistema Nacional de Saúde Pública (Cubano)

SNT – Serviço Nacional de Tuberculose

SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

SPI – Serviço de Proteção ao Índio

SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUSA – Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TI – Terra Indígena

TIX – Terra Indígena do Xingu

UAB – Universidade Aberta do Brasil

UAE - Unidade de Atendimento Especial (antigo SUSA)

UNB - Universidade de Brasília

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. MAPA DOS MUNICÍPIOS QUE PERPASSAM A TERRA INDÍGENA DO XINGU. 12
FIGURA 2. MAPA DA TERRA INDÍGENA XINGU. 28
FIGURA 3. TRAJETÓRIA DOS POVOS INDÍGENAS ATÉ A TIX. 39
FIGURA 4. ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DOS DSEIS. 46
FIGURA 5. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENDIMENTO DO SASISUS. 47
FIGURA 6. VALORES DO PROJETO XINGU 2014. 57
FIGURA 7. FICHA MÉDICA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA UNIFESP/EPM NO PIX. 71
FIGURA 8. PASTA DA VACINA DA ALDEIA NGOIHWERE DO POVO KISÊDJÊ. 72
FIGURA 9. CAIXAS DE POLIURETANO PARA ARMAZENAR VACINAS. AS MAIORES FICAM NO POLO BASE E AS MENORES, COMO A QUE ESTÁ, NA FOTO, NO CHÃO, CIRCULAM COM A EQUIPE NAS VIAGENS AOS BRAÇOS DOS RIOS. 77
FIGURA 10. DATA LOGGER UTILIZADO PARA CONTROLE DA TEMPERATURA VACINAL. 78
FIGURA 11. PROFISSIONAIS DE SAÚDE NÃO-INDÍGENAS E MULHERES KAWAIWETE CORTANDO LEGUMES PARA O ALMOÇO DAS "COMIDAS DO BRANCO". 92
FIGURA 12. AS MULHERES KAWAIWETE PREPARANDO A COMIDA DO ALMOÇO DAS "COMIDAS INDÍGENAS". 92
FIGURA 13. ENCONTRO DE CRIAÇÃO DO BONECO PERSISBERTO MOTIVADO FLEX POR PROFISSIONAIS QUE LIDAM COM A SAÚDE INDÍGENA, 2010 124
FIGURA 14. CURSO DE GESTÃO EM SAÚDE 2004, XINGU – CONFECÇÃO E APRESENTAÇÃO DO GESTOR-IDEAL MOREREKUAT UKTAMU. 125
FIGURA 15. PROFISSIONAL INDÍGENA APLICANDO VACINA. 138

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO **13**

1.1 - DEFINIÇÃO DO PROBLEMA 13
1.2 - ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS E RELAÇÃO COM OS PESQUISADOS 22
1.2.1 - Questões éticas *25*
1.3 - CONVENÇÕES 27

2 - O "ENCONTRO": DO CARÁTER HISTÓRICO E SITUACIONAL DAS RELAÇÕES **29**

2.1 - DO PARQUE NACIONAL DO XINGU À TERRA INDÍGENA XINGU 29
2.2 – O ALTO-XINGU E SUA POLÍTICA AGREGADORA 32
2.3 - OS POVOS DO BAIXO, MÉDIO E LESTE XINGU, POR ELES MESMOS 35
2.4 - O PROJETO XINGU – HISTÓRIA, CONTEXTO, ATORES E AÇÕES 39
2.4.1 - O Projeto Xingu e o DSEI Xingu *48*
2.4.2 - Situação atual *52*
2.5 - OS MUITOS XINGUS 58

3 - SENDO "BIOMÉDICOS": EM DEFESA DA VIDA **64**

3.1 - A VACINAÇÃO – DE ALDEIA EM ALDEIA 66
3.1.1 - Fichas médicas indígenas: a marca do Projeto Xingu *69*
3.1.3 - Comunicoses *78*
3.1.4 - Observando os cutucados *80*
3.2 - A *GRANDE AÇÃO*: UM PROJETO DE EXTENSÃO "ESTENDIDO" ATÉ O XINGU 84
3.2.1 - Os pastores curam? *86*
3.2.2 - A grande ação *89*
3.3 - DEFENDENDO A VIDA 95

4 - SENDO O *PERSISBERTO MOTIVADO FLEX:* TRABALHANDO JUNTO **105**

4.1 - SENDO *SINCRÉTICOS* 105
4.2 - SUBMETENDO AS CATEGORIAS CULTURAIS A RISCOS EMPÍRICOS 112
4.3 - BONS DE IMPROVISO – INCORPORANDO OUTROS VALORES 117
4.4 - SOBRE A ROTATIVIDADE DOS PROFISSIONAIS 121

5 - SENDO *BRANQUÍGENAS*: EM DEFESA DA DIVERSIDADE **133**

5.1 - A AÇÃO SE TORNA FORMA-AÇÃO 134
5.2 - O GRUPO DE ALUNOS: *É SÓ APARECER* 139
5.3 – CURSOS SOBRE SAÚDE INDÍGENA PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM FORMAÇÃO OU FORMADOS: REMEDIANDO OS *DÉFICITS* 141
5.4 - DEFENDENDO A DIVERSIDADE 145
5.4.1 - O Ambulatório do Índio em perspectiva *146*
5.4.2 - Sendo Humanistas *149*

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS – "*SOMOS MILITANTES*": O LIMIAR ENTRE A DEFESA DA VIDA E A DEFESA DA DIVERSIDADE **158**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **167**

DOCUMENTOS CONSULTADOS 178
FILMES 180
ANEXOS 181

Figura 1. Mapa dos municípios que perpassam a Terra Indígena do Xingu (Fonte: ISA).

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - Definição do problema

Em maio de 2010, voltando para São Paulo após participar de uma reunião sobre o convênio da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) com a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e de um dos módulos do curso de Agente Indígena de Saúde (AIS), passei, junto com uma médica residente, por Canarana (MT) – cidade onde estão localizados o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) do Xingu, uma das Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) e um escritório do Projeto Xingu (Figura 1). Neste escritório, encontramos um médico do Projeto Xingu que estava partindo para o "Polo Pavuru"[1] a fim de negociar a retirada de uma enferma.

A indígena em questão possuía uma doença rara (uma espécie de câncer) e, na concepção dos profissionais não-indígenas, necessitava urgentemente ir a São Paulo fazer sessões de quimioterapia, além de diversos exames para *diagnosticar* a doença. Segundo a descrição do caso dada pelo médico, certa vez, e *com muito custo*, ela aceitou ser removida, mas, como na época *respondeu bem aos remédios* e sua situação física *ainda* não estava tão prejudicada, foi *liberada* para retornar à aldeia, com o aviso de que *precisaria voltar* com alguma frequência a São Paulo. Porém, ela não retornou mais e seu quadro se agravou, fazendo com que passasse a ter constantes crises de dor. Mesmo assim, nem ela nem sua família quiseram voltar à metrópole, preferindo realizar o tratamento com o pajé[2] na aldeia, pois, do ponto de vista de sua comunidade, ela estava doente e sentindo tais dores por estar se iniciando como pajé[3].

Por conta disso, o médico retornava ao Polo Pavuru, que fica perto da aldeia desta moça doente, decidido *a passar o tempo que fosse* para negociar a saída da indígena da Terra

---

[1] Unidade de atenção básica à saúde indígena, localizada no Médio Xingu.

[2] Como convivi com diversas etnias e por curtos espaços de tempo, conforme as viagens realizadas pela equipe do Projeto Xingu, utilizarei aqui o termo genérico "pajé", que se tornou um termo corrente na antropologia ameríndia "para indicar os especialistas em conhecimentos médicos ou esotéricos". Mas concordo com a avaliação feita por Cunha (2009c) de que "a categoria genérica 'pajé' apaga uma série de distinções significativas que são importantes em quase todas as sociedades indígenas. É comum não haver em línguas indígenas uma palavra única que abranja os vários especialistas agrupados pelo termo 'pajé'" (p.342).

[3] Como aponta Fénelon Costa, para os Mehinaku, a noção de pessoa do xamã está intimamente ligada à doença: "*Papañê (itseke)*[espíritos Mehinaku] bota 'bicho' para virar pajé (tornar o doente em pajé) ele roda 'bicho' (em círculos conforme mostrou), 'mexe muito', na palma da mão do pajé que o retirou do doente; não deve tirar, porque se tirar não fica pajé (neste caso, não deve retirá-lo); mas dói muito, esse 'bicho' é difícil de aguentar . Se a pessoa aguenta, demora bastante tempo doente, fica pajé, acaba melhorando com o tempo" (FÉNELON COSTA, *apud* FRANCO NETO, 2010, p.158).

Indígena do Xingu (TIX)[4], *nem que para isso* ele tivesse de propor que o pajé fosse junto com ela.

Poucos dias antes, ainda na aldeia, presenciei outro médico atendendo um pajé Kalapalo diagnosticado como tendo diabetes. Estávamos no curso dos AIS quando a médica residente, pela primeira vez em área, chamou Cássio[5], um médico experiente e uma das pessoas há mais tempo no Projeto, para ajudá-la no diálogo com o paciente. O fato era que o pajé diabético passou mal enquanto tratava um indígena Kisêdjê e não estava aceitando o comprimido que a residente tentava fazê-lo ingerir, dizendo estar ocupado demais para dar-lhe atenção. A situação deixava-o mais tenso e, consequentemente, segundo ela, mais propenso a complicações em seu estado que já era de descompensação. Porém, quando ele viu Cássio, deu-lhe toda atenção, ouvindo seus conselhos e advertências relativos à doença - os mesmos que a residente havia tentado lhe advertir. Foram-lhe informadas as duras consequências de uma diabetes mal tratada, como a possível amputação de algum membro ou mesmo a morte. Ele ouviu tudo e voltou à aldeia. Aproximadamente uma hora depois, vieram chamar Cássio novamente. O pajé havia piorado.

O médico e a residente dirigiram-se imediatamente à casa do cacique, onde o pajé agonizava, manifestando alucinações (*exageradas*, segundo a residente). Logo que chegou, Cássio tentou, calmamente, se comunicar com o doente, amenizando o tom alarmante de seu discurso sobre a diabetes feito horas antes. O pajé tomou o comprimido, recebeu hidratação oral e restrição da dieta. O médico também cuidou do indígena que era tratado pelo pajé, passando óleos em seu corpo[6]. Desse dia em diante, enquanto o pajé permaneceu na aldeia, sua *glicemia capilar*[7] era avaliada várias vezes ao dia. No dia seguinte ao fato, quando o médico foi novamente à aldeia fazer uma dessas avaliações, fui junto e presenciei o pajé lhe dizer que tinha tido um sonho e o médico respondeu que, no seu caso, esperava por isso. Ele relatou o sonho, dizendo ao médico que o *guia de Cássio* e *Deus*[8] visitaram-no para mostrar

---

[4] Opto por utilizar neste trabalho majoritariamente a terminologia Terra Indígena do Xingu e não Parque Indígena do Xingu, nome oficial da região, por ser a forma com a qual os indígenas se referem ao local. Contudo, a terminologia oficial também estará presente ao longo do texto por constar nas referências e/ou falas dos outros protagonistas desta pesquisa.

[5] Quanto à identificação dos sujeitos da pesquisa, optei pela estratégia de pseudônimos, pois suas falas e experiências trazem informações que só foram reveladas mediante a garantia de anonimato. Assim, alterei o nome das pessoas quando me refiro a trechos de conversas informais ou entrevistas concedidas a mim e mantive suas identidades reais ao utilizar suas produções públicas (artigos, teses, revistas etc.) ou ao me referir a seus cargos oficiais.

[6] Segundo o médico, ele costuma usar óleo de copaíba e arnica.

[7] O nível de sua glicose no sangue que, quando desregulado, causa as alterações prejudiciais à saúde.

[8] Escrevi “Guia” e “Deus” pois foram os termos utilizados pelo pajé para se referir aos agentes espirituais que viu em seu sonho. Vale ressaltar que esse pajé se tornou conhecido no Xingu pelas suas práticas "inusitadas" de

que foram eles os responsáveis por sua presença no momento da crise do pajé. Cássio respondeu: "*Ah, é? Que bom que eles fizeram isso!"* Terminou seus procedimentos, sorriu e saiu.

Essas foram duas situações emblemáticas do trabalho de campo inicial que me suscitaram a vontade de entender melhor essa relação de quase cinquenta anos entre a Escola Paulista de Medicina (EPM), atualmente parte integrante da UNIFESP, e os indígenas da TIX. As duas situações evidenciam as diferentes concepções de pessoa, de corpo e de doença dos agentes envolvidos[9]: na primeira, a perturbação da indígena foi tratada como a de quem pode estar mudando seu status social e se tornando pajé, com a recusa do deslocamento implicado no tratamento proposto pelos biomédicos; na segunda, um pajé conhecido recorre aos procedimentos biomédicos, mas considera fundamental para sua melhora "quem" interferirá em seu corpo.

Essas concepções não são consideradas nos processos etiológico-terapêuticos padrões da biomedicina (anamnese, protocolos médicos etc.)[10]. Mesmo assim, o médico Cássio mostra-se atento ao tipo de cuidado que é valorizado pelos indígenas com quem trabalha há décadas, dando a eles um tratamento singular. No exemplo descrito, pode-se dizer que Cássio deu um tratamento para o "corpo" e a "alma" do indígena, embora afirme ter cuidado somente do corpo. Porém, o diálogo final deste episódio levanta questões quanto à comunicação e entendimento entre os dois agentes envolvidos e quanto às simbologias hierárquicas ali presentes: tratava-se de um pajé sendo cuidado por um biomédico, que se delongou por certo período curando o mal fisiológico do paciente, mas que não havia dedicado a mesma atenção a ouvir suas explicações causais após o ocorrido.

Está presente nesses dois casos o caráter situacional das formas de conceber e negociar o tratamento de uma doença, variável conforme as pessoas envolvidas. Por exemplo, por mais que nas duas situações esteja presente a figura do biomédico, eles não agem de maneira uniforme. Se, em um primeiro momento, ambos os diagnósticos (médico e indígena)

---

cura, que envolvem manifestações similares às das igrejas católicas, pentecostais e neopentecostais, além de importantes espíritos Kalapalo (ver CARDOSO et al, 2012), práticas mal vistas por muitos biomédicos do Projeto Xingu. Foi, aliás, devido à sua fama que fora levado aos Kisêdjê. Ele é o denominado "Hiji" na tese de Franco Neto, 2010.

[9] Retomaremos a discussão sobre diferentes concepções de corpo, pessoa e doença ao longo do trabalho.

[10] Este trabalho é simpático à terminologia da antropologia da saúde, que "considera todos os sistemas médicos, bem como todos os discursos sobre o corpo, a saúde e a doença, como categorias culturais, qualquer que seja sua procedência, pelo simples fato de que eles existem e dedica-lhes o mesmo interesse" (LAPLANTINE, 1999 *apud* SARTI, 2010, p.83), sendo biomedicina entendida aqui como a forma diagnóstica e terapêutica predominante dentro da medicina ocidental contemporânea. A opção por esta denominação deve-se ao fato de esta refletir a vinculação desta forma de "racionalidade médica" com o conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da biologia (CAMARGO JR., 2005).

convergiam, após o agravamento da enfermidade da indígena com câncer, há uma mudança de quadro: seu grupo social passa a ver tal situação como parte de um processo que compreende uma transformação de seu status social enquanto os profissionais não-indígenas, representantes da medicina ocidental, prosseguem no diagnóstico de uma doença agravada. No segundo caso, há uma evidência do lugar simbólico atribuído ao médico dentro da cosmologia indígena. Esta emerge na ocasião em que o indígena com estado de saúde alterado é um pajé, que realizava trabalhos de cura quando adoeceu. Apresentou desequilíbrio corporal durante um procedimento curativo, manifestou alucinações e sonhou que o médico Cássio seria seu curador, como explicitou no dia seguinte. Mas, se o médico da primeira situação deslocava-se à TIX para convencer a indígena de que era mais seguro aceitar suas recomendações, Cássio percebeu o que incomodava o pajé, não julgando suas alucinações como irreais ou *exageradas*.

Fica claro quão complexa é a história de interação entre o Projeto Xingu e os diferentes povos do Xingu, permeada por diferentes motivações e interesses dos agentes indígenas e não-indígenas na manutenção dessa relação intercultural, que não acontece descolada das demais relações locais e globais que a circundam (BALANDIER, 1987), tais como as noções diferentes de autoridade, de corpo e de doença, as políticas públicas de saúde aliadas à política indigenista nacional, a formação biomédica padrão no Brasil etc. Este trabalho busca contribuir para o entendimento desta relação, na perspectiva antropológica, a partir das propostas da teoria da mediação cultural (MONTERO org., 2006; MONTERO et al., 2011), cujas formulações implicam em uma revisão, crítica e dialogada, das diversas teorias prévias sobre o contato intercultural.

Os autores da teoria da mediação valorizam o empenho marxista, feito pela antropologia do contato, de denunciar o colonialismo e seus modos de dominação, mas são simpáticos aos novos modos de interpretar os encontros trazidos pela antropologia pós-colonial de Sahlins (2008). Um dos esforços deste autor foi o de superar a ideia de um mundo composto por identidades isoladas e culturas estruturalmente rígidas, presentes, em maior ou menor grau, nas etnografias feitas desde os tempos de Malinowski e Lévi-Strauss. Sahlins (2008) defende que as relações guiadas pelas pessoas, na ação prática, embora motivadas pelas autoconcepções culturais, respondem à dinâmica própria do evento, podendo, de fato, revalorar funcionalmente essas concepções, o que gera uma reprodução e transformação contínua e recíproca da cultura.

Faz-se importante frisar que, nesta dissertação, utilizarei livremente o conceito “cultura”, entendendo-o como um complexo de pressupostos, modos de pensamento, hábitos

e estilos que interagem entre si, conectados, por caminhos explícitos ou não, com os arranjos práticos de uma sociedade – que podemos traduzir aqui como a relação histórica e duradoura entre agentes (CUNHA, 2009c). Contudo, não ignorarei o "efeito da teoria", como define Bourdieu (1989), que fez com que a cultura, como sinônimo de identidade específica e irredutível, entrasse no vocabulário da política e se tornasse uma linguagem de negociação entre movimentos sociais e Estado nacional (MONTERO et al, 2011). Assim, como bem resume Montero (2006):

> Tem-se como adquirido pela antropologia contemporânea a constatação de que essas práticas simbólicas geralmente resultam na produção de configurações culturais à imagem dessas representações, não cabendo, portanto, reter no estudo desse tipo de problema, a oposição clássica entre "realidade e representação" (p.33).

Haveria, portanto, uma "transculturalidade", onde a interação entre sistema e evento insere os signos de cada cultura em novos contextos de uso. Assim, mesmo que as diferenças entre colonizadores e colonizados ou dominantes e dominados, sejam profundas, a forma como operam não é mais vista como binária, como enfatizado pelas teorias do contato, mas sim como situacional, histórica, onde variados agentes lutam pelo poder das representações (MONTERO, 2006, p.36-44)[11].

No Brasil, a antropologia busca, desde os estudos sobre contato interétnico, "aculturação" e "fricção interétnica" (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1962; RIBEIRO, 1982; GALVÃO, 1979), um entendimento a respeito dos significados produzidos no encontro entre indígenas e não-indígenas. Na medida em que as populações indígenas não sucumbiram ao contato etnocida com os colonizadores (RAMOS, 1999; CUNHA, 2009a), as formas como se deram os prolongamentos desse contato desigual fundou um novo e rico campo de investigações antropológicas.

Como analisou Cunha (2009b), ao invés de presenciarmos a aculturação de pequenos povos e uma perda da diversidade cultural, o que vimos surgir foram novas manipulações da identidade cultural e a ampliação da função da cultura como "cultura de contraste", o que mostra que a cultura é "algo constantemente reinventado, recomposto, investido de novos significados" (p.239), sendo imprescindível a percepção dessa "produção cultural".

Com essa percepção, a antropologia ameríndia começa a falar menos de perdas e danos para as culturas nativas e mais sobre o modo como os nativos pensam, incorporam e

[11] Para uma explicação mais aprofundada da teoria da mediação cultural, ver Montero org. (2006) e Montero et al (2011).

neutralizam a relação com os representantes da sociedade ocidental[12], o que leva ao surgimento de uma fecunda etnografia baseada nas interpretações indígenas das relações interculturais[13]. Porém, se essa linha teórica esclarece como o nativo pensa o contato, seu objeto não são os processos concretos de produção dessas formas de significação. Apenas quando o foco são as relações que subjazem esses processos produtivos é que se torna possível evidenciar as características históricas conjunturais dessa produção. Essa é a perspectiva adotada na teoria da mediação cultural:

> O foco da reflexão se desloca, pois, do ponto de vista das sociedades indígenas para situar-se nos espaços de produção das relações de interação. Trata-se de compreender como dois (ou mais) pontos de vista interagem para produzir significações compartilhadas em níveis cada vez mais generalizantes. Para fazê-lo, é preciso colocar em cena os agentes de mediação e suas práticas, pois são eles que, através de suas competências específicas no domínio dos códigos, propõem conexões de sentido plausíveis e/ou verossímeis para a situação (MONTERO, 2006, p.50).

Nesse processo, o importante não é o encontro de duas sociedades ou culturas diferentes, entendidas como totalidades abstratamente genéricas, mas a compreensão de como agentes em interação acessam alguns de seus códigos ou se apropriam de alguns códigos alheios para significá-los. A mediação, segundo a autora, seria "um processo de comunicação que se realiza a partir da produção de códigos compartilhados" (p.51)[14].

Sendo assim, partindo desta proposta teórica, trato, neste trabalho, das relações de negociação de saúde e cura que ocorrem entre profissionais da saúde do Projeto Xingu, programa de extensão do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP, e indígenas, principalmente os da TIX. O foco desta pesquisa recai na relação estabelecida entre os não-indígenas deste Projeto[15] e as populações que vivem em aldeias no Baixo, Médio e Leste Xingu. Estes povos estão, em geral, distanciados do "complexo multiétnico e multilinguístico alto-xinguano"[16], sendo heterogêneos entre si, uma vez que muitos foram transferidos ao

---

[12] O adjetivo "ocidental" refere-se, neste trabalho, à sociedade capitalista, de ascendência europeia, composta pelos que chamo de "não-indígenas".

[13] Albert e Ramos fizeram uma importante compilação dessas interpretações no livro Pacificando o Branco, de 2002.

[14] A noção de "códigos compartilhados" é utilizada por Montero (2006) segundo a definição de Geertz (2008), segundo a qual o código é a escolha de uma "estrutura de significado", um idioma, que dá sentido a uma ação, compreendida por todos os envolvidos.

[15] A palavra "Projeto" será utilizada nesse trabalho com letra maiúscula quando for uma referência ao nome do núcleo de extensão "Projeto Xingu".

[16] "A intensa interação entre esse conjunto de sociedades [9 etnias] torna o sistema xinguano um dos mais elaborados complexos etnológicos da Amazônia, no qual se contrabalançam persistência de distinção étnica e ênfase em integração regional. A dinâmica do sistema fundamenta-se num sofisticado padrão de trocas simbólicas e materiais que envolve festivais, rituais e intercâmbios comerciais" (SANTOS E COIMBRA JR.,

parque "por motivos de sobrevivência" (VILLAS BÔAS e VILLAS BÔAS, 1994), descrições que serão aprofundadas no segundo capítulo desta dissertação. As aldeias são pertencentes (majoritariamente, pois há alguns cônjuges representantes de outros povos da região) aos povos Ikpeng, Kawaiwete, Yudjá, Kisêdjê, Trumai, Kamaiurá, Waujá[17]. Porém, representantes do Projeto têm, cada vez mais, se relacionado com indígenas habitantes de todo o país, devido a algumas mudanças na sua atuação, as quais descrevo nos capítulos dois e cinco.

Como, para desenvolver meus estudos sobre essas relações, é preciso "colocar em cena os agentes de mediação e suas práticas", escolhi realizar minha análise através dos profissionais de saúde não-indígenas do Projeto Xingu e suas atuações de mediação nos processos de produção de significação, assim como Montero et al. (2006) elegeram o missionário como agente mediador privilegiado para suas análises[18]. Desse modo, não tratarei os profissionais de saúde não-indígenas de forma genérica, abstrata, como alguns antropólogos que focaram nas relações coloniais de poder fizeram, há algumas décadas, com todos os agentes ocidentais, preocupados que estavam em destacar a ação de resistência dos nativos contra as imposições coloniais (p. 37). Como explica Montero: "As discrepâncias entre os interesses da metrópole e dos diferentes grupos europeus locais não eram levadas em conta e suas práticas e lógicas específicas quase não foram etnografadas" (p. 38), o que deixava em aberto o estudo dessas "culturas coloniais" e suas configurações e criações artesanais.

Atualizo as preocupações da autora e busco, com base na experiência do Projeto Xingu, compreender o estatuto simbólico e político da atenção biomédica diferenciada em saúde para as populações indígenas – o que será chamado ao longo do trabalho de "saúde indígena", conforme área de conhecimento e prática do campo de Saúde Coletiva[19]. Busco

---

2001, p.158). Para aprofundamento na história dessa região, ver a coletânea organizada por Franchetto e Heckenberger (2001). Sobre a "distância" existente entre Alto e demais regiões do Xingu, há uma comprovação sutil deste distanciamento quando Lima (2005) observa que representantes de vários povos da região param na beira das aldeias Yudjá, que estão realizando "caiunagem" para festejar com eles, mas são raras as visitas de indígenas do Alto (p.244).

[17] Dentre os povos citados, os Kamaiurá, Waurá e Trumai são povos tradicionalmente do Alto Xingu, mas que possuem no máximo duas aldeias no Médio Xingu, que optaram por manter o vínculo com a UNIFESP quando as lideranças dos povos do Alto decidiram romper esse vínculo e firmar convênio diretamente com a FUNASA através de sua associação, em 2004.

[18] Por mais que a teoria da mediação cultural tenha como base empírica a relação entre missionários e indígenas, acredito que suas formulações teóricas sustentam a análise de (des)encontros interculturais de forma geral, como é o caso das relações no Xingu que se estabelecem a partir da saúde, tal como enfatizam Montero, Arruti e Pompa (2011), quando defendem a ideia desta teoria dentro do campo de uma "antropologia do político".

[19] Denominação amplamente utilizada pelos agentes, indígenas e não-indígenas, e nos documentos oficiais para se referir às políticas públicas governamentais de atenção à saúde das populações indígenas. Para panoramas gerais sobre saúde indígena, ver Santos e Coimbra Jr., (1994); Coimbra Jr. Et al, (2005); Langdon e Garnelo,

considerar as singularidades deste caso na história de contato entre esses profissionais e as populações indígenas no Brasil – que há muito carecia desse registro pelas ciências humanas[20].

Durante a pesquisa de campo, observei e li relatos de diferentes tipos de relações entre os indígenas e não-indígenas com quem convivi. Situações que poderiam ser enquadradas na classificação genérica de "relação entre indígenas e não-indígenas" revelavam, entre os atores, articulações que fugiam a essa dicotomia, dependendo do indígena ou do não-indígena envolvido, bem como da conjuntura em que ocorriam (se era uma reunião oficial, uma consulta, uma conversa rotineira etc.). Por isso, utilizarei a "mediação cultural", a qual dá conta de problematizar o papel dos agentes sem deixar de abarcar as questões relacionadas ao poder e dominação que herda das abordagens coloniais.

Assim, os "códigos compartilhados" entre os agentes não se fazem na equidade, mas em um campo desigual de legitimidades e poder. Logo, apesar de enxergar nas relações analisadas "desacordos entre as partes" e não "mal-entendidos", no sentido daquilo que é inocentemente mal resolvido, não ignoro o fato dos agentes participarem de negociações de cura interculturais com forças políticas desiguais.

Por isso, priorizei as situações liminares desse tipo de relação interétnica, as quais denomino "negociação", com base na utilização do termo feita por Maj-lis Foller (2004). Em sua reflexão sobre a "intermedicalidade"[21], criada na relação entre os Shipibo-Conibo do Peru e profissionais de saúde ocidentais da ONG Médicins Sans Frontières (MSF), a antropóloga notou que os médicos brancos se veem como "negociadores de terapias" em um diálogo com uma pessoa doente que precisa de cuidados médicos. Segundo a autora, estes pautam suas ações motivados por caridade, uma espécie de ambição em "cooperar" (p.133), presente também nas ações da equipe do Projeto. Para ela, é possível fazer uma analogia com as "situações coloniais", onde "constrói-se uma 'experiência dialógica' em que ambos os lados são observadores e observados, mas apenas um deles tem o direito de fazer interpretações"

(2004). Quanto ao termo "indígena", vale ressaltar que "essas sociedades [indígenas], vivendo em ambientes variáveis, cada qual orientada por uma ordem simbólica e social singular, apresentam imensa variabilidade em termos de tempo e formas de contato, englobando desde grupos que vivem em contextos urbanos até os ditos 'isolados', em aldeias cuja população varia de 4.000 pessoas a famílias extensas. Variável também é o acesso aos serviços de saúde existentes em nossa sociedade" (PINA DE BARROS, 2003, p.223).

[20] Essa experiência interétnica no Xingu trouxe contribuições significativas para as ciências biológicas, havendo, até 2006, mais de cinquenta publicações de estudos epidemiológicos relativos à saúde dos povos indígenas do Xingu envolvendo o fundador do Projeto Xingu, Dr. Roberto Baruzzi (BUCHILLET, 2007). No entanto, as relações interculturais produzidas e desenvolvidas em torno desse Projeto não foram objeto de estudo sistemático na ótica das ciências humanas.

[21] Expressão utilizada pela autora para se referir ao espaço construído a partir de uma 'zona de contato', definida no texto como "espaço dos encontros coloniais" (FOLLER, 2004, p.132), no qual a biomedicina e o conhecimento tradicional indígena interagem na prática e na teoria.

(p.134), havendo uma assimetria política. Foller mostra, ao longo do texto, que a biomedicina acomodou-se em uma posição privilegiada, colocando-se no papel de levar a modernização ao "Outro". A autora afirma, ainda, de forma sahlinsiana, que os indígenas, sendo também agentes sociais, selecionam e inventam soluções a partir dos elementos da biomedicina, "indigenizando-os" para fortalecer sua medicina. Tratar-se-ia de um "projeto de negociação e renegociação" baseado em um "meio-termo" indígena que oscila entre aceitar a biomedicina e suas práticas e enfrentar o seu poder e ideologia (FOLLER, 2004, p.144).

Assim, na primeira situação descrita nesta introdução, nota-se certa "insistência" do representante médico não-indígena para que a indígena doente aceite o tratamento proposto. Surgem, então, as indagações:

Por que existiria essa "insistência" por parte dos profissionais não-indígenas para que os doentes indígenas e seus familiares aceitem suas práticas terapêuticas?

O que o "doente" (como quer que este seja definido – indivíduo ou grupo de familiares) perde se não utilizar os métodos da biomedicina ou não utilizá-los no momento *apropriado*?

E, o que o profissional perde com essa recusa?

Já na segunda situação descrita, há um protagonismo do indígena doente que só aceita receber o tratamento se o mesmo for realizado em um formato diferente (de forma diferenciada) e por pessoas específicas. Surgem outras indagações:

Até que ponto os "doentes" têm a escolha de não se submeterem às práticas biomédicas terapêuticas?

Como querem que se efetue a ajuda dos não-indígenas?

Com isso, chega-se aos seguintes impasses:

Em situações como as descritas, qual seria o limiar entre a defesa (respeito) da diversidade e a defesa da vida? Como esse limiar tem mudado ao longo da história de contato do Projeto? E, como ele se altera para cada um que acumula experiências na "saúde indígena"?

Assim, neste trabalho, o foco central de observação são as situações consideradas de vulnerabilidade (doença) indígena que motivam a intervenção dos profissionais do Projeto Xingu. Estas costumam mobilizar uma ação incisiva e são, por um lado, preventivas e, por outro, envolvem circunstâncias entendidas (pela biomedicina) como de vida ou morte. Parece que tais "doenças" autorizam uma maior intervenção dos não-indígenas por serem classificadas como "doença de branco" (GALLOIS, 1991), termo que será comentado adiante. A finalidade é compreender o que as diferencia de outras situações "patológicas", vistas como

não relacionadas ao “branco”, e focar nas negociações e motivações que as “doenças de branco” suscitam, tentando também problematizar esse “meio-termo” político dos indígenas, citado acima (FOLLER, 2004).

Logo, empreendo, nas páginas seguintes, um estudo etnográfico sobre a interação existente na TIX entre grupos locais e pessoas atreladas ao Projeto Xingu os quais, se são profissionais de saúde já diferenciados, que sentem, estudam, ensinam e discutem as características de um bom profissional para lidar com a saúde indígena, não deixam de ter também as concepções e motivações ocidentais de cura que, no contexto interétnico, causam angústias a todos os envolvidos e complexificam as negociações[22], como trabalhado no capítulo três.

São as manutenções dos parâmetros biomédicos que mantêm a identidade e legitimidade desses profissionais perante as categorias profissionais e as instâncias governamentais a que estão atrelados. Por outro lado, são principalmente nas atividades educativas, conversas e reuniões internas, descritas no capítulo cinco, que estes profissionais demonstram quanto foram “afetados”[23] pelo seu envolvimento com os indígenas, narrado no capítulo quatro.

1.2 - Estratégias metodológicas e relação com os pesquisados

Na realização desta pesquisa, optei pela metodologia de observação etnográfica das relações de negociação de cura. Assim, a pesquisa de campo constituiu-se, basicamente, de observações participativas, tanto na sede do Projeto Xingu (em São Paulo) e locais relacionados ao seu trabalho na metrópole – Ambulatório do Índio e a CASAI, como em suas ações na TIX.

Na sede do Projeto, que fica em uma das várias “casinhas” da UNIFESP espalhadas pelo bairro Vila Clementino, em São Paulo, são desenvolvidas diversas ações e, para melhor entendê-las, acompanhei mais de perto, a cada vez, uma determinada ação. Assim, desde o início de 2012 e mais dedicadamente durante os meses de agosto e setembro do mesmo ano e no início de 2014, participei das reuniões de um grupo de estudos sobre saúde indígena

---

[22] Inclusive aos antropólogos, que também enfrentam essas dificuldades, uma vez que os saberes biológicos se constituem socialmente como referência, não apenas no campo científico, sendo “uma referência cultural para toda a sociedade” ocidental (SARTI, 2010, p.78).

[23] O termo “afetados” sugere a ampliação do conceito de trabalho de campo, ou seja, do trabalho que se realiza em uma cultura distinta da de origem do sujeito, onde este não deve somente observar ou narrar fatos, mas deixa-se ser afetado por estes. Ao ser afetado, o sujeito se abrirá para uma comunicação específica com “o outro”, realizada de maneira incompreensível e até mesmo insuportável, no sentido que este pode ter suas certezas científicas desfeitas, ressaltando que tal perspectiva jamais lhe será dada em questionamentos verbais ou observações distanciadas. (FAVRET-SAADA, 1990).

encabeçado pelo Projeto, denominado “Grupo de alunos”, direcionado para graduandos em geral; assisti a três sessões do Special Interest Groups (SIG) “Saúde Indígena”, grupo de discussão temático pertencente à Rede Universitária de Telemedicina (RUTE)[24], coordenadas pela equipe do Projeto; participei das reuniões internas da equipe e conversas que o Projeto promove com a participação de pessoas externas; acompanhei, desde o início de 2013, a terceira turma do Curso de Especialização em Saúde Indígena, oferecido pela Universidade Aberta do Brasil (UAB), que iniciou suas atividades no primeiro semestre de 2013, colaborando na disciplina de “Antropologia e saúde”, revisando seu conteúdo com os professores e tirando dúvidas dos tutores; e acompanhei também o dia a dia de trabalho na sede, observando seus pormenores.

Fora da sede, passei um mês observando algumas consultas e conversando com funcionários e indígenas no Ambulatório do Índio, que fica ao lado do Hospital São Paulo (HSP), e acompanhei também o módulo completo sobre saúde indígena de dois grupos de internos do quinto ano do curso de Medicina da UNIFESP, mais algumas aulas dos demais quintanistas de 2012 e 2013[25].

Já em Mato Grosso, fui para o Xingu em duas ações campanhistas[26] de imunização, uma no final de 2012 e outra no início de 2013, que ocorreram em locais diferentes da TIX, permanecendo 10 e 25 dias, respectivamente. Em junho, passei mais 15 dias na aldeia Ngoihwere do povo Kisêdjê e, em outubro, mais 15 dias participando de uma *grande ação*, como define a equipe do Projeto, realizada em uma aldeia Kawaiwete.

O trabalho de campo, em junho, foi motivado por razões de outra ordem. Ocorreu devido a um convite feito pelo povo Kisêdjê para participar do ritual de passagem da neta do cacique, que em minha primeira viagem de campo, em 2010, ainda era uma criança. Interagimos muito naquela época (mesmo sem entender uma palavra do que a outra dizia) e, por isso, a lembrança e o convite. Coincidentemente, logo em seguida à festa, ocorreu a etapa

---

[24] A RUTE é uma iniciativa do Ministério da Ciência e Tecnologia, apoiada pela Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e pela Associação Brasileira de Hospitais Universitários (Abrahue) e coordenada pela Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP), que visa apoiar o aprimoramento de projetos em telemedicina já existentes e incentivar o surgimento de futuros trabalhos interinstitucionais.

[25] No quinto ano, os alunos de uma mesma turma de medicina da UNIFESP são subdivididos em grupos para circularem com mais facilidade pelos diferentes ambientes de trabalho dos estágios. No módulo de saúde indígena, os grupos são de aproximadamente doze alunos.

[26] Ações baseadas em campanhas de saúde, também conhecidas como verticalizadas, cuja intervenção é pontual, diferente de ações mais horizontais, inseridas na rotina local, como são as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) ou o médico da família, por exemplo. No caso do Xingu, “devido à impossibilidade de se manter imunobiológicos em caráter contínuo em campo por falta de rede de frio, o Programa de Imunização no Parque Indígena do Xingu – PIX está baseado em campanhas periódicas de multivacinação” (PROJETO XINGU, 2009, p.63). Sobre modelos assistenciais de saúde, ver Teixeira et al. (1998).

local do Polo Wawi da "5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena" (CNSI), para a qual fui igualmente convidada a participar, ajudando-os com o português e os regimentos *complicados*, o que transformou essa minha "visita" em um rico momento do trabalho de campo. Desta vez, diferentemente das outras, entrei e saí da TIX sem a mediação do Projeto, tendo, ainda, experimentado uma inserção singular na vida da aldeia.

No que se refere à relação com os profissionais de saúde não-indígenas pertencentes à equipe do Projeto, percebi inicialmente certa apreensão ou desconfiança, em função da dúvida sobre o quê um trabalho como o meu poderia gerar para a manutenção do Projeto, que vive uma situação de instabilidade, dada a atual informalidade de seus serviços no sistema de saúde indígena – as modificações por que passam hoje o Projeto Xingu e a política de saúde indígena nacional estão descritas no segundoo capítulo desta dissertação. Parecia haver o receio de que eu fosse reafirmar as críticas antropológicas já existentes à biomedicina, baseando-me em seus *longos e cuidadosos trabalhos*. Ao ler o projeto de pesquisa, um dos membros do Projeto criticou a definição dos profissionais do grupo como *biomédicos* (profissionais biomédicos), pois se consideram fora da ortodoxia da medicina. Essas desconfianças foram se amenizando na medida em que fui me envolvendo com o Projeto, participando de diversas atividades e iniciativas, e busquei abrir-me ao diálogo e ao ponto de vista de seus membros (*os vilões das etnografias*, como me diziam).

Com relação aos povos indígenas, como eu estava me relacionando com várias etnias, houve diferentes reações. Em geral, quando eu explicava meu projeto, ele era bem recebido, visto como importante, principalmente pelas lideranças que não gostariam que o Projeto Xingu estivesse tão distante, enxergando em meu estudo uma possibilidade de reaproximação ou revalorização do trabalho que era feito pela UNIFESP. Algo que facilitou meu relacionamento com eles foi o conhecimento prévio que muitos AIS e algumas lideranças tinham de mim devido à reunião sobre saúde e ao módulo do curso de AIS do qual participei em 2010, estando posteriormente presentes nas aldeias que eu visitava.

Embora bem sucedida do ponto de vista da aceitação de minha presença, a inserção em campo não deixou de gerar alguns questionamentos. Em várias etnias, após apresentar-me como antropóloga, surgiam as perguntas: *mas o que você está fazendo aqui*? *Com qual povo você está trabalhando*? Outros, mais desconfiados, me alertavam para não *roubar seus conhecimentos* (ou *roubar pouquinho*). Em um dos povos, após explicar que meu trabalho era uma problematização da relação deles com o Projeto Xingu, que não visava resultados práticos imediatos, surgiram boatos de que eu estaria fazendo *turismo de graça* ou *ganhando dinheiro em cima deles*.

Passado um tempo, pude notar como esses questionamentos eram posicionamentos políticos dessas pessoas frente ao Projeto Xingu – que leva muitos "alunos" à TIX (o que eles há tempos questionam) – e, mais amplamente, aos pesquisadores de modo geral que, realizando pesquisas diferentes das que são feitas pelo Projeto[27] e ONGs da região, agiriam em benefício próprio.

Essas questões levam a refletir sobre o trabalho antropológico e a relação que se estabelece em campo. Sinalizo os sintomas da problemática colocada ao trabalho de campo antropológico contemporâneo, ligada ao lugar do antropólogo no contexto ameríndio pós-Constituição de 1988, ainda sem solução[28]. Por exemplo, a partir da suposição, historicamente forjada, de que, no trabalho antropológico, o antropólogo filia-se a um povo, eram constantes as manifestações de "disputa" entre os representantes de cada povo que eu visitava, querendo apontar as vantagens de seu povo ou de suas tradições culturais.

Em situações como estas, ficavam evidentes as dificuldades de se trabalhar com diferentes povos, habitantes de uma mesma região, os quais estabelecem acordos e conflitos entre si - problemáticas que uma pessoa que realiza seus trabalhos em apenas um povo ou uma aldeia não vivencia. Foi possível perceber as diversas estratégias, adotadas pelos não-indígenas, em busca de uma "neutralidade" diante da conjuntura política existente entre os indígenas do Xingu.

1.2.1 - *Questões éticas*

Esta pesquisa foi realizada com o apoio financeiro da CAPES e da FAPESP, por meio de bolsas de Mestrado[29]. Por envolver populações indígenas, este trabalho precisou ser enviado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)[30], que está diretamente ligada ao Conselho Nacional de Saúde, o que gera inúmeras dificuldades para uma pesquisa qualitativa, tanto no preenchimento dos formulários da CONEP, a Plataforma Brasil, quanto no

---

[27] A equipe do Projeto Xingu costuma chamar suas ações de "pesquisa-ação", metodologia participativa que possui as mais diferentes definições, exemplos e denominações. Genericamente, seria uma forma de investiga-ação, onde ocorre a "identificação de estratégias de ação planejadas que são implementadas e, a seguir, sistematicamente submetidas à observação, reflexão e mudança" (GRUNDY; KEMMIS *apud* TRIP, 2005, p.447). Para uma introdução ao termo e aos debates a seu respeito, ver Thiollent (2011). No Xingu, as pesquisa-ações do Projeto são lembradas principalmente pelas ações empreendidas.

[28] Alguns pesquisadores têm pensado a respeito e tentado responder a essas problemáticas, como Ramos (2007) e Cunha (2009b).

[29] A pesquisa foi financiada de março de 2012 a agosto de 2013 pela CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e contou com o financiamento da FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), de setembro de 2013 a fevereiro de 2014.

[30] O trabalho foi aprovado no primeiro semestre de 2013 (número do CAAE: 04615612.3.0000.5505), conforme documento anexo (Anexo 1).

cumprimento de exigências que dizem respeito às necessidades éticas da pesquisa biomédica e que não necessariamente se aplicam nos mesmos termos para a pesquisa etnográfica, como vem insistindo uma significativa produção bibliográfica recente (VÍCTORA et al, 2004; SARTI e DUARTE, 2013). Os aspectos éticos foram sendo negociados ao longo da pesquisa, em cada situação, dado o caráter processual e constante das negociações em torno da ética em pesquisa em antropologia.

Além das observações e da pesquisa nos arquivos do Projeto, venho realizando entrevistas com profissionais de saúde não-indígenas, indígenas e outras pessoas ligadas, direta ou indiretamente, ao trabalho do Projeto Xingu. As entrevistas com os não-indígenas foram individuais e gravadas, sendo realizadas como uma conversa, com a utilização de roteiros abertos. A entrevista foi autorizada pelos profissionais através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Com os indígenas, realizei apenas duas gravações individuais, sendo as demais gravações o registro de reuniões ou conversas das quais participei.

Foram entrevistados todos os membros da equipe atual do Projeto Xingu, mas, nesta dissertação, são citados nominalmente os seguintes agentes: os médicos Cássio e Helena, que atuam há mais de 30 anos no Projeto; a pedagoga Lisa, que presta serviços desde a década de 80 na região do Xingu; Leocádia, doutora em Saúde Pública que iniciou seus trabalhos com o Projeto durante os cursos indígenas; as enfermeiras Miriam e Julia, que cuidam das ações de imunização; os médicos Sebastião e Leonardo, que possuem experiência de seis anos na EMSI e mais de uma década no Ambulatório do Índio da UNIFESP, respectivamente; Ana, enfermeira do Ambulatório do Índio da UNIFESP e Marta, enfermeira do Projeto Xingu (ambas atuaram durante o mesmo período na EMSI do DSEI Xingu). Entrevistei também Mauri, liderança Ikpeng, Monowi Kawaiwete, cacique e pajé da aldeia Kwaruja, e duas alunas, uma do curso de enfermagem e outra do curso de medicina, participantes do Grupo de alunos.

Por esta pesquisa envolver diversos povos e diferentes aldeias, a autorização dos indígenas foi dialogada particularmente em cada aldeia visitada (com suas lideranças ou demais presentes) e com o Conselho Distrital de Saúde Indígena do Xingu (CONDISI), conselho composto por indígenas e outros representantes não-indígenas (funcionários do governo, de ONGs ou de prestadoras de serviços), que exerce a função de controle social do DSEI[31].

[31] A participação social em conselhos e conferências de saúde estão regulamentados pela Lei n. 8.142/1990 e pela resolução n. 333/2003.

Nesse contato, as questões éticas da pesquisa foram frequentemente atravessadas por questões internas aos grupos indígenas, como a legitimação dos membros do CONDISI perante seus representados e as disputas políticas dos diferentes povos suscitadas pela existência desse Conselho e seu formato[32].

Atualmente, no Xingu e em outros distritos também, ocorre o fato de alguns povos ficarem sem representação nos conselhos e demais instâncias representativas ou ficarem com cargos menores. No CONDISI do DSEI Xingu, por exemplo, há um cargo de conselheiro para cada polo, sendo que há somente 4 polos para 16 etnias. Algumas lideranças do Baixo, Médio e Leste têm se posicionado politicamente desfavoráveis ao fato dos dois maiores representantes indígenas atuais no DSEI - chefe do CONDISI e Coordenador do distrito, serem considerados Alto-xinguanos.

1.3 - Convenções

Utilizo o itálico para marcar as expressões nativas ou falas dos protagonistas deste trabalho, tanto indígenas quanto não-indígenas, e utilizo as aspas para termos ou expressões originários das referências bibliográficas ou de minha autoria. Termos em grafia indígena serão citados conforme a bibliografia consultada, tendo destaque (negrito, itálico) apenas quando assim estiver no original. As citações em espanhol permaneceram no original.

[32] Sobre as questões indígenas que permeiam os conselhos distritais e a figura do representante institucionalizado, ver Garnelo e Sampaio, (2003) e Novo, (2010). Segundo Novo (2010), a organização das reuniões "é significativa para se perceber de que forma estes espaços são utilizados pelas populações e especialmente pelas lideranças indígenas em suas tentativas de destacar questões políticas internas e externas às aldeias, mais do que efetivamente para a formulação, o acompanhamento e a avaliação dos serviços de saúde" (p.49).

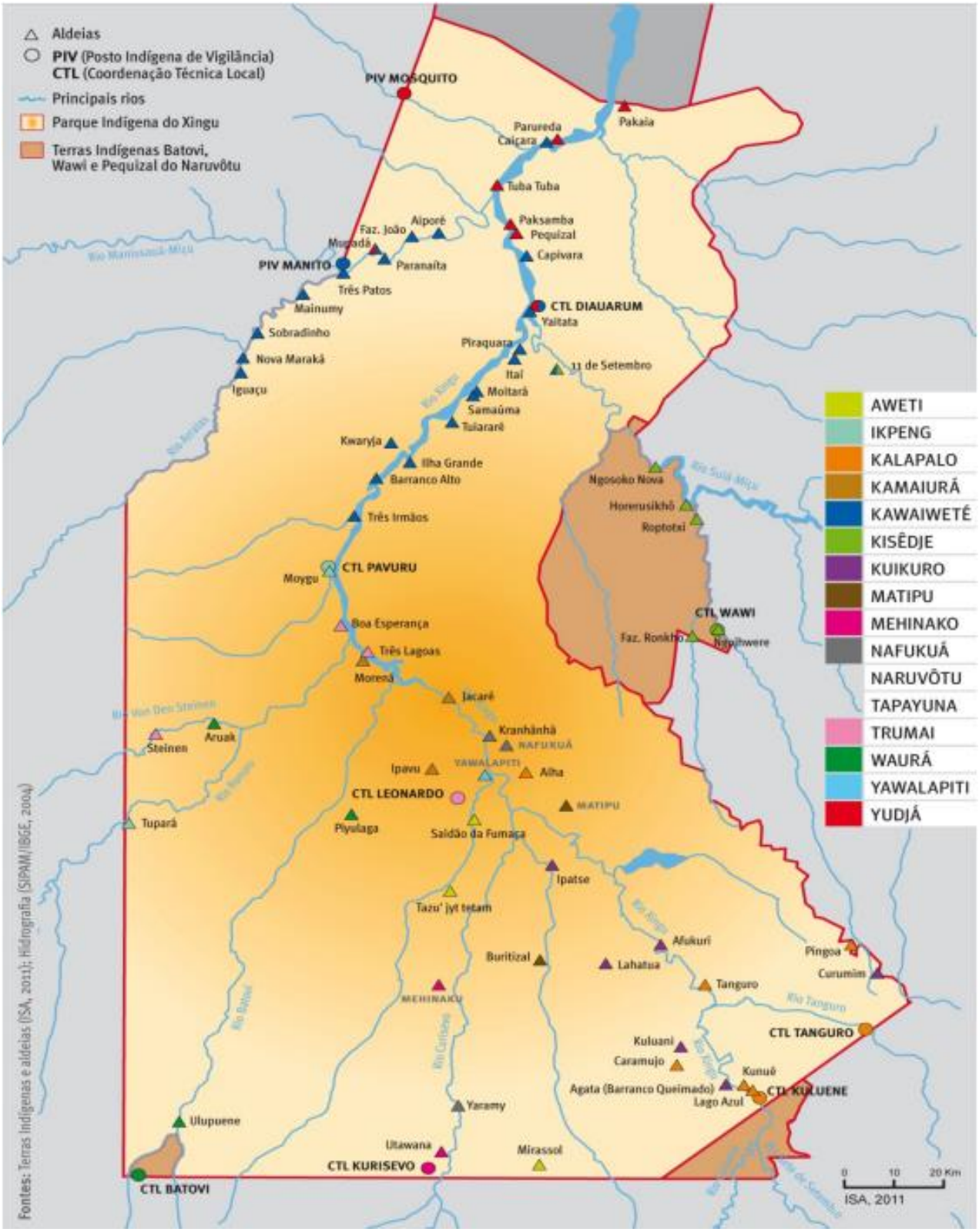


Figura 2. Mapa da Terra Indígena Xingu (Fonte: ISA, 2011).

2 - O "ENCONTRO"[33]: DO CARÁTER HISTÓRICO E SITUACIONAL DAS RELAÇÕES

2.1 - Do Parque Nacional do Xingu à Terra Indígena Xingu

O *Parque Indígena do Xingu* foi criado em 1961 como "Parque Nacional do Xingu", sendo considerado a primeira Terra Indígena (TI) homologada pelo governo federal. A área, onde hoje está localizada a TIX (figura 2), era pouco conhecida e explorada pelo governo brasileiro até o século XX. A Amazônia e o Brasil Central eram considerados um imenso vazio, as "manchas brancas" do mapa brasileiro, "disponíveis" para serem explorados, ocupados e apropriados pelo Estado. Nasceu, assim, em plena Segunda Guerra Mundial, a "Marcha para o oeste", programa do Governo Vargas para ocupar o interior do país e estabelecer pontos de comunicação radiotelegráfico e aéreo. A tarefa foi delegada ao militar, posteriormente reconhecido indigenista, Candido Mariano da Silva Rondon, de modo que se dotasse a região de uma infraestrutura mínima (MENEZES, 2001). Para a concretização dessa estratégia geopolítica, foram criados dois organismos de ação: a Expedição Roncador-Xingu (ERX), inaugurada em 6 de junho de 1943, e a Fundação Brasil Central (FBC), formada em novembro do mesmo ano:

> O primeiro organismo, a Expedição Roncador-Xingu, com a atribuição específica de entrar em contato com os "brancos" das nossas cartas geográficas; o segundo, a Fundação Brasil Central, com a função definida de implantar núcleos populacionais nos pontos ideais marcados pela Expedição. O primeiro órgão era, assim, a vanguarda do segundo (VILLAS BÔAS e VILLAS BÔAS, 1994, p.24).

O grupo da ERX seguiu rumo à Santarém, no Pará, cruzando as terras habitadas pelos povos indígenas do Alto Xingu. Na época, a expedição já era chefiada pelos irmãos Leonardo, Claudio e Orlando Villas Bôas, paulistas que a adentraram disfarçados de analfabetos, pois somente pessoas sem escolarização eram escolhidas para compor o grupo desbravador. Eles foram rapidamente desmascarados e colocados em posições de gestão e chefia da ERX.

Com a intensificação do contato com grupos indígenas e a decepção em ocupar facilmente as "manchas brancas" do território, os ideais elementares de colonização e a implantação de núcleos populacionais começaram a minguar, levando consigo os recursos da expedição. "Com poucos recursos, a ERX permaneceu três anos com esses grupos indígenas [povos do Alto Xingu] – resultando num trabalho de colaboração dos irmãos com o Serviço

[33] O termo "encontro" é utilizado aqui para designar um espaço (não territorial) no qual o jogo das mediações vai sendo permanentemente feito e refeito (MONTERO, 2006, p.24).

de Proteção aos Índios (SPI)" (MENEZES, 2001, p.222), o que os colocou em contato com antropólogos e indigenistas da época, como Darcy Ribeiro e Eduardo Galvão.

Iniciou-se, então, um movimento de preservação daquele local. Entre os envolvidos, despontaram-se motivações tanto de preservação dos índios quanto de preservação da terra. Da parte dos pró-indígenas, foram feitos estudos do local, e o antropólogo Eduardo Galvão conceituou-o como uma área cultural (p.229), o que incentivou a criação de um Antiprojeto de Lei que dispunha sobre a criação de um Parque Indígena na região. A proposta era inovadora, frente ao cenário da política indigenista nacional da época[34], e visava ser um meio caminho entre os "Parques Nacionais", onde se busca a preservação da natureza, e a ideia de "Reserva indígena", voltada para a preservação dos grupos indígenas. Tal pensamento, entretanto, não foi o principal fator motivador para a existência do parque. No ato de sua criação, em 1961[35], a área foi decretada como Parque Nacional, passando a ser parte das terras da União. Assim, a administração federal encerrou uma disputa por terras que há muito vinha sendo travada com os dirigentes mato-grossenses (p.231)[36].

A área oficializada como pertencente ao Parque Nacional ficou bem menor do que o estipulado no projeto de 1952. Boa parte da área cultural delineada por Galvão (conhecida como "Área do Uluri") ficou de fora, bem como todas as nascentes dos rios da Bacia Hidrográfica do Xingu, o que causa, hoje, enormes problemas de contaminação das águas que atravessam o Parque (ISA, 2011; PROJETO XINGU, 2009). Com a extinção, em 1967, do SPI e do Conselho Nacional de Proteção aos Índios (CNPI), o Parque, mesmo permanecendo fisicamente inalterado, foi legalmente extinto e ficou oficialmente inexistente até 1978, quando foi recriado como Parque Indígena do Xingu, com base no Estatuto do Índio, criado em 1973. Mas, como se convencionou usar a terminologia "Parque" para reservas de preservação ambiental, esta começou a ser considerada inadequada para perímetros com presença de agrupamentos humanos, sendo renomeado, em 1990, como Terra Indígena do Xingu (ARAÚJO, 2012). Esta é a nomenclatura utilizada, atualmente, pelos povos indígenas da região.

---

[34] Para mais informações sobre a política indigenista no Brasil ao longo do século XX, ver Lima (2009).

[35] Foram os irmãos Villas Bôas que, junto com diversos outros indigenistas e intelectuais da época, como Darcy Ribeiro e Noel Nutels, encabeçaram a demarcação daquela região como um território indígena, criando o arque.

[36] Estes queriam a liberação do mercado de terras, principalmente aquelas em poder do Governo Federal e, para tanto, precisavam barrar a criação do Parque. Enquanto o projeto do Parque tramitava no senado, o governo do Mato Grosso promovia a concessão de terras para empresas do Sul, "partindo da premissa de que se tratava de terras devolutas, extensas glebas passaram a 'ocupar' áreas previstas para o Parque" (MENEZES, 2001, p.232), regularizadas com base no Código de Terras Estadual, criado em 1948.

Segundo Franco Neto (2010), a proposta defendida pela política indigenista villasboasiana de criar um relativo "isolamento" dos índios do Alto Xingu, por meio da criação de um Parque Nacional que funcionasse como barreira às frentes de expansão da sociedade envolvente, fez muito sentido para que os povos indígenas se recuperassem dos impactos terríveis da "guerra biológica" do contato. Isso porque, segundo o autor, para os povos ameríndios, a garantia da posse da terra extrapola a subsistência propriamente dita, representando o elo fundamental na continuidade sociocultural de suas relações (p. 125). Contudo, a ação dos mesmos não se restringiu aos alto-xinguanos, expandindo-se a outros povos da região, que foram transferidos para a área demarcada do Parque.

O indigenismo local, encabeçado pelos irmãos Villas Bôas, operando segundo uma lógica própria, mudou aldeias de lugar, transferiu grupos inteiros, "que foram incluídos dentro do mundo xinguano, isto é, foram *xinguanizados*" (MENEZES, 2001, p.236). Nesse processo, segundo Menezes, o espaço era apreendido como homogêneo: "Tudo isso se sustenta na concepção do Xingu como exemplo do Brasil Prístino, que nada mais é do que uma idealização que supõe a paralisação do tempo e do espaço. A história territorial indígena não foi respeitada" (p.239).

Não podemos esquecer de que estes foram Homens de seu tempo, cujas ações respondiam às situações e perspectivas da época. Como o pensamento daquele período, respaldado pelos antropólogos brasileiros com quem os irmãos mantinham contato, era de que os indígenas seriam, *mais dia, menos dia*, assimilados pela sociedade ocidental, perdendo sua cultura (como consta na teoria da "aculturação" de Darcy Ribeiro), os irmãos se esforçavam para que esse processo fosse o menos danoso possível para os xinguanos.

No que se refere à saúde, por exemplo, as maiores iniciativas de atenção à saúde indígena xinguana se deveram aos Villas Bôas, que firmaram diversas parcerias, dentre as quais, a realizada com a EPM. Isso, entretanto, não anula a agência dos indígenas, que são também sujeitos da história. Portanto, a "saga dos irmãos Villas Bôas", como se os alto-xinguanos e todos os povos envolvidos por suas ações, tivessem sido pacificados e salvos por estes sertanistas, sem qualquer agência ou estratégia dos indígenas, requer um outro olhar.

2.2 – O Alto-Xingu[37] e sua política agregadora

Na região do Alto Xingu existe um complexo cultural, o qual foi descrito pela primeira vez em 1887, pela expedição alemã liderada pelo antropólogo Karl von den Steinen, sendo posteriormente citado por todos que ali passaram. Basicamente, as nove etnias que fazem parte do "complexo cultural alto-xinguano" compartilham rituais e realizam casamentos entre si[38], embora mantenham línguas e especialidades (que movimentam também rituais de trocas interétnicas) diferentes. Essa cultura alto-xinguana contrasta com a imagem comum que se tem das sociedades indígenas, principalmente com a ideia de que estas seriam avessas à estratificação social e a concentração de poder político.

Pautando-se em estudos arqueológicos e históricos (incluindo a história oral indígena), Heckenberger (2001a) constrói uma cadeia explicativa para o complexo cultural xinguano, na qual demonstra que os povos aruak teriam sido os primeiros a se estabelecer na Periferia Meridional da Amazônia – área entre o Cerrado, com povos em sua maioria falantes de língua jê, e o sul da Amazônia, com os povos tupi. A estrutura sociocultural aruak teria contribuído para que outros povos migrantes – os karib, seguidos dos tupi e, posteriormente, os Trumai – não só ali se instalassem como também adotassem alguns de seus "esquemas culturais" para ali permanecerem.

O autor aponta três desses "esquemas culturais" que se perpetuam na história dos povos da região: sedentarismo, com uma agricultura sólida e uma rede de caminhos que ligam aldeias-satélites a uma aldeia-mãe; regionalidade, que seria uma rede de trocas rituais entre elites, que dá base a uma comunidade moral e cria um *ethos* xinguano, com sentidos e valores compartilhados tanto intra quanto interaldeias; e hierarquia social, uma estrutura de parentelas hierarquizadas, que promove uma cisão entre chefes e não-chefes e organiza a estrutura sociopolítica intra-aldeia. Mas não só: "A hierarquia da chefia se manifesta através da mobilização em contextos rituais e em projetos da comunidade, do controle das atividades rituais e públicas em geral, e do controle e administração dos contatos externos" (p.34).

---

[37] Não fui ao Alto Xingu durante o trabalho de campo e, portanto, no que se refere a eles, meu conhecimento vem de bibliografias, falas dos membros do Projeto, de indígenas, e dos poucos contatos que tive com eles – os representantes do CONDISI (em Canarana e São Paulo) e na reunião de mulheres de outubro de 2013, onde se discutiu a Associação de Mulheres Yamarikumã.

[38] "Via de regra, todo grupo local da área comporta, além dos membros do grupo étnico que lhe dá nome, indivíduos de outras tribos, extintas enquanto grupos locais ou em processo de extinção, ou, simplesmente, indivíduos ali residentes por casamento ou asilo político, neste último caso, em função de acusação de feitiçaria na aldeia de origem" (BASTOS, 1981, p.50). Essa é também uma realidade do Baixo, Médio e Leste Xingu, havendo até mesmo uma aldeia chamada Kaiassu, que corresponde à junção de Kaiabi (Kawaiwete) com Suiá (Kisêdjê).

A agência dos povos alto-xinguanos frente às investidas colonizadoras, governamentais e indigenistas revela muito dessa hierarquia nativa. Mesmo que o contato dos povos da região com os colonizadores tenha sido postergado pelas barreiras ambientais e a hostilidade aos "brancos" demonstrada pelos povos vizinhos, a chegada dos ibéricos e a posterior expansão eurobrasileira repercutiram nos rearranjos engendrados pelos indígenas ao longo dos séculos. Assim, Heckenberger (2001a) observa como, no período de 1500 a 1600, é possível notar impactos iniciais dos europeus na região, "cujos efeitos mais notáveis foram o despovoamento e a disrupção dos sistemas sociopolíticos macrorregionais" (p.41). Depois, devido às bandeiras, à corrida do ouro e ao mercado escravagista de ameríndios, além das atividades missionárias, vê-se o deslocamento de vários grupos no sentido contrário às áreas de atividades coloniais, que provocaram novos contatos intertribais, funcionando como "um alicate que apertou os grupos indígenas em territórios cada vez mais diminutos" (Heckenberger, 2001b, p.82).

No caso da região da Bacia Hidrográfica do Xingu, os povos há mais tempo instalados, que enfrentavam uma diminuição de sua população devido às epidemias que chegavam até eles, tiveram de lidar com a situação de aproximação de outros povos, optando por um modo pacífico de relação, estabelecendo vínculos com os forasteiros. Ainda, segundo Heckenberger, pela sociedade xinguana ter sido, desde antes do contato, uma sociedade regional[39], os grupos recém-chegados foram se acomodando nas áreas abandonadas por eles – visto que a queda de suas populações foi concentrando-os em poucas aldeias -, e mantiveram a organização física da aldeia que ali existiu, sendo cooptados para a órbita da regionalidade xinguana (p.92).

Heckenberger acredita que os xinguanos desejassem a assimilação das comunidades novas para reestabelecer a organização social abalada pela depopulação, que aumentou nos anos seguintes à passagem de Steinen pelo Xingu. Assim: "a sobrevivência das comunidades locais ao longo desse período dependeu da habilidade dos diversos grupos para se fundirem, como resposta à perda de população (...). O efeito era um aumento na integração social" (p.96). Essas transformações teriam sido as grandes responsáveis para a consolidação do padrão de cultura pluriétnico existente no Xingu[40].

---

[39] "Se pensarmos em termos macroscópicos, veremos que há profundas raízes históricas ligando povos através de amplas áreas geográficas, além de vastas conexões ligando grupos coexistentes aos mesmos processos históricos, que dizer, estruturas sócio-históricas articulando regiões em sistemas macrorregionais (HECKENBERGER, 2001a, p.26).

[40] Obviamente, todo esse processo foi longo, repleto de conflitos, que ultrapassam os objetivos deste trabalho. Utilizo essa versão da história para sinalizar esses impactos indiretos do contato e os rearranjos protagonizados

Essa região, que em tempos remotos serviu como "refúgio" para diversos grupos indígenas deslocados, passou a ser também "área de refúgio" na mentalidade dos atores não-indígenas envolvidos com a criação do Parque, "transferindo esta noção da história da gênese da sociedade intertribal alto-xinguana para a história de um novo território construído pela articulação das políticas do Estado" (MENEZES, 2001, p.237). Povos inimigos, tidos como "periféricos" ao complexo cultural alto-xinguano, ou de locais um pouco mais distantes, foram retirados "às pressas" de seus territórios tradicionais – territórios estes que foram entregues à exploração e colonização. Mas Heckenberger (2001b) não pauta sua análise verificando as mudanças devido aos mediadores não-indígenas, como faz Menezes (2001), pois se antigos inimigos foram "aceitos" pelos alto-xinguanos, é porque estes não se viam prejudicados por essa aproximação.

Pelo contrário, retomando os esquemas culturais citados por Heckenberger (cf. p. 27), o chefe hierárquico é quem controla os contatos externos, incluindo as relações com os não-indígenas. E como sua posição está sempre ameaçada por outras linhagens que também preenchem os pré-requisitos para se tornarem chefes (HECKENBERGER, 2001a), o chefe precisa mostrar seu poder e prestígio constantemente. Assim, na relação com os não-indígenas,

> (...) Trata-se de "conquistar" o que o mundo dos "brancos" tem a oferecer (...) o que revela o modo como essas "conquistas" podem se tornar formas de "capital político e simbólico" não só para essas lideranças, como para outros membros do grupo que tendem a ver nessas "conquistas" formas internas de diferenciação (CARDOSO, 2004, p.209).

Esse seria o modelo convencional de se "fazer política" no Alto Xingu[41], relacionado ao desenho hierárquico de sua organização política e social. A aquisição de bens e benefícios no relacionamento com os não-indígenas "iguala-os aos brancos", tornando-se uma demonstração pública de poder que aumenta o status das lideranças alto-xinguanas[42]. Logo, como diz Cardoso (2004), é possível compreender esse processo não somente sob a ótica da reprodução de formas estatais de ação e assistencialismo, mas também dentro do campo dos

---

pelos indígenas, pois, seguindo o argumento de Sahlins (2008), a história como vivida no passado tem reflexos no presente.

[41] A política alto-xinguana seria mais uniforme do que nas demais regiões da TIX, onde há formas bastante distintas de "fazer política". Os Kisedje, por exemplo, frequentemente fazem incursões ao DSEI Xingu onde falam "duro" – uma característica comum aos povos Jê. Sobre o jeito Jê de "fazer política", ver Fernandes, (2014). Na etapa local da "5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena" que eu acompanhei na TI Wawi, eles fizeram muitas dessas falas duras, expulsando, inclusive, o vice-prefeito de Querência do evento.

[42] Para saber mais sobre a organização política dos alto-xinguanos, ver Heckenberger (2001a), Araújo (2012), Cardoso, (2012).

“significados políticos, internos e externos, que o acesso a esses bens e serviços tem para essas comunidades” (p.209).

É devido a essa busca de poder e posse das relações com os não-indígenas que algumas lideranças possuem maior visibilidade para a sociedade ocidental atualmente. É o caso de Raoni Metuktire e de Aritana Yawalapiti, este último se coloca como “Cacique Geral do Xingu” em eventos públicos. As lideranças do Alto Xingu, por voltarem o olhar às relações externas com outros povos, estabeleceram forte vínculo com os irmãos Villas Bôas, desde quando estes sertanistas ali chegaram. A relação entre indígenas e não-indígenas, na época da criação do Parque e entrada dos outros povos na área, se estruturava pela doação de grande quantidade de produtos manufaturados aos indígenas que colaborassem com os não-indígenas (VILLAS BÔAS e VILLAS BÔAS, 1994). Assim, esse monopólio da relação com os não-indígenas também aumentava os bens das lideranças que a isso se dedicavam, alimentando suas posições de chefe.

Em meio a todos esses fatores, negociar a aproximação de outros povos significava “deixá-los” se estabelecerem na região dos povos do Alto Xingu, permissão relembrada pelas lideranças do Alto às lideranças do Baixo, Médio e Leste Xingu sempre que oportuno, em momentos públicos de disputa. Por isso mesmo, quase todos esses povos se esforçaram ou ainda se esforçam para recuperar parte de seus territórios tradicionais.

2.3 - Os povos do Baixo, Médio e Leste Xingu, por eles mesmos

Os povos que foram transferidos ou se transferiram para a área do Parque, após sua criação, têm a dupla tarefa de estabelecer relações amistosas com os povos do Alto Xingu – que, no caso dos Kisêdjê e dos Ikpeng, eram seus antigos inimigos, ou, como para os Kawaiwete, eram quase desconhecidos – e com os outros povos que coabitam o Baixo, Médio e Leste Xingu, cujas estruturas foram igualmente modificadas após a Expedição Roncador-Xingu e a criação da TIX. Contudo, semelhante às lideranças alto-xinguanas, eles não se veem “levados” pela ação dos agentes externos, como comprovam as histórias por eles narradas e compiladas por Ferreira (1994)[43]. Nestas, “os brancos não são os protagonistas das histórias indígenas. Todos os relatos enfatizam a importância dos índios como agentes políticos de suas próprias histórias” (p.9). Na narrativa Kisêdjê, por exemplo, estes chegaram antes dos

[43] Que, diga-se de passagem, é um dos poucos trabalhos antropológicos cujo foco são as populações do Médio, Baixo e Leste Xingu consideradas em seu conjunto. Existem importantes etnografias isoladas sobre os povos da região (SEEGER, 1980; GRÜNBERG, 2004; LIMA, 2005; MENGET, 2001), mas quando esses são tratados em conjunto, geralmente é em relação ao Alto Xingu.

“brancos” no Xingu, motivados pela informação dada por seu pajé de que lá não havia índio bravo, motivo da migração em tempos remotos.

Eles narram tanto as influências de outras culturas em seus costumes atuais, bem como os embates ocorridos entre eles e os Trumai, Kayapó, entre outros, até que os “Juruna” (Yudjá) aparecem com “facão” e lhes contam sobre os Villas Bôas, com os quais fazem contato em seguida. No final da sua história, porém, somos surpreendidos com a posição do narrador, liderança Kisêdjê, perante os sertanistas: ele conta que Claudio tentou convencê-los a ficar próximos do Diauarum para receberem com mais rapidez e eficiência os cuidados médicos frente às epidemias, “mas acho que ele só estava enganando a gente. Ele queria fazer a gente mudar de aldeia, porque os brancos estavam querendo invadir a nossa terra e roubar a nossa terra” (p. 41-42). Avalia também, de forma negativa, a sugestão dada pelo “branco” do local para sua roça, concluindo que, somente quando não seguiam esses conselhos, é que as coisas iam bem. Hoje em dia, os Kisêdjê ocupam a região Leste do Xingu, conhecida como Terra Indígena Wawi, homologada em 1998 (ISA, 2011), após grande luta por eles empreendida. Sua população está estimada em cerca de 410 pessoas (UNIFESP, 2012), divididas em quatro aldeias: Ngôjhwere, Ngôsokô, Roptotxi e Horehusĩkrô.

Fugindo de relações conflituosas também, dessa vez com “seringueiros”, os Yudjá (conhecidos como Juruna) contam que, primeiro, moravam no Pará e que, na descida para o Xingu, se dividiram: “um [chefe] partiu para cá, aqui para o Xingu, e o outro ficou lá, para baixo de Altamira” (p.172)[44]. Como os Kisêdjê, os Yudjá narram diversos conflitos com povos da região (Kisêdjê, Kamaiurá, Kayapó) que quase os extinguiram. Por isso, pensavam em voltar para o Pará quando os irmãos Villas Bôas iniciaram suas investidas para contatá-los[45]. Devido à má experiência anterior com “brancos”, contam que ficaram muito desconfiados com os presentes de Orlando, demorando a estabelecer o contato, mas hoje avaliam que “se não fosse o Orlando, nós já tínhamos descido de volta para o Pará” – algo que, na visão deles, seria ruim, visto que seus parentes que lá ficaram “viraram tudo branco, já misturaram. Não falam mais a língua nossa” (p.172)[46]. Os Jurunas que estão na TIX, hoje, somam aproximadamente 390 indígenas (UNIFESP, 2012), habitantes de seis aldeias: Tubatuba, Pakisamba, Pakaya, Paroreda, Pequizal e Kamaĩ.

---

[44] “Há cerca de cem anos, este povo acha-se separado em dois grupos por uma enorme distância. Uma parte vive na região de ocupação muito antiga, o médio Xingu, na tão diminuta Terra Indígena Paquiçamba e adjacências não contempladas pelo reconhecimento oficial, bem como em Altamira (Pará). A outra parte vive no alto curso do mesmo rio, na área da TIX” (LIMA, 2005).

[45] Sobre os conflitos interétnicos entre as populações indígenas da região da TIX, ver Hemming, 2005.

[46] Há outra bonita história oral da chegada dos “karai” para os Yudjá, em Lima (2005).

Outro povo prejudicado pela ação dos seringueiros foi os Kawaiwete, também conhecidos como Kaiabi. Até a década de 40, eles ocupavam uma extensa região entre o rio Arinos, o rio dos Peixes e o rio Teles Pires (Figura 3), territórios do estado do Mato Grosso e Pará (TRONCARELLI, 2012). Ficaram com fama de bravos guerreiros devido aos constantes conflitos com os não-indígenas (seringueiros, viajantes e funcionários do SPI), que aos poucos invadiram suas terras e os induziram ao trabalho nos seringais. Além disso, "depois da extração do látex, viriam a retirada de madeira e a implantação de fazendas. A partir da década de 1950, grande parte da região seria retalhada em glebas e alienada pelo governo de Mato Grosso para fins de colonização" (ISA, 2011, p.91-92). Foi nesse período (1949) que os irmãos Villas Bôas foram até a região dos Kaiabi.

Os Kawaiwete contam que vieram algumas vezes ao Xingu para visitar os outros indígenas e conhecer a área, e que alguns decidiram, primeiro que os outros, ficar no Parque, abrindo roça e mantendo amizade com os Yudjá (FERREIRA, 1994, p.73). Quando já tinham bastante comida, resolveram voltar para o Teles Pires buscar os outros:

> Assim eles conversaram com seus parentes, para se reunirem perto dos outros kaiabi.
>
> -assim nós vamos viver melhor – disseram.
>
> Então alguns resolveram ir para o Xingu e outros resolveram ficar ali mesmo.
>
> -nossa terra é aqui mesmo – disseram eles. (...) Lá é terra dos outros índios (FERREIRA, 1994, p.132).

Durante o trabalho de campo realizado em outubro, na aldeia Kwaruja, pude conversar com várias lideranças mais velhas Kawaiwete e perceber o quanto lamentam a transferência para o Parque, principalmente pela falta de alguns recursos naturais para confeccionarem certos instrumentos ou alimentos tradicionais de sua etnia. Atualmente, reivindicam uma parte do território vizinho à TIX, na região do rio Arraia, como indenização pela perda de suas terras. Alguns Kawaiwete permaneceram no Pará, vivendo nas Terras Indígenas Kaiabi e Kaiabi Gleba Sul, ainda sem homologação. Ao todo, existem cerca de 1400 indígenas Kawaiwete na TIX, vivendo em 23 aldeias: Três irmãos, Onze de setembro, Caiçara, Guarujá, Yaytata, Capivara, Iguaçu, Kaniné, Barranco Alto, Ilha Grande, Tuiararé, Samauma, Moitará, Itaí, Pirakwara, Maraká, Sobradinho, Três Patos, Mupada, Paranaita, Aiporé, Kaiasu, Rio dos Lagos.

No caso dos Ikpeng, conhecidos antigamente como "Txicáo", contam que, antes dos Villas Bôas, eles já haviam encontrado os homens "brancos" garimpeiros, que navegavam pelo rio Jatobá, região em que viviam desde o final do século XIX, após terem migrado do

Pará e terem entrado em conflito com os povos da região do rio Teles Pires (dentre eles, os Kawaiwete). Os Villas Bôas estabeleceram comunicação em 1964, quando estavam sofrendo com doenças trazidas pelos garimpeiros, o que os fez concordar com a mudança para a TIX, em 1967 (TRONCARELLI, 2012). Mas, por motivos semelhantes aos dos Kawaiwete, se ressentem de tal decisão:

> O meu povo diz que a ideia dos Villas Bôas de trazê-los do território deles para o Xingu foi errada. Os Villas Bôas podiam ter feito o contato com eles e deixá-los por lá mesmo, porque aqui no Xingu não tem os materiais que eles usam, como concha para fazer brinco, uma árvore que servia para ponta de flecha, ervas e outros recursos preciosos para nós. Meu povo diz que Orlando alertou que aqui no Xingu tinha de tudo, por isso que eles entraram na conversa dele e vieram para o Xingu, mas na verdade não havia nada das coisas que eles utilizavam (ISA, 2011, p.49).

Assim, mais recentemente, iniciaram sua luta pela reconquista de uma parte de seu território ancestral, no rio Jatobá, construindo, inclusive, uma aldeia mais próxima da região. Hoje, os Ikpeng somam em média 460 pessoas (UNIFESP, 2012), que vivem em quatro aldeias: Moygu, Arayo, Tupara e Rawo.

Na região do médio Xingu, mais próximo do Alto, há aldeias de povos alto-xinguanos, como os Waurá, Kamaiurá e Trumai que também são atendidas pelo Projeto. São, exatamente: uma aldeia Waurá, a aldeia Aruak, onde vivem 35 pessoas; a aldeia Kamaiurá chamada "Morená", onde vivem 68 pessoas; e três aldeias Trumai (Boa esperança, Steinen e Três Lagos), com cerca de 70 pessoas[47].

Na história das intervenções realizadas pelos irmãos Villas Bôas e das transferências de indígenas para o Parque, estão inclusos, também, os Metuktire, os Panará e os Tapayuná. Contudo, o primeiro e o segundo povo conseguiram demarcação de partes das terras que habitavam (TI Capoto-Jarina e TI Panará, respectivamente), saindo da área de abrangência onde atua o Projeto Xingu; e os Tapayuná não possuem uma aldeia própria na TIX, estando os poucos membros que vivem na área (por volta de 57) misturados com os Kisêdjê, nas aldeias da região da TI Wawi[48].

---

[47] Dados do último censo realizado na primeira etapa de imunização da TIX de 2014. Por eu ter permanecido menos tempo nessa região, não darei ênfase à descrição desses povos, bem como os mesmos serão raramente citados neste trabalho. Para mais informações sobre eles, ver Franchetto e Heckenberger org. (2001); Junqueira e Pagliaro, (2009); Barcelos Neto, (2007).

[48] Existem outros 160 Tapayuna na TI Capoto-Jarina (fonte: site do ISA). Para mais informações sobre a história de contato desse povo, ver Würker e Biral, (2005).

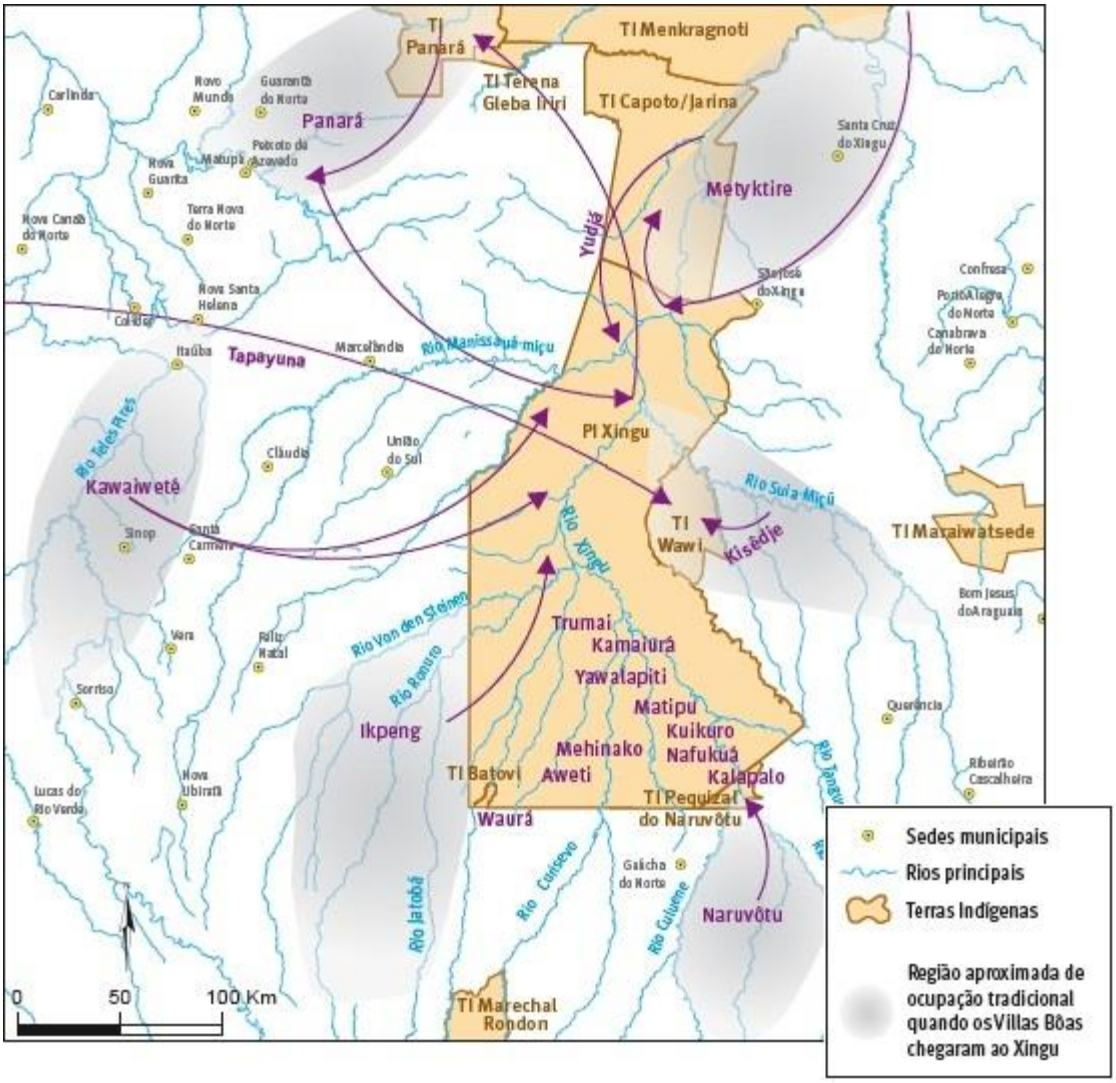


Figura 3. Trajetória dos povos indígenas até a TIX (Fonte: ISA, 2011, p.23).

2.4 - O Projeto Xingu – História, contexto, atores e ações

A assistência à saúde dos povos da TIX, realizada pelo Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina (EPM), foi iniciada em 1965, quando, a pedido dos irmãos Villas Bôas, estabeleceu-se o "Projeto Xingu de Saúde Preventiva", atual "Projeto Xingu", coordenado pelo Dr. Roberto Baruzzi.

Segundo relatos autobiográficos de Baruzzi[49], a relação entre o Xingu e a EPM foi uma junção de suas "novas ideias" e alguns acasos. Após participar de cursos nacionais e internacionais sobre medicina tropical[50], que o deixaram com "novas ideias na cabeça",

[49] Nessa sessão, lançarei mão da estratégia de usar uma história de vida para falar da história do Projeto Xingu, já que a história do Projeto está entrelaçada a do Dr. Baruzzi, narradas em Baruzzi, 2005, 2008, 2012.

[50] Foi aluno do Curso de Doenças Tropicais do Prof. Carlos da Silva Lacaz, em 1962, no Instituto de Medicina Tropical de São Paulo e, quatro anos depois, fez um curso de Saúde Pública na Bélgica que, segundo ele, possuía grandes conhecedores das doenças tropicais devido à sua presença no Congo Belga.

> O jornal A GAZETA, vespertino de grande circulação em São Paulo, publicou [em julho de 1962] que uma caravana médica chefiada pelo Dr. Oswaldo Monteiro de Barros saíra de São Paulo para atender sertanejos e índios na região do médio rio Araguaia, no Brasil Central. Depois de algum tempo, *por acaso*, vim a conhecer o Dr. Oswaldo numa visita que ele fez ao Departamento Médico da Caixa Econômica Federal. Falei que havia gostado muito de saber da Caravana Médica ao Araguaia, uma proposta muito interessante para uma população totalmente carente de atenção à saúde. Dr. Oswaldo respondeu dizendo que me convidaria para participar da próxima Caravana (...) Houve uma outra Caravana em julho de 1963, e logicamente eu estava nela (BARUZZI, 2008, p.2-3) [grifo meu].

Foi durante essas caravanas que o médico começou a ter contato com indígenas, atendendo os Tapirapé e os Karajá em sua primeira viagem, e os Gorotire e os Kubenkranken, na segunda (BARUZZI, 2005). Foi, na viagem de retorno a São Paulo, nessa segunda caravana que Baruzzi fez seu primeiro atendimento no Xingu:

> Na viagem de volta, uma surpresa: o avião desviou da rota para deixar um piloto da FAB no Posto Leonardo Villas Bôas, Parque Indígena do Xingu (PIX). Logo que o avião pousou, uma pessoa (que depois soubemos ser o Álvaro, irmão mais novo do Orlando e do Claudio Villas Bôas) se aproximou e perguntou se havia um médico a bordo para atender um índio que estava doente[51]. Fiz o atendimento. O caso era simples, mas aquela rápida visão do Xingu despertou meu interesse em conhecer o trabalho dos Villas Bôas (BARUZZI, 2012, p.13).

E o que aproxima este fato da consolidação do convênio entre EPM e PIX é, novamente, um "acaso" relatado por ambos os lados, mas em versões que não coincidem nos detalhes. Segundo Baruzzi, após duas tentativas fracassadas de tentar se aproximar dos irmãos Villas Bôas, "o Orlando apareceu no Hospital São Paulo acompanhando o Boca Rica, sertanejo que trabalhava na TIX, que precisava de cuidados médicos. (...) Deste encontro com Orlando se originou o convite para que um grupo de médicos da EPM fosse ao Parque, para avaliar as condições de saúde da população" (BARUZZI, 2005, p.66). Na versão de Orlando, ele acompanhava um jovem xinguano intoxicado com seiva de cipó, "trazido para a Escola Paulista de Medicina, tendo ficado sob os cuidados do Dr. Baruzzi. Foi quando ele resolveu organizar um grupo para ir ao Xingu" (VILLAS BÔAS, 2005, p.53).

---

[51] Na versão de Villas Bôas, Baruzzi atendeu uma indígena. Assim que o mesmo respondeu que era médico, "dissemos-lhe, então: doutor, acaba de chegar da aldeia uma índia numa 'gemeção' sem termo (...) 'Seo' Villas, esse douto é mão santa. Chegô lá, foi num 'zip-zip' e 'curô' a doente. Ela inté tá lá contente, se rindo" (VILLAS BÔAS, 2005, p.52). Interessante notar as diferentes ênfases dadas aos atendimentos que marcaram aquele primeiro contato.

Assim, em 1965, sete profissionais da saúde da EPM desembarcaram no Posto Leonardo Villas Bôas e avaliaram a situação de saúde dos alto-xinguanos[52]. Nessa visita, "ficou evidente para a equipe médica a necessidade de ser desenvolvido um programa de saúde que incluísse medidas curativas e preventivas e tivesse assegurada sua continuidade" (BARUZZI, 2005, p.71). Um acordo entre a EPM e os diretores do Parque foi então firmado em julho de 1966. Nesse "acordo de intenções" ou "declaração de boas intenções", como definem Villas Bôas e Baruzzi, respectivamente, o Departamento de Medicina Preventiva da EPM se comprometia a colaborar com a assistência à saúde dos índios, e o Parque, a dar o apoio necessário às ações de campo.

Até então, as populações viventes na TIX, como todos os povos indígenas no Brasil, contavam apenas com a assistência provinda de Noel Nutels[53] e seu Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), criado na década de 1950, e raras intervenções em saúde do já deteriorado SPI, criado em 1910. Ou seja, durante quase cinco séculos de invasão do território hoje conhecido como "Brasil" pelos povos europeus-ocidentais, houve um processo generalizado de extermínio das populações nativas e total ausência de iniciativas governamentais focadas no cuidado com sua saúde. E, mesmo constatando-se o fato de que "as doenças representaram sempre o primeiro fator da diminuição das populações indígenas" (Ribeiro, 1982), nenhuma organização ou instituição específica para o trato da saúde dos indígenas fora instaurada até 1956, ano de criação do SUSA (COSTA, 1987).

O SUSA, criado com o objetivo de prestar serviços de saúde aos indígenas e às populações de difícil acesso, foi oficialmente vinculado ao Serviço Nacional de Tuberculose, apesar de, no início, não restringir suas atividades ao controle dessa doença. Porém, em 1967, após uma comissão do Ministério do Interior confirmar e documentar atrocidades cometidas contra várias populações indígenas, com a conivência e mesmo participação do pessoal do SPI[54], o então ministro Albuquerque Lima extinguiu o serviço e criou uma comissão que daria

---

[52] Os profissionais, todos médicos, que participaram dessa equipe foram: Roberto Baruzzi, Marcelo Pio da Silva, Mário Nogueira, José Kerbauy, Samuel Reibscheid, Carlos D'Andretta Jr. e Décio Fuchs (BARUZZI e JUNQUEIRA, 2005).

[53] Nutels iniciou seus trabalhos junto aos indígenas participando como médico da Expedição Roncador-Xingu, mesma expedição em que estavam os irmãos Villas Bôas (COSTA, 1987, p.392).

[54] "Uma série de livros e declarações públicas falavam de cobertores sendo dados aos índios contaminados com varíola e outras doenças; de incidentes onde napalm era atirado de aviões sobre as aldeias indígenas; eram exibidas fotografias de aldeias que haviam sido dizimadas, onde apareciam restos de mulheres e crianças sob o solo árido e carbonizado" (DAVIS E MERGET, *apud* COSTA, 1987, p.394). A documentação de tais crimes consta no documento conhecido como "Relatório Figueiredo" (Disponível em: <http://jornalggn.com.br/blog/luisnassif/o-relatorio-figueiredo-disponivel-para-download>. Acesso em: 01 junho 2014).

início, no mesmo ano, à Fundação Nacional do Índio (FUNAI). A partir da institucionalização da FUNAI, foram criadas a Divisão da Saúde e as Equipes Volantes de Saúde (EVS), alocadas em cada Delegacia Regional do órgão, fazendo com que a equipe do SUSA passasse a trabalhar somente com tuberculose.

Com a criação da FUNAI, o PIX deixa de ser diretamente relacionado à Presidência da República, como era até então, em função dos acordos estabelecidos na época de sua criação e pela inexistência de um setor público específico para a gestão de assuntos relacionados às populações indígenas, tornando-se responsabilidade deste órgão que, em 1968, renova o convênio anteriormente firmado entre diretores do PIX e EPM. Porém, nessa nova conjuntura, estabeleceu-se um modelo misto de assistência em que a EPM assumia a responsabilidade pela imunização (com exceção da vacina contra tuberculose), cadastramento e revisão clínica da população indígena do Parque. As demais ações ficavam a cargo da EVS local, da Unidade de Atendimento Especial (UAE, antigo SUSA), da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) e de profissionais de saúde, não vinculados à EPM, residentes na área.

Esse modelo, contudo, não gerou frutos, acumulando uma série de dificuldades devido à fragmentação do serviço. Assim, segundo Mendonça (1996), a década de 1980 foi catastrófica para o modelo assistencial do PIX. Em 1981, foram desativadas as equipes volantes[55]; cinco anos depois, foi extinta a UAE e, em 1987, os últimos funcionários da FUNAI deixaram o PIX, que passou a receber, após pressão dos indígenas e indigenistas regionais, visitas esporádicas de seus funcionários lotados em Brasília e Goiânia (p.56)[56].

Assim, de acordo com Mendonça (1996), esta conjuntura fez com que a EPM, por solicitação dos próprios indígenas, repensasse e reestruturasse suas ações. Em entrevista, uma médica há mais tempo no Projeto, chamada Helena, relatou-me que, no início da década de 1980, ela e os profissionais envolvidos à época com os trabalhos da EPM na TIX começaram a sentir a necessidade de *estreitar a conversa* com os indígenas, *para eles* [índios] *entenderem*

---

[55] "Ao invés de fundamentar o trabalho numa perspectiva de preservação da saúde do índio, as EVS se pautaram numa assistência individual. Os profissionais de saúde das EVSs viviam nas capitais, referidas às delegacias regionais da FUNAI, e realizavam viagens esporádicas, quando faziam atendimento médico simples e promoviam a remoção dos casos mais sérios para hospitais. Coerente com a administração do órgão na época [comprometido com a política de desenvolvimento e integração nacional], a maior parte dos gastos da Divisão da Saúde da FUNAI era gasta com salários, transporte e diárias, e com a remoção de doentes e pagamento de serviços médicos em hospitais da cidade" (COSTA, 1987, p.396).

[56] Esta situação é descrita também no trabalho de Verani (1990), que estava em campo no Xingu no mesmo período: "Durante o período de tempo em que desenvolvi minha pesquisa de campo, o serviço de saúde na área estava bastante desorganizado, apresentando uma disfunção que beirava a anomia. As iniciativas que obtinham sucesso, resultando em ações de impacto na situação de Saúde, eram 'individuais' e esbarravam nas contingências adversas deste 'não-sistema', que amorteciam o impacto destas ações. Um esforço redobrado, portanto, era requerido destas iniciativas 'individuais' [instituições]" (p.47-48)

o que eram essas doenças que estavam aparecendo; para eles entenderem o que era o trabalho da saúde; e para eles ajudarem, tanto na tradução, como a gente também, que buscávamos entender o que se passava com eles, o que estavam achando de tudo aquilo.

A médica e outros profissionais começaram, então, a montar pequenos cursos e a levar a São Paulo alguns indígenas, que dominavam melhor a língua portuguesa, para assistir a cursos profissionalizantes oferecidos em São Paulo:

> *Eles vinham para cá no começo, em 1984, 1985. A gente os trazia para fazerem o curso de laboratorista, de microscopia, para lerem as lâminas* [de malária], *e isso foi superimportante porque começou a reduzir... eles começaram a ficar em pontos estratégicos e a reduzir os casos de malária graves*.

Segundo a médica, os membros do Projeto logo perceberam que era melhor realizar as formações em saúde dos indígenas dentro da TIX, para facilitar e dar visibilidade ao processo de ensino-aprendizagem para as populações do Xingu, organizando a primeira turma de AIS em 1991. Essa ação, no entanto, para ser efetiva, demandava um acompanhamento dos serviços que estes AIS prestariam em suas comunidades, tanto durante quanto depois do curso, impossível de ser realizado pelos poucos e mal preparados funcionários da FUNAI que ainda estavam em campo, como pontuou.

Assim, a partir de 1990, esse grupo, com a ajuda financeira de fundações privadas[57], passou a contratar uma equipe local enxuta, composta por médico, enfermeiro e dentista, que se estendiam por longos períodos *em área*[58], supervisionando, de forma sistemática, os agentes em formação:

> *Eu acho que na verdade, na década de 1990, a gente faz essa grande virada. A gente não deixa de ir nas grandes viagens de imunização, mas a gente olha para o Xingu de uma outra maneira. Montamos um sistema local de saúde que tem a ver com uma opção outra de uma política indigenista que não pensa só na integração, mas pensa na convivência. Quer dizer, a gente vai conviver com essas sociedades, então precisamos ter outros instrumentos,* [precisamos] *de outra interlocução, e eles precisam dominar esses instrumentos e esse conhecimento, então foi uma opção (Helena, médica).*

Com essa *virada*, o Projeto Xingu cria uma nova identidade, mais distanciada de um dos objetivos iniciais da criação do Parque, que era o de fomentar estudos científicos das mais variadas áreas do conhecimento (VILLAS BÔAS e VILLAS BÔAS, 1994). Também se diferenciam da relação anteriormente estabelecida entre a EPM e os povos indígenas, a qual

---

[57] Basicamente, a Fundação Kellogg e a Mata Virgem (Rain Forest Foundation).

[58] Expressão utilizada pelos profissionais de saúde quando se referem a algo ou alguém que está atuando dentro de alguma Terra Indígena (TI).

promovia uma assistência verticalizada (campanhista) e abundante produção científica em saúde. Essa *opção,* para a qual o Projeto foi direcionado, se resume, segundo a médica, em uma *escolha de um foco mais assistencial/político* – condensada na metodologia da pesquisa-ação[59] que adotam hoje em dia. Ao mesmo tempo em que formavam os agentes, a médica e o restante do grupo, baseados nas constantes dificuldades que enfrentavam devido à falta de recursos financeiros para seus projetos, envolviam-se nas movimentações indigenistas do período, lutando pelas reformas políticas, por um sistema público de saúde e pelo atendimento integral à saúde das populações indígenas pelo governo.

Nos arquivos existentes na sede do Projeto, tomei conhecimento de duas propostas de plano de saúde a serem implantadas no Parque Indígena do Xingu, uma de 1983 e outra de 1987, onde essas tendências narradas pela médica são apresentadas. Muitos aspectos desses planos estão presentes no Subsistema de Saúde Indígena implantado pelo governo federal em 1999, como a própria necessidade de criação de um subsistema local.

Assim, ainda na década de 1980, ocorreram duas importantes conquistas. Em 1986, aconteceu a primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que discutiu a criação de um único órgão federal gestor da saúde indígena, prevendo a participação de representantes dos povos indígenas na formulação das políticas. E, em 1988, foi promulgada a nova Constituição Federal, primeiro documento jurídico-político que não pressupõe a assimilação dos indígenas como categoria genérica, mas a eles se refere a partir do reconhecimento de suas "especificidades culturais e históricas e os direitos originários sobre as terras que ocupam tradicionalmente" (RAMOS, 1999, p.10). A Carta Magna criou também o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema universal, existente até hoje, regulamentado, em 1990, pelas Leis Orgânicas da Saúde, no qual "todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS da esfera municipal, estadual e federal, sejam públicas ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

---

[59] Segundo Franco (2005), a pesquisa-ação tem suas origens nos trabalhos de Kurt Lewin, em 1946, num contexto de pós-guerra, dentro de uma abordagem de pesquisa experimental, de campo, desenvolvida quando trabalhava junto ao governo norte-americano. Suas pesquisas tinham por finalidade a mudança de hábitos alimentares da população e a mudança de atitudes dos americanos frente aos grupos minoritários. Pautava-se por valores como: a construção de relações democráticas; a participação dos sujeitos; o reconhecimento de direitos individuais, culturais e étnicos das minorias; a tolerância a opiniões divergentes e, ainda, a consideração de que os sujeitos mudam mais facilmente quando impelidos por decisões grupais. Suas pesquisas caminhavam paralelamente a seus estudos sobre a dinâmica e o funcionamento dos grupos (p.485). No Projeto, foi-me apresentado, como referência, o livro de Thiollent (2011), que apresenta uma discussão mais madura sobre a metodologia, com a apresentação de situações possíveis, e já experimentadas, de aplicação da pesquisa-ação.

Na década seguinte, ocorreram mudanças significativas no cenário da saúde indígena. Em 1993, houve a Segunda Conferência Nacional de Proteção ao Índio, cujos objetivos principais eram atualizar, em novas bases, as recomendações da primeira, em conformidade com o SUS e incorporando a ele um subsistema diferenciado de saúde para os povos indígenas. No mesmo ano, iniciou-se a discussão sobre o modelo assistencial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que seria institucionalizado somente em 24 de setembro de 1999, por uma lei conhecida como "Lei Arouca"[60]. A médica Helena participou de toda essa luta por políticas públicas, sendo a coordenadora da comissão de criação da lei.

A partir dessa lei, criou-se o Subsistema de Saúde Indígena do SUS (SASISUS), gerido atualmente pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)[61], regionalizado em 34 DSEI (Figura 4), unidades gestoras descentralizadas, sendo as populações atendidas e a região de intervenção definidas por critérios socioculturais, geográficos, epidemiológicos e de acesso aos serviços (GARNELO e SAMPAIO, 2005)[62]. O DSEI tem como função realizar atividades técnicas, administrativo-gerenciais, necessárias à prestação da assistência biomédica, mediante o controle social do conselho distrital, o CONDISI, também composto por um representante indígena de cada polo base existente na área de abrangência de um determinado distrito. No caso do Xingu, são quatro representantes indígenas, sendo um deles o chefe do conselho.

O Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu (DSEI Xingu) tem sua sede em Canarana (MT), possuindo uma equipe administrativa de servidores do Estado, que trabalham na sede, e uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) de profissionais da saúde, contratados pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)[63]. Os

---

[60] Lei nº 9863. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm.

[61] Secretaria criada em 2010, após grande mobilização dos indígenas, indigenistas e sanitaristas para que a saúde indígena tivesse uma secretaria própria, vinculada diretamente ao Ministério da Saúde, e não mais a outros órgãos que cumpriam outras funções além da saúde das populações indígenas, como FUNAI e FUNASA.

[62] Para mais informações sobre as políticas indigenistas no Brasil, ver: Ramos (1999), que explora o quadro da saúde indígena desde os etnocídios do início do contato até a criação do SPI; e Costa (1987), que analisa as intervenções de Rondon e Noel Nutels, a partir da década de 1950.

[63] A SPDM é uma entidade filantrópica, de direito privado, que gere o Hospital São Paulo (HSP), hospital-escola vinculado a EPM/UNIFESP e que atualmente é conveniada com a SESAI. Na estrutura burocrática das políticas públicas de saúde indígena existem dois âmbitos: o âmbito das organizações governamentais, responsáveis pela gestão/organização dos recursos logísticos, e o âmbito das organizações não governamentais, conveniadas com o governo, responsáveis pelos recursos humanos. O primeiro é composto majoritariamente por concursados públicos, das mais variadas áreas do conhecimento, e cargos de indicação, enquanto o outro contém profissionais das mais variadas áreas da saúde, contratados por regime de CLT (Conforme a Consolidação das Leis Trabalhistas).

membros dessa EMSI trabalham *em área* no regime trabalhista de 30/15: passam 30 dias seguidos trabalhando dentro da TIX, alternados com 15 dias de folga, fora da TIX, cumprindo a maior parte dos seus serviços nos polos base[64].

A estrutura de assistência dos distritos especiais conta com postos de saúde, existentes em algumas aldeias; com os polos base, localizados dentro ou próximo às áreas indígenas, sendo referência para um determinado número de aldeias e/ou etnias; e as Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI), que oferecem infraestrutura clínica e hospedagem aos indígenas e seus familiares durante algum procedimento que realizam nos centros urbanos (Figura 5). O DSEI Xingu conta com quatro polos base – Leonardo, Diauarum, Pavuru e Wawi – e três CASAIs – Canarana, Sinop e Querência.

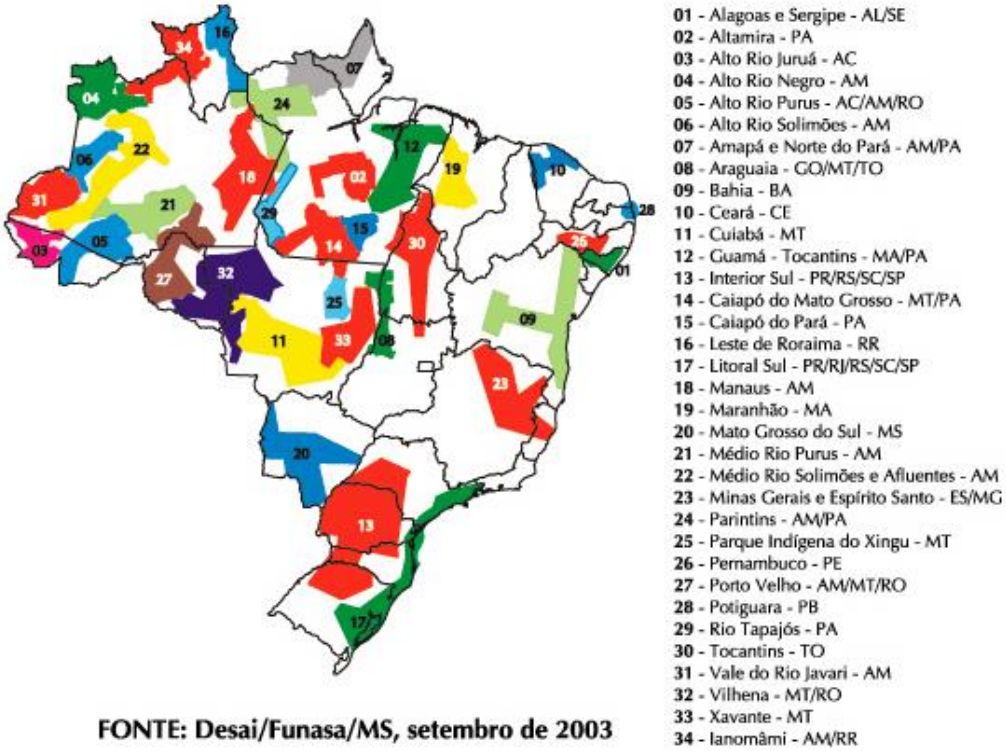


Figura 4. Áreas de abrangência dos DSEIs.

[64] Os regimes de trabalho são bem diversificados em saúde indígena, existindo atualmente tanto profissionais que passam 30 dias em áreas isoladas, permanecendo dia e noite, finais de semana etc. na aldeia indígena, como profissionais que vão e voltam todos os dias para suas casas após cumprirem 8 horas de serviço.

Figura 5. Organização da rede de atendimento do SASISUS (Fonte: site da SESAI).

Com a criação dos distritos indígenas, em 1999, a EPM/UNIFESP, com o apoio das populações indígenas, tornou-se executora das ações assistenciais e gestora do DSEI Xingu, por meio de convênio estabelecido entre a FUNASA, primeira responsável pela gestão do SASISUS, e a universidade (RODRIGUES, 2005). Com isso, o Projeto Xingu passou a obter recursos federais para suas ações na Terra Indígena do Xingu, ampliando seu quadro de funcionários e a assistência aos indígenas. Essa situação perdurou até a consolidação do distrito, que estruturou, aos poucos, um quadro de servidores públicos para sua gestão, diminuindo as funções e, consequentemente, os recursos repassados à conveniada. Atualmente, os convênios com a Secretaria Especial de Saúde Indígena preveem somente a contratação de recursos humanos (RH), cabendo à SPDM, e não mais diretamente à universidade, convênios em 14 DSEI, entre eles o DSEI Xingu[65]. O Projeto está agora como coadjuvante desses serviços e suas intervenções têm sido aceitas com muitas reservas pelos gestores em saúde, como veremos a seguir.

[65] Na última renovação, a SPDM assumiu apenas 9 distritos, mantendo-se no DSEI Xingu.

2.4.1 - *O Projeto Xingu e o DSEI Xingu*

Logo no início do trabalho de campo, percebi que, devido às mudanças ocorridas na gestão da saúde indígena, a presença "física" do Projeto no Parque tornou-se reduzida e instável, havendo periodicidade somente em suas ações de vacinação.

Digo que a "presença física" tornou-se reduzida e não apenas a "presença", de modo genérico, porque, após quase cinquenta anos de trabalho da EPM/UNIFESP na TIX, não seria a perda das responsabilidades de gestão da saúde indígena que faria com que o Projeto "saísse de cena", nem da memória dos povos da região. Foram criados vínculos entre os profissionais com mais tempo de trabalho no Xingu e os povos indígenas da TIX difíceis de serem estabelecidos nos mesmos termos com a gestão posterior, principalmente com a atual burocratização do serviço.

Com a estruturação de um subsistema de saúde indígena, os profissionais da saúde criam vínculos mais formais tanto com as instituições que os contratam como com os indígenas a serem atendidos. Isso suprime qualquer caráter voluntário do serviço que, em última instância, poderia ser motivado por um apelo altruísta para o profissional e ter o sentido de dívida dos indígenas para com as ONGs e seu pessoal. Essa formalização do trabalho tem estimulado, ainda, os profissionais a responderem cada vez mais à burocracia do Estado e suas regras trabalhistas e cada vez menos aos anseios dos indígenas com quem se relacionam[66]. Como afirmou uma enfermeira do Projeto, *agora no DSEI Xingu só tem gente trabalhando para branco, não tem gente trabalhando para os índios*, ou seja, as pessoas estão mais preocupadas em responder à burocracia do que às demandas indígenas.

Essa organização do trabalho em saúde tem feito com que alguns procedimentos mais horizontais se percam. Um exemplo disso é a contratação de novos profissionais. Antes, o Projeto levava os candidatos para uma viagem de aproximadamente 15 dias, tanto para que eles vivenciassem as condições locais de serviço, como para que os indígenas comentassem o que achavam da pessoa, se aprovavam ou não a sua contratação.

---

[66] Já vimos que existem realidades muito diversas no SASISUS. Mas muitos que trabalham em realidades semelhantes às do Xingu (onde o profissional fica 30 dias *em área* e 15 fora) buscam instaurar na aldeia o regime trabalhista padrão das cidades, como só atender no horário comercial (das 8h às 16h) ou folgar de domingo, o que, para muitas comunidades indígenas não faz sentido, gerando acusações de descaso, conflitos etc. Já na cidade, muitos profissionais entram na justiça para exigirem seus direitos, baseando-se no padrão urbano, endividando as empresas conveniadas. Essa é uma lacuna da gestão dos recursos humanos do subsistema a ser pensada, para não se desrespeitar o trabalhador nem inviabilizar os contratos do SASISUS, visto que a contratação por concurso público, que é regida por regras gerais nacionais, ainda é um debate controverso. Existem muitas dúvidas sobre a permanência dos profissionais concursados nas comunidades e nos Distritos, e sobre as cotas para indígenas, apesar de o Ministério Público Federal estar pressionando a SESAI para realizar o concurso.

A ausência de tal procedimento tem aumentado os desacordos entre indígenas e profissionais de saúde, uma vez que estes não se ajustam minimamente ao sistema local. Em 2013, houve a contratação de uma médica que quis estabelecer uma hierarquia entre médicos, enfermeiros e AIS dentro de área. Com isso, ela ganhou, rapidamente, a antipatia dos agentes e sua falta de colaboração, sendo um dos motivos para que deixasse o serviço meses após sua contratação. Isso mostra a resistência indígena frente a esses esforços baseados em hierarquias próprias da sociedade não-indígena, como veremos também em outros exemplos ao longo do trabalho.

Como dito, o Projeto Xingu continua presente na TIX. Essa presença é possível, principalmente, porque a empresa conveniada que atualmente presta serviços de recursos humanos ao DSEI Xingu é a SPDM, e porque alguns dos atuais contratados para a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) já compunham-na à época em que eram repassados maiores recursos e funções às conveniadas. Acrescente-se, ainda, que todos os AIS, AISB (Agente Indígena de Saúde Bucal) e auxiliares de enfermagem do Baixo, Médio e Leste Xingu (e, até 2004, os do Alto também) foram formados pelos cursos coordenados e ministrados pelo Projeto Xingu – em parceria com fundações e a Secretaria Estadual de Educação do Mato Grosso (SEDUC).

Assim, segundo informações da equipe, foram representantes da SESAI que, entrando em contato com o Projeto, solicitaram que a UNIFESP se inscrevesse no edital de chamamento público para estabelecimento dos convênios, realizado pelo Ministério da Saúde. Dessa vez, seriam vários distritos a serem regidos. Sendo a universidade pública e tendo o Projeto como parte da mesma, foi preciso recorrer à SPDM, organização de direito privado, única, entre esses atores, habilitada a ser contratante de RH sem a realização de concursos públicos – lembrando que esse é um dos objetivos principais para a manutenção dos convênios em saúde indígena.

Ao serem firmados os convênios, a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) formou uma equipe específica para geri-los, composta por pessoas próximas ao Projeto, como o chefe dos convênios em saúde indígena da SPDM, um médico ex-integrante da EMSI do Xingu, que atualmente coordena a equipe da SPDM e realiza atendimentos no Ambulatório do Índio. Foi mantido, contudo, o Projeto Xingu, que é um programa de extensão universitária, separado dessas funções da SPDM. Essa separação clara entre Projeto e SPDM também foi uma demanda dos profissionais de saúde que participam desse programa de extensão que, ao se verem envolvidos nos processos de contratação dos 14

DSEI assumidos no convênio, não se sentiam profissionalmente realizados, reduzidos àquelas funções burocráticas – como relataram em entrevista alguns profissionais do Projeto.

Quanto à realização do convênio no Xingu, a fragmentação entre o gestor do distrito e o contratante da EMSI dificultou a organização do serviço. Antes, eram repassados às empresas conveniadas com a FUNASA os recursos para a realização de todas as etapas do trabalho em saúde, desde a aquisição de insumos e medicamentos até a contratação de mais profissionais. Com isso, o Projeto Xingu conseguia, por mais que os recursos repassados fossem baixos, administrar o serviço como um todo, garantindo o mínimo necessário para a manutenção dos serviços básicos de saúde. Priorizava-se a prestação de serviços de saúde e havia uma transparência na gestão dos gastos, discutidos em reuniões periódicas realizadas *em área*, como me contou Helena em sua entrevista.

A partir de 2010, os recursos repassados às empresas conveniadas passaram a ser apenas para o estabelecimento e manutenção de contratos trabalhistas. Os demais recursos são administrados pela SESAI, que os repassa aos distritos indígenas. Na prática, essa organização gerou um desequilíbrio, pois, se faltam insumos básicos para o trabalho biomédico nos postos de saúde das aldeias, o fornecimento de gasolina e outros insumos não cessa, pelo contrário, só aumenta, junto com a EMSI, que conta com um número cada vez maior de profissionais.

Essa situação tem frustrado a equipe que trabalha *em área*. Sem materiais, ela não consegue prestar adequadamente seus serviços de saúde aos indígenas, ocorrendo desacordos entre a EMSI e os não-indígenas funcionários do distrito. Mauri Ikpeng, que também é profissional de saúde, conseguiu descrever muito bem essa situação vivida pelos profissionais da EMSI: *Não adianta ir pra guerra sem flecha, igual os profissionais de saúde que estão hoje lá* [em área], *não adianta eles estarem lá se não tiverem como cuidar da gente, se não tiver materiais*. Concomitantemente, as lideranças cobram da EMSI e dos representantes indígenas no distrito a falta de materiais e recursos da saúde, o que reverbera nas relações entre indígenas, não-indígenas e entre os povos da TIX.

Entre indígenas, porque a não resolução dos problemas pelos representantes indígenas no CONDISI e DSEI alimenta disputas interétnicas já citadas, gerando reclamações de que eles não estão intervindo ou se posicionando pela causa indígena com afinco, sendo esses, às vezes, acusados de estarem abandonando seu povo e suas origens[67]. No que se refere às relações entre os indígenas e os não-indígenas, visto que os membros atuais da EMSI

[67] Fato igualmente relatado por alguns alunos indígenas do curso da UAB que trabalham em outros distritos.

argumentam que, por não serem os responsáveis pelos recursos, não podem resolver os problemas, os últimos sofrem comparações entre as suas atitudes e as atitudes dos "antigos benfeitores" da UNIFESP ou de tempos remotos, que detinham mais poder decisório, sendo muitas vezes acusados de não se importarem com a saúde dos índios da mesma forma como se preocupava *Orlando* (Villas Bôas) e se preocupam *Baruzzi e Cássio* (médicos experientes do Projeto Xingu).

Nesse caso, há um problema estrutural do desenho da política de saúde indígena: de um lado, estão os servidores públicos como gestores que, sendo aprovados com base em concursos universalmente aplicados ao campo da saúde, não têm experiência específica em saúde indígena nem precisam formar-se constantemente, não sendo um critério eliminatório o conhecimento que possuem sobre os povos indígenas existentes no país; de outro, estão os profissionais de saúde, contratados em regime CLT (terceirizados), que trabalham diariamente com esses povos, sem, contudo, terem poder de intervenção ou adequação dos serviços prestados conforme as demandas que vivenciam, sendo vedada a eles uma participação nas políticas públicas como um todo, a menos que prestem concursos que paradoxalmente não levarão em conta sua experiência. Há uma burocracia, ainda não problematizada, que engessa a saúde indígena, não permitindo, de fato, a pretendida "atenção diferenciada"[68].

Os profissionais da EMSI que eram supervisionados pelo Projeto e hoje permanecem trabalhando *em área*, agora com a supervisão do distrito, estão assustados com a nova conjuntura de trabalho. São constantes as visitas desses profissionais à sede do Projeto para relatarem os problemas e lamentarem a falta do acompanhamento realizado anteriormente por este programa de extensão. Já os indígenas não se cansam de solicitar aos mais experientes do Projeto que intervenham, que algum deles se torne chefe do distrito, *que não os abandonem*.

Com isso, está acontecendo uma série de reuniões na quais se discutem os rumos do Projeto Xingu, quais atividades serão por ele engendradas. As últimas idas, que acompanhei, da equipe do Projeto para a TIX foram frustrantes, e a cada nova entrada *em área* eles descobrem mais problemas que não têm o poder de resolver, ou sentem que não são bem-vindos pelos profissionais que hoje trabalham no distrito ou na EMSI. Segundo os profissionais do Projeto, essa recusa à sua colaboração nos serviços do DSEI Xingu está

---

[68] Novo (2010) questiona o modelo de atuação proposto pelas agências governamentais pautada na visão de incompatibilidade entre os dois sistemas etiológicos e explicativos envolvidos, dos indígenas e dos não-indígenas (p.113). Para mais informações sobre o modelo de ação governamental, ver Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002).

relacionada aos objetivos diferentes que cada um tem demonstrado no trato da saúde indígena, estabelecendo uma relação de rivalidade e não de cooperação.

Conhecidos pelas lutas que encabeçaram no movimento indigenista pela saúde, os membros do Projeto relatam que são *mal vistos* por muitos gestores e políticos que não enxergam a questão indígena como prioridade. Segundo Rodrigues (2005): "a UNIFESP sempre esteve presente, somando forças ao movimento indígena e de profissionais de saúde na luta pela atenção diferenciada à saúde indígena" (p.259). Com isso, percebem que sua presença no distrito ou na TIX se tornou sinônimo de cobranças, como a organização do serviço, e de *empoderamento dos indígenas*.

De certa forma, essa imagem pública combativa é realista, pois são esses os objetivos que os motivam a continuar insistindo nessa relação (ver capítulo cinco). Mesmo assim, sentem-se tratados como *intrusos*, quando vão para a região conversar com os principais responsáveis hoje pela execução das políticas públicas de saúde indígena, ficando evidente que o Projeto não é mais o organizador ou administrador do serviço como antes e que, portanto, não deve mais intervir.

Como a equipe do Projeto é composta por profissionais de saúde que buscam pensar criticamente as leis e diretrizes nacionais ao invés de apenas segui-las, suas expectativas para com as políticas públicas de saúde tornam-se mais próximas da dos indígenas, que olham a burocracia de fora, e mais distante da dos gestores, comprometidos com ela. Dito isso, as expectativas de ambos, Projeto Xingu e populações indígenas, são igualmente desvalorizadas ou até mesmo "ignoradas" – se não nos documentos, nas práticas oficiais[69].

2.4.2 - *Situação atual*

Nesses quase cinco anos de contato com o Projeto Xingu – de 2009 até agora, foi possível acompanhar de perto certas mudanças que ocorreram na organização da saúde indígena nacional, que afetaram as relações entre profissionais de saúde não-indígenas e indígenas na TIX e a organização interna do Projeto, bem como suas ações na TI.

Conheci esse programa de extensão da UNIFESP quando ele ainda tinha convênio firmado diretamente com a FUNASA, em 2009[70], sendo suas maiores ocupações na época a administração e o acompanhamento da equipe trabalhando *em área*, a vacinação e a formação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), além do Ambulatório do Índio, em São Paulo e o

---

[69] "Nesse sentido, a questão indígena constitui uma janela privilegiada para se analisar a questão da desigualdade e diferença em saúde, tendo em vista as contradições entre o discurso oficial e a realidade, que, de forma crua e inquestionável, expõe a trágica situação dessas etnias" (PINA DE BARROS, 2003, p.228).

[70] No âmbito de projetos realizados como bolsista de iniciação científica.

início do curso de especialização em saúde indígena. Entretanto, quando fui pela primeira vez à TIX, em maio do ano seguinte, o financiamento que provinha do convênio FUNASA/UNIFESP estava prejudicado, devido à iminente destituição da FUNASA e criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Indiretamente, havia também certo embate entre o projeto ideológico do Projeto Xingu, de capacitação e autonomia dos indígenas, com os planejamentos puramente assistenciais, e recursos escassos cedidos pelo governo federal.

O Projeto passava por um período de incertezas, pois não se sabia onde conseguir financiamento para continuar com os trabalhos *em área*, tanto de assistência como de formação e pesquisa, e de constantes conflitos, chegando ao ponto de as mulheres xinguanas, que participavam do Encontro Anual de Mulheres, irem todas à Brasília, pintadas para guerra[71], reivindicar a permanência do Projeto Xingu/UNIFESP na TIX[72].

Depois de ficar um ano e meio afastada, volto a acompanhar o Projeto em 2012, já como aluna do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da UNIFESP. Ao retornar, me deparo com a SESAI, muito reivindicada em 2009/2010, já consolidada e com suas atividades em execução, após um período de vulnerabilidade frente aos problemas deixados pela FUNASA. Além disso, encontrei o Projeto Xingu com um quadro maior de profissionais, e muito mais ativo em São Paulo do que anteriormente, situação que evidenciou as transformações e as problemáticas que enfrentaria no trabalho de campo.

O quadro de profissionais contratados pelo Projeto – alguns concursados, preenchendo o quadro de profissionais da saúde da UNIFESP, e outros com contratos via SPDM – que trabalha na sede, em São Paulo, conta hoje com: dois médicos, sete enfermeiras, um dentista, uma nutricionista, duas pedagogas, uma médica-antropóloga, dois secretários, dois técnicos em informática e três contratados para serviços gerais referentes ao curso de especialização à distância. Nessa contagem, considerei aqueles que trabalham diariamente na sede do Projeto, mas existem outras pessoas que transitam entre o Projeto e a SPDM (cujas sedes ficam na mesma rua), como uma equipe recentemente contratada pela SPDM. Esta equipe, composta por uma nutricionista, uma psicóloga e um técnico administrativo da

---

[71] Quase todas as mulheres que participavam do Encontro Anual de Mulheres, promovido pelo Projeto, pintaram boa parte do corpo de preto, pois era assim que se pintavam os guerreiros quando partiam para o confronto, sendo até hoje a estética utilizada em momentos de conflito entre povos diferentes, ou desses povos com os não-indígenas, sejam esses conflitos de embate físico ou político. Por exemplo, os Yudjá que vivem no Baixo Xingu, certa vez receberam os missionários evangélicos, que hoje em dia trabalham com algumas aldeias Kawaiwete (vizinhas dos Yudjá), na beira do rio, pintados de preto, para não os deixarem sequer desembarcar.

[72] No relatório do Projeto Xingu à FUNASA de 2009, ano em que o convênio começou a ser intercorrente, estão anexadas várias cartas dos povos do Baixo, Médio e Leste Xingu reivindicando que a UNIFESP continuasse gerindo o DSEI Xingu como antes (PROJETO XINGU, 2009). Isso não somente não ocorreu como não houve nenhum movimento para tentar dialogar, explicar ou levar adiante essas demandas.

SPDM, foi formada para acompanhar os contratados pela SPDM mais de perto, visitando os 14 DSEI e ainda não possui espaço bem definido. Por ter sido composta majoritariamente de ex-funcionários das EMSI, estas pessoas, quando não estão viajando, têm permanecido bastante tempo na sede do Projeto, buscando ali orientações e referências[73].

A equipe do Projeto Xingu é composta tanto de pessoas ex-integrantes da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) do Xingu (que estavam lá quando eu pesquisava em 2009/2010), como de pessoas novas, com experiências em outras áreas indígenas e também de pessoas mais velhas, que nunca fizeram parte da EMSI, pois efetuavam ações em saúde indígena antes da existência do Subsistema de Saúde Indígena (SASISUS), mantendo forte vínculo com os indígenas da TI.

Todos estes profissionais estão agora reunidos em uma sede maior, trabalhando de segunda à sexta, dentro do "horário comercial". Suas atividades também mudaram: os mesmos profissionais de saúde que prestavam atendimentos biomédicos aos indígenas com regularidade, agora passam a maior parte do tempo na frente de computadores ou em salas de reunião – realizando palestras, aulas ou discussões diversas sobre saúde indígena. Para isso, baseiam-se em suas experiências de trabalho *em área*. Esta realidade torna-os mais distanciados da prática assistencial biomédica e mais ligados à educação em saúde, como veremos no capítulo cinco.

É interessante notar a forma de organização da equipe, agora que se encontra mais tempo em São Paulo. Há certa horizontalidade na organização do trabalho na sede a qual relaciono diretamente à forma com que trabalhavam *em área*. Os membros da equipe mostram-se dispostos a ajudar uns aos outros no que for preciso, principalmente as pessoas que trabalharam nas EMSI, e são contrários à hierarquia profissional entre médicos e enfermeiros. Trabalham quase sempre em equipe e todos podem participar de praticamente todas as reuniões.

O Projeto Xingu é também responsável pelo mais antigo "Ambulatório do Índio" do Brasil[74], que disponibiliza uma equipe multidisciplinar para realizar o que chamam de *coordenação do cuidado*, que é um acompanhamento do "itinerário terapêutico" de indígenas transferidos para São Paulo com doenças consideradas como de alta complexidade. A equipe do ambulatório, antes composta somente por uma secretária e um médico, aumentou, assim

---

[73] Recentemente, com a renovação do convênio com a SESAI, a SPDM alegou que o ministério repassou menos dinheiro, o que inviabilizou a manutenção dessa equipe. A dentista tornou-se recentemente integrante da equipe do DSEI Xingu.

[74] Que deixou de ser o único do país em 2012, quando foi inaugurado um ambulatório do índio pela Universidade de Brasília (UNB).

como a equipe da sede do Projeto, possuindo: duas enfermeiras, dois médicos, uma auxiliar de enfermagem, uma secretária e a colaboração esporádica de alguns membros do Projeto que trabalham na sede (como a nutricionista e outros médicos).

Essa estabilização do Projeto em São Paulo, com um aumento do número de profissionais trabalhando fora de *área* (fora do regime 30/15), tem possibilitado a realização de trabalhos de caráter "macro" pelo Projeto. Apesar de os profissionais não desejarem se distanciar da prática assistencial e de intervenção em saúde, são esses trabalhos mais "macro", geralmente de caráter educacional e de consultoria, além do Ambulatório do Índio, que têm justificado a manutenção desse programa de extensão e suas ações em saúde indígena.

Assim, a equipe do Projeto, hoje:

1) Realiza as aulas do módulo Saúde indígena para os alunos do quinto ano do Curso de medicina todas as terças pela manhã e iniciou, esse ano, aulas sobre saúde indígena no curso de enfermagem, às quintas-feiras;

2) Coordena um curso de Ensino a Distância (EAD), na Universidade Aberta do Brasil (UAB), de Especialização em Saúde Indígena, disponível para profissionais de saúde de todo o Brasil;

3) Participa de videoconferências mensais do SIG-RUTE "Saúde indígena", que conta com a participação de algumas universidades públicas nacionais;

4) Promove o "Grupo de alunos", onde ocorrem conversas quinzenais sobre culturas indígenas brasileiras e saúde indígena, abertas a alunos de todas as áreas do conhecimento e de todas as instituições de ensino – apesar de a maioria dos participantes serem alunos do campus São Paulo da UNIFESP, dos cursos de medicina e enfermagem;

5) Orienta algumas iniciações científicas e tem dado continuidade a alguns projetos de pesquisa, mestrados e doutorados há muito tempo suspensos, devido às atividades de campo, sempre priorizadas;

6) Está envolvido em uma série de discussões, grupos de trabalho e projetos que visam regulamentar, implantar ou organizar os serviços públicos prestados aos

indígenas brasileiros – como um trabalho que vem sendo realizado com os índios isolados, no qual o Projeto tem prestado consultoria, e o seminário sobre Interculturalidade e Saúde Indígena, que pretende desenvolver materiais, de cunho antropológico, aos profissionais dos DSEIs;

7) Coordena a vacinação do Baixo, Médio e Leste Xingu e realiza algumas ações de controle e promoção da saúde em algumas aldeias da TIX, planejadas a partir da demanda apresentada pelos indígenas aos coordenadores do Projeto.

8) Mantém o Ambulatório do Índio, que disponibiliza a coordenação do cuidado de indígenas que estão se tratando em São Paulo – no Hospital São Paulo ou em hospitais parceiros da EPM.

Com as mudanças conjunturais, foi preciso reunir os membros da equipe para pensarem sobre os objetivos, perspectivas e desejos para com o trabalho que realizam. Sendo assim, formularam, no início desse ano, a “missão”, a “visão” e os “valores do grupo”.

A "missão" define-se como: “Contribuir no desenvolvimento de experiências, metodologias e tecnologias inovadoras, articulando de modo interdisciplinar a pesquisa, a ação comunicativa e a formação profissional em saúde dos povos indígenas e outras comunidades tradicionais”.

Em sua “visão”, ambicionam: 1) ser referência na produção de conhecimentos e práticas voltadas para o campo da saúde indígena e 2) fortalecer e assessorar os processos de formação e educação profissional de indígenas e não indígenas para o trabalho em saúde em contextos interculturais.

E seus valores são: o protagonismo indígena, o diálogo intercultural, a transdisciplinaridade, o trabalho coletivo, princípio educativo do trabalho, ética e humanização – todos colocados em um ciclo interligado, como na figura abaixo:

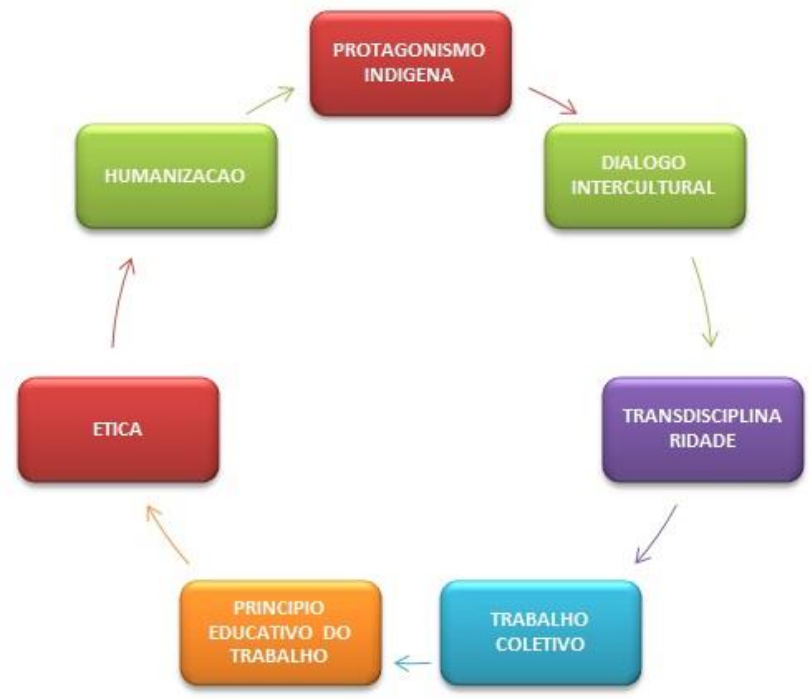


Figura 6. Valores do Projeto Xingu 2014[75].

Como já descrito acima, o Projeto não é mais responsável pela *equipe de área* e não acompanha mais os trabalhos de campo como na época em que era encarregado dessa função. Os profissionais de saúde inseridos no contexto do DSEI Xingu, que antes eram considerados pertencentes a uma só equipe, podem hoje ser divididos em três grupos distintos: 1) os profissionais que já trabalhavam com os indígenas da TIX antes da estruturação pública da Saúde Indígena; 2) os que começaram a trabalhar na EMSI, em regime CLT, mas foram acompanhados de perto pelo Projeto que, lembremos, foi, durante anos, o próprio gestor do DSEI e, mesmo depois, quando já existia uma equipe do distrito, não deixava de acolher e supervisionar a equipe de campo; 3) e os profissionais recentemente contratados pela SPDM para trabalhar na EMSI do Xingu e de outros treze distritos, permanecendo distanciados da antiga supervisão e capacitação exercida pelo Projeto Xingu da UNIFESP, bem como de qualquer orientação mais cuidadosa, seja do DSEI Xingu, seja da SPDM.

Vale ressaltar que as iniciativas desta conveniada (de acompanhamento e capacitação da equipe contratada) têm sido interrompidas pela falta de apoio e recursos da SESAI a tais ações – como aquela equipe contratada para acompanhar os profissionais das EMSI, que foi recentemente dissolvida. Uma quarta categoria de profissionais seriam os gestores do distrito

[75] Material interno ao programa, concedido à pesquisadora em entrevista.

que, por não serem todos da área da saúde, preferi mencionar à parte. Alguns são contratados pela conveniada, mas, em geral, estes são os profissionais mais distantes das intervenções do Projeto.

É necessário pontuar que, hoje, a equipe passa novamente por um período de incertezas e de sucessivas demissões e readmissões, conforme os recursos repassados às conveniadas são alterados e os financiamentos e incentivos federais se esgotam. Apesar da existência deste programa de extensão não ser ameaçada por estas inconstâncias dos contratos, visto que alguns profissionais que compõem a equipe são servidores públicos da UNIFESP, todos sofrem com a possível fragmentação da equipe, a qual os faria abandonar muitos dos trabalhos e planos que ainda almejam realizar na saúde indígena. Até o fim desta dissertação, os contratados da equipe permanecem demitidos, mas ainda assim continuam indo à sede do Projeto dar sequência a alguns trabalhos.

2.5 - Os muitos Xingus

Baseando-me nas relações descritas nos subitens anteriores, é possível analisar as influências dessas relações entre os pares (indígenas com indígenas; não-indígenas com não-indígenas) nas alianças locais que são estabelecidas entre diferentes representantes indígenas e não-indígenas.

A UNIFESP exerceu integralmente a assistência médica na Terra Indígena do Xingu até 2004, quando as lideranças das etnias do Alto Xingu, pleiteando a promoção de suas próprias associações indígenas e sua autonomia para deliberarem sobre as políticas públicas em saúde, anunciaram que não queriam mais que o Projeto Xingu os atendesse. Sucedeu-se, então, a divisão da assistência médica no DSEI Xingu. Em 2004, o convênio de atenção à saúde dos alto-xinguanos passa a ser gerido pela Associação Indígena Mavutsinin (associação indígena dos Kamayurá) e, pouco tempo depois, é assumido por outra associação indígena, desta vez dos Yawalapíti, chamada Instituto de Pesquisa Etno-Ambiental do Xingu (IPEAX) – que ainda existe, embora não seja mais a conveniada com a SESAI para apoio aos serviços de saúde (FRANCO NETO, 2010; NOVO, 2010).

Certo dia, conversando com uma liderança Kisêdjê sobre a cisão do Alto Xingu com o Projeto, ele contou-me que as lideranças daquela região disseram, em uma reunião das lideranças indígenas da TIX, na qual alguns membros do Projeto estavam presentes, que os povos do Xingu como um todo não queriam mais a UNIFESP por lá. Tal posição não o agradou, posto que ele não a conhecia antes de ser verbalizada e não tinha participado dessa

decisão. Assim, logo após aquela afirmação, ele falou que essa não era a vontade dos povos da região Leste, seguido de manifestações, no mesmo sentido, de representantes dos povos do Baixo e Médio Xingu. Ele se lembra de dizer: *se vocês não querem, tudo bem, mas nós queremos*. Para ele, era problemático o fato de um alto-xinguano ter se colocado como o porta-voz de todos os povos da TIX. De certa forma, manter o apoio à EPM/UNIFESP apresentou-se como fator de diferenciação às lideranças do Alto Xingu, evidenciando sua posição para os gestores públicos, que tiveram que firmar dois convênios diferentes dentro de um mesmo distrito.

Ao mesmo tempo, tanto os profissionais do Projeto que já trabalhavam *em área* quando da cisão, quanto alguns pesquisadores em contato com os alto-xinguanos (CARDOSO, 2004; NOVO, 2010; FRANCO NETO, 2010), relatam a demanda das lideranças indígenas destes povos de encabeçar os serviços, realizando a formulação, gerenciamento, avaliação e acompanhamento de qualquer política pública direcionadas a eles, baseando-se no direito constitucional conquistado em 1988. Assim, deu-se a separação.

Atualmente, os profissionais de saúde há mais tempo no Projeto admitem que houve uma incompatibilidade de perspectiva, uma vez que buscavam atender a todos da mesma forma:

> *A gente veio com uma postura ideológica da democracia, do direito. Quando a gente imaginou essa gestão dos equipamentos,* todo mundo tinha que ter o mesmo acesso, *e não é essa a proposta da configuração do Alto Xingu. Existe uma hierarquia, que passava pelas lideranças, e a gente atropelou isso. E foi um erro nosso de não valorizar isso, de* não acolher esse outro jeito de fazer. *A gente tem culpa nessa história, porque a gente não fez do jeito que eles estão acostumados a fazer, a gente atropelou o jeito deles. E essas pessoas que perderam poder ficaram contra a gente. A gente fazia numa lógica ideologicamente diferente, com reuniões, transparência, e num espaço que não era onde eles iam decidir as coisas. Era em um espaço publico, não tinha outra interlocução que respeitasse a hierarquia nativa.*

Cardoso (2004) chama esta postura de "democratização universalizante", fazendo com que a equipe do Projeto, consequentemente, interviesse nas "relações nativas de diferenciação". Segundo Cardoso (2004), essas relações nativas seguem uma "lógica segmentar", na qual sistemas de significação operam pela diferenciação como princípio lógico (p.204). A autora aponta, assim, uma contradição entre "o modo de compatibilização das políticas públicas dirigidas a esses povos com as formas 'tradicionais' de sua organização" (p.212), pois nessas políticas "procura-se uma 'síntese' ou, em termos antropológicos, uma 'lógica complementar', mas que, de fato, é 'segmentar'" (p.204).

Sendo assim, uma série de decisões tomadas pelos gestores do DSEI, que era a EPM/UNIFESP, e pelo próprio Ministério da Saúde, desagradavam às lideranças do Alto, como a criação do cargo de coordenador de saúde do polo, que ficava responsável pela distribuição de gasolina. Se, por um lado, buscava-se, com esse novo cargo, garantir gasolina para o deslocamento tanto da equipe de saúde às aldeias, quanto dos pacientes aos postos e hospitais de atendimento, por outro, essa gestão da gasolina intervia nas

> (...) relações políticas internas à comunidade e às formas de relacionamento com outros povos pela aquisição de bens e benefícios outros que, aparentemente, "iguala-os" aos "brancos" (do ponto de vista do acesso a esses bens e benefícios), diferenciando-os, internamente, pela demonstração pública de suas capacidades e do poder para tal, o que é intrínseco aos valores e concepções sobre "liderança" entre os alto-xinguanos (CARDOSO, 2004, p.209).

Além disso, ou justamente por esta posição de igualdade com os não-indígenas, Novo (2010) observa que, devido à falta de provisão e manutenção de equipamentos para as aldeias,

> Acaba acontecendo a utilização de motores e barcos particulares para o transporte de pacientes, criando uma noção difusa de dívida do DSEI para com a população das aldeias. Esta ideia de divida é exacerbada especialmente durante a distribuição de combustível, quando ocorrem disputas no momento dos "empréstimos/pagamentos" deste combustível "da saúde" utilizado para outros fins. (p.47).

A existência do responsável pela gasolina, bem como outras atitudes gestoras, foi propulsora de muitos conflitos em um momento de implantação do Subsistema de Saúde Indígena (SASISUS)[76]. A questão da verba que é repassada para os serviços de saúde também foi motivo de discórdia, visto que até a criação do SASISUS havia serviços de saúde ofertados pela FUNAI que agiam basicamente em emergências. Com a criação do subsistema, os recursos repassados para saúde migraram da FUNAI para o Ministério da Saúde, sendo transferidos também das mãos dos funcionários do órgão indigenista para os gestores do DSEI – no caso do Xingu, para o Projeto Xingu/UNIFESP.

Assim, Novo (2010) transcreve uma fala de uma liderança alto-xinguana que ilustra os motivos apontados para a cisão:

> Estava muito ruim já pra nós, porque a UNIFESP estava usando o Xingu só para manter o escritório, a casa. Mas e o nosso povo? [...] [A Unifesp] chegava aqui e mostrava a prestação de contas. Sabe que no papel é tudo bonitinho. Mas a gente

[76] Para uma análise mais concentrada nesses conflitos gerados pela implantação do Subsistema de Saúde Indígena no Alto-Xingu, ver Cardoso (2004).

> sabia. A gente via que aquilo lá não foi gasto aqui. [...] Eu fui a favor de tirar a Unifesp daqui (p.43).

Por mais que a EPM/UNIFESP buscasse fazer uma *gestão transparente dos recursos*, faziam em um espaço *que não era onde eles* [alto-xinguanos] *iam decidir as coisas (Helena)*, alimentando indisposições entre gestores e lideranças indígenas e a consequente cisão, gerando falas como a transcrita acima.

Com isso, podemos observar uma diferenciação entre o Alto Xingu e os povos do Baixo, Médio e Leste Xingu "materializada" na aliança com diferentes instituições não-indígenas: os primeiros com o DSEI Xingu/SESAI e os segundos com o Projeto Xingu/UNIFESP. Assim, as diferenças entre essas instituições locais também foram se acentuando, chegando ao ponto da separação das sedes, em Canarana (MT), bem como de períodos de não-renovação do convênio com a UNIFESP, que, sem recursos, foi perdendo força de ação.

Com a cisão, as lideranças indígenas do Alto Xingu conseguiram estruturar os bens e benefícios advindos do convênio em saúde, conforme as formas politico-simbólicas de organização territorial e identitária. Os funcionários do DSEI, com os quais as associações alto-xinguanas negociavam burocracias relacionadas ao convênio, ganharam com isso mais visibilidade dos seus serviços e força para suas ações que, juntamente com a diretriz da SESAI (de proporcionar gradativamente maior autonomia dos DSEIs), foi, aos poucos, fortalecendo a instituição e consolidando seu papel no SASISUS frente à divisão posta, desde o início do SASISUS, entre DSEI e empresas conveniadas. Aos poucos, sua diferenciação frente à Escola Paulista de Medicina, que por tantos anos foi a referência em saúde na região, foi se consolidando.

Os indígenas do Baixo, Médio e Leste Xingu, mantendo a assistência da EPM/UNIFESP, diferenciaram-se dos alto-xinguanos, o que, consequentemente, deu visibilidade às suas próprias formas de organização e de tomada de decisão. Os Kisêdjê, por exemplo, realizam constantes ocupações de prédios públicos em Querência (MT), município onde está localizada a TI Wawi, para reivindicação de seus direitos[77]. A UNIFESP, por sua vez, deu continuidade aos seus trabalhos apoiada nos princípios não-indígenas de democracia e igualdade em um local onde continuava sendo requisitada, acumulando mais experiências.

[77] Para uma discussão sobre o "jeito jê" de reivindicar, ver Fernandes (2014).

Isso ajudou os profissionais não-indígenas a terem tempo de entender cada vez mais aquele contexto, esclarecendo melhor, inclusive, a separação com o Alto. Por exemplo, os profissionais do Projeto, por enxergarem os problemas do recém-criado subsistema e irem contra burocracias que engessam as relações, em 2004, iniciaram um curso de gestão em saúde para os profissionais indígenas do Baixo, Médio e Leste Xingu. Assim, estão constantemente revendo o SASISUS, buscando alternativas para as demandas que lhes são apresentadas, sem apenas reproduzirem "formas estatais de assistencialismo" (CARDOSO, 2004, p.209) – o que os enfraquece frente aos DSEI, inteiramente fiéis aos "repertórios de legitimação" impostos pelo Estado.

Nesse contexto, como Cunha (2009c) diz sobre as divisões krahô, é difícil afirmar com segurança o que foi causa ou efeito dessa divisão política, principalmente no âmbito desta dissertação, "mas não resta dúvida de que afirmações de diferença de origem são reforçadas em determinadas conjunturas políticas, se é que não surgem delas" (p.339).

Essas alianças são, no entanto, situacionais, e já vêm se alterando após dez anos da ocorrência dessa cisão. Devido aos problemas que vinham sendo enfrentados com as empresas, ONGs e associações conveniadas, a SESAI resolveu, a partir de 2010, firmar convênios com poucas empresas terceirizadas (apenas três), havendo uma reunificação no DSEI Xingu. A atual prestadora de serviços deste DSEI para todos os povos do Xingu é a SPDM, administradora do hospital-escola da UNIFESP, universidade a qual, vale ressaltar, o Projeto Xingu está atrelado. Esse quadro ainda é muito recente para dele se extraírem conclusões, mas o fato é que a equipe do Projeto Xingu passou praticamente todo o mês de março deste ano no Alto Xingu, com o objetivo de reorganizar e/ou atualizar as fichas médicas (Figura 7), implantadas por eles quando prestavam assistência na região, reavaliando o estado de saúde dos alto-xinguanos.

Logo, é possível, nesse contexto intercultural, ver alianças e diferenciações entre indígenas e não-indígenas claramente motivadas por interesses identitários e/ou políticos dos agentes, sem que, contudo, tenhamos que nos pautar somente pela genérica dicotomia "indígenas" (eles) e "não-indígenas" (nós).

Por outro lado, essas mesmas dicotomias são reintroduzidas por indígenas e não-indígenas em outros contextos, quando lhes é conveniente para justificarem suas ações e para defenderem suas posições. Assim, nos próximos capítulos, observaremos esses deslocamentos. Veremos os profissionais de saúde do Projeto Xingu defenderem sua posição de "brancos" e "biomédicos" em certos contextos ou diálogos, assim como observaremos momentos em que se auto intitularão *branquígenas* (mistura de branco com indígena), em

particular, quando o foco é discorrer sobre os aspectos positivos da experiência interétnica que vivenciaram no Parque[78].

Com os atores indígenas acontece algo semelhante: pudemos presenciar a firmeza com que enfatizam a diferença entre "brancos" e "índios" em reuniões oficiais, onde se discutem políticas públicas, serviços e direitos das populações indígenas, e, na contramão dessas posições, observamos ocasiões em que os profissionais do Projeto Xingu são chamados de "pai", "avô", parente etc., quando se trata de discorrer sobre a inserção de quase 50 anos da EPM na TIX, e para buscar o retorno dos mesmos à prestação de serviços de saúde na região. Estas relações incitam a análise livre das dualidades, estereótipos e separações rígidas entre biomedicina e medicina indígena, para que possam ser trabalhadas *em si*.

[78] E, nesse caso, o fato de serem entrevistados por uma jovem antropóloga fazia toda a diferença.

3 - SENDO "BIOMÉDICOS": EM DEFESA DA VIDA

"Na verdade, nunca salvamos uma vida, simplesmente prolongamos essa vida"
Juan Gérvas e Mercedes Pérez Fernández (2011, p.9)

"Nós, xinguanos, crescemos a partir da EPM. A escola paulista é nosso segundo pai, segunda mãe. Meu povo era em 20, agora eu já perdi a conta. E isso pra mim é bom"
(Informação verbal)[79].

Veremos, a seguir, algumas situações de intervenção do Projeto Xingu na saúde dos povos indígenas, nas quais os saberes biomédicos dos profissionais se fazem sobressaltar. Assim, tanto na imunização quanto na oficina culinária, o que prevalece são os métodos biomédicos etiológicos-terapêuticos. Porém, faz-se necessário observar que existem diferentes focos dentro do que venho chamando, nesse trabalho, de biomedicina, ou medicina ocidental contemporânea, "o que leva ao surgimento de contradições insuperáveis no seu interior e na sua relação com a prática" (CAMARGO JR., 2005, p.177)[80].

Esses diferentes focos estão diretamente relacionados aos momentos histórico-sociais da chamada sociedade ocidental, atrelados aos diferentes interesses políticos e econômicos de uma época ou de um grupo social, como bem pontua Foucault (2004) sobre a medicina moderna:

> O surgimento progressivo da grande medicina do século XIX não pode ser dissociado da organização, na mesma época, de uma política da saúde e de uma consideração das doenças como problema político e econômico (...) Medicina "privada" e medicina "socializada" relevam, em seu apoio recíproco e em sua oposição, uma estratégia global. Não há sem dúvida, sociedade que não realize uma certa "noso-política" (p.194).

Como não pretendo aqui reproduzir a história da biomedicina[81], contextualizo rapidamente a prática médica no Brasil, focando nos aspectos importantes para a análise do Projeto Xingu, que é simpático à epidemiologia social.

No Brasil, a unicausalidade das doenças, linha de pensamento influenciada pelas descobertas microbianas do século XIX, era a teoria predominante no início do século XX. Esta noção de doença influenciou sobremaneira os estudos e as políticas públicas nacionais,

---

[79] Pronunciamento de um indígena kawaiwete na reunião técnica – maio/2010.

[80] "Estruturado a partir dos modelos de cientificidade oriundos do desenvolvimento da Física clássica, o saber médico apresenta-se, contudo, como um agregado irregular de disciplinas no qual muitas das noções fundamentais são implícitas, levando ao surgimento de contradições insuperáveis no seu interior e na sua relação com a prática" (CAMARGO JR., 2005, p.177).

[81] Para saber mais sobre a história da medicina ocidental, ver Camargo Jr., 2005; B arros , 2002.

na qual “a lógica do processo era conhecer e combater o agente etiológico, um inimigo a ser vencido por campanhas sanitárias” (RUAS NETO, 2007, p.30). Em seguida, nos anos de 1920 e 1930, consolida-se no país o higienismo positivista, voltado principalmente à introjeção de uma mudança de hábitos das classes menos favorecidas[82], buscando “civilizá-las”, torná-las higiênicas[83] - ou simplesmente “varrê-las” do caminho do progresso, como ocorreu no Rio de Janeiro durante a Revolta da Vacina (SEVCENKO, 2010). Mas, como explica Ruas Neto (2007):

> Nos anos 1940, no entanto, um resgate da dimensão social da saúde foi dado pela elaboração da constituição da Organização Mundial da Saúde, em 1948, de que “a saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças”. Essa declaração foi repetida na famosa conferência da OMS de Alma-Ata, em 1978, a qual ampliou o caráter social da relação saúde e doença ao lançar as bases da atenção primária em saúde (p.31).

Na segunda metade do século XX, surge uma corrente dentro da epidemiologia clássica chamada epidemiologia social ou epidemiologia crítica, na qual a aproximação com as ciências sociais e com a metodologia qualitativa, própria da área de humanas, contribui para um entendimento maior acerca da questão da saúde (p.33). Com isso, essa corrente, presente também em setores universitários como os de “Medicina Social /Preventiva/ Comunitária”, tende a indicar “uma área disciplinar/acadêmica que estudaria o adoecer para além de sua dimensão biológica. Na verdade, em linhas gerais, está voltada para abordá-la ao nível de determinantes sócio/ político/ econômico/ ideológicos” (CASTIEL, 2008, s.p.).

Assim, os membros do Projeto Xingu integrariam esta última tendência médica, demonstrando uma visão crítica com relação à biomedicina moderna. Eles criticam a naturalização do fenômeno das doenças e a ação baseada na causalidade fragmentada, preponderante ainda nas práticas biomédicas dos profissionais brasileiros.

Contudo, ao longo do trabalho de campo, vivenciei diversas situações que me faziam refletir sobre o que de fato era diferente naquela relação entre “médico e paciente” que eu estava analisando. Buscava compreender como aqueles agentes *eram afetados* pela relação

---

[82] Vale ressaltar que, somente no capitalismo, ciência e tecnologia associaram-se a ponto de o conhecimento científico ser guiado pela lógica da utilidade. A partir de então, são produzidos pela ciência bens e serviços que satisfaçam o consumidor e, mais especificamente no campo da saúde, são produzidas tecnologias que funcionam como agente de mudança comportamental (BARROS, 2002, p.118).

[83] No contexto do final do século XVIII e início do século XIX, época de consolidação do sistema capitalista e surgimento da medicina moderna, a biomedicina é investida de grande importância e poder. Foi utilizada na gestão dos espaços dos grandes centros urbanos, que precisavam ser planejados para abandonarem sua característica patogênica e diminuir os pânicos epidêmicos; também foi utilizada na preservação, manutenção e conservação da “força de trabalho”, através de um dispositivo que assegurava não apenas sua sujeição, mas o aumento constante de sua utilidade (FOUCAULT, 2004).

que estabelecem. Isso porque não foram poucas as vezes que presenciei os profissionais de saúde falarem: *a gente sabe que, na verdade, era uma intoxicação*; ou afirmarem apenas o aspecto do conforto causado pela pajelança, e não sua eficácia terapêutica. Afirmavam isso logo após reconhecerem que os pajés são *médicos tradicionais* e que médicos e pajés trabalham juntos no Xingu.

Contudo, nas entrevistas, observei que, por conhecerem conceitos antropológicos como o "mito do bom selvagem" (MONTAIGNE, 1984) e da "aculturação" (RIBEIRO,1982), por exemplo, esses profissionais não-indígenas elaboravam seus discursos preocupados em não se enquadrar nesses estereótipos, mas sim no que é considerado "antropologicamente mais correto". Preocupavam-se em afirmar que eram bons profissionais da saúde, e não profissionais da saúde bons, bondosos[84]. E, ao invés de encontrar pessoas "encantadas" pelas experiências únicas que o convívio com outra cultura proporciona – de certa forma, essa era a minha expectativa inicial –, encontrei pessoas apegadas à organização e manutenção do serviço que encontraram no Projeto. São apegados ao formato engajado de serviço, e não, de maneira altruísta ou religiosa, às populações com quem trabalham.

3.1 - A vacinação – de aldeia em aldeia

> *Quando eu era criança vi que a Escola Paulista de Medicina já trabalhava no Xingu, abrindo todas as fichas de cada família para ter controle de imunização dos povos indígenas do Xingu. Quando a EPM ainda não trabalhava no Xingu, morria muita gente com a epidemia de sarampo[85], coqueluche e IRA (Infecções Respiratórias Agudas), porque naquela época os povos do Xingu eram muito vulneráveis. Não existiam campanhas de vacinação. Com a chegada da EPM em 1965, o Professor Baruzzi chegou com sua equipe, com as campanhas de vacinação, e os povos do Xingu foram crescendo* (MARCELO KAMAIURÁ *apud* BARUZZI e JUNQUEIRA orgs., 2005, p. 13).

A vacinação no Xingu é considerada uma das ações mais importantes que o Projeto realiza *em área*. O Programa de Imunização para as populações indígenas da região foi implantado logo no início do convênio entre a EPM e a TIX, em 1967, como o Prof. Baruzzi mesmo relata:

---

[84] Há um setor da sociedade ocidental mais naturalista cuja ideologia revela uma homogeneização do índio como ser natural, que efetua uma inversão holista no seio da ideologia individualista: embora representando a alteridade da Natureza, esta passa a ser superior ao modo de vida industrializado urbano, intrinsecamente malsão (VERANI, 1990, p. 317-318).

[85] "nós chegamos a ver índios morrendo de coqueluche e de gripe. Vimos índios morrerem com as infecções mais simples que nós temos no mundo civilizado. Certa feita [1954], o sarampo matou 114 índios em 30 dias" (VILLAS BÔAS, 2005, p.51).

> *Então fizemos um acordo, com o apoio do professor Walter Leser, a Escola se comprometia a mandar equipes de saúde e abria o Hospital São Paulo para retaguarda hospitalar (...) Aí começamos a mandar equipes médicas e iniciamos também um plano de vacinação... O Orlando explicou aos índios e fomos muito bem recebidos por todos eles. Começamos a organizar viagens quatro vezes ao ano...* (BARUZZI, 2008)

No início da relação entre a EPM e o Xingu, não havia um sistema específico de atenção à saúde dos povos indígenas, e as viagens da equipe da EPM/UNIFESP também não tinham nenhum financiamento além do avião da FAB, que transportava a equipe: *Como ninguém financiava, ninguém recebia nada. De colaboração apenas recebíamos a ajuda da FAB que levava os médicos, e pronto.* (BARUZZI, 2008). Essas viagens tinham a participação de muitos médicos, porque eram realizadas em caráter voluntário, durante quatro "folgas" do ano: dezembro e janeiro (recessos da universidade), páscoa e semana santa (períodos de emenda no calendário da EPM). Com o tempo, e uma formalização maior do serviço, a tarefa passou a ser responsabilidade de um profissional da enfermagem, criando-se o cargo de *chefe da vacina*, adaptação à lógica do ritmo de vida e calendário urbano dos médicos.

A primeira vacina aplicada pela EPM foi a de varíola/DPT, em 1966, e em 1970 iniciou-se a imunização contra Poliomelite (BARUZZI, 2005). Utilizava-se o calendário de São Paulo até a criação de um calendário diferenciado de vacinação indígena, oficializado somente em 2010[86]. Segundo a enfermeira responsável pela vacinação, até então, somente o Xingu tinha um *calendário de vacina*[87], enquanto as outras comunidades indígenas eram vacinadas em epidemias, campanhas aleatórias ou recebiam a vacina contra tuberculose, mais conhecida como BCG, oferecida pelo SUSA[88].

A imunização hoje na TIX inicia-se com um levantamento, feito nas pastas com as fichas individuais de cada indígena, das pessoas que deverão atualizar a carteira de vacinação e quais gestantes possivelmente já terão parido seus filhos. A partir dessa listagem é elaborada uma programação, com as datas em que a equipe passará por cada aldeia e os nomes das pessoas que serão imunizadas. A programação é passada previamente (em média, 30 dias antes da ação) aos AIS e EMSI para que a comunidade se planeje e, principalmente, os convocados não estejam *fora de área*.

---

[86] A vacinação indígena está regulamentada pela Portaria nº. 1498, de 19 de julho de 2013.

[87] Atualmente, as diferenças com nosso calendário são que os indígenas possuem duas vacinas a mais: contra a varicela (também conhecida como catapora), com um ano de idade, e a pneumococo-23(que previne contra 23 tipos de doenças pneumocócicas, incluindo pneumonia e meningite) para idosos ou crianças com mais de 2 anos, além de ser realizada a vacinação contra hepatite B e influenza (gripe) para todas as faixas etárias.

[88] Para informações sobre o SUSA e sua atuação contra a tuberculose, ver Costa (1987).

Ainda na cidade, a *enfermeira da vacina* planeja, juntamente com profissionais indígenas, a logística – carro, barco, motor, gasolina, doses de vacinas – para minimizar os imprevistos. *Em área*, é feita uma conversa mais ampla em cada polo base, com as lideranças, AIS e demais indígenas que quiserem participar, e uma conversa mais breve a cada nova aldeia, onde são apresentados os integrantes da equipe e também o trabalho que será realizado. Nestas reuniões, a enfermeira informa se houve mudança ou não das vacinas que serão aplicadas, principalmente com relação às crianças pequenas, as quais já tomam um número elevado de *cutucos*[89], e se coloca disponível para esclarecer dúvidas ou ouvir sugestões, observações e reclamações dos indígenas.

Após todos esses processos iniciais, começam os trabalhos de imunização e de atendimento da demanda de cada aldeia. Quando a equipe passa o dia viajando ou não volta ao polo base, a *chefe da vacina* demanda a certa família da aldeia (geralmente a do agente indígena de saúde) que prepare a refeição, entregando-lhe os ingredientes na medida necessária para o preparo dos alimentos tanto para a equipe quanto para a "família cozinheira". Há um planejamento cuidadoso das quantias envolvidas, para não faltar nem se desperdiçar comida até o final da etapa – uma vez que as ações dispõem de parcos recursos e as quantias entregues não são requisitadas de volta no caso de sobra, o que seria considerado pelos indígenas como mesquinharia, segundo certa "etiqueta xinguana".

Enquanto a enfermeira e os profissionais indígenas, em formação ou já formados, fazem a imunização, os médicos e os enfermeiros recém-chegados à EMSI – que viajavam junto com a vacina para conhecer melhor o Xingu como um todo, antes de fixarem-se em um polo base – atendem a demanda da aldeia e atualizam o diagnóstico de gestantes e indígenas com doenças que, para a biomedicina, necessitam de constante acompanhamento (majoritariamente diabéticos e hipertensos). Também é realizada, durante ou depois dessas ações, uma higienização bucal da comunidade inteira, aplicando-lhes flúor.

Essa é uma rotina feita há muito tempo, como bem observou Verani (1990), durante seu campo, no início da década de 1990:

> A visita regular da equipe da EPM seguiu o padrão de atendimento rotinizado por aquela instituição. Visita às aldeias, reunião da população no centro com chamada feita através das fichas individuais com história clínica, reunidas em fichário para

[89] "Cutuco" é o nome utilizado pelos indígenas da TIX para se referirem às vacinas. No caso dessa área indígena, as enfermeiras trabalham com o intervalo mínimo possível entre as vacinas, uma vez que organizam o serviço em "modelo campanhista", ou seja, quatro vezes ao ano. Assim, os bebês xinguanos acabam recebendo muitas vezes 3 ou 4 injeções de uma só vez, enquanto um bebê urbano pode ser vacinado com um intervalo maior entre as agulhadas, indo e voltando ao postinho de saúde ao longo dos primeiros meses de vida.

> cada aldeia e separadas por casa. As fotografias feitas em várias fases da vida do mesmo indivíduo constitui motivo de curiosidade. Através das fichas identifica-se o doente com sua história clínica, o número de doses de vacinas aplicadas e alguns acontecimentos relevantes da vida social (reclusão, migração, etc.). Atendidos os casos de doença e vacinados os que tinham o calendário de vacinações incompleto, já se tendo atualizado o fichário com a inclusão dos recém-nascidos e com a exclusão dos falecidos, prossegue-se com a visita às casas para exame dos casos mais graves ou dos reclusos que não poderiam deslocar-se para o centro da aldeia (p. 54).

Hoje, o programa possui boas taxas de cobertura vacinal[90], como também resultados qualitativos, percebidos pela baixa ocorrência de doenças "imunopreviníveis" nas populações assistidas.

Todos os profissionais do Projeto atribuem esse sucesso às fichas médicas individuais implantadas logo no início da ação, que possuem algumas características diferentes das fichas médicas convencionais, as quais descrevo a seguir.

3.1.1 - *Fichas médicas indígenas: a marca do Projeto Xingu*

> *Desde o início do Projeto Xingu, foi instituída uma ficha médica individual, com número de registro, foto, etnia, nome ou nomes pelos quais a pessoa era conhecida, dados pessoais e familiares, dados do exame físico, vacinas aplicadas e intercorrências clínicas. Assim, tornou-se possível a formação de considerável acervo sobre as condições de saúde da população ao longo de quase cinco décadas* (BARUZZI, 2012).

Essas fichas (Figura 7), apesar de conterem informações sobre os "indivíduos", são agrupadas por casas e, como estas são habitadas por famílias extensas (incluindo várias famílias nucleares – pai, mãe e filhos), são esses dados familiares que se encontram reunidos dentro da pasta de cada aldeia (Figura 8). Assim, como algumas casas possuem mais de uma família nuclear, as fichas iniciam-se sempre pelo homem mais velho da casa, seguido de sua esposa, e seus filhos ou filhas (se a etnia é patrilocal, o casal vai morar na aldeia/casa da família do marido, se for matrilocal, o casal muda-se para a aldeia/casa da família da mulher) que casaram e continuam morando junto com seus pais, ou dos filhos/filhas ainda solteiros, na ordem dos nascimentos. As fichas dos cônjuges, assim, são levadas para a pasta da família a qual se agregou, juntamente com a de seus filhos. Há casos em que uma criança é criada pela avó ou é adotada de outra etnia, sendo sua ficha alocada na pasta logo atrás de quem *cuida* dela.

---

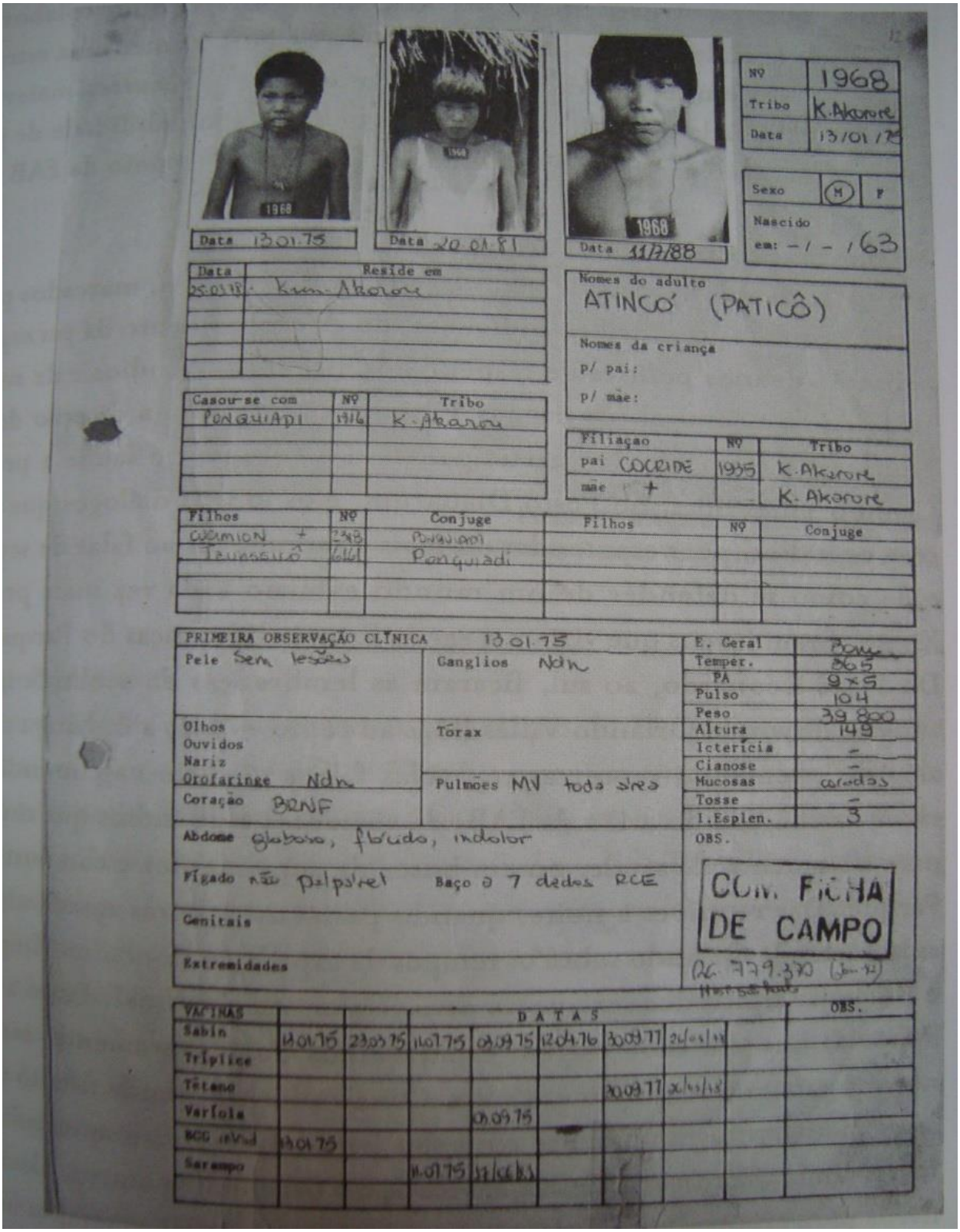
[90] No último ano, houve uma cobertura vacinal de 94,5% - com base nas vacinas de três doses.

Como podemos observar na figura 7, e como relatado por Verani (1990), as fichas contêm fotos do indivíduo em diferentes momentos da vida, um número de identificação do indígena e espaços para serem preenchidos com os possíveis nomes que ele venha a ter. Em algumas etnias, uma pessoa pode chegar a ter dois nomes quando criança (um nome de referência paternal e outro maternal) e adquirir outro nome quando considerado adulto, como percebeu Baruzzi (2005). Estas medidas foram implantadas para facilitar a identificação individual em um local onde a comunicação verbal era, e ainda é, confusa.

Contudo, atualmente, os AIS agilizam o processo de identificação e atualização dessas fichas assim que se deparam com alguma informação equivocada, presente na ficha de algum dos seus parentes: *o que está escrito aqui? Kupé? (risos) não, não, esse aqui não é o nome dele. Ele se chama Talico.* A enfermeira pergunta para confirmar: *mudou o nome dele? Agora é Talico?* E o AIS responde: *é, o nome dele é Talico, né? Sempre foi. Filho da Yokuné, né? Acho que vocês confundiram aí* (diz apontando para a pasta). A enfermeira não diz mais nada e acrescenta o nome *Talico* na ficha, sem apagar *Kupé*. A comunicação verbal precisava ser reconfirmada.

As pastas possuem uma legenda na contracapa (Figura 8) onde cada cor é referente a alguma doença ou característica clinicamente importante, facilitando a localização das pessoas que possuem uma etiqueta com alguma das cores, tanto durante as imunizações (no Xingu) quanto no processo de atualizações das pastas (em São Paulo). Os marcadores são: amarelo, para crianças até cinco anos, idade em que se encerra o esquema vacinal infantil[91]; verde, para pessoas com mais de sessenta anos; vermelho, para gestantes; preto, para hipertensos; e azul, para diabéticos.

[91] Quando a criança completa cinco anos, aplica-se o segundo reforço da vacina contra a difteria, a coqueluche e o tétano (DPT).



Nº 1968
Tribo K.Akarore
Data 13/01/75

Sexo (M) F
Nascido em: -/-/63

Data 13.01.75 — Data 20.01.81 — Data 11/7/88

Data	Reside em
25.01.81	Kum-Akarore

Nomes do adulto: ATINCÓ (PATICÔ)

Nomes da criança
p/ pai:
p/ mãe:

Casou-se com	Nº	Tribo
PONGUIADI	1916	K-Akarore

Filiação	Nº	Tribo
pai COCRIDÉ	1935	K.Akarore
mãe +		K. Akarore

Filhos	Nº	Conjuge	Filhos	Nº	Conjuge
CÔMION +	2398	Ponguiadi			
Tzuessuô	6161	Ponguiadi			

PRIMEIRA OBSERVAÇÃO CLÍNICA 13.01.75

Pele Sem lesões
Ganglios Ndn
Olhos
Ouvidos
Nariz
Orofaringe Ndn
Tórax
Pulmões MV toda área
Coração BRNF
Abdome globoso, flácido, indolor
Fígado não palpável Baço a 7 dedos RCE
Genitais
Extremidades

E. Geral	Bom
Temper.	36,5
PA	9x5
Pulso	104
Peso	39,800
Altura	149
Icterícia	-
Cianose	-
Mucosas	coradas
Tosse	-
I.Esplen.	3

OBS.

COM. FICHA DE CAMPO
Ac. 779.370 (Jun-92)
Hospital

VACINAS			DATAS						OBS.
Sabin	13.01.75	23.03.75	11.07.75	03.09.75	12.04.76	30.09.77	26/05/78		
Tríplice									
Tétano						30.09.77	26/05/78		
Varíola				03.09.75					
BCG (dVcd)	13.01.75								
Sarampo			11.07.75	13/06/83					

Figura 7. Ficha médica do programa de saúde da UNIFESP/EPM no PIX (BARUZZI, 2005).

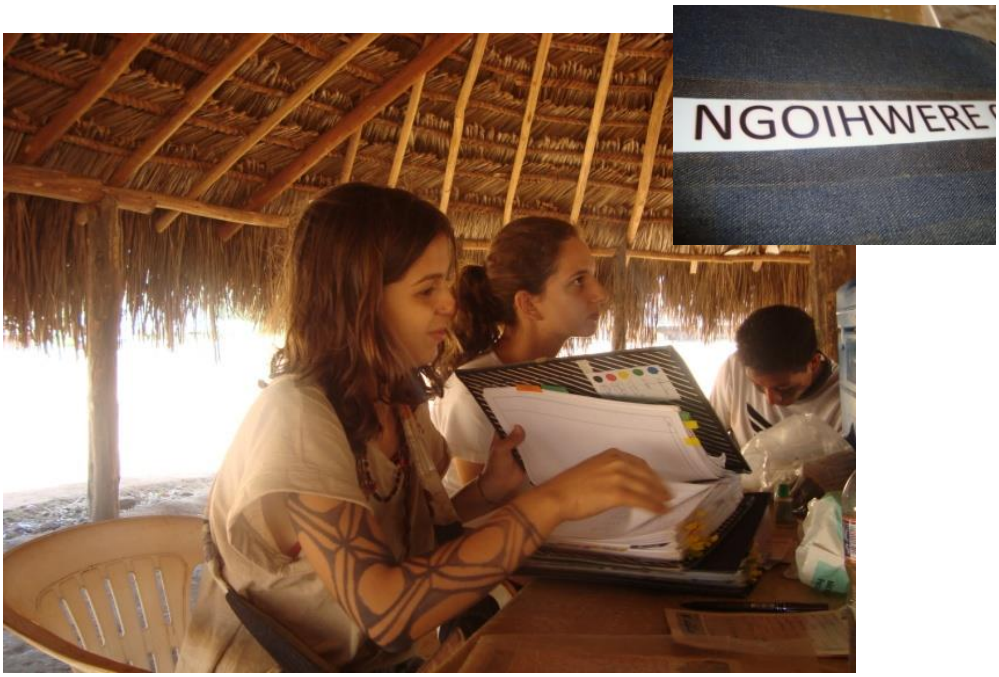


Figura 8. Pasta da vacina da Aldeia Ngoihwere do povo Kisêdjê (Arquivo pessoal).

Após uma de minhas viagens ao Xingu, participei da minuciosa atualização das pastas da vacina, que acontece na sede do Projeto, em São Paulo. Os profissionais há mais tempo na equipe costumam dizer, em tom de brincadeira, que *essas pastas valem mais que a vida das enfermeiras*, as responsáveis pela manutenção das fichas. Os cuidados com tal acervo foram crescendo diante do risco de acidentes com as pastas, como a ocasião em que caíram todas no rio, em meio a uma tempestade. Como cada campanha de imunização gera um grande volume de informações, faz-se a atualização do acervo ao final de cada etapa da vacinação.

Hoje, as fichas levadas são cópias das originais do Projeto Xingu, que ficam guardadas na sede e são chamadas carinhosamente pelas enfermeiras como *pastas do vovô*. Este adjetivo dado pelas profissionais nos remete a longevidade desse instrumento de controle, introduzido pelo Professor Baruzzi (o *vovô*) desde 1965, junto com a rotina da vacinação e a assistência permanente da universidade na TIX.

A relação entre a introdução das fichas e o contexto histórico das populações indígenas locais é fundamental para entendermos sua aceitação e manutenção até os dias de hoje – bem como da imunização como um todo e os tratamentos médicos. As sociedades indígenas da região haviam acabado de enfrentar uma terrível epidemia de sarampo (em 1954) e outras de gripe, coqueluche e catapora, estando vulneráveis e dependendo muitas vezes da presença de não-indígenas para amenizar as sequelas e mortes. Segundo Heckenberger (2001b), só o fato de ter um “branco” na aldeia em momentos de epidemia, por menos

recursos médicos que o mesmo dispusesse, podia diminuir o número de "mortes derivadas", ou seja, uma vez imune à doença, esse sujeito conseguia auxiliar os doentes nos cuidados mais básicos, evitando mortes por inanição, por exemplo[92].

Foi nesse contexto que se iniciaram os trabalhos da EPM/UNIFESP, introduzida na TIX pelos irmãos Villas Bôas, pessoas que possuíam certa confiança das lideranças indígenas, fator de grande importância nos contextos interculturais contemporâneos, nos quais alguns "brancos" são considerados perigosos, porque são *gananciosos* e querem *acabar com os índios*. A universidade adentra aquela conjuntura com a promessa de uma assistência periódica, exclusiva à TIX, que de fato ocorreu por décadas, e ainda ocorre, ao menos na imunização. A crescente melhora da população e os trabalhos biomédicos realizados sempre com o apoio das "fichas" estão assim vinculados à memória coletiva.

Com a manutenção dos trabalhos da equipe da EPM/UNIFESP na área, seus procedimentos eram observados e, depois de suas constantes repetições, tornaram-se significantes (símbolo) do que é a prática médica dos "brancos" para os povos do Xingu. Faço aqui uma inversão do que diversos trabalhos etnográficos vêm relatando sobre as associações dos materiais e bens relacionados aos "brancos" com os adoecimentos indígenas[93]. Não com a mesma rapidez da relação entre "artefatos dos brancos" e doenças, que também acontece no Xingu[94], observo que essas fichas e suas pastas foram gradativamente sendo associadas com "saúde": no passado, como uma condição para o acesso aos medicamentos; atualmente, como material essencial para o trabalho do "curandeiro branco". As fichas/pastas seriam, assim, essenciais para a eficácia dos trabalhos dos profissionais não-indígenas como o tabaco o é para o trabalho de muitos pajés no Xingu[95]. Como disse-me um Kisêdjê: *branco gosta de papel, né? Por isso tem que estar tudo bem escritinho.*

---

[92] Essa visível resistência dos "brancos" frente às doenças que dizimavam os indígenas não passou desapercebida pelos últimos: "É obvio que a aparente saúde e a vitalidade dos brancos, contrastando com a alta morbidade e mortalidade dos índios, tiveram um profundo impacto na conceitualização indígena das duas doenças [a varíola e o sarampo], chegando a constituir uma dimensão fundamental da sua percepção histórica e cultural não apenas de ambas as moléstias, mas também dos brancos e seus objetos manufaturados" (BUCHILLET, 2002, p.124).

[93] "Parece evidente que o tamanho relativamente pequeno das comunidades indígenas da região do alto Rio Negro e, sobretudo, a sua grande dispersão geográfica frustraram a manutenção endêmica de doenças infecciosas virulentas agudas, como a varíola e o sarampo. Não dispondo de um reservatório natural na região, só grassaram pela repetida importação por meio das visitas de estrangeiros e, no caso da varíola, também pela introdução de tecidos ou roupas contaminados. Nessas circunstâncias, não se deve estranhar que os Desana façam, como veremos, uma estreita associação entre essas doenças e a entrada dos brancos e objetos manufaturados em seu território" (BUCHILLET, 2002, p.119).

[94] Certa vez foi relatada uma associação de causalidade entre o preservativo masculino (a camisinha) e as doenças sexualmente transmissíveis em uma reunião de mulheres indígenas. Este evento está descrito nas considerações finais (vide infra p.158).

[95] Ver Junqueira, (2005); Franco Neto, (2010).

Nas fichas/pastas estão contidos os dados quantitativos (a taxa de crescimento e mortalidade da população, doses de vacina aplicadas etc.) que, paralelamente à verificação de ausência de doenças "imunopreveníveis" nos vacinados, reforçam a correlação feita pelos biomédicos entre as ações de imunização, com suas fichas individuais, e a prevenção de doenças, aumentando também a "eficácia simbólica" das vacinas, e não apenas sua eficácia cientificamente comprovada. Por mais desagradável que seja a aplicação das injeções, algumas até mesmo doloridas, recorre-se ao mito da quase dizimação total dos povos em períodos passados para diminuir as rejeições. Assim, como explica Levi-Strauss (2012) "é a eficácia simbólica que garante a harmonia do paralelismo entre mito e operações" (p. 286).

Com o passar dos anos e a repetição da rotina de visitas da EPM/UNIFESP, quem começa a fazer algo diferente disso no Baixo, Médio e Leste Xingu é questionado e cobrado para que volte a fazer *como o Baruzzi e o Orlando faziam*[96]. Como Verani (1990) também verificou no início da década de 1990:

> Este padrão de atendimento propicia a cobertura completa da população, estabeleceu uma rotina de atendimento domiciliar desde o início e é parâmetro utilizado pelos índios até hoje para avaliar o atendimento prestado por profissionais de outras instituições (p.54).

Essa preocupação com o levantamento de informações e dados individuais é uma parte do procedimento biomédico preventivo considerada fundamental para a política governamental de saúde. Logo, a imunização é um dos momentos emblemáticos do *ethos* biomédico em contexto intercultural. Mas, também, no contexto conflituoso de saúde indígena do Xingu (visto no capítulo dois), os registros contidos nas fichas também legitimam a eficiência dos procedimentos médicos engendrados pelo Projeto.

Vemos, a partir das falas dos profissionais e no dia a dia das vacinações na aldeia, que essas fichas são um instrumento de continuidade do serviço, criado de modo a despersonalizar os procedimentos de imunização. Com elas, garante-se que a programação do calendário de vacinas e o trabalho de sua execução não sejam abalados mesmo com a rotatividade de profissionais, muito alta em saúde indígena. Assim, o levantamento de dados não é feito apenas para cumprir uma burocracia estatal.

---

[96] Os irmãos Villas Bôas chegaram a dar remédios e aplicar injeções durante as grandes epidemias, muitas provocadas muito provavelmente pela presença dos mesmos na região, o que pode ser visto no filme a eles dedicado, chamado "Xingu" (Diretor: Cao Hamburger, 2011) – prática muito comum entre os missionários também (ARAÚJO, 2006).

Além disso, as fichas são um dos instrumentos que mais auxiliam o Projeto Xingu a manter a legitimidade de sua assistência em saúde, por várias razões. As fichas fornecem os dados necessários para que um serviço de saúde ligado ao Ministério da Saúde seja planejado e mantido, principalmente com a exatidão e antecedência que os procedimentos burocráticos exigem (para o fornecimento das doses e demais materiais e utensílios, transporte etc.). As fichas também fornecem os dados demográficos da região atendida, que permitem a elaboração de um censo das populações indígenas locais, sendo possível acompanhar através das pastas os fluxos migratórios, tanto intra-aldeias quanto para os centros urbanos.

Estabelecida a necessidade fundamental das fichas para o trabalho do Projeto, o profissional inclui seu preenchimento como parte das tarefas básicas, mantendo uma organização do serviço que se constitui em marca do Projeto Xingu e um dos aspectos mais permanentes do serviço.

Frente a um sistema eletrônico de informações do SASISUS falho, recente e ainda pouco seguro, e a desorganização ou inexistência de uma gestão dos prontuários médicos dos indígenas espalhados pelos polos, DSEIs e CASAIs, as fichas são a garantia da manutenção de informações consideradas básicas dos serviços prestados a cada indivíduo. Por conta disso, as mesmas não ficam nos polos, sendo levadas de São Paulo a Mato Grosso a cada nova etapa de imunização.

3.1.2 - *Para além do cutuco: relatos da experiência em vacinação indígena do Projeto Xingu*Atualmente, mesmo com a existência da EMSI *em área*, a qual é responsável pelo atendimento primário em saúde, as viagens da vacina vão além do *cutuco*. Tive a oportunidade de acompanhar o trabalho de imunização por todo o Baixo, Médio e Leste Xingu, apesar de não ter acompanhado nenhuma etapa por completo. Participei da imunização no Médio Xingu em novembro de 2012 e da imunização do Baixo e Leste Xingu na primeira etapa de 2013.

Lendo arquivos que contêm relatos de viagens antigas promovidas pelo Projeto e conversando com os profissionais que já participaram do trabalho de imunização ou que ainda são responsáveis pelo mesmo, é possível notar o acúmulo de quase cinquenta anos de trabalho de imunização na TIX mobilizado pelo Projeto Xingu, tanto por meio da busca de aprimoramento das técnicas utilizadas, quanto de um cuidado com o trabalho, que consequentemente o torna *mais aceito* por todos, como relata o médico Cássio:

> [quando trabalhamos junto com os pajés] *Há uma aceitação maior das terapêuticas que a gente propõe, não só aceitação do ponto de vista* pode fazer, *como aceitação do ponto de vista de acreditar que isso* [as intervenções biomédicas] pode dar certo, *na eficácia.*

À medida que os profissionais não-indígenas do Projeto foram se relacionando com as populações indígenas, puderam entender algumas questões e aprender com os erros ou equívocos[97], evitando ao máximo que os mesmos se repetissem.

Há uma constante busca de avaliação, reflexão e problematização do trabalho por parte da equipe do Projeto, o que evita que pessoas sigam regras sem saber por que foram instituídas. Quando a *chefe da vacina*[98] pretende sair do cargo, existe todo o cuidado em transmitir esse trabalho a um novo profissional, sendo passadas a ele experiências e uma série de instruções pela antecessora no cargo (como foi o caso de Julia, atual enfermeira responsável pela ação, e de Miriam, antecessora da Julia), com respaldo e apoio dos mais experientes do Projeto. Assim, mesmo com poucos recursos, são dadas todas as condições para a realização de algumas viagens com a presença das duas pessoas. Este esforço é feito para que o profissional que sairá do cargo mostre, na prática, o dia a dia desse trabalho para quem irá assumi-lo, que também terá a oportunidade de *sentir se é isso mesmo o que quer*.

Os membros do Projeto aconselham e orientam tanto aquele que pensa em sair, como aquele que dará continuidade ao serviço, criando uma rede de responsabilização e um constante *pensar sobre o trabalho* que faz com que as pessoas que o realizam entendam sua complexidade e se sintam responsáveis e imbuídas do espírito de não *quebrar o ciclo*, como relata Miriam:

> *A Cleusa, que era responsável pela vacinação, queria muito sair, mas ela não estava encontrando alguém para substituí-la. Então ela me convidou, perguntou se eu estaria afim, e eu falei que gostaria de experimentar, que eu gostaria de participar de uma vacina para conhecer o trabalho. Daí eu participei, gostei muito, e aceitei (...)* [relatando como foi passar o trabalho para Julia] *Para mim foi bastante difícil isso, eu achava que eu não ia conseguir encontrar essa pessoa nunca, para assumir esse trabalho com todas as responsabilidades que tem, sabe? As características, o cuidado, com todo esse material* [pastas de vacina] *que tem uma história, por isso eu tinha muito medo.*

É interessante notarmos o caráter sagrado das ações de imunização que *têm uma história*, as quais devem ser regidas por alguém que respeite e cultue estas ações com o rigor

---

[97] Segundo Kelly (2005), que estudou a relação entre profissionais de saúde não-índios e os Yanomami do Alto Orinoco, o que aconteceria nos casos de desentendimento seria um "desacordo homônimo", onde os acordantes (indígenas e não-indígenas), ao mesmo tempo em que se motivam uns pelos outros, resistem às intenções alheias, o que faz com que uns se "equivoquem" sobre os outros sem "dar-se conta" (p.227).

[98] Até hoje o cargo só foi ocupado por mulheres.

da eficiência e do cuidado exigidos. Sendo assim, a inexistência de epidemias é creditada ao acúmulo de experiência e aprimoramento técnico em imunização em condições adversas do Projeto, e ao desenvolvimento de um trabalho coletivo de *corresponsabilização,* que envolve a todos, não-indígenas, como já citado, e indígenas.

Sobre o sacro acúmulo de experiência, ao longo desses anos, o Projeto foi repensando seu trabalho, atualizando-se constantemente sobre técnicas de vacinação em locais de difícil acesso e/ou sem uma rede de refrigeração para a estocagem das vacinas *em área*. Mesmo levando em consideração todas as dificuldades relacionadas aos recursos para melhoramento dos serviços, foi um dos primeiros locais a abandonar o isopor com gelo – usado, no Xingu, até meados da década passada[99] – e começar a utilizar caixa de poliuretano, com isolamento especial para transporte de sangue ou vacinas, bolsas de gelo reutilizável (conhecidas como "gelox") e termômetro "data logger" que, de 20 em 20 minutos registra e arquiva a temperatura da caixa com as vacinas (Figuras 9 e 10). Descrevo essas mudanças pois elas facilitaram não somente a conservação das vacinas como também a logística das viagens de imunização, que puderam se prolongar, respeitando mais o "tempo indígena".

Figura 9. Caixas de poliuretano para armazenar vacinas. As maiores ficam no polo base e as menores, como a que está, na foto, no chão, circulam com a equipe nas viagens aos braços dos rios. (Arquivo pessoal)

[99] Ainda utilizado em outras áreas como, por exemplo, na região dos Palikur (Informação verbal de Artionka Capiberibe).

Figura 10. Data logger utilizado para controle da temperatura vacinal. (arquivo pessoal)

Essa questão do "tempo indígena" entra no segundo diferencial do trabalho do Projeto. Os profissionais envolvidos com esse programa de extensão aprendem as formas diferentes dos povos indígenas de lidar com o tempo. Segundo Troncarelli (2014): "É uma experiência nova para o profissional de saúde a convivência com uma sociedade onde, na maioria dos casos, as pessoas estabelecem o seu próprio ritmo de trabalho, conciliando com o prazer de estar com a família e os parentes, desfrutando de momentos de descanso" (p.3).

Segundo Miriam, quando se tornou responsável pela imunização, havia comentários de que a viagem da vacina era feita com muita *pressa* e muito *distante* dos indígenas:

> *Era mais uma coisa mecânica mesmo, ia lá vacinava e ia embora, ia lá vacinava e ia embora. Eu percebi que não tinha um envolvimento com os indígenas, uma participação deles, a participação dos AIS, das comunidades.* [não se colocava] *a comunidade para avaliar o trabalho, se o que o profissional fazia estava sendo interessante para a comunidade, ou se ele deveria ter outra postura.*

Assim, ela observa que o Projeto idealizava um modelo diferente do que vinha sendo feito: *eu entrei, entendi qual era a proposta do modelo, que era a participação dos indígenas, participação dos AIS, das comunidades, das lideranças*. E, atualmente, com Julia gerenciando a ação, há a preocupação em conversar, em dividir as dificuldades, em informá-los quanto às mudanças no calendário, para evitar os boatos e desacordos, que mesmo assim acontecem, devido, principalmente, às dificuldades com a comunicação.

3.1.3 - *Comunicoses*

Vivenciei uma dessas situações de falha na comunicação. Seguindo a programação da vacina, íamos viajar para imunizar uma aldeia de muito difícil acesso. Quando chegamos, avistamos as mulheres, com seus bebês, para serem vacinados na "beira", local em que, na verdade, era

para estar somente uma pessoa para nos levar até a aldeia. Julia ficou angustiada com a situação, dizendo que não era para eles terem se deslocado, pois a viagem é muito ruim, principalmente para as mães e seus bebês recém-nascidos, e que nós íamos até eles, não o contrário.

Depois, ela me contou que toda sua apreensão era porque Denis, liderança dessa aldeia, não gosta, segundo suas palavras, *quando é o pessoal do Projeto que pede para levar paciente para a beira*, e sim quando eles decidem isso. Por ser sua primeira viagem como responsável da vacina, apesar de ter realizado outras com sua antecessora, Julia buscava ser bem aceita pelos indígenas.

Miriam relatou-me já ter vivenciado uma situação similar com essa aldeia:

> *Em um episódio, nessa aldeia, ele* [Denis] *queria que a médica fosse atender lá na aldeia porque tinha alguém mal, e a médica queria que ele trouxesse a pessoa para a aldeia onde a gente estava. Ele falou que não, que não ia, que era para a médica ir. Ela não foi, aí ele entrou no rádio, me chamou, e falou que não era para ela pisar mais lá. Aí eu entrei no rádio e falei "nos estamos indo aí, não é para você vir aqui não", porque, se é uma pessoa que está passando mal, como que ela vai sair daquela distância? E a gente já ia pra lá de qualquer forma, então acabou que a médica não pode ir, porque ele falou "a hora que eu quis que ela viesse, ela não quis vir, então agora ela não precisa vir mais". A gente teve que ir, à noite, passar pelo Parapiana* [rio] *à noite, era época de cheia, então tinha que andar no meio do mato, com água até o joelho... essas situações normais* [no contexto do Xingu], *mas que, se tivesse tido uma conversa melhor antes, talvez não precisasse passar por tudo isso.*

Por fim, Miriam concluiu que *são coisas que você vai aprendendo. Da outra vez, eu não deixei ninguém fazer essa comunicação por mim (...) da próxima vez você pode ter certeza que ela* [Julia] *vai conversar com quem for no rádio*. Este tipo de avaliação é recorrente nas conversas da equipe: os membros do Projeto valorizam a experiência como meio essencial de aprendizagem.

Esses problemas de comunicação, apelidados pelos profissionais do Projeto de *comunicoses*, ocorrem entre não-indígenas (Projeto Xingu, EMSI atual, equipe do DSEI etc.), entre indígenas e não-indígenas, e também entre os diferentes povos que vivem na TIX. Isso porque o português, para a grande maioria deles, é a segunda ou terceira língua, nem sempre sendo a forma mais viável de se fazer entender. A isso se acrescenta o fato de que cada etnia tem língua própria, muitas vezes de troncos linguísticos distintos das demais, o que dificulta ainda mais o entendimento. Assim, questiona Miriam, *se um indígena não fala ou entende bem a língua de outro, e também não fala bem o português, como se fazer entender? Como a comunicação por rádio* [ou seja, a distância] *entre eles poderia ser bem sucedida?*

Percebe-se, tanto em Miriam quanto em Julia (e, de certa forma, em todos do Projeto, como vimos no capítulo dois), uma angústia relacionada aos demais atores não-indígenas envolvidos na saúde indígena. Elas sentem-se reféns desse sistema que não engloba somente pessoas comprometidas com a promoção da saúde e bem-estar, atrelada ao respeito às culturas indígenas. Assim, testemunham uma série de *injustiças* ou descuidos que comprometem toda a relação entre não-indígenas e indígenas na qual estão inseridas.

Um exemplo disto é o que ocorreu no início de 2013. Em conversa com Julia, na sede do Projeto, antes de viajarmos, a mesma me contou que talvez a viagem fosse adiada por conta do congelamento indevido das vacinas que estavam na geladeira da sede do DSEI Xingu, em Canarana (MT). O fato é que a geladeira onde estavam as vacinas permaneceu um longo período sem monitoramento, sendo que o procedimento padrão é verificar todas as geladeiras com vacinas no mínimo uma a duas vezes ao dia. Quando conferiram, a temperatura já estava inadequada e não se sabia ao certo por quanto tempo tinha permanecido assim, o que tornava inaproveitável todos os frascos de vacina. Assim, ela tentava, de São Paulo, resolver o problema e, por fim, foram adquiridas novas vacinas a tempo de não serem alteradas as datas programadas para a primeira etapa de imunização de 2013.

3.1.4 - *Observando os cutucados*

Em geral, as populações indígenas mostram-se bem receptivas à ação. Em entrevista, uma liderança Kawaiwete chegou a exemplificar quão bom era seu atendimento, comparando-o com o atendimento desorganizado que era prestado aos Kawaiwete que vivem fora do Xingu. No entanto, as reações são diferentes nas diversas etnias e aldeias.

Nos Kisêdjê, por exemplo, praticamente toda a comunidade mobiliza-se para acompanhar a ação, observando tudo o que está sendo feito. Na aldeia Ngoihwere, geralmente a ação acontece na casa dos homens, localizada no centro desta grande aldeia. As pessoas da comunidade chegam aos poucos e se sentam nos arredores da casa, sem esboçarem qualquer intenção de intervenção direta na ação. As pessoas permanecem no local até o término das vacinas, quando a equipe começa a se deslocar para a casa de algumas pessoas (gestantes ou enfermos).

Nas aldeias Kawaiwete, existe uma diferença na receptividade, relacionada ao tamanho da comunidade e ao fato de elas serem ou não evangélicas. Nas aldeias menores e com presença evangélica, estávamos sempre rodeados por grande parte dos moradores. Já em aldeias maiores e não evangélicas, a rotina pouco se alterava com a nossa chegada. No Médio

Xingu, onde estão as etnias Ikpeng, Kamaiurá, Waurá e Trumai, também não havia uma mobilização geral para acompanhar a ação. As aldeias são maiores e a vacina ocorre em locais mais periféricos da aldeia (nos postos de saúde, por exemplo).

Pude notar essas "variações de envolvimento" por ter acompanhado o trabalho dos agentes indígenas de saúde bucal na distribuição do flúor dentário, que em muitas aldeias vão de casa em casa para encontrar as pessoas e realizar o procedimento. Ficávamos com um censo da aldeia em mãos para saber quem já tinha ou não passado o flúor. Muitos não queriam a aplicação do flúor ou por não estarem com escovas de dente "apresentáveis" (alguns não tinham uma, recebendo o flúor em algodão) ou por não desejarem realizar o procedimento naquele momento. Isso porque o flúor influencia diretamente na alimentação, uma vez que a pessoa, quando passa flúor na boca, deve permanecer 30 minutos sem beber ou comer nada.

Em uma aldeia Yudjá, por exemplo, houve a recusa ao flúor porque estavam todos bebendo coletivamente um *caxiri*, bebida fermentada (chamada de "caium" por Lima (2005)), recentemente produzido. Esta, que foi uma recusa pontual – geralmente passam o flúor – ilustra como os Yudjá lidam com os procedimentos preventivos da medicina ocidental. Ou melhor, como Lima (2005) notou, em sua belíssima etnografia, este evento mostra a centralidade do "caium" e da "caiunagem" para os Yudjá, sendo que, muitas vezes, encerra-se uma caiunagem dando início ao preparo da próxima (p.274). Este povo é "famoso" por sua bebida, muito comentada pelos profissionais do Projeto e pelos demais povos indígenas da região[100]. Ou seja, a inexorável prioridade dos procedimentos preventivos segundo os conhecimentos biomédicos, que estaria acima de aspectos não universais, como vontades pessoais ou situações locais não favoráveis, não são passivamente incorporados pelos indígenas, que demonstram seu protagonismo ao inverterem, neste como em outros eventos, a ordem das prioridades.

Na época da epidemia de gripe H1N1 no Brasil, por exemplo, Miriam contou que muitas populações indígenas, com medo, começaram a tomar providências próprias de prevenção, como fugir para o mato ou colocar em quarentena possíveis infectados ou pessoas que voltavam da cidade. Diziam que, enquanto não houvesse vacina, não sairiam dos acampamentos[101]. Esse episódio elucida o apoio indígena à vacinação e o reconhecimento de sua necessidade, ou melhor, de sua urgência, que é reforçada em ocasião de epidemia, sem,

---

[100] Alguns indígenas de outra etnia param *na beira* para beber *caxiri* quando sabem que ele foi feito. Sobre o *caxiri* ou "caium" yudjá e demais elementos de sua "ética alimentar", ver Lima (1986, 2005).

[101] O médico Cássio, em sua primeira viagem ao Xingu, presenciou os Mebengokre *no mato, com medo*, devido a uma forte epidemia de algo semelhante a uma tosse comprida (relatado em entrevista).

contudo, deixarem de lado práticas preventivas tradicionais, uma vez que também se dividem pela floresta quando um grande feitiço acomete a aldeia.

Porém, na mesma época da epidemia de H1N1, estava programada uma etapa de vacina para, como de costume, ser feita a atualização da carteira de vacinação dos xinguanos, principalmente dos recém-nascidos, e imunizá-los contra outras doenças. Assim, para conseguir entrar *em área*, Miriam teve que conversar muito e efetuar uma série de ações preventivas que garantissem, biomedicamente, sua não contaminação, pois a enfermeira era considerada pelos indígenas como uma ameaça à saúde deles. Assim, ficou cinco dias reclusa em Canarana, fez uma série de explicações (escritas e orais), depois ficou mais cinco dias com máscara no alojamento, para só então conseguir vacinar, enxergando a concretização daquela etapa como um exemplo de confiança, *uma vitória na relação intercultural*. Mas, até que ponto esse esforço correspondia a uma demanda dos indígenas? Ou melhor, até que ponto, ou para quem, foi uma *vitória*, se a entrada de Miriam naquele momento não correspondia à expectativa indígena em relação à vacina de H1N1?

Lembrando o histórico do contato, elucidado no segundo capítulo, durante as epidemias havia uma degeneração em massa das populações indígenas[102]. Eram tantos os mortos e doentes que a própria continuidade existencial do grupo era posta em dúvida. Baseando-me nas discussões de Le Breton (2013) sobre dor, sofrimento e identidade, fica claro que, nesses momentos, a dúvida existencial era de todo o grupo, que vivia a ameaça de ser completamente dizimado. Nesse contexto, a introdução conjunta da vacina e dos medicamentos, bem como a rápida melhora dos sujeitos medicados, trouxe novamente a esperança do alívio, e da "salvação" do povo. A situação era tão crítica que não havia como os indígenas se recusarem à intervenção biomédica.

Mas, uma vez reconstituído o domínio do indígena sobre seu corpo – que não se separa do domínio da comunidade sobre seu destino –, reaparecem também regras de como querem que se estabeleça a relação com os não-indígenas, segundo suas convicções, seus valores – e, é claro, com novas concepções produzidas pelas experiências vividas com os não-indígenas após longo período de contato[103].

Assim, a lembrança de uma época áurea, em que os médicos salvaram seus antepassados, atualiza a importância do evento da vacinação, rito que se repete quatro vezes

---

[102] Há registros arqueológicos que comprovam diversas reduções populacionais pós 1500-1600. Contudo, essas reduções ocorriam em povos que demorariam séculos para estabelecerem contato direto com os não-indígenas. Uma explicação para esse fenômeno é a de que a chegada dos europeus teria gerado um movimento centrífugo e que esse movimento, somado à disposição dos povos e a suas redes relacionais, faziam as doenças se espalharem (HECKENBERGER, 2001b).

[103] Sobre as mudanças e permanências no contato intercultural, ver Sahlins, 2008b.

ao ano, com a aprovação e aceitação da maioria. Arrisco dizer que é essa memória de situações trágicas do passado que deu condições às intervenções cada vez mais constantes da medicina ocidental nas populações indígenas, as quais foram simultâneas a um novo ciclo estabilizante. Ou seja, as epidemias que dizimaram povos nos séculos passados formaram uma conjuntura (desestruturação cultural) que acarretou em ações sociais (as intervenções biomédicas de imunização) que, ao menos no Xingu, transformaram-se em realidades míticas (quatro vezes ao ano) (SAHLINS, 2008b).

Contudo, com uma epidemia em iminência, o contato com um "branco", mesmo que para a aplicação de vacinas, estava sendo considerado mais arriscado do que ficar sem as vacinas programadas. No episódio da epidemia H1N1, a memória das grandes epidemias reapareceu, e a possibilidade de uma nova depopulação reestabeleceu a dicotomia "nós"/"eles". Se, por algum motivo, eles contraíssem a doença durante ou em seguida a passagem de Miriam pelo Parque, é provável que as duas ocorrências fossem relacionadas e esse episódio poderia ser considerado o principal desencadeador das mortes que viessem a acontecer. A enfermeira, contudo, confiante que estava quanto à eficiência das precauções biomédicas tomadas (quarentena, máscara etc.), não considerou os riscos que essa possível correlação entre ela e futuras "doenças" apresentava. Vale ressaltar que, em uma epidemia, a enfermeira, se permanecesse imune, só poderia remediar os sintomas, uma vez que a vacina inexistia e, mesmo se existisse, só se aplicaria aos não-infectados, o que torna sua confiança na biomedicina, apesar dos riscos, ainda mais evidente.

Por fim, nenhum imprevisto ocorreu, e as intenções e previsões de Miriam prevaleceram. Quanto à sua avaliação de que foi uma *vitória na relação intercultural*, a utilização do termo *vitória* é, em si, significativa no jogo de comunicação em pauta, no qual, como observa Montero (2006), "a eficácia da significação deve ser tratada como o resultado de disputas simbólicas, mediada por agentes índios e não-índios, (...)[o que] nos leva a incluir em nossa análise uma preocupação com a dimensão política dos processos de significação" (p.34). Neste sentido, na situação descrita, ficou claro que os povos indígenas da TIX possuem suas próprias formas de prevenção. A entrada de Miriam naquele contexto exigiu, assim, uma negociação de prevenção com um acordo final que, aparentemente, satisfez ambos os envolvidos.

Outra situação similar, relatada pela enfermeira, acontecia quando da solicitação da presença de crianças recém-nascidas. As mães não as traziam até o local onde estava ocorrendo a aplicação das vacinas, fazendo Miriam ir até a casa de cada uma. Ela pensava que as mesmas estavam sendo displicentes, que não se importavam com a vacina, até que o

cacique Kisêdjê lhe explicou que, para seu povo, *criança novinha não pode sair de casa, que é muito perigoso, sendo ainda muito vulnerável aos maus espíritos* (Miriam)– trataremos de maneira mais minuciosa sobre a saúde da criança indígena no próximo subitem deste capítulo.

Nesta situação, novamente vemos distinções no modo de avaliar a "proteção" efetuada pela vacina. Se, para os preceitos biomédicos, a criança sair de casa não é um fator determinante para que ela contraia doenças, principalmente em comparação com a proteção que a vacina lhe dará, para os indígenas, esses outros procedimentos preventivos são tão ou mais importantes que a vacina. Nesse episódio, como no ocorrido entre os Yudjá com o flúor, vemos o protagonismo indígena florescer frente às ações mais metódicas da biomedicina. Vemos também que, quando não há uma evidência prática da "ajuda" dos métodos indígenas de prevenção na melhora dos indivíduos, ou quando essa "ajuda" sequer é pensada, a proteção exercida por estes métodos ocorre em paralelo e torna-se quase invisível. As rezas, festas, ritos que compõem o cuidado preventivo da comunidade perante as mazelas possíveis não são considerados até cruzarem as ações médicas[104]. E assim, na imunização, os indígenas são solicitados como facilitadores, executores ou sujeitos fundamentais para que a ação preventiva biomédica aconteça. Essa relação, chamada de *corresponsabilização* pela equipe do Projeto, ocorre de forma parecida com o que observa Novo (2010) com relação aos AIS do Alto Xingu.

Como as doenças que possuem vacina, as doenças crônicas degenerativas contemporâneas, as chamadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), seriam "doenças de branco", e autorizariam maior intervenção biomédica, como veremos a seguir.

3.2 - A *Grande ação*: um projeto de extensão "estendido" até o Xingu

Em outubro de 2013, fui para a TIX junto com boa parte da equipe do Projeto (que atualmente trabalha na sede em São Paulo) participar de sua *grande ação* de promoção de saúde na aldeia Kwaruja do povo Kawaiwete (Médio Xingu). Como dito anteriormente, devido ao fato de os profissionais do Projeto não desempenharem mais o papel do distrito sanitário do Xingu e não estarem vinculados formalmente à política pública de saúde indígena, atualmente, fazem um movimento de retorno ao *formato verticalizado das ações* que realizavam quando não havia

[104] Parece-nos imediata a associação dos médicos com as propriedades químicas das ervas como princípio curador (...), pois não se interessaram pelas técnicas xamanísticas, como as fórmulas verbais das 'rezas' e nem pelos procedimentos relacionados ao uso do tabaco e do transe como possíveis formas de se curar câncer (FRANCO NETO, 2010, p.18).

SASISUS, com o intuito de, dentre a realização de outros objetivos biomédicos, manter algum vínculo em relação ao atendimento à saúde dos povos da região.

Esse retorno diz respeito às ações que eram engendradas logo no início das atividades na TIX. Devido à voluntariedade do serviço e as já referidas épocas das férias dos médicos da EPM, todas as ações biomédicas (imunização, atendimento da demanda, exames simples etc.) eram programadas para ocorrer em um curto espaço de tempo, sendo essa época lembrada pelas "grandes ações" que eram promovidas, com a presença de muitos médicos - clínicos e especialistas.

Após saber da ação ocorrida na aldeia dos Yudjá, o cacique Kawaiwete e sua esposa reivindicaram que o mesmo acontecesse em sua aldeia. Segundo consta no documento do Projeto:

> O Povo Kawaiwete, por meio de suas lideranças e agentes indígenas de saúde, solicitou à equipe do Projeto Xingu da EPM/UNIFESP, que realizasse uma ação de educação em saúde, oficina de culinária, e avaliação da comunidade com relação às novas doenças que estão aparecendo nas aldeias. Referem-se à desnutrição, cárie, obesidade, hipertensão e diabetes. A comunidade está preocupada com estas doenças e quer entender melhor como acontecem e como estão relacionadas às mudanças no modo de viver de seu Povo. Querem mostrar os pratos de sua culinária tradicional e aprender as regras do uso dos alimentos da cidade (PROJETO XINGU, 2013b).

A ação, que aconteceu dos dias 14 a 23 de outubro[105], contou com a colaboração de 23 não-indígenas (havendo rodízio apenas na equipe de dentistas), entre eles: nove, do Projeto Xingu; sete, da EMSI; um, que representava o DSEI Xingu; uma nutricionista da CASAI Sinop; uma médica residente (recém-contratada para trabalhar em outro DSEI); dois alunos do quinto ano do Curso de Medicina e, ainda, duas convidadas de fora do Projeto, uma pesquisadora da ONG Instituto Socioambiental (ISA) e eu. Assim, o quadro de profissionais que compunham a equipe era constituído da seguinte forma: três médicos; uma médica com mestrado em antropologia; uma antropóloga; cinco enfermeiros; três nutricionistas; cinco dentistas; uma pedagoga; uma ecóloga; um fotógrafo e dois alunos de medicina.

A ação incluía:

1)Avaliação clínica e antropométrica das crianças menores de 5 anos e dos adultos acima de 20 anos.

2)Avaliação, diagnóstico e devolutiva da situação da saúde bucal;

[105] Esta ação deveria ter ocorrido em julho, mas foi adiada por impeditivos financeiros, já que o Projeto Xingu não é mais a conveniada, precisando de recursos específicos para suas intervenções.

3)Entrevistas sobre a alimentação tradicional (roça/pesca/caça/coleta) e questionário socioeconômico.

4)Diagnóstico participativo sobre o consumo de bebidas alcoólicas;

5)Diagnóstico de desnutrição, obesidade, hipertensão e diabetes;

6)Reuniões com a comunidade sobre os temas: desnutrição, obesidade, hipertensão, diabetes e alcoolismo;

7)Oficina de Culinária valorizando alimentos e preparações tradicionais e apresentando regras da alimentação dos não-indígenas, propondo uma dieta variada e mais equilibrada destes produtos;

8)Levantamento de propostas de enfrentamento dos problemas de saúde detectados.

3.2.1 - Os pastores curam?

Nessa ação, a pesquisadora do ISA e eu, acompanhamos as entrevistas realizadas tanto pela pedagoga Lisa (do Projeto Xingu), como também por Helena. Nossa intervenção consistia em ir às casas dos moradores da aldeia para saber: como estavam suas roças; a frequência de peixes e caças nas suas refeições; se criavam animais (especialmente galinhas e patos); como e com que frequência consumiam a comida industrializada. Para isso, também aplicávamos um questionário socioeconômico, que incluía bens materiais indígenas (enfeites, instrumentos, arco e flecha etc.) e não-indígenas (barco, gerador, televisão etc.) (Anexo 2).

Foram longos dias entrevistando quase todas as famílias da aldeia, conhecendo as roças e enormes variedades de mandioca, amendoim, cuias etc., ação possibilitada pela duradoura relação que Lisa e Helena mantêm com aquelas pessoas. Esta relação, somada ao acúmulo de anos vividos e de experiências reunidas por essas mulheres, tornam-nas mais respeitadas, sendo suas opiniões melhor recebidas.

Em um dado momento das entrevistas, a entrevistadora tocava no tema da religião, perguntando ao indígena entrevistado o que ele achava da inserção dos missionários em várias aldeias Kawaiwete[106]. A relação que a equipe do Projeto fazia entre esse tema e a ação culinária estava vinculada ao problema do alcoolismo, pois muitos indígenas afirmam ter sido esse o grande motivador da conversão de seus parentes. Era principalmente nesse momento da

[106] A conversão religiosa de populações indígenas é um fenômeno cada vez mais presente no contexto das Terras Baixas Sul-Americanas, vide R. Wright, (1999); P. Montero, (2006); A. Capiberibe, (2007). No entanto, no Xingu, é relativamente recente a conversão dos indígenas, havendo, até o momento desta dissertação, em torno de 8 aldeias convertidas, todas Kawaiwete. A Aldeia Kwaruja é uma das comunidades que se opõe à entrada dos missionários na área indígena.

conversa que a entrevistadora intervinha, exprimindo a negatividade que ela e a grande maioria dos profissionais do Projeto enxergam nas igrejas e as possíveis consequências ruins que estas instituições religiosas proporcionariam aos indígenas convertidos.

Por exemplo, em uma das entrevistas, ao ouvir a resposta do professor indígena da aldeia na qual dizia ver na religião algo ruim, Lisa fez comentários referentes aos malefícios atrelados à igreja. Porém, no decorrer da entrevista, o rapaz contou que morou alguns anos na cidade, onde viu muitos dos seus amigos terem problemas com o álcool. Ao ser questionado quanto aos motivos de não beber junto com estes amigos, ele, surpreendentemente, respondeu que foi por frequentar uma igreja. No entanto, o rapaz enfatizava a diferença entre "sua" igreja e a igreja que está evangelizando na TIX, a qual tinha sido criticada pela entrevistadora. Perguntei, então, se ele acreditava que o pastor pudesse curar. Nesse momento, ele respondeu que não. Porém, mais adiante, ao falar sobre os problemas relacionados aos pastores, ele nos afirmou que o pastor pode *jogar praga* naqueles que param de frequentar a igreja. Ou seja, segundo o indígena, o pastor possui o poder de adoecer pessoas, adentrando nas relações de curar e adoecer que se apresentam completamente imbricadas na cosmologia Kawaiwete.

Como observou Grünberg (2004), para os Kawaiwete "pode acontecer de um *panyé* (pajé) levar o *ȧ'na* (o "propriamente humano" dos animais grandes) de alguém e, se outro *panyé* for ao mato com a cesta e não encontrar o *ȧ'na*, a pessoa morre" (p. 201). Há, também, a noção de *moan*, referente à "matéria mágica invisível", presente tanto em um "remédio concreto" (medicamentos ocidentais) como em um veneno (p. 207). Sendo assim, o autor conclui que "como todos os remédios são considerados *moan*, a distinção entre magia, feitiçaria e medicina só pode ser feita através da perspectiva europeia" (p. 208). Logo, assim como há pajés que curam e outros que podem tirar vidas, não poderia haver pastores que curam?

Após ouvir a resposta negativa em relação à presença das igrejas na TIX, proferida pelos indígenas entrevistados, Lisa, muitas vezes, comentava que os indígenas convertidos com quem se encontrou nos últimos anos estavam menos alegres, pareciam desanimados. As falas seguintes dos indígenas acompanhavam a linha argumentativa de Lisa, narrando todos os problemas que eles enxergam pós-conversão: *os parentes evangélicos têm morrido muito, pois ficam prevendo coisas ruins que irão acometer aos parentes que não são crentes* [convertido] *e aí volta tudo para eles.* Assim, ficavam camufladas as opiniões favoráveis que os indígenas tivessem das igrejas. Somente quando a entrevista prosseguia, e esse assunto se dissolvia entre vários outros, era possível obter algumas opiniões menos direcionadas sobre o assunto.

Uma situação emblemática foi ouvir de uma kawaiwete, que critica constantemente os evangélicos, que ela acreditava na conversão como a melhor solução para o problema do álcool. Mas, segundo ela, deviam converter-se somente os indígenas que bebem e seus parentes mais próximos, e não as outras pessoas que não enfrentam esse problema. Esta interpretação me foi dita quando nenhuma das entrevistadoras estavam presentes.

Assim, seguindo a prática preventiva demonstrada pelo Projeto Xingu, a entrevistadora exprimia a sua opinião, compartilhada pela equipe do Projeto, sobre o processo de evangelização. A opinião contrária à ação das religiões evangélicas nas aldeias indígenas, tanto da entrevistadora, quanto de outros profissionais ligados ao Projeto, baseia-se na bibliografia histórica e antropológica sobre o ensino religioso em aldeias indígenas (Cunha, 2009a) e pela experiência de trabalho com outros povos indígenas do Brasil que vivenciaram e continuam vivenciando esse processo, alguns desde o contato, outros nos últimos vinte anos. Este sentimento negativo é acrescido pelas regras comportamentais (cobrir todo o corpo, discriminar os pajés não convertidos, não realizar pajelanças, entre outros) que algumas igrejas evangélicas trazem às aldeias nos dias de hoje[107] e pelos conflitos que passaram a ocorrer entre os evangelizados e os indígenas não convertidos.

A atuação dos irmãos Villas Bôas na região da TIX, onde vive grande parte do povo Kawaiwete, retardou o contato dos indígenas que ali vivem com os missionários, fazendo-os ter poucas ou recentes experiências desta relação, como relatou um aluno indígena do curso de gestão: *o Xingu foi sempre uma área que não teve interferência dos missionários, então a gente quase não entende qual é o sofrimento* [dos outros povos] (fala feita após a exibição de um filme sobre os Bororo e os missionários para os alunos do curso). Alguns kawaiwete, os mais velhos principalmente, quando questionados sobre "religião", comentavam sobre a falta de mato (*fazendeiro limpou todo o Peixoto* - local onde moravam os Panará) ou a saudade do Teles Pires[108], não realizando a associação da palavra "religião" com a atual conversão evangélica de seus parentes.

Assim, buscava-se formular um valor frente a um código não compartilhado com aquele povo. Mesmo que os kawaiwete "concordassem" com a negatividade da conversão religiosa, suas posições apareciam baseadas nas experiências que vivenciam de

---

[107] O CIMI (Conselho Indigenista Missionário) ficava fora de suas críticas pois, como Rufino (2006) bem descreveu, essa instituição católica foi se reinventando com o passar dos anos e tomando atitudes menos intolerantes e mais militantes "pró-indígenas".

[108] Local onde viviam os Kawaiwete antes de se mudarem para o Xingu.

domesticação[109] das igrejas não-indígenas. Não era feita uma negociação intercultural sobre a "religião", porque este código não fazia sentido[110] para os indígenas – como o conceito de "saúde mental" também não faz sentido ao pajé kawaiwete entrevistado por Helena, como veremos adiante.

Para finalizar, ao saber que alguns kawaiwete convertidos têm recusado os cuidados biomédicos porque estão sendo tratados pelo pastor, e que esta recusa traz mais angústias aos profissionais do Projeto do que as recusas que acontecem durante algumas situações de pajelança, observo o (res)surgimento de certa disputa entre a religião e a ciência. Com a modernidade, o campo religioso foi sendo neutralizado como campo legítimo de tradução e afastado dos assuntos de Estado, sendo o código da salvação dos missionários muitas vezes movido do espiritual (a alma a ser convertida) ao cultural (a tradição a ser salva) (MONTERO, 2006). E, por que não inferir tal movimento ao campo científico também, já que, com a colonização e expansão desenvolvimentista do Brasil, que trouxe muitas mortes, "salvar a tradição" se tornou sinônimo de manter os representantes de uma cultura "ainda vivos", com saúde?

Frutos de uma mesma cultura, é notório que os missionários ligados a religiões ocidentais e os profissionais da saúde do Projeto Xingu guardem semelhanças quanto a valores e atitudes tomadas frente aos indígenas com quem se relacionam, apesar de tal comparação poder ser algo inadmissível aos segundos que, associados à ciência, tomaram a posição oficial (antes pertencente à religião) de "produtora de verdades", ao passo que a Igreja, enquanto instituição religiosa, mítica e espiritual, está, hoje, relegada ao campo do obscurantismo (LAPLANTINE, 1986). Não cabendo aprofundar este tema nesse trabalho, sinalizo-o como um possível campo de investigações futuras.

3.2.2 - A grande ação

As outras intervenções promovidas durante a *grande ação* eram realizadas no posto de saúde localizado a uma distância de 300 metros da aldeia. Era lá que a maioria dos não-indígenas passavam as manhãs e algumas das primeiras tardes realizando exames, medidas e consultas.

---

[109] O termo "domesticação" é utilizado por uma etnografia que, "além de reavaliar a diversidade interna das interpretações dos brancos e de seus feitos pelas sociedades indígenas, (...) cruza num quadro coerente as dimensões históricas (processo colonial), política (estratégias de reprodução social) e simbólica (teorias da alteridade), embutidas tanto nas ações quanto nas interpretações do contato. Tais sínteses revelam-se verdadeiros dispositivos não apenas de representação, mas de domesticação simbólica e ritual da alteridade dos brancos e neutralização de seus poderes nefastos (pestilência e violência)" (ALBERT, 2002, p.10).

[110] "Sentido" conforme Sahlins (2008a) elabora.

Assim, os três primeiros dias da ação foram dedicados a esses procedimentos. Nos três dias seguintes, além desses procedimentos, os membros da equipe conversavam com os kawaiwete sobre os resultados dos exames e, os últimos dois dias foram dedicados às refeições coletivas da oficina culinária.

Para que todos os procedimentos gerassem *resultados confiáveis*, os indígenas foram alertados quanto às restrições alimentares que deveriam cumprir no dia anterior aos exames. Assim, eles passavam a manhã toda no posto, sem comer, o que, segundo a maioria dos entrevistados, não era tão diferente de sua rotina, uma vez que muitas vezes só fazem uma boa refeição após a preparação dos peixes trazidos pelos pescadores, no meio do dia.

Nesses exames não foram encontrados novos casos de indígenas com obesidade, hipertensão ou diabetes, apenas alguns *pré-diabéticos*[111]. O resultado dos exames das crianças também apontou um número reduzido de desnutridos (três crianças) em comparação com anos anteriores, quando o cacique/pajé da aldeia fora alertado quanto ao grande número de crianças abaixo do peso e com anemia. A saúde bucal foi a que teve os resultados mais preocupantes, com muitas cáries, abscessos e cirurgias feitas ao longo de quase todos os dias da ação.

Com base nesses dados, a nutricionista, a enfermeira e o dentista do Projeto Xingu apresentaram, na casa de festas da aldeia, os resultados das ações feitas com as crianças e os adultos. Nessas apresentações, feitas com o apoio de *slides* projetados em um improvisado telão (derrubado poucos dias depois por uma forte chuva), eles explicavam os problemas de saúde que haviam procurado nos exames, suas causas e consequências, para depois divulgar os resultados aos moradores da aldeia e seus convidados, de aldeias vizinhas. As doenças e suas consequências eram demoradamente explicadas, em português e na língua kawaiwete, mesmo não havendo nenhum diagnóstico das mesmas – *ainda*, como diziam os não-indígenas.

Com isso, iniciou-se uma segunda etapa de entrevistas, onde o médico, o enfermeiro de área, uma nutricionista e um AIS acompanhavam Lisa, a pesquisadora do ISA e a mim às casas onde haviam sido encontradas pessoas desnutridas e/ou anêmicas, obesas (que já tinham o diagnóstico dessa "doença" e pioraram) e *pré-diabéticos*. Na conversa com os *pré-diabéticos* eram apresentadas as mesmas explicações dadas na casa de festas, para todos da aldeia. Contudo, enfatizava-se, de uma forma mais particularizada, os problemas que o

[111] Pessoas que estão com a tolerância a glicose reduzida, tendo o resultado do seu exame, pós-sobrecarga de glicose através do "glutol", entre 141 e 200 mg/dL.

indígena poderia vir a ter caso não modificasse alguns hábitos. Fizeram algo parecido com o que Cássio fez com o indígena diabético que estava *descompensado* (vide supra p.14).

Com relação à desnutrição e anemia infantil, quase todos os pais das crianças informaram que iriam começar o tratamento com o pajé, que curou várias crianças com o mesmo problema, não fazia muito tempo. O pajé e sua família sempre relembravam esse episódio, pois até mesmo a coordenação do Projeto quis saber como as crianças tinham se recuperado tão rápido. Esse é o pajé que cuidou de um dos coordenadores do Projeto Xingu, quando este estava com um diagnóstico biomédico de depressão, situação a ser analisada no capítulo a seguir.

Durante a apresentação dos resultados, na casa de festas, as falas dos indígenas eram sempre em agradecimento ao Projeto, por ele ter realizado aquela ação, com máquinas modernas que imprimem o resultado na hora, e ter levado aquela grande equipe até a aldeia. Ao mesmo tempo, apontavam a falta de conhecimento que tinham com relação àquelas doenças. Não imaginavam que suas causas estivessem relacionadas com a alimentação e com a comida do "branco". Por esse ser o momento privilegiado para os indígenas se expressarem, aproveitaram-no para fazer reclamações à representante da CASAI Sinop, valorizar os tratamentos do pajé, solicitar o retorno da equipe o quanto antes (podendo ser em outra aldeia vizinha da mesma etnia) e fazer reclamações outras, como a injustiça de ter uma enfermeira exclusiva para o braço do Sobradinho (braço do rio que, por ser mais distante do Polo Diauarum, tem uma enfermeira que cumpre toda sua escala na região, hospedando-se na aldeia Sobradinho, da mesma etnia) e quanto à atitude de alguns profissionais da EMSI, como da antiga dentista.

A atividade terminou com a oficina de culinária. Nela, os não-indígenas e os indígenas, separadamente, tinham que preparar a comida para toda a comunidade. Por isso, Julia entrou na TI no final da ação, com a comida específica da oficina, permitindo que esta fosse realizada com alimentos perecíveis (como frutas, verduras e carne) que não seriam conservados caso tivéssemos trazido conosco desde o dia em que chegamos à aldeia. Essa logística tornou a comida do não-indígena mais rica de opções e *mais saudável* do que se a oficina fosse feita somente com alimentos contidos em cestas básicas ou distribuídos para a merenda escolar[112]. O objetivo era mostrar que os não-indígenas não comem somente este tipo de alimento das cestas, buscando incitá-los a comprar, quando assim o fizerem, também

[112] A merenda escolar foi muito criticada pelas mulheres kawaiwete nas entrevistas e durante as reuniões ao longo da ação, pois gostariam que o governo negociasse com elas a compra dos produtos de suas roças. Produziriam, assim, excedentes para que fossem utilizados nas refeições das crianças.

alimentos perecíveis na cidade. Por isso, durante a feitura, foi apresentado cada alimento utilizado e a média de conservação dele nas condições climáticas da região. As indígenas eram orientadas também sobre como preparar a comida com aqueles ingredientes e quanto de sal ou óleo é recomendável. No final, a comida foi servida a todos.

No dia seguinte, foram as indígenas que fizeram todo o preparo da comida, delegando-nos apenas o ato de comer seus pratos tradicionais, demonstrando outra forma de passar o conhecimento – não tanto pela explicação verbal, mas pelo envolvimento com o trabalho coletivo e a observação.

Figura 11. Profissionais de saúde não-indígenas e mulheres Kawaiwete cortando legumes para o almoço das "comidas do branco" (Arquivo pessoal).

Figura 12. As mulheres kawaiwete preparando a comida do almoço das "comidas indígenas" (Arquivo pessoal).

Ações semelhantes a essa já foram realizadas com outras populações do Baixo, Médio e Leste, como com os Kisêdje, em 2011, e com os Yudjá, em meados de 2012. Uma constância nestas ações é sempre ressaltar o protagonismo das lideranças indígenas em reivindicá-las, característica do método de pesquisa-ação pelo qual se orientam (THIOLLENT, 2011), na qual a pesquisa responde a uma demanda dos pesquisados, mas não só.

Essa postura dos profissionais do Projeto em esperar a demanda indígena também demonstra um aprendizado quanto à forma *mais adequada* de intervir, pois na rotina dos médicos indígenas, "nenhuma assistência é prestada sem a solicitação dos familiares" (VERANI, 1990, p. 59). Como veremos no capítulo quatro, não foram poucas as situações de aprendizagem vivenciadas pelos profissionais mais experientes.

Os argumentos apresentados pelas lideranças que solicitam a intervenção do Projeto estão sempre pautados na observação de algumas mudanças de hábitos e atitudes dos indígenas de sua comunidade. No caso dos Yudjá, por exemplo, foram os agentes de saúde que convocaram a equipe, pois, segundo eles:

> Nossa preocupação com a comunidade começou porque ao longo dos últimos 3 anos temos visto que está aumentando o número de hipertensos e pessoas com sobrepeso entre a população Yudja. Nós fazemos aqui um trabalho para a comunidade entender a nossa preocupação (...) Estamos vendo muitas crianças desnutridas que estão em risco, por isso procuramos vocês (PROJETO XINGU, 2012, p.1).

De certa forma, esses indígenas ouviram a explicação dessas doenças, que são associadas pelos profissionais de saúde a maus comportamentos dos indivíduos, e isso os motivou a buscarem maiores informações com os não-indígenas. Ao mesmo tempo, essa ideia de "doença-punição", onde "a doença é vista como a consequência necessária do que o próprio indivíduo ou o próprio grupo provocou" (LAPLANTINE, 1986, p.228) faz parte da pluralidade causal de males da cosmologia de todos os povos do Baixo, Médio e Leste Xingu (JUNQUEIRA, 2005; GRÜNBERG, 2004; SEEGER, 1980; LIMA, 2005), sendo anterior ao tempo em que a medicina ocidental começou a levar essa discussão para a TIX. Por exemplo, ao conversarmos com um casal, cujo homem é Kisêdjê e a mulher é Kawaiwete, sobre a situação de desnutrição e anemia de seu filho, os dois se mostraram cientes de "sua culpa", não tanto por alimentá-lo de forma inadequada, mas porque não respeitaram as restrições culturais para pais de recém-nascidos e a moça já gestava outro bebê. Assim, por mais que os médicos falassem que o *sulfato ferroso* iria ajudá-lo e que se eles cuidassem melhor dos

horários de alimentação do menino ele se recuperaria, a feição de ambos continuava negativa, representando a incredulidade quanto à reversão da transgressão cultural.

Problemas de saúde relacionados à criança indígena merecem uma análise específica. Para muitos povos, os exames que acusam a desnutrição de uma criança, acusam, ao mesmo tempo, uma culpa dos pais[113]. Principalmente nos primeiros anos de vida, algumas atitudes dos pais reverberam no futuro do filho, e por isso essa fase é marcada por restrições (caça, alimentação, relação sexual etc.) que, caso não sejam respeitadas, repercutem no adoecimento da criança (GRÜNBERG, 2004, p.173; 183-84). Assim, os estudos ameríndios mostram que não é possível estudar aspectos que se atenham ao corpo desconsiderando a "alma". Como Rivière (1974) observa, o *Couvade*, relacionado à criação ou nutrição espiritual do recém-nascido, é um dos caminhos encontrados por diversos povos indígenas, como os Waiwai e os Urubu[114], para lidar com a quase universal problemática sobre a natureza humana: a conceitualização do dualismo corpo e alma.

Nesse caso, por mais que o Projeto Xingu explicasse a relação da desnutrição com a má alimentação, ou devido à ingestão de alimentos inapropriados para pessoas dessa faixa etária, a solução apontada pela maioria dos pais era sempre tratar com o pajé, que conhece raízes que fazem a criança ter vontade de comer e engordar, mas que, paralelamente a esse cuidado, também considera as transgressões cometidas no processo de cura. Assim, suas intervenções podem amenizar as possíveis consequências indesejáveis para os transgressores.

Algo que também contribuía para tal escolha era o fato de que a anemia infantil, relacionada à falta de nutrientes adequados, geralmente se manifesta juntamente com um quadro de diarreias. Ao mesmo tempo, o *sulfato ferroso*, substância comumente prescrita pelos médicos nesses casos, pode também causar diarreia, além de sua versão xarope – que possui maior entrada nas farmácias dos polos – ter um gosto forte, que pode fazer a criança não querer comer após a ingestão. Com isso, muitas foram as falas, durante a ação, contra esse medicamento, e de apoio ao tratamento do pajé, visto que o tratamento dos biomédicos muitas vezes mostra-se "ineficaz" porque *provoca mais diarreia*.

Quando esse tipo de constatação era levantado por algum indígena nas falas públicas, os médicos não a contestavam, reforçando a importância do tratamento com o pajé. Por outro lado, como a *chefe da vacina* que escreveu *Talico* sem apagar *Kupé* na ficha individual de um indígena, as recomendações de *sulfato ferroso* continuaram sendo feitas pelos médicos que

---

[113] De certa forma, na sociedade ocidental também, mas por razões diferentes.
[114] Waiwai e Urubu são povos que apresentam o ritual *couvade*.

participavam da ação, durante as entrevistas com a família dessas crianças ou na consulta após a leitura do exame.

Em situações como esta, o respeito ao "Outro" exprimia-se em não contrariá-lo, sem, contudo, abrir mão dos preceitos próprios, o que, segundo a interpretação sahlinsiana (2008b), seria impossível. Isso porque as divergências de práticas medicinais ocorrem conforme o modo como a eficácia das práticas de cura[115] é interpretada por cada sociedade ou grupo, estando diretamente relacionadas às construções histórico-sociais[116], como interpretaremos a seguir.

3.3 - Defendendo a vida

As concepções biomédicas de saúde e doença, que estão atreladas às concepções de pessoa e corpo da sociedade ocidental, são expressas nas ações dos profissionais de saúde do Projeto Xingu tanto na imunização quanto na *Grande ação*. Em todas essas situações prevalecem as prescrições clássicas administradas a qualquer pessoa - indígena ou não - que manifeste determinados sintomas previamente classificados como característicos de uma doença nomeada pela biomedicina internacional (representada pela Organização Mundial de Saúde e, dentre outros, seu Código Internacional de Doenças). Nesses episódios, baseados em um preceito preventivo ligado à saúde pública, e respeitando as leis éticas mundiais de sua profissão, não há espaço para o novo, para arriscar, visto que tais doenças representam riscos de morte (um dos aspectos mais combatidos e pouco problematizados pela biomedicina), podendo trazer complicações criminais (de negligência clínica) ao médico envolvido.

No caso da vacina, por exemplo, é inconcebível para os representantes da medicina preventiva que um grande número de pessoas não queira se prevenir, pois este fato pode gerar ou manter a epidemia, como ocorreu no passado[117]. O protocolo preventivo deve ser seguido, mesmo em situações adversas e em diferentes realidades – como já mencionado no início deste capítulo.

Em relação às DCNT, mesmo que a medicina ocidental não consiga curá-las, os profissionais continuam colocando-a como a melhor solução preventiva. Um caso

---

[115] Sobre a eficácia simbólica do curandeiro, ver Levi-Strauss (2012).

[116] A utilização de qualquer medicina passa pela visão que os usuários possuem da doença/saúde e esta reflete, em grande parte, sua posição como membro de um grupo específico (LOYOLA, 1991).

[117] Apesar de existirem estudos que contestam as vacinas: "Custa entender que nem sequer contamos com uma vacina eficaz contra a gripe. A efetividade dessa vacina é inferior a 5% quando são descontados os viéses de seleção (são mais sadios, cultos e ricos aqueles que se vacinam contra a gripe, e isso distorce o resultado). Lamentavelmente, além disso, no caso concreto da vacina contra a gripe carecemos de ensaios clínicos que justifiquem sua utilização" (GÉRVAS e FERNÁNDEZ, 2011, p.11).

emblemático que presenciei, durante a vacinação, foi o de um jovem trumai com pressão alta que decidiu parar com a medicação biomédica, mesmo não tendo problemas em obtê-la (como acontece frequentemente em locais de difícil acesso, como a TIX), passando a se tratar com seu pajé e com ervas. Quando o médico verificou que ele estava há sete meses sem os medicamentos, alertou o rapaz de que passaria o caso para os médicos mais experientes do Projeto para saber se ele realmente poderia ficar sem o remédio.

Percebi que, por mais que nas três últimas medições dos profissionais de saúde a pressão do indígena tenha se mantido dentro da "normalidade"[118], o tratamento do pajé não gerou neles curiosidade sobre a planta (nome, características, modo de preparo etc.), muito menos sobre as ações engendradas pelo médico indígena. O médico não-indígena e a enfermeira não se mostraram animados com o fato de a erva *estar controlando* a pressão do rapaz. O fato é que não consideravam essa hipótese, afinal, essa é para eles uma "doença de branco", não sendo como as "doenças de reclusão", por exemplo, que podem acometer os jovens alto-xinguanos durante seu ritual de passagem, no qual há uma relação direta do uso de raízes com o estado de liminaridade do indígena[119].

A conversa terminou com os profissionais de saúde dizendo que, provavelmente, a decisão do jovem não traria maiores problemas, já que sua pressão estava controlada. Ao mesmo tempo, avisaram que, se um médico há mais tempo no Projeto confirmasse a necessidade do uso, ele *teria* que voltar a tomar o remédio.

Assim, observo que há determinadas DCNT como a hipertensão, obesidade e diabetes que, principalmente pela não existência de cura biomédica e uma perspectiva de consequências de debilidades graves e letais decorrentes destas doenças, ampliam, como no caso das vacinas, o poder de intervenção dos profissionais de saúde.

No caso do Xingu, o aumento de diagnósticos biomédicos dessas doenças é bem recente (PROJETO XINGU, 2009), o que tem gerado uma mobilização das lideranças e pajés no sentido de entender melhor o problema, descrito pelos não-indígenas, e buscar caminhos para explicá-lo e enfrentá-lo – como na ação de outubro, na aldeia Kwaruja. Porém, como a etiologia indígena não corresponde necessariamente à nossa, sendo parte de um sistema de

---

[118] Coloco normalidade entre aspas para enfatizar que essa é uma graduação relativa, estando nesse caso de acordo com os preceitos biomédicos. Sobre o tema, ver Canguilhem (2009).

[119] A associação dos efeitos maléficos das raízes à dieta, porém, é parte constitutiva da explicação indígena sobre a doença; segundo eles, a reclusão púbere está associada a uma série de proibições concernentes à dieta e atividade sexual, que se referem ao aspecto moral, assim como o aprendizado de artes e técnicas necessárias à formação de um adulto aproximado à personalidade ideal. As raízes são "venenosas" pois têm por patrono ("dono") um espírito que, aborrecido com o comportamento do adolescente recluso, pode causar-lhe a paralisia (VERANI, 1990, p.29).

cura que é fruto de uma construção social distinta, essas doenças, assim como outras, são passíveis de serem tratadas e, possivelmente, curadas pelos pajés.

Além disso, observo que a afirmação do poder de resolução do pajé ocorre mais frequentemente quando as prevenções sugeridas pelos biomédicos adentram a organização social do grupo. No caso do jovem acima relatado, a conversa ultrapassou diferentes concepções de cura, envolvendo diferentes concepções histórico-culturais sobre o que é doença. Para os biomédicos, a prevenção das DCNT só pode ser realizada atualmente interferindo-se no comportamento das pessoas, e seu controle, diferente do que ocorre com a vacina, necessita de apuração diária, não dependendo das visitas esporádicas dos não-indígenas para acontecer. Contudo, como salienta Silveira (2004),

> Com o acesso à biomedicina facilitado, merece reflexão também o quanto a noção de prevenção de doenças pode ser incompatível com o viver tradicional. Para os Yanomami, nem todas as doenças podem ser prevenidas, já que todos são vulneráveis a agressões xamânicas" (p.123).

A negociação sairia, portanto, da esfera pública, onde se costuma lidar com os "brancos", e adentraria a esfera local, onde "as representações sobre a doença não constituem um sistema autônomo, mas fazem parte de um prolongamento social tanto quanto da teoria do Corpo e da Pessoa à qual ela se integra" (VERANI, 1990, p. 31).

Assim, noções diferentes de pessoa e corpo[120] influenciam diretamente o reconhecimento de certos sintomas como uma "doença" (LANGDON, 2005), bem como os diagnósticos possíveis (aceitáveis), a escolha e a avaliação do tratamento, gerando situações "patológicas" e itinerários terapêuticos variados para se chegar ao mesmo fim: a cura (DUARTE, 2003). Logo, a concepção biomédica das doenças é diferente da de sociedades ameríndias, onde "há uma integração dos domínios fisiológico, sociológico e cosmológico, de maneira que eles se tornam intrínsecos uns aos outros" (FRANCO NETO, 2010, p.38). O nosso imaginário ocidental contemporâneo, ligado ao surgimento dos anatomistas, que distinguiram o homem de seu corpo, abrindo cadáveres e se deparando com exemplos de "máquinas humanas" cuja identidade é indiferente (LE BRETON, 2011), fez com que nosso

[120] Desde Mauss (1973) sabemos que a noção de pessoa é uma categoria fundada na experiência social, ou seja, uma construção coletiva que oferece um significado ao vivido. Assim, a ideia de uma pessoa como fenômeno natural/biológico está inserida no imaginário ocidental contemporâneo, sustentado pela biomedicina (LE BRETON, 2011), tanto quanto a *sócio-lógica* da construção da pessoa ameríndia está apoiada em uma *fisio-lógica* da fabricação de seus corpos, o que torna a pessoa e o corpo entidades simbólicas e não cindidas (SEEGER ET AL, 1987).

corpo se tornasse, genericamente, um "receptáculo de doenças" (p.285), ou ainda, um corpo a ser prevenido das doenças.

Com esse homem (alma/subjetividade) despregado de seu corpo (matéria), a medicina da cultura ocidental contemporânea dedica-se ao conhecimento da estrutura e função do organismo humano, às causas das doenças, aos métodos de investigação científica e de análise complementar de diagnóstico, além de outros métodos de racionalização biológica. Como Salienta Diehl e Rech (2004)

> No sistema biomédico, a eficácia é compreendida de acordo com avaliações farmacológicas e bioquímicas que determinam se a terapia escolhida produziu redução dos sintomas e outras transformações físicas e/ou psíquicas, restaurando a saúde, porém a percepção final dos resultados por parte do doente e pessoas envolvidas no processo de cura abrange necessariamente os aspectos culturais de tal uso e implica eficácia simbólica. (p.156).

E, por mais que os profissionais do Projeto sejam críticos ao modelo biomédico padrão, não deixam de reproduzir alguns dos preceitos deste sistema médico no qual foram formados.

* * *

Na intervenção biomédica e na ação de imunização, anteriormente tratadas, percebemos o uso de diferentes argumentos nos discursos biomédicos para legitimar suas intervenções. Estas medidas preventivas biomédicas são legitimadas por serem consideradas como "doenças de branco", apesar dos motivos pelos quais são assim definidas serem diferentes.

Assim, mesmo que as doenças "imunopreveníveis" sejam consideradas pela biomedicina como externas ao indivíduo (doenças transmissíveis por elementos da natureza), são tratadas como "doença de branco" no contexto da saúde indígena. Isto se deve à memória coletiva referente às grandes epidemias iniciadas com a chegada dos "brancos" no continente americano. Este fato justificaria a necessária "reparação" dos "brancos", que é realizada por meio das vacinas biomédicas.

Já as doenças crônicas não transmissíveis são consideradas uma consequência dos maus comportamentos dos sujeitos, dos maus hábitos[121], tendo como causa questões internas

[121] Fazendo uma comparação entre os sacerdotes religiosos e os "sacerdotes" médicos, Gérvas e Fernández (2011) dizem: "Quando ocorre [uma doença], quando o evento indesejável chega, não se faz a pergunta bíblica

ao indivíduo (desgaste de certos órgãos). Porém, seu aparecimento no Xingu, bem como o aumento dos diagnósticos na região, é associado ao maior acesso à alimentação industrializada, ou seja, às comidas do "branco". Sendo assim, também são denominadas como "doença de branco", uma vez que cabe a eles prevenir os indígenas dos malefícios da sociedade ocidental ou mostrar-lhes a melhor forma de consumir esses produtos, ou seja, uma forma menos maléfica e mais consciente de comprá-los, prepará-los e consumi-los. Ao mesmo tempo, considerar as DCNT como "doença de branco" justificaria avaliações biomédicas dos níveis de gordura e açúcar do corpo dos indígenas para *preveni-los* das consequências de graus avançados destas doenças.

Com isso, em um contexto de saúde indígena, a biomedicina e seus representantes detêm um "poder de prevenção" que, a partir de uma justificativa de que algumas doenças foram trazidas pela intensificação do contato com os não-indígenas e suas formas de viver, comer e se comportar, são "doenças de branco" e, portanto, são os não-indígenas que devem amenizar o problema, tendo uma dívida histórica de "arrumar o que desajeitaram".

Assim, para muitos dos profissionais de saúde não-indígenas, há uma clara separação entre o antes e o depois do contato dos brancos com os indígenas que fez "surgir" doenças antes inexistentes: "é preciso desenvolver ações no nível da atenção básica que minimizem o impacto sanitário negativo advindo do contato dos índios com a sociedade nacional" (PROJETO XINGU, 2013b). Já para muitos dos povos indígenas, e para os xinguanos – pelo que observei nos atendimentos e conversas informais –, a explicação para o aparecimento de doenças e/ou fatalidades (mortes) continua situada para além dos sintomas ou do que é biomedicamente comprovado, com cada caso sendo avaliado conforme a situação e com a inclusão da causa "contato com os brancos" no repertório de explicações indígenas.

Sendo assim, as práticas biomédicas são ressignificadas ao adentrarem no cotidiano indígena e seu universo, muitas vezes sendo aceitas, por exemplo, pelo alívio rápido que proporcionam. Isso, entretanto, tem sido visto pela etnologia indígena como pouco modificador do objetivo central indígena de entender e reverter as causas ocultas da enfermidade que os atinge, pois, ao mesmo tempo em que utilizam as práticas biomédicas, procuram em eventos passados "rupturas sociais, políticas ou metafísicas que subjazam à doença" (Langdon, 1988, p.257). Segundo Langdon (2001, 2005), os indígenas vêm demonstrando que é possível "absorver" o que lhes convém das práticas biomédicas sem

("quem pecou, ele ou seu pai?") mas a que combina com o século XXI: "Você se cuidava? Seguia as recomendações médicas?" (p.14).

negar sua própria medicina, mantendo a autoridade e a eficácia curativa da medicina tradicional.

Com relação ao "surgimento" de doenças pós-contato, Gallois (1991) traz importante contribuição quando, em seus estudos junto aos Waiãpi, pergunta-se sobre o real significado do termo "doença de branco", muitas vezes usado de maneira equivocada por diversos profissionais, entre eles, os próprios antropólogos. Segundo a autora, esta categoria surge das definições e discursos dos não-indígenas envolvidos com a saúde indígena, que, como visto, justificam suas intervenções na área da saúde com objetivos salvacionistas, alegando que estes se consideram impotentes diante das "doenças de branco" (p.177). No entanto, para os Wajãpi, o termo "doença de branco" não designa todas as doenças surgidas após o contato, como na definição não-indígena, estando presente na pluralidade causal do sistema médico indígena.

Por isso, Gallois considera o uso indiscriminado da categoria "doença de branco" por aqueles que não são indígenas como uma confirmação da ideia evolucionista de que a medicina mais "racional" e científica deveria substituir a "irracional" e mais tradicional. Para ela, a categoria "doença de branco" não foi introduzida recentemente no sistema waiãpi de explicação da doença, tendo sido integrada como parte de seu sistema etiológico por conter teorias do contágio e doença relacionadas à aproximação de povos distantes, sendo as intervenções médicas dos "brancos" vistas muito mais como opção terapêutica do que explicação causal. Portanto, as incorporações de práticas biomédicas não substituiriam os sistemas etiológicos tradicionais, uma vez que estas práticas seriam habitualmente incorporadas na esfera dos efeitos e não das causas (p.200).

Por outro lado, Cardoso (2004) confere o surgimento das categorias "doença de branco" e "doença de índio" aos indígenas e a ressignificação dessas categorias aos não-indígenas, pois

> A primeira [categoria], usada pela população local [indígena] para se referir às doenças que os índios "pegaram" ou "pegam" no contato com os "brancos" (principalmente doenças viróticas e infecto-contagiosas), tem sido re-designada como doença "física/orgânica" e, portanto, sujeita à competência da "medicina dos brancos"; a segunda, utilizada pela população local para se referir às doenças ou sintomatologias reconhecidas no sistema classificatório e terapêutico nativo, em "doença espiritual", sujeita, pois, ao tratamento performatizado por pajés ou outros especialistas terapêuticos locais (p.163).

Sem discordar das afirmações anteriores, gostaria de esboçar uma análise política dessas permanências ou "não substituição", uma vez que meu argumento ao longo deste trabalho é que nessas relações interétnicas não existem permanências sem transformações, e

vice versa. Dito isso, acredito que essa "autoridade e eficácia curativa da medicina tradicional" teria se tornado um código compartilhado da relação interétnica na TIX. Essa autoridade da medicina indígena seria potencializada pela quantidade elevada de curas realizadas pelos pajés em pessoas visivelmente fora de seu estado "normal" em comparação à biomedicina, que muitas vezes tratará o enfermo, mas não dirá que realizou a cura. Muito pelo contrário, é comum os médicos alertarem seus pacientes de que *eu vou te receitar dipirona, mas provavelmente esta dor vai voltar enquanto você não melhorar seus hábitos*, ou *vou aplicar essa injeção aqui, mas daqui a três meses vamos ter que fazer nova aplicação, porque esses sintomas vão voltar*, não correspondendo ao que os indígenas entendem por cura.

Às vezes, aquilo que seria classificado pelos agentes biomédicos como um episódio de uma doença mais grave, que não cessará com o término do quadro agudo, será a cura do pajé. E, caso ocorram novas crises, curas diversas serão realizadas pelo pajé, podendo haver reavaliação do diagnóstico anteriormente dado quantas vezes isso se mostrar coerente com a lógica desse sistema de saúde, assim como ocorre na nossa medicina, quando ainda se busca um *diagnóstico preciso*.

Essas curas não seriam curas? O pajé curaria somente algumas doenças e sintomas, pois a cura de fato só ocorre quando aniquila-se por completo determinada manifestação perturbadora ao estado de bem-estar do indivíduo? E, desconsiderando-se momentaneamente a ética oficial vigente na prática biomédica atual[122], qual dessas situações mais se aproximaria do objetivo último propagado pelos órgãos biomédicos de que "a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade" (OMS, 1978): processos sucessivos de cura ou tratamentos de sintomas de doenças "sem fim"?

É devido a essas disparidades lógico-explicativas existentes entre os sistemas de cura que os agentes envolvidos nessas relações culturais aqui analisadas mobilizam certos códigos compartilhados em saúde: enquanto os profissionais do Projeto demonstram sua eficácia pela prevenção, os pajés indígenas demonstram-na pela cura. Não que o primeiro também não cure, ou que o segundo não previna, mas no diálogo intercultural que presencio entre indígenas e Projeto Xingu, não é raro ouvir os não-indígenas dizerem *eu não curo, quem cura é o pajé*. Isso não o deslegitima naquele contexto, como veremos no capítulo seguinte.

---

[122] Ética pautada nas regras e valores da sociedade ocidental, não de outras sociedades, não podendo ser classificado como "mentira" ou "charlatanismo" o ato do pajé curar várias vezes, por exemplo, uma pessoa com um quadro que os biomédicos considerariam episódios de "glicemia descompensada" de um diabético, logo, algo incurável. A cura *em si* é um conceito bastante polêmico que permeia as correntes que existem dentro da biomedicina. Para uma discussão sobre o conceito, ver Canguilhem (2009).

Assim, nessa negociação, o poder de prevenção dos não-indígenas leva a uma prática preventiva impositiva, não na forma, mas no conteúdo, pois para estes, todas as doenças são substantivos com características próprias[123], enquanto que, para os indígenas, substantivas são as pessoas, e são elas que têm características próprias, sendo uma delas a "fragilização" em determinados momentos da vida.

Essa prevenção partiria de uma vontade de manter as populações da TIX afastadas dos "grandes males" que acometem atualmente nossa sociedade, expressa em frases como *queremos preveni-los de nós mesmos* e *é uma pena que esses problemas estejam começando a surgir no Xingu*, ou retardar ao máximo essa contaminação. Isso mostra certa continuidade entre o pensamento humanitário dos Villas Bôas e os ideários do Projeto, além de certo envolvimento sentimental dos profissionais com seus atendidos, como também veremos no capítulo quatro.

Para encerrar esse assunto por ora, sem pretender qualquer caráter conclusivo, vale destacar que, em quase todas as entrevistas dos membros do Projeto, expressou-se a preocupação em demonstrar que o envolvimento mantido entre os profissionais e os indígenas fora o mais ético possível. Explico: como o trabalho em área distancia-se dos grandes centros, tanto o acesso às atualidades médicas, quanto à avaliação do serviço prestado são escassos e deficientes, dando maior liberdade para o profissional agir conforme seus próprios preceitos, ou utilizar sua posição de profissional da saúde para alcançar outros objetivos que não a saúde dos atendidos. Em um ambiente onde se concorre com outros curadores e outros sistemas de cura, todos os entrevistados afirmam não ser difícil um profissional perder seus parâmetros, uma vez que a vivência *em área* é desestabilizadora e traz questionamentos à nossa sociedade e à própria biomedicina, na qual o profissional estudou durante anos para se tornar um de seus representantes.

Por isso, os profissionais do Projeto sempre enfatizam a atualidade de suas práticas, o quanto estudam e se atualizam, e o quanto um profissional tem de estar bem formado para desenvolver um bom trabalho nesses locais. Por um lado, justificam tal exigência porque somente assim o profissional da saúde conseguirá lidar com as adversidades e falta de tecnologias que se enfrenta *em área*. Mas, fazendo isso, se "automedicam" frente à possibilidade de serem considerados menos científicos, ou menos médicos, o que os faria perder credibilidade não só perante os indígenas como perante os não-indígenas.

---

[123] Sendo que a doença é considerada similar de um indivíduo para outro, qualquer que seja seu suporte (a pessoa), e independentemente do contexto sociocultural no qual ela evolua (BUCHILLET, 1991, p. 25).

Justamente por estarem distantes do atual foco de ação da área de saúde no Brasil, com seus modernos e bem equipados centros clínico-hospitalares, os profissionais procuram sempre embasar racionalmente seus argumentos e procedimentos. Quando os questionava se já tinham sido atendidos por algum pajé ou método indígena de cura, aqueles que já tinham não economizavam em afirmar, concomitantemente, que sabiam as razões biomédicas de seu problema, mas que os tratamentos indígenas estreitavam laços e eram confortantes. Contudo, sempre traziam a hipótese de diagnóstico que tinham com base nos conhecimentos da medicina ocidental. Diziam, *eu estava com uma diarreia e o pajé resolveu vir me curar*, ou *e eu melhorei, mas também, já fazia três dias que eu estava ruim, então eu naturalmente melhoraria*. Procuram assim mostrar sobriedade, um não-encantamento com as práticas indígenas, por mais que já as tenham utilizado, mantendo-se alinhados aos preceitos biomédicos.

Por algum tempo, eu acreditei que seria visto como certo elogio falar a determinado profissional que seu procedimento destoava dos médicos e enfermeiras que me atendem, os quais me examinam de forma rápida e objetiva. Mas, para a minha surpresa, tal afirmação era sempre recebida sem muita *honra*. Em seguida, respondiam-me com uma afirmação da cientificidade de seus procedimentos e de como todas suas ações eram cientificamente comprovadas como corretas e/ou eficazes pelas mais recentes pesquisas biomédicas. O caso do indígena diagnosticado como diabético narrado logo no início desse trabalho comprovou-me essa impressão passada pelas entrevistas.

Recentemente, entrei em contato com Cássio para que ele me ajudasse com algumas conceitualizações médicas, visto que, apesar de ter vivenciado aquela situação, não sabia exatamente os procedimentos envolvidos para poder descrevê-los neste trabalho. No término do diálogo, disse-lhe que notei o fato de o paciente ter aceitado sua intervenção e não a da residente, e que enxergava ali uma confiança. Contudo, em sua resposta, ele me descreveu, sem cerimônias, as medidas tomadas com base nas limitações locais, e disse que *a residente na realidade ficou nervosa porque no hospital costumamos tratar esses quadros com internação e insulina.* [No dia] *tratamos de outra forma, com hidratação oral, restrição da dieta e aumento da dose do medicamento com sucesso*. Também lhe falei sobre a interpretação simbólica transmitida pelo indígena a ele no dia seguinte, perguntando como julgaria aquilo. No primeiro contato, ele não falou sobre esse assunto e, no segundo, respondeu-me somente: *não lembro disso*.

Mas, se as interpretações indígenas das doenças não são *lembradas* quando se tratava de alguma doença considerada como “doença de branco” pelos profissionais de saúde não-

indígenas, a história muda quando estes profissionais participam de curas indígenas e têm suas certezas biomédicas postas a prova, ou experimentam ser “doentes de índios” – quando experimentaram passar por procedimentos de cura indígena.

4 - SENDO O *PERSISBERTO MOTIVADO FLEX:* TRABALHANDO JUNTO

Por mais que os profissionais de saúde do Projeto Xingu afirmem quão biomédicos são, há situações em que deixam transparecer o quanto a relação com essas diferentes culturas afetou-os no próprio modo de ser, de se portar e de considerar certas *etiquetas xinguanas* – valores dos indígenas que lhes são transmitidos – mais adequadas que aquelas disseminadas pela sua própria sociedade de origem, fazendo-os serem mediadores na tradução de valores, como veremos nos próximos itens. Será um capítulo repleto de relatos e sensações que coletei nas entrevistas e nas situações que presenciei, trazendo nas entrelinhas das ações biomédicas, relatadas no terceiro capítulo, as permeações interculturais, a elaboração de códigos compartilhados, e a fusão da defesa da vida com a defesa da diversidade cultural como objetivos de mesma relevância para boa parte dos profissionais do Projeto Xingu.

4.1 - Sendo *sincréticos*

Desde meados da década de 1980, quando os profissionais envolvidos com o Projeto Xingu resolveram estreitar mais os laços com a população local, aproximando-se dos *cuidadores tradicionais* e iniciando os mais variados cursos para os indígenas na TIX, a noção de respeito aos povos e suas culturas tem se pautado pela máxima *respeitar não é se manter distante, mas é observar, ouvir, dialogar e, se possível, fazer junto (Helena).*

Todos, indígenas e não-indígenas com quem conversei[124], apontam Dr. Cássio como o precursor de tal comportamento que, segundo ele, começou a ser feito mais por curiosidade pessoal, *algo intuitivo,* do que por achar que assim criaria uma relação de respeito e isso seria *bem visto*: "*Há uma valorização da prática tradicional, porque há sim esta assimetria do médico arrogante que vai lá. Então, eu perguntar para o pajé* 'o que você acha?' *Eu o valorizo. Não faço isso para valorizá-lo, mas é um efeito, e as pessoas veem isso".*

Disse que, enquanto os outros biomédicos que viajavam para a TIX quase não comiam nem bebiam das alimentações indígenas, apenas provavam por educação, ele sentia muita curiosidade e vontade de experimentar, adentrando mesmo naquela diversidade. Em uma conversa que tivemos, ele recordou um momento emblemático de sua relação com os pajés. Certa vez, Cássio e os pajés estavam fumando em uma roda de conversa quando ele

[124] Tanto os profissionais não-indígenas do Projeto Xingu, como lideranças indígenas do Xingu, como Mauri Ikpeng e Monowi Kawaiwete, citavam que *foi Cássio que começou com essa ideia de trabalhar junto com pajé*.

pediu para aprender a *fumar como pajé*, estes explicaram que era preciso tragar, não soltar, e tragar mais. O médico resolveu experimentar, mas de tanto tragar e não soltar a fumaça Cássio teve o que chamou de *hipoxia*[125]. Disse só se lembrar de sua terceira tragada e depois, já deitado, de um indígena falando *e aí, ele está vivo mesmo?*

Com essa relação mais próxima estabelecida, os profissionais passam a presenciar as pajelanças e procedimentos diversos da medicina tradicional, como o trabalho das parteiras e os conhecimentos dos raizeiros. Para alguns membros do Projeto, foram também ofertados tratamentos médicos indígenas. Percebo que, quanto maior o envolvimento, vínculo e convívio destes com determinada região ou população (visto que alguns ficam somente em um polo base, que geralmente tem a predominância de um ou dois povos), mais era atribuída à enfermidade do profissional uma explicação ou terapêutica relacionada ao universo indígena.

Começando por relações mais corriqueiras, as características mais comuns de todos os povos indígenas que conheci em campo são a observação e o cuidado. Estão sempre observando uns aos outros, o que diminui as chances de alguém ficar desassistido em um momento de dificuldade ou de doença. Foi graças a essa constante observação que Cássio escapou da picada de uma cobra pouco antes de deitar em sua rede, sendo empurrado pelo indígena que o acompanhava, bem como foi alertado da ardência de uma pimenta por um indígena que o observava cheirá-la e que resolveu preveni-lo, tirando-a de sua mão antes que colocasse na boca, supondo que ele não sabia o que era. Uma enfermeira também me contou que, certa noite, quando um raio atingiu a casa da equipe, ela mal tinha se dado conta do ocorrido e já estava cercada de quase todos os homens adultos da aldeia, que fica a pouco mais de 300 metros da casa, enviados pelo cacique, que disse ter sonhado com fogo relacionado com ela.

Com relação ao cuidado que os indígenas têm com alguém que está doente, nos casos de mal-estares mais banais, foi comum, após meu questionamento aos entrevistados se alguma vez tinham se tratado com a medicina indígena, eles responderem que, quando sentiam alguma dor ou mal-estar, era de costume vir algum indígena oferecer-lhes preparados com ervas ou raízes. Duas histórias ilustram bem esse tipo de situação. A primeira é a de uma enfermeira que tomou raiz porque estava tão mal que não conseguia sair da rede:

---

[125] Falta de oxigênio na cabeça que pode ser provocado por uma série de ações, dentre elas, preencher o ar respirado por grande quantidade de fumaça.

> *Me deu uma diarreia, porque eu acho que peguei uma intoxicação, que me fez ir para a UBS me arrastando, com vômito, mal-estar. E com isso, todo mundo já estava sabendo que eu estava doente. À tarde, eu estava na rede quando o Michel* [Kawaiwete] *foi lá "Ana! Ana! Você não tá bem?", "não", respondi. Ele comentou "eu to sabendo" e falou "tem um remedinho que minha mulher sabe fazer, você quer?". Então eu pensei "ai, não sei", porque eu nunca tinha tomado essas coisas de raiz, nada. Então eu perguntei "é bom?", e ele respondeu "é bom, melhora rápido, se quiser eu trago para você". Eu então disse "eu quero, pode trazer". Ele foi buscar, voltou, e quando voltou, falou que era só uma gotinha, uma colherzinha de chá, que ele preparou e me deu. Perguntei "só isso que eu tomo?", "é, só isso, se precisar amanhã você toma de novo, mas não vai precisar não" e completou "vou deixar você descansar". Ele foi embora, eu dormi e, no outro dia, eu acordei e parecia que não tinha nada, nada! Acordei outra! Eu falava "gente, eu não acredito! Quem me viu ontem e me ver hoje vai achar que eu estava mentindo".* [ontem] *Eu não tinha força para ir no banheiro, aquele mal-estar, aquela dor, diarreia feia, vômito,* [mas no dia seguinte] *não tinha nada, estava ótima, dava para sair correndo, então eu pensei "gostei desse remedinho" – risos (Ana).*

A segunda história é de outra enfermeira que passou mal no meio de uma estrada entre uma aldeia e outra - segundo ela, devido ao que tinha comido (macarrão instantâneo):

> *Para mim foi uma mistura de baixar pressão, com um mal estar geral, não sei direito o que foi aquilo, mas pedi para descer da Toyota e eu vomitei e senti a minha pressão baixar. Então, fiquei branca, comecei a suar, minha visão escureceu e eu falava com o Pãpã* [Kisêdjê], *mas não ouvia o que eu falava, e eu dizia "me ajuda, eu não quero morrer aqui". Ele, então, me segurou, foi lá no mato, pegou uma folha que eles usam para acordar a pessoa, esfregou no meu corpo, perto do rosto, esfregou na mão, deu para eu cheirar, e eu acordei. Eu estava me sentindo muito vulnerável. Estava ali, sozinha com ele, passando mal, eu não sabia se eu tinha tido algo mais grave, se tinha só baixado a pressão. Por mais que você seja da área da saúde, você fica meio inseguro, pensando "vai que eu tive um treco no coração e eu não tenho pra onde ir agora, como eu vou ser socorrida aqui?". Então eu fui acordando, melhorando e, quando dá esse negócio de baixar a pressão, depois você fica meio sonado, com enjoo. Quando cheguei na aldeia, ele* [Pãpã] *falou na língua com os pais do Maiori, porque um é pajé e a outra é parteira, e eles têm uns 60 anos de idade, uma graça os dois. Daí ela veio, me botou na rede, me mandou dormir, o outro trouxe comida, outro trouxe um pouco de raiz para ficar mais forte que eu não consegui pedir explicação do que era, porque eu estava muito cansada, e eu capotei, me entreguei ali. E depois fiquei sabendo que todo mundo no rádio sabia que a enfermeira tinha passado mal, que tinha sido cuidada por eles, que tinha tido pajelança e que já estava tudo bem. Ele veio rezar pra mim, porque ele era rezador também, fumou um pouquinho, e foi uma delícia (Marta).*

Nas duas histórias, vemos o cuidado que os indígenas tiveram em observar, perceber que a pessoa não estava bem, e cuidar dela assim que consentia – no primeiro caso de forma direta, quando a enfermeira aceitou e, no segundo caso, quando a doente pediu ajuda. Nessas situações, percebemos que os indígenas, tendo conhecimento de métodos nativos para amenizar a dor dos não-indígenas, não hesitaram em oferecer ajuda. Entretanto, esperam a

decisão da pessoa para agir, demonstrando uma maneira diferente de lidar com o cuidado[126]. Verani (1990) observou a mesma lógica entre os Kuikuro:

> Em uma ocasião, ao chegar à aldeia, o monitor foi informado de todos os casos de doença. Não demonstrou intenção de atendê-los, no entanto, até ser chamado pelos familiares, como é a atitude tradicional do pajé (/hâáti/) e do dono dos remédios (/emputa oto/). Nenhuma assistência é prestada sem a solicitação dos familiares. Pude presenciar, em outras ocasiões, casos ilustrativos do caráter intervencionista que a nossa medicina ocidental faz prevalecer e o quanto a medicina tradicional Kuikúro respeita as decisões dos familiares (p.59).

A enfermeira Marta disse também ter se tratado com ervas a partir de uma iniciativa sua, buscando melhorar sua respiração, prejudicada por conta do cigarro. Certo dia, ela disse que procurou um raizeiro Yawalapiti para saber se ele tinha algum *remédio para parar de fumar*, porque ela estava se sentindo muito fraca por conta do cigarro, estava fumando muito. Foi quando ele explicou que, na cultura dele, fumar é coisa de pajé, e que inclusive achava estranho as mulheres da EMSI fumarem, mas, como elas também são da área da saúde e vivem envolvidas com a cura, talvez fossem os espíritos que fizessem a maioria dos profissionais da saúde querer fumar tanto. Dito isso, ele respondeu que não tinha remédio para parar de fumar, mas que conhecia uma raiz para tirar do corpo da pessoa o excesso de fumaça, que vai para a barriga, e por isso era uma espécie de vomitório:

> *Eu passei uma manhã inteira tomando o remédio (eu tinha que tomar 5 litros) e vomitei muito. Passei o dia inteiro em jejum, porque não sentia vontade de comer mesmo e, no outro dia, eu me senti muito bem, com uma disposição que há muito tempo eu não sentia. Foi bem impactante (Marta).*

Ela enfatizou que o raizeiro a acompanhou o tempo todo. Na noite anterior, ele dormiu já em jejum, para estar *de uma maneira espiritualmente boa* para pegar a raiz, e foi ao mato bem cedo para pegá-la. Pediu a ela para que também ficasse em jejum. Disse que chegaria a casa dela às 6h da manhã e que prepararia o remédio em sua panela. Explicou que, como ela não era acostumada, administraria a quantidade do remédio semelhante a que é dada para menino na reclusão porque, do contrário, ela não aguentaria. *No terceiro copo eu já fui para o banheiro com uma pressão bem forte no estomago e vomitei (Marta).*

Essas foram situações de tratamentos feitos com ervas e raízes terapêuticas conhecidas pelos indígenas, que compõem um ramo de sua medicina. O tratamento com ervas

---

[126] Talvez fosse esse tipo de negociação, anterior ao atendimento, que faltava aos médicos descritos por Lévy-Bruhl (2008) pois, após curarem indígenas que beiravam a morte, ao invés de receberem agradecimentos e reconhecimento, como esperavam, eram cobrados por aquelas intervenções que, na concepção dos indígenas, alteravam toda sua pessoa, seu status, seu relacionamento com seus iguais.

guarda muitas semelhanças com nossos fármacos e geralmente são mais legitimados por representantes da biomedicina, despertando o interesse de muitos para descobrirem e classificarem essas substâncias (CUNHA, 2009c; DIEHL e RECH, 2005; FOLLER, 2004). Contudo, apesar de tal semelhança, os sistemas de saúde indígenas e não-indígenas guardam, muitas vezes, diferentes formas de conceber a função desses remédios:

> As diferentes ideias e concepções de saúde, doença e cura, portanto, afetam as maneiras pelas quais os medicamentos e remédios são usados e avaliados pelos indivíduos. Em alguns casos, o que é considerado efeito secundário ou colateral pela medicina ocidental é adotado por outro sistema terapêutico como um requisito que participa do processo de cura (Etkin, 1992[127]). Dessa forma, vômitos, diarreias, pruridos ou salivação decorrentes do uso de um medicamento podem indicar que a doença e seus agentes estão sendo expulsos do corpo (DIEHL e RECH, 2004, p.156).

Mas os métodos terapêuticos indígenas são muito mais amplos do que o trato com ervas e raízes, sendo pensados conforme a situação da pessoa enferma[128]. Alguns membros do Projeto, em número inferior aos que tomaram algum preparado de ervas e raízes, passaram também por pajelanças, que podem ou não envolver a utilização de ervas, mas cujo foco da terapêutica são as ações desempenhadas pelo pajé e, consequentemente, pelos espíritos que o auxiliam. Um caso emblemático desse tipo de tratamento aconteceu com Cássio que, vale lembrar, é um dos médicos há mais tempo no Projeto e na TIX. Em 2007, ele foi diagnosticado com depressão aguda. Ele encontrava-se afastado do serviço quando uma liderança Kawaiwete veio a São Paulo para outros compromissos e, notando sua ausência, entrou em contato com o médico e pediu para vê-lo, para conversarem:

> *E então o Api Kawaiwete fez uma anamnese[129] comigo, perguntou o que eu estava sentindo, como que era etc. e disse "Olha, isso aí que você tem a gente conhece, meu povo sabe tratar, os Kawaiwete. Na nossa cultura, uma doença desse tipo não é fácil de tratar, então a família tem que procurar os pajés. Como você não tem família lá, mas como nós somos quase parentes, eu posso fazer o papel da sua família. Se você me permitir, eu falo com os pajés se dá pra cuidar de você". Eu disse "claro, considero você quase meu irmão. A gente já viveu tanta coisa junto".*

---

[127] ETKIN, N.L. "Side effects": cultural constructions and reinterpretations of Western Medicine, **Medical Anthropology Quarterly**, 6 (2): 99-113, 1992.

[128] Na antropologia, sabe-se há bastante tempo como o campo do xamanismo é complexo (LEVI-STRAUSS, 2012). No caso do Alto-Xingu, por exemplo, Barcelos Neto (2007), Junqueira (2005) e Cardodo et al (2012) ajudam-nos a entender as mais variadas formas de se interpretar o mal de uma pessoa, como a dos Waurá, onde "toda doença grave corresponde a múltiplos e seguidos raptos de frações da alma do doente pelos *apapaatai* [espírito]" (BARCELOS NETO, 2007, p.74) ou a dos Kalapalo, para quem "o episódio original da manifestação de alguma doença possibilita a abertura para a ação de outros *itseke* [espíritos]" (CARDOSO, 2012, p.15).

[129] Cássio utiliza o termo anamnese nessa situação com a intenção de inverter o papel médico/paciente.

Depois de um mês dessa conversa, chegou o recado de que o médico precisava ir para a TIX com sua esposa e um irmão. Como ele não tem irmãos, ele levou um primo, *que para eles é tipo irmão, primo-irmão*[130]. Assim, ele ficou em tratamento por mais de dez dias em uma aldeia Kawaiwete pequena, mas que, naquele período, estava cheia de visitantes ("*subiu* [o rio] *muita gente para lá*"). Nesse tratamento, ele passou por *todos os rituais de resgate de alma, e todos os cuidados, de dieta. Eu não podia fazer nada, não podia fumar, não podia comer isso, aquilo, não podia banhar no rio (Cássio).*

Por fim, ele voltou para São Paulo com a prescrição de muitos cuidados, dentre eles não poder trabalhar tão cedo. Porém, após certo tempo, chegou outro recado, dizendo que os pajés estavam sonhando muito e que estavam preocupados, achando que era necessário continuarem o trabalho. Ouvindo isso, o médico disse que não poderia ir naquele momento para o Xingu, mas seu amigo lhe esclareceu que não era para ele ir lá, os pajés que viajariam até a casa dele, em São Paulo, porque eles achavam que tinha feitiço também naquele local. Assim,

> *Eu aluguei uma van e eles vieram, ficaram quase duas semanas na minha casa, e fizeram um 'exorcismo total', desinfetaram tudo, tiraram tudo que era espírito, mamaé, feitiço que tinha lá. (...) Ao mesmo tempo eu continuava tomando meus anti-depressivos e sarei, fiquei bom. Falei com o meu psiquiatra, disse que queria largar meus remédios, ele falou que era cedo, mas eu expliquei que tinha feito pajelança e ele era* um médico sensível. *Eu acabei largando e fiquei bom.*

Algo que me chamou a atenção nesse relato foi o médico, logo após ter contado todo seu tratamento, ter me passado sua opinião sobre aquela vivência e no que ela tinha contribuído para sua melhora:

> *Obviamente, essa é uma doença crônica, tenho que ficar me cuidando, mas foi fantástico, pra mim, porque ser paciente é muito interessante. O meu caso era depressão, e quando se está deprimido, a autoestima diminui e a pessoa precisa de colo. E o que os caras me deram foi colo, tiveram um cuidado comigo. Para você ter uma ideia, para eu ir ao mato fazer cocô tinha que alguém ir comigo, por causa dos espíritos; o que eu fosse comer tinha que ser feito por aquela menina que não está menstruada etc. Me deram um monte de cuidado, de carinho. Independente daquele monte de coisa que eu tomei, vomitei, passei, e pingou no olho etc., ver aquele monte de pessoas mobilizadas só em torno de você, daquilo que você tem, isso é um conforto fantástico. Eu acho que isso já é grande parte do processo de cura... mais umas plantinhas, umas rezinhas, uns espiritinhos, resolve, e um pouco de Citalopram*[131]*, porque ninguém é de ferro, 10ml por dia (risos).*

---

[130] Sobre o parentesco ameríndio e o significado da parentela ver Viveiros de Castro (1995, p.7-24).
[131] O Citalopram é um medicamente antidepressivo.

Nos outros relatos de experiências como essa, envolvendo doenças consideradas mais graves pela biomedicina, os profissionais que receberam tratamento indígena finalizavam da mesma forma, dizendo *me senti muito cuidada (Marta)* ou algo do tipo, sem cogitar ter ocorrido uma cura de fato. Assim como o médico que fez todos os procedimentos, mas continuou tomando os 10ml de seu medicamento porque a *depressão é uma doença crônica*, uma enfermeira também fez pajelança e viu o pajé *cuspir o feitiço na mão*, mas não se sentiu curada, porque, como diagnosticado pela biomedicina, tem endometriose, *uma doença bem complicada*.

Lembrando da discussão do capítulo anterior sobre as sucessivas curas dos pajés frente aos eternos cuidados biomédicos de doenças sem cura, fica ainda mais claro como as diferentes concepções de doença geram distintas concepções de cura e do sentimento de estar curado – incluindo também os diferentes significados dados aos sintomas, dor, tratamento etc.

O fato de um médico não-indígena, e respeitado por todos, ter se entregado aos cuidados de alguns pajés foi muito simbólico em diversos aspectos. A começar pelo fato de esse episódio ter, segundo ele, o aproximado ainda mais dos pajés e dos indígenas, pois a notícia se espalhou rápido, por toda a TIX, com os indígenas dizendo *agora a gente acredita que você acredita*. Por outro lado, é utilizado pelos pajés para autoafirmarem seu poder de cura, seu prestígio e também a eficácia de sua medicina – como Buchillet (2002) também notou entre os Desana e suas versões etiológicas sobre a malária.

Durante a oficina culinária na aldeia Kwaruja, descrita no capítulo três, Helena perguntou a Monowi, um grande pajé Kawaiwete, qual era sua opinião sobre a *doença mental*. Respondendo sua questão, ele disse que pode ajudar a pessoa desde que a família do doente o procure e peça-lhe ajuda para curá-lo. Sabendo do caso, ele começa a procurar qual(is) espírito(s) está(ão) envolvido(s) nesse caso, em particular através dos sonhos dessa pessoa, mas somente revela o que é e como trata após o pedido da família – novamente sendo demonstrada essa espera pelo pedido de intervenção, como nos casos de doenças mais corriqueiras, relatados anteriormente.

O pajé disse existir espíritos que são *bons companheiros* e que, assim como Helena, ajudam a trazer as informações certas - fazendo referência às atividades educativas engendradas pela médica, descritas no capítulo cinco. Foi então que ele relembrou o caso do médico com depressão, pois os espíritos *já sabiam o que estava fazendo mal para o Cássio desde antes dele vir aqui* [Xingu]. *Eu e Api Kawaiwete já sabíamos o que estava acontecendo.*

Segundo o pajé, a casa onde Helena e Cássio moram, em Lins, interior de São Paulo, era terra de outro povo indígena e foi um local de disputa entre pajés antigos, que moravam antes em uma mesma aldeia. Ele explicou a doença do médico da seguinte forma: *tinha mulher deitada com ele, por isso estava afastando esposa dele, porque não era ele, era um espírito ruim. Ela tem cheiro forte, muito forte, deixa você fraco, então esse espírito estava fazendo mal para Cássio*. Monowi também explicou que aquilo que ele pingou no olho do médico era para diminuir suas tonturas e, por fim, que ele, pajé, juntamente com os espíritos, continuaram vigiando o caso do Cássio por dois anos, *para o espírito não voltar*.

Na mesma conversa, o pajé relatou o caso de outro médico que também o procurou para ser tratado, pois já tinha se tratado com um indígena de outra etnia, mas o problema não tinha sido resolvido, *daí eu fumei o charuto e depois de uns cinco minutos ele falou que melhorou*. Nessas histórias, vemos uma afirmação do pajé de que ele sabe cuidar dessas doenças chamadas por Helena de *doenças mentais*, mas, além disso, de que ele sabe cuidar de doenças que afetam os brancos melhor do que outros pajés, apoiando-se na eficácia terapêutica de seu tratamento em Cássio.

4.2 - Submetendo as categorias culturais a riscos empíricos

É a partir dessas experiências e relações que foram construídas durante décadas de convívio entre o programa de extensão Projeto Xingu/UNIFESP e povos indígenas da TIX que esses profissionais também vivenciam muitos tratamentos tradicionais. Em algumas ações, conseguem traduzir exatamente o que ocorreu, segundo os parâmetros biomédicos, como as manobras feitas pelas parteiras em alguns partos, que correspondem a técnicas semelhantes às feitas por obstetras não-indígenas.

Mas, em outros episódios, a comparação é mais difícil. São nesses momentos, pensados como fruto de *coincidências*, que os profissionais não-indígenas se perguntam *como?* e, sem acharem, ou sem procurarem por uma resposta, simplesmente constatam que aconteceu. Isso porque essas *coincidências* são observadas pelos profissionais quando o doente melhorou, sendo este fato colocado como o que realmente importa – veremos mais adiante a decepção quando o paciente morre.

Quando os profissionais são questionados sobre a medicina tradicional e a figura do pajé, surge novamente aquela ideia de que o cuidado e o conforto por ele proporcionados são fundamentais. Uma enfermeira, certa vez, contou-me uma situação dessas:

> *(...) Era um parto difícil, a criança não nascia de jeito nenhum, a mãe já estava ansiosa, e quando o pajé chegou, ela ficou calma. E ele foi fumando, sem fazer nenhuma manobra com a mãe, só foi fumando, passando a mão na barriga da mãe. Não deu dez minutos, a criança nasceu bem, e a mãe ficou tranquila (enfermeira - entrevista).*

Os membros do Projeto contam sobre casos em que, por conta do vínculo já estabelecido, conseguiram negociar adaptações para que ambos, profissional biomédico e pajé, pudessem tratar o mesmo paciente. São exemplos dessa interação a enfermeira ir até a casa do recém-nascido para dar vacina, pois a criança não pode sair, como mencionado no capítulo anterior, ou ainda levar o pajé, junto com o paciente, para um centro de referência mais especializado de biomedicina. Cássio me contou sobre a primeira vez em que surgiu essa ideia – história que foi igualmente publicada em uma revista, a qual segue:

> Uma vez, fui chamado para atender um jovem recluso em um canto da casa de uma aldeia do Alto Xingu. A reclusão integra o rito de passagem de criança para jovem guerreiro e, no caso dos rapazes, pode estender-se por longos períodos, quando ele fica recluso em sua própria casa, num reservado. Nesses períodos, sua alimentação é restrita e ele deve tomar infusões e vomitórios frequentemente, assim como banhos com ervas após a escarificação do corpo com uma arranhadeira de dentes de peixe-cachorro. Nesse caso, o rapaz apresentava sinais de intoxicação caracterizados por perda da força muscular e sensibilidade nos membros inferiores. Esse quadro, eu sabia por estudos anteriores de pesquisadores do Projeto Xingu, pode progredir e, ao atingir a musculatura do tórax e diafragma, levar à morte por falência respiratória. Toda a aldeia estava preocupada com a situação do rapaz. Seus familiares, apreensivos, observavam o trabalho dos pajés, que haviam identificado tratar-se de feitiço, o que tornava o quadro ainda mais dramático.
>
> Por experiência com casos semelhantes, o melhor a fazer seria remover o paciente para ambiente hospitalar. Do ponto de vista de meus conhecimentos médicos, o acesso a equipamentos para suporte respiratório e manutenção da vida, associado à suspensão do uso das substancias intoxicantes contidas nas beberagens e banhos, eram fundamentais para salvar a vida dele.
>
> Os familiares, orientados pelos pajés, no entanto, negavam-se a permitir a remoção. Angustiado, mas submetido à decisão dos parentes, resolvi permanecer na casa, acompanhando o desenrolar dos acontecimentos, buscando entender melhor as razões que me colocavam naquela situação. Foi possível assim entender que na recusa dos pajés à remoção do paciente não estava em jogo acreditar ou não nas minhas habilidades médicas ou nos hospitais dos brancos e sim na etiologia da doença-feitiço que estávamos enfrentando. “quem, no hospital, entende desse tipo de doença, doutor?” – perguntaram-me pajés e familiares. “se ele sair daqui, onde os pajés podem cuidar dele, para ir até o hospital na cidade, com certeza ele morrerá. Lá não tem pajé. Se ele sair da casa dele vai ficar mais fácil os espíritos pegarem ele”.
>
> Claro, simples, direto e coerente. No segundo dia de acompanhamento e conversas, foi possível remover o doente, devidamente acompanhado de um pajé, para sua proteção na cidade. Mais difícil foi convencer a FUNAI, responsável pela remoção e internação num hospital de Brasília (DF), da necessidade do acompanhamento pelo pajé (RODRIGUES, 2013, p.96).

Como vemos, a maleabilidade necessária em situações como essa não é só exigida do médico, mas também do pajé, que se dispõe a sair da *área* para seguir com seu tratamento, e

do sistema oficial de saúde, engessado por burocracias e protocolos – no quinto capítulo analisaremos essa e outras dificuldades de uma atenção diferenciada.

Certa vez, Cássio disse-me que, quando se tem como objetivo o bem-estar da pessoa que o procura, no caso o paciente, não há necessidade de obter o *diagnóstico preciso*. Se o profissional tiver meios para isso, *ótimo*, mas esse não deve ser seu principal objetivo. Segundo ele, *na medida em que a medicina torna-se mais tecnicista, mais tecnológica, ela desloca o objetivo* do profissional médico *de "levar o bem-estar para uma situação de sofrimento" para "o empenho em descobrir 'o que é isso?', 'qual é o diagnóstico?'"*. Ele disse ainda que, qualquer profissional da saúde gosta de saber *qual enzima está falhando*, mas enfatiza que, caso ele não consiga saber – como muitas vezes acontece no Xingu, por falta de equipamentos próprios para isso –, deve conseguir realizar as demais etapas do diagnóstico clínico com competência[132].

Um bom exemplo é quando, buscando o bem-estar de um indígena Kawaiwete, Marta relatou-me em entrevista uma pajelança que aconteceu na UBS do Polo Diauarum. Tratava-se de um caso grave, tanto na leitura dos não-indígenas, que buscavam retirar o doente da aldeia para a cidade, quanto na leitura dos indígenas, pois o doente precisava de pajelança. Sendo assim, foram buscar um pajé Kawaiwete e perguntaram para o AIS quais modificações de espaço seriam necessárias para que o trabalho do pajé ocorresse sem impedimentos. Dessa forma, empurraram alguns armários, apagaram as luzes, e o pajé trabalhou a noite inteira nesse espaço – próprio da biomedicina.

Nesse permanente esforço de alcançar o bem-estar dos indígenas, sem abandonar sua competência biomédica, como já vimos no capítulo anterior, os profissionais do Projeto vivenciam também episódios inusitados, onde a explicação indígena prevalece, sem que a biomédica seja negada. Vejamos três histórias, a primeira, de uma enfermeira e as outras, de Cássio, exatamente como foram contadas por esses interlocutores:

> *1) Eu já vi gente definhar por feitiço, e não ter uma doença orgânica, e definhar, e morrer por, clinicamente falando, uma sinusite, e a sinusite virou uma meningite.* O homem morreu de feitiço, *na leitura da comunidade, e a gente tinha encontrado um foco infeccioso de sinusite, e depois a causa de morte dele foi meningite. E ele estava hiper deprimido,* ele estava enfeitiçado, *a família inteira já*

[132] As etapas a que o médico se referiu são as que respondem "do que se trata" (diagnóstico sindrômico) e "aonde acontece" (diagnóstico anatômico), não sendo necessário para realizá-las, descobrir "porquê está acontecendo" (diagnóstico etiológico).

*estava fazendo o luto, mesmo ele vivo, toda a família vinha definhando junto com ele (Marta – g*rifo meu*).*

2) *Eu já vi coisas inexplicá*[interrompe]. *Quer dizer, se eu quiser até posso tentar explicar cientificamente, mas* são coisas que eu não me preocupo muito em explicar. *Por exemplo, tinha uma senhora waurá uma vez com uma icterícia enorme. Icterícia é ficar com os olhos amarelos, normalmente é um problema de pâncreas ou de vesícula, e eu achei que ela pudesse ter uma neoplasia de cabeça de pâncreas, porque era uma velinha. E eu queria tirá-la da TIX, mas ela era muito velinha, e ninguém queria que ela saísse, e não insisti, até porque se fosse um tumor de cabeça de pâncreas, naquela velha, ela provavelmente morreria mesmo,* não teria muito que fazer. *Nesse momento um pajé waurá falou que tinha um remédio para esse amarelo dela e me mostrou uma raiz, com um líquido amarelo e sugeriu levá-la para a aldeia para tratá-la, e eu concordei, pensando, ceticamente, que essa mulher morreria. Passou um tempo e, quando eu perguntei sobre a mulher, eles me responderam que ela estava boa, e quando a vi na aldeia realmente ela estava lépida. Possivelmente o que ela tinha não era uma neoplasia de cabeça de pâncreas, era uma colecistopatia* [cálculo ou pedra na vesícula], *que tinha entupido e desobstruiu. É explicável do ponto de vista científico o que aconteceu, mas também,* vai saber se o que ela tomou não ajudou a deslocar aquela pedra*, eu não sei, eu não conheço qual é o princípio ativo, qual a droga etc.* Não posso partir do pressuposto que não funciona, nem posso afirmar que funciona*, eu posso só constatar que nesse caso funcionou, pode ter sido um placebo, mas funcionou (Cássio* – Grifos meus).

3) Em outro momento, fui chamado para atender uma menina de uns nove anos que estava com a barriga um pouco distendida. Examinando a criança, concluí tratar-se de uma obstrução intestinal, que significa: por alguma razão entope o seu intestino, normalmente por um "bolo de lombrigas", caroço, cabelo, pode ser uma oclusão total, ou uma suboclusão. Ocorrência frequente no Xingu, dada a alta infestação das crianças por parasitas intestinais nas aldeias do Xingu. Iniciei o tratamento padrão com vermífugos e óleo mineral para ajudar a desfazer a formação, e o pajé estava também trabalhando, fumando, e tudo mais. E eu já estava pensando que, caso não melhorasse, teria que retirá-la de área. De repente, após um transe provocado pelo uso do tabaco e chamamento aos espíritos, o pajé e seus ajudantes

saíram correndo em direção à mata. Após uns cinco minutos, a menina deu um gemido mais forte e evacuou uma grande quantidade de sementes de um fruto chamado ingá, muito apreciado pelas crianças do Xingu. De imediato seu abdome voltou à normalidade, melhoraram os vômitos e as cólicas abdominais. Quase que ao mesmo tempo, o pajé e seus ajudantes retornaram da mata, trazendo uma pequena trouxinha amarrada com embira, que havia sido desenterrada pelo pajé justamente no pé de um grande ingazeiro. A explicação veio em seguida. Tratava-se de um sortilégio feito pelo espírito do veado, que aprecia o ingá e é brincalhão, com o intuito de castigar a ousadia da menina, que entrara na mata para apanhar seus frutos prediletos. Então ele fez feitiço para ela comer ingá com caroço, porque criança nessa idade não come mais caroço, já sabe tirar. Então quer dizer, coincidência, né? Claro que o óleo que eu dei ajudou a tirar, mas o quanto foi o meu óleo e o quanto foi o feitiço que ele desenterrou? Eu não sei. Não adianta eu querer dar uma explicação biomédica para algo que é formado em outros paradigmas, o que eu posso dizer é que na hora que o pajé foi tirar o feitiço, a menina eliminou o que estava obstaculizando. Eu sabia que era isso, só não sabia que era ingá. Então o meu diagnóstico estava correto, e o do pajé também, e resolveu (Cássio).

Portanto, nessas três situações, os profissionais não precisavam desmentir ou traduzir as explicações dadas pelos indígenas, pois se conformavam com o desfecho final, ou de cura ou de morte, e com o sentido que aquele final fazia aos seus interlocutores. Nesses desfechos, os serviços biomédicos não foram priorizados e os profissionais souberam respeitar a opção dos indígenas. Sua biomedicina não precisou nem ser negada, nem ser defendida. Ou seja, tanto nos tratamentos com ervas e raízes, como nos processos de cura por meio da pajelança, os pacientes podem melhorar, algo almejado tanto por pajés quanto pelos membros do Projeto.

É a partir dessas e de outras situações semelhantes que esses profissionais não-indígenas alegam acreditar na medicina tradicional. Essas afirmações vão desde as mais moderadas, como *eu tenho muita segurança no que eu faço. E ao mesmo tempo eu também acredito muito no que eles fazem na deles, estou muito seguro que aquilo funciona (Cássio),*

até as mais "afetadas", como *eu tenho fé na nossa* [medicina] *e tenho fé na deles, porque resolve, desde raiz até pajelança, todas as práticas resolvem (Marta*)[133].

Mesmo que façam a clássica distinção entre a eficácia bioquímica das ervas e a eficácia simbólica da pajelança, atualmente, estes membros do Projeto não as excluem ou comparam-nas, apenas constatam – demonstrando postura diferente da de outros profissionais observados por Franco Neto (2010) que trabalhavam no Alto Xingu, pouco antes da cisão, em 2004, os quais chama genericamente de "médicos da UNIFESP", ou a residente também caracterizada como pertencente à EPM por Cunha (2009c), que se envolveu em conflitos com os Krahô referentes ao conhecimento de suas ervas.

Com isso, muitos dos profissionais que hoje estão no Projeto Xingu se tornaram *sincréticos*, como disse Cássio, aprendendo, inclusive, a agir de forma adequada em algumas situações complicadas, complexas, como veremos a seguir.

4.3 - Bons de improviso – incorporando outros valores

Como vimos no item anterior, os interlocutores não-indígenas desta dissertação são profissionais da saúde maleáveis às percepções de seus pacientes. Mas não são somente nas situações clássicas de cura em contexto intercultural que demonstram essa flexibilização. Também a demonstram em situações tensas, geralmente iniciais, quando ainda estão começando a conhecer seus pacientes, e vice versa. Esses momentos exigem uma resposta rápida, na qual o acerto é fundamental para a construção do *vínculo*, que está diretamente relacionado ao sucesso e legitimação das ações, entre o profissional e seus pacientes e, no caso do Projeto, com os indígenas.

Às vezes, esse tipo de situação acontece logo no início, quando o profissional conhece comunidades indígenas pela primeira vez. Como exemplo, mencionaremos o episódio em que Leocádia, doutora em saúde pública e membro do Projeto desde meados de 1990, ainda aluna do terceiro ano da faculdade de enfermagem, foi para a Amazônia vacinar os Gavião, cuja descrição, passada pelos funcionários da FUNAI era de que eram bravos, e que podiam flechar a equipe. Como se não bastasse o medo que estavam sentindo, foi assim que foram recebidos:

> *Eu cheguei com a vacina lá e o cacique perguntou:*
> *-essa vacina é boa?*

[133] Marta disse isso, em entrevista, após revelar que, conversando com uma antropóloga, ela entendeu que não tem como os AIS passarem a pensar como eles, assim como eles não conseguem imaginar como uma pajelança faz efeito, mas que eles têm fé nos profissionais.

-é boa – respondi.
-é mesmo? Então toma você!
E eu respondi "tudo bem", falando para a minha amiga:
- pode aplicar uma aqui (antitetânica) que não vai me matar.
Ela aplicou e, em seguida, os indígenas bateram palmas, dizendo:
- Legal, agora pode!

Os membros do Projeto me contaram também que, por mais que acumulem experiências na área de saúde indígena, estão sempre se deparando com novos conhecimentos e novos jeitos de interpretar suas concepções. Marta, certa vez, contou-me de uma situação complicada vivida entre os Wajãpi. Ela estava temporariamente naquela região para dar apoio ao Instituto IEPE (Instituto de Pesquisa e Formação Indígena) na formação de agentes indígenas e, concomitante à sua estadia na aldeia, uma menina se submetia ao ritual de passagem convencional de seu povo para se tornar uma mulher.

Em dado momento, uma liderança wajãpi chamou Marta para participar da cerimônia e penetrar na língua da menina o veneno das formigas saúvas que estavam trançadas em uma pequena esteira. Esta esteira era aplicada nas partes do corpo da menina que necessitavam ficar fortes, se desenvolverem. Quem aplicava o instrumento em cada parte do corpo da indígena era sempre uma pessoa adulta que possuía a característica a ser desenvolvida no corpo da jovem em questão. No caso da língua, queriam que fosse Marta a realizar a ação, pois era uma forma de garantir que a menina aprenderia a falar o português e a entender o que os não-indígenas dizem.

Marta conta que ficou muito assustada com a proposta. Aquela ação contrariava os seus objetivos como enfermeira de promover saúde e bem-estar às pessoas, pois ela teria que *infringir dor* a alguém. Disse ter tentado recusar, mas essa negação era significada pelos indígenas como uma avareza de sua parte, de não querer compartilhar uma característica sua com a jovem indígena, e causava muita tristeza aos presentes, inclusive à menina. A enfermeira então avaliou melhor sua posição e o sentido do que faria bem ou não naquela situação e aplicou a esteira na língua da indígena.

É a partir da ampliação das interpretações de seus conceitos que os profissionais do Projeto descobrem aspectos do trabalho em saúde que não foram ensinados a se atentarem durante sua formação universitária. Uma enfermeira que trabalhou com os Pankararu que vivem na favela do Real Parque (SP) conta ter entendido melhor seus pacientes depois de conversar com um antropólogo que realizava trabalhos na região. Ela pode constatar, assim, que os problemas que enfrentava para acompanhá-los estavam relacionados com a não

adequação do Programa de Saúde da Família àquela população[134]. Por mais que a unidade de saúde em que trabalhava tivesse acatado as reivindicações desses indígenas e cedido um espaço no posto de atendimento especial para eles, a maioria deles trabalhava e, no horário disponível para os atendimentos, estavam sempre longe da região. Nos finais de semana, quando estavam todos em casa, a unidade não abria.

Com isso, sua compreensão daquela população indígena era limitada, o que dificultava sua relação com eles e com a agente indígena de saúde que trabalhava na unidade. Um dia, aconselhada pelo antropólogo, resolveu dormir na favela, para conhecer como era a rotina dessas pessoas durante esse período. Feito isso, descobriu outra dimensão do cuidado, observando que, por mais que os Pankararu estivessem na cidade, não deixavam de manter seus costumes, seus cuidados. A agente de saúde, que também era pajé, passava muitas das noites realizando os procedimentos tradicionais de cura e por isso, muitas vezes, chegava cansada e indisposta para trabalhar no posto de saúde logo cedo.

Esse aprendizado ampliou sua visão sobre aquele povo e a fez adotar posturas diferentes com aquela agente de saúde, com os Pankararu trabalhadores e com os demais funcionários do posto, indígenas ou não. Desde então, a enfermeira diz que sua relação com este povo só melhorou e ela começou a aprender muito mais junto com eles.

Associado ao discurso dos membros do Projeto que afirmam aprender muito com os indígenas, alguns profissionais não só presenciaram as situações anteriormente citadas (nos subitens deste capítulo) como já utilizaram algum ensinamento ou sabedoria indígenas em momentos críticos, para resolverem determinado caso de doença. O Dr. Cássio, tendo sido picado por algum animal no mato, ficou com medo de ser picada de cobra e foi, no meio da noite, à casa do pajé mais próximo com a intenção de saber do que se tratava, recebendo a notícia de que *pode ir dormir em paz, doutor, que isso aí é picada de formigão, e picada de formigão dói mesmo*.

Outra médica, a Helena, quando iniciava seus trabalhos em área, vivenciou a morte de duas mulheres panará, esposas de um cacique, por intoxicação provocada pela ingestão do mingau de mandioca brava sem estar bem fervido (a fervura neutraliza os efeitos de uma possível intoxicação). A equipe médica fez o possível para salvá-las mas, quando elas morreram, os profissionais resolveram não pernoitar na aldeia, onde as pessoas estavam muito abaladas com o ocorrido. Quando chegaram na aldeia do Raony Metuktire, Helena chorava,

---

[134] Tanto nesse episódio como no descrito na nota anterior, vemos os conhecimentos antropológicos auxiliando na busca dos profissionais de saúde por maior compreensão do contexto em que estão inseridos. Sobre o papel dos antropólogos no campo da saúde indígena, ver a importante compilação de artigos feita por Langdon e Garnelo orgs. (2004).

inconformada com o que tinha acontecido. Raony pediu para que se acalmasse e explicou que os Panará estavam aprendendo ainda a mexer com aquela mandioca que não era própria da cultura deles e que, naquele momento, deveriam ter administrado o remédio indígena para vomitar, porque assim o veneno não pegaria na pessoa e ela melhoraria.

Na sequência, na mesma viagem, a equipe médica passava na região do Pavuru quando um Ikpeng chamou a médica dizendo que as crianças tinham tomado o mingau antes da hora, e estavam passando mal: *eu falei na hora "faz um balde daquele cipó que faz vomitar".* Eles fizeram e deram para todas as crianças tomarem, sendo necessário fazer uma lavagem gástrica somente em uma delas, mais intoxicada. Nesse episódio *não perdemos ninguém (Helena).*

Com base em todas essas vivências, e nos desfechos delas, observamos como os profissionais do Projeto Xingu estão constantemente aprendendo com os indígenas e incorporando elementos exógenos em suas práticas biomédicas. Aqueles que acumulam essas experiências são de fato *afetados* pela convivência com essas diferentes culturas. Além disso, pelo Projeto Xingu ser uma instituição universitária e, portanto, estável, duradoura e de ensino, as experiências de uns tornam-se os parâmetros de outros, de modo que as lições vividas pelo agente local não se limitam apenas a ele e sua prática profissional, mas se expandem aos demais membros da equipe – nos mais variados espaços de conversa, ensino e aprendizagem, como veremos no próximo capítulo. Esse legado dos mais experientes foi apontado nas entrevistas como fundamental para que os profissionais entendessem em qual contexto estavam se inserindo e para que buscassem aprender com as diferentes concepções com que se deparavam no atendimento aos povos indígenas.

Assim, a instituição, por meio da vivência de seus membros, acumulou, ao longo de quase 50 anos, um *know how* sobre como interagir com pacientes de outras culturas, de forma genérica, e de quais são as formas de agir mais bem aceitas pelos povos de todo o Xingu – apesar de hoje atuarem apenas no Baixo, Médio e Leste Xingu. Esse *know how* facilita a adaptação àquele ambiente conflituoso de trabalho e a problematizarem os conflitos. Por exemplo, mesmo que na relação com o Alto Xingu eles tenham compreendido as "regras de etiqueta" após uma ruptura encabeçada pelas lideranças indígenas da região, incorporaram também essa experiência em suas práticas e formas de agir e de transmitir aquilo que aprenderam.

Esse acúmulo é valorizado pelos indígenas que, quando perguntados sobre o que um profissional precisa saber para trabalhar com esses povos, ao invés de falarem sobre características técnicas ou valores pessoais que são reconhecidos por eles, reforçam que os

mais novos precisam aprender com quem já sabe fazer, quem possui experiência no ramo, ou seja, precisa falar com *Cássio, Helena, Baruzzi...*[135]. Essa valorização da experiência dos mais velhos está inserida no modo ameríndio de entender o conhecimento, sendo este cumulativo – veremos na "nota sobre a rotatividade dos profissionais" a influência desse pensamento na relação com os profissionais mais jovens. Como observa Capiberibe (2009) ao falar da ontologia Palikur (povo pertencente à família linguística Aruak), os mais velhos sabem sempre mais que os jovens, pois "é como se as pessoas nessa classe de idade carregassem permanentemente os muitos anos de vida vivida" (p.99).

4.4 - Sobre a rotatividade dos profissionais

Um problema frequente nos serviços de saúde prestados às populações indígenas é a falta de profissionais e sua grande rotatividade. Muitos trabalhos etnográficos constatam o problema sem se ater às suas causas, enumerando-o no conjunto dos problemas da saúde indígena (GARNELO E SAMPAIO, 2005; ATHIAS E MACHADO, 2001). Contudo, ao longo de minha vivência com os membros do Projeto, foi possível perceber que existem condicionantes que ultrapassam a falta de comprometimento dos não-indígenas em continuar o trabalho *em área* ou as situações extremas de conflito cultural.

O Projeto sempre priorizou a manutenção dos serviços de saúde, quaisquer que fossem as adversidades. Assim, adaptando-se às limitações daquela realidade, aqueles que aceitavam trabalhar na TIX tinham que abandonar certas concepções quanto ao formato da organização do serviço de saúde, bem como estar disposto a desconstruir algumas regras e hierarquias padrões, tanto nossas quanto dos indígenas. Por exemplo, o Projeto Xingu enfrenta os mesmos problemas de rotatividade de profissionais e falta de novos candidatos para as vagas ociosas que existem em toda a Amazônia Legal (GARNELO E SAMPAIO, 2003), mas com a diferença de que jamais deixou de ter médicos envolvidos (sempre com alguns sujeitos de envolvimento bastante extenso e outros com "voluntarismos" esporádicos) e de dar o suporte médico às enfermeiras de área.

---

[135] Resposta de Magaron Txucaramãe no Grupo de Alunos do Projeto Xingu à pergunta "*o que eles* [os profissionais] *precisam saber para atender índio*?". Resposta na integra: *hoje já tem SESAI, foi criada uma SESAI, e já tem muitas pessoas que tem conhecimento de trabalho com saúde indígena. Então, para vocês não chegarem lá sem saber como trabalhar, tem que passar por esse lugar aqui* [Projeto Xingu]. *Cássio, Helena, acumulou conhecimento, tem que chegar nesse pessoal que tem mais experiência para eles passarem um pouco dela* [ao novato], *para poder ir trabalhar com nós* – algo bem próximo do que Mauri disse sobre o DSEI (vide infra p.151).

Muitas vezes, tinham apenas um médico de área para todo o Parque – quando na verdade existiam vagas disponíveis para cada polo base. Quando as enfermeiras estavam com alguma dificuldade, a opinião médica vinha imediatamente através do radioamador, fazendo com que tivessem sempre um amparo externo, uma divisão das responsabilidades e uma segurança maior em realizar serviços mediante as adversidades locais (materiais, higiene etc.). Todas as enfermeiras relatam não se sentirem sozinhas ou desamparadas, por menor que fosse a equipe, e frisaram como foi importante para elas o acompanhamento do trabalho feito pelos mais experientes. Durante um período, Cássio tinha um radioamador em sua casa, o qual ficava ligado todos os dias, principalmente quando o médico de *área* cumpria seus dias de folga ou quando estavam em processo de contratação de um novo ocupante do cargo.

Com isso, se constata na prática certo perfil dos profissionais de saúde que ficam 30 dias *em área*, integrando a EMSI no Xingu. São geralmente pessoas solteiras ou, se não são solteiras, ainda não têm filhos[136]. A maioria também é mais jovem e mulher, uma vez que a profissão com mais vagas na EMSI é a enfermagem, que, no Brasil, é exercida em grande parte por mulheres, devido ao fato de nossa sociedade vincular a função de cuidado ao feminino (LOPES E LEAL, 2005).

A enfermeira Rech Pinto (2008) constatou um perfil dos profissionais que escolhem trabalhar neste contexto do SASISUS, uma espécie de seleção natural – algo que é anterior aos processos seletivos feitos pelas conveniadas com a Secretaria Especial de Saúde Indígena – baseada nos objetivos comuns que almejam alcançar com a profissão. Essas pessoas perceberam que a graduação ofereceu um conteúdo escasso sobre conhecimentos de saúde que extrapolassem os locais padronizados de atendimento do modelo biomédico ocidental e queriam ter um contato maior com seus atendidos, ávidos por conhecer outras práticas médicas de saúde. Geralmente, são pessoas que buscam um sentido maior para a profissão, além do oferecido pela grade curricular universitária. Sentem que alcançarão o que almejam atuando com populações econômica e socialmente excluídas, como os povos indígenas, mesmo que quase sempre conheçam bem pouco sobre os povos indígenas no Brasil e sintam uma grande dificuldade em aplicar os conhecimentos da graduação na prática (p. 97). Em entrevista, uma profissional disse ter optado, dentre os polos base possíveis para trabalhar no Xingu, aquele cujas populações indígenas de abrangência lhe pareceram mais necessitadas ou menos organizadas, reforçando ainda mais a ideia de "excluído" que esses profissionais fazem de seus pacientes.

---

[136] Três mulheres, membros da equipe do Projeto, relacionaram a opção de sair de área devido à sua gravidez, e outra, que saiu por outros motivos, teve filho logo após seu retorno à cidade.

Com relação à equipe do Projeto Xingu, como observado nas entrevistas, a grande maioria dos profissionais foi apresentada à saúde indígena *por acaso*. Esse local de trabalho lhes surgiu ou como uma possibilidade dentre as diversas populações desfavorecidas com quem gostariam de se relacionar, ou como uma opção de trabalho em saúde pública, nessa busca de expandir os limites da biomedicina. A maioria também é de São Paulo, capital ou interior, e Minas Gerais, sendo introduzidos à saúde indígena pelo Projeto Xingu, por serem ex-alunos da UNIFESP ou por convites feitos pelos membros mais antigos da equipe, que estão sempre em busca de pessoas com o perfil que consideram adequado para esse trabalho, sendo essa uma segunda pré-seleção indireta para o trabalho no Projeto Xingu – não sendo, contudo, eliminatório. Mais de cinco entrevistados me disseram que os profissionais há mais tempo no Projeto não acreditavam que eles fossem se adaptar àquele emprego, sendo-lhes revelados tais juízos equivocados anos depois.

Como exemplo dessa idealização do bom profissional, no primeiro semestre de 2010, trinta profissionais que trabalham com saúde indígena, em locais como o Projeto Xingu, Ambulatório do Índio e CASAI de São Paulo, se encontraram para discutir seus papéis e experiências junto aos indígenas. No final do encontro, organizado pela equipe do Projeto, os participantes montaram um boneco que representava as características que o profissional da saúde que lida com as populações indígenas deve ter ou desenvolver. O boneco recebeu o nome de *Persisberto Motivado Flex*, pois, como a nutricionista do Projeto me explicou, os profissionais de saúde não-indígenas têm que ser persistentes frente às adversidades, estar sempre motivados para o trabalho e ser flexíveis, ou seja, abertos às diferentes visões de mundo.

O *Persisberto* possui como suas características marcantes a orelha bem grande, para aprender a ouvir (e ouvir muito), olhos esbugalhados, para enxergar coisas que parecem não existir (*enxergar além*), um coração com uma porta, simbolizando que esteja sempre com o coração aberto, e uma bolsinha onde estão virtudes ou atitudes que ele precisa possuir para realizar seu trabalho da melhor maneira, sendo elas: técnica, olhar clínico, persistência e abertura.

Figura 13. Encontro de criação do boneco Persisberto Motivado Flex por profissionais que lidam com a saúde indígena, 2010. (banco de imagens do Projeto Xingu)

Essa dinâmica da construção de um boneco vem sendo utilizada pela equipe do Projeto em vários encontros, promovidos para que os participantes pensem sobre si mesmos e sobre o desenvolvimento de seus trabalhos. Em 2004, por exemplo, durante o curso de gestão em saúde no Xingu, os alunos indígenas também confeccionaram o boneco do *gestor ideal*, "com as características necessárias para desempenhar bem o seu papel" (PROJETO XINGU, 2009, p.61). O Boneco-Gestor *Morerekuat Uktamu* – grande chefe (Kaiabi) e velho sábio (Ikpeng) – tinha como características fundamentais:

- ✓ Ser festivo;
- ✓ Escutar bem – orelha grande;
- ✓ Participar do movimento indígena;
- ✓ Ir para a luta;
- ✓ Ter o olhar grande;
- ✓ Ser forte para enfrentar as dificuldades;
- ✓ Ser firme, precisa ter postura para articular e negociar;
- ✓ Ter o braço aberto para abraçar as causas indígenas;
- ✓ Preocupar-se com a cultura e com as tradições;

- ✓ Ter postura de liderança.

Figura 14. Curso de gestão em saúde 2004, Xingu – confecção e apresentação do gestor-ideal Morerekuat Uktamu. (Fonte: Projeto Xingu, 2004)

O que os dois bonecos apresentam de mais semelhante são as orelhas grandes e os braços abertos, o que nos indica que tais características seriam signos compartilhados entre indígenas no Baixo, Médio e Leste Xingu e não-indígenas do Projeto Xingu quanto ao profissional ideal, ou ainda, a pessoa pública ideal. Podemos traduzir que esse profissional ou gestor seria uma idealização também do mediador cultural ideal, aquele que fará relações com o diferente: no caso de *Persisberto*, por mais que abra o coração para o novo, não deve esquecer sua *bolsinha de virtudes e atitudes* já adquiridas; no caso de *Morerekuat Uktamu* ele está despido e pintado para festejar porque jamais deve se distanciar da luta das causas

indígenas, e sempre preocupar-se com sua cultura e seu povo. São mediadores que, de certa forma, remetem a eles mesmos na busca pela relação intercultural.

Essas atividades de reflexão sobre seus próprios papéis enquanto agentes sociais são um tipo de ação constantemente realizada pelo Projeto Xingu, devido ao seu ideal de acompanhamento e educação em serviço. Uma vez que muitos dos profissionais foram introduzidos na saúde indígena pelo Projeto, poucos conseguem visualizar como seria trabalhar com populações indígenas sem sua supervisão, sem os conselhos, sem as reuniões promovidas por seus idealizadores, entre outras ações.

Atualmente, essas pessoas trabalham na sede do Projeto em São Paulo e visitam diversas TIs, entram em contato com profissionais que trabalham em outras áreas indígenas, comparando e elogiando a postura e saídas encontradas pelo Projeto ao longo de sua história. Orgulham-se também de fazerem parte da equipe, pois se enxergam um pouco parecidos com o profissional ideal (*Persisberto Motivado Flex)*. Os profissionais que vieram de fora especulam como teria sido importante esse tipo de acompanhamento do trabalho pelo Projeto em suas experiências. Assim, todos continuam ali por acreditarem naquele projeto de trabalho e por se sentirem responsáveis pela construção de um atendimento mais adequado aos povos indígenas, à ideia que possuem de um trabalho respeitoso e qualificado. Não são raros os casos em que o profissional opta por permanecer no Projeto mesmo que isso pressuponha a redução de seu salário[137], ou a "inexistência" deste, situação em quem muitos se encontram hoje.

Paradoxalmente, esse quadro vem se alterando na medida em que os recursos para a contratação de profissionais vêm aumentando e o número de vagas da EMSI também. Nesse contexto, a quantidade, e não a qualidade, tem sido priorizada, não havendo uma preparação, capacitação e acompanhamento tão atentos dos contratados como era feito pelo Projeto Xingu. Além disso, tem-se contratado pessoas naturais de regiões próximas à TI, que possuem motivações diferentes das apontadas por Rech (2008) e pelas entrevistas que realizei com os membros do Projeto. Por exemplo, os salários pagos a enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalham *em área* indígena estão superiores à média dos pagos em alguns centros urbanos (hospitais, postinhos etc.). Segundo um enfermeiro da atual EMSI, trabalhar em saúde indígena não é o *melhor dos mundos*, por isso seu maior estímulo é o salário que, além de ser bom, sobra mais do que se ele trabalhasse na cidade, pois durante 30 dias do mês ele

[137] Uma enfermeira desabafou dizendo que já pagou para trabalhar e não deixar os indígenas sem vacinação na época em que a UNIFESP enfrentava problemas no convênio com a FUNASA, e outra relatou-me que abandonou seu antigo emprego para dar sequência aos trabalhos com os indígenas da TIX, mesmo seu salário sendo um terço do que recebia anteriormente.

fica dentro da TI, sem maiores gastos. Ou seja, ao entrar em saúde indígena, o mesmo não se baseou na relação a ser estabelecida com os indígenas, apontando algum tipo de motivação distanciada ou curiosa para com os indígenas. Ele se baseou em questões mais práticas e individuais.

Assim, tem-se observado no Xingu que, com o inchaço no número de vagas na EMSI, os cargos têm sido preenchidos por pessoas que escolhem esse emprego para fazer um *pé-de-meia*, enxergando-o como provisório, *um sacrifício a ser feito para conseguir algum dinheiro (informação verbal do enfermeiro)*[138].

E isso é facilmente percebido pelos receptores dos serviços, principalmente em locais em que o profissional "mora" 30 dias na terra indígena, como consta em carta de repúdio feita pelo povo Ikpeng, habitante do Médio Xingu, ao *MS/SESAI/DSEI-Xingu*[139]:

> IV. Não aceitamos contratação de trabalhadores dentro da área de saúde sem nenhum conhecimento de Conselheiros de saúde indígena para atuar *em área* indígena, na sede do Distrito e nas CASAI's que só queiram ter salário, sem ter preocupação da saúde indígena. (ANEXO 3) [grifo meu].

Como cada agente constrói a ideia de indígena a partir de suas referências, a equipe do Projeto percebe que os habitantes de regiões próximas à TIX geralmente constroem uma identidade mais contrastiva, estando no dia a dia em disputas políticas e econômicas com os "índios reais"[140]. Paralelamente, alguém natural de grandes centros urbanos, como São Paulo, ao acreditar que os índios, de forma "genérica", ficaram no passado, não se preocupa em visibilizar o contraste (no sentido das "culturas de contraste", de Cunha, 2009b), tendo estabelecido pouco ou nenhum contato com povos indígenas.

Fora isso, muitas pessoas da região têm contato com o agronegócio, enxergando os índios tal como faziam os governantes dos séculos passados (PÉRRONE-MOISÉS, 2009; CUNHA, 2009b; LIMA, 2009), ou seja, como uma barreira para o progresso do país, ou para seu lucro pessoal ou de sua família. Isso porque as populações indígenas, antes incluídas no Projeto de nação, hoje são mantidas o mais longe possível dos assuntos nacionais (Ramos, 1999, p.12-13), traçando lutas constantes por mais terras em um país comandado por interesses ruralistas[141]. Assim, os "sertões" continuam sendo administrados por regras locais,

---

[138] Fala de um enfermeiro da EMSI.

[139] Forma como eles se referem às instancias decisórias da saúde indígena.

[140] Ramos (s.d.)

[141] Para mais informações sobre ruralistas e povos indígenas, ver Capiberibe e Bonilla (2012) e Acselrad (2012).

como Ribeiro (1962) comentou sobre meados do século passado[142], e assistimos agora uma nova investida em leis, decretos e manifestações a favor dos interesses de grandes fazendeiros, em detrimento das demandas territoriais indígenas, como podemos evidenciar no filme "Abril Indígena" de Kamikia Kisêdjê, de 2013, e no artigo de Artionka e Bonilla (2012). Com isso, delineia-se um problema visceral da saúde indígena: aqueles que teriam um acesso mais fácil ao trabalho *em área* são também os menos recomendados.

Porém, mesmo que o profissional esteja lá porque se encantou com os modos e culturas indígenas ou porque vê mais sentido nesse tipo de trabalho do que nos demais ofertados à sua profissão, todas as entrevistas realizadas comprovaram que, em determinado momento, o profissional sente a necessidade de sair. Assim, a rotatividade dos profissionais não-indígenas, vista sob um ângulo mais subjetivo do trabalho em saúde indígena, ocorre principalmente por três motivos: 1) o profissional não se adapta às condições locais, preferindo voltar para seu local tradicional de trabalho e de convívio, e nesse caso sua permanência no serviço é bem curta; 2) acontece algum conflito, erro de diagnóstico ou desacordo que faz o próprio profissional ou os indígenas pedirem sua demissão, o que depende muito da situação e da relação estabelecida, podendo ocorrer a qualquer momento e praticamente com todos – nesse caso, podem também ser transferidos para outros locais; 3) o profissional, que se adaptou e aprendeu a trabalhar nesse contexto, sente a necessidade de respirar novos (ou antigos) ares, percebendo, inclusive, uma baixa no seu rendimento, o que o faz pedir sua demissão.

Através das conversas e das entrevistas, vê-se que a maioria dos "adaptados" ao serviço permaneciam na EMSI da TIX, em média, cinco anos (na época em que o Projeto Xingu a coordenava) – essa média é maior do que a verificada pelo programa de extensão em 2009 (vide infra p.129). Utilizando dados quantitativos, todos que conheci *em área* em 2009/2010 não são mais da EMSI, e a partir de um levantamento feito com a secretária do Projeto, de 2002 a 2010 (enquanto ainda regiam o convênio) passaram pela EMSI contratada para o Baixo, Médio e Leste Xingu: 12 médicos, 23 enfermeiras e 10 dentistas – sem contar com alunos e residentes que vão em alguma ação específica com a equipe. Além desses, muitos outros entram e saem logo após a primeira viagem por não se adaptarem. Poucos passam desse período, e nenhum dos que conversei até o momento ficou até oito anos ou mais trabalhando na EMSI em regime 30 dias *em área*/ 15 fora. Não consegui encontrar em sites ou

[142] No regulamento do SPI garantia-se *proteção ao índio em seu próprio território*, o que não era visto com bons olhos nem pelos moradores dos sertões, que dificultavam a vida dos "desbravadores", nem dos governantes locais e estaduais, quase sempre ligados, política e economicamente, aos interesses dos "exploradores dos índios" (RIBEIRO, 1962, p.36).

documentos da SESAI números quantitativos sobre a rotatividade de profissionais em outros DSEI, mas em uma entrevista realizada depois da 5ª CNSI com a médica Ana Lucia Pontes, da FIOCRUZ, encontrei a seguinte informação:

> Na região do Alto Rio Negro, nos últimos seis anos, poucos médicos ficaram mais de um ano, e por poucos períodos houveram mais de 1 ou 2 médicos para atenderem aos cerca de 25 mil indígenas, numa região de grandes distancias e com lugares de difícil acesso[143].

A antropóloga Artionka Capiberibe também me informou, em conversa informal, que nos Palikur, povo com o qual trabalha há muitos anos, o primeiro médico em área só chegou em 2014, sendo este cubano, do programa "Mais Médicos" [144] – descrito no próximo capítulo. Vemos assim que, no Xingu, essas ausências e rotatividades se manifestam de forma menos problemática, comparada a outros DSEIs.

No relatório feito em 2009 pelo Projeto Xingu, é apontada uma das justificativas para que os profissionais da EMSI do Xingu permanecessem mais tempo *em área*:

> A política [do Projeto Xingu] de investimento na formação destas equipes propiciou uma rotatividade menor destes profissionais de campo elevando sua média de permanência no trabalho de campo de 1 ano para 4 anos. A participação destes profissionais em todas as atividades, junto com os especialistas tradicionais e ocidentais, nas ações matriciais desenvolvidas pela UNIFESP, nos cursos de formação dos agentes de saúde, dos auxiliares de enfermagem e dos gestores indígenas, como protagonistas, ensinando e aprendendo reforçam a perspectiva do princípio pedagógico do trabalho. Estes profissionais são, de fato, agentes de transformação, atores sociais produzindo coletivamente a saúde junto com as comunidades. (PROJETO XINGU, 2009, p.95).

Apesar dos avanços apontados, há outras razões para a existência desta *média de permanência*. Nas entrevistas, tirando a percepção quase unânime de certo cansaço físico e mental que sofreram e que, caso continuassem, os faria não conseguir desenvolver suas ações como antes (sentem angústia ou tristeza a cada nova entrada *em área*; perdem a paciência; ficam com suas intervenções viciadas em atender as mesmas pessoas com as mesmas queixas), a maioria alega que saiu pensando em certo progresso profissional (fazer mestrado, voltar a estudar, se especializar em alguma área com que teve contato) ou em mudanças em sua vida pessoal (casamento, pais, filhos).

---

[143] Entrevista disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/77540-saude-indigena-em-pauta> (Acesso em: 09 de maio de 2014).

[144] Para saber informações sobre o programa, ver Ministério Da Saúde, (Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarArea&codArea=417>. Acesso em: 11 novembro 2013).

Saem por sentirem *faltas* que, segundo eles, são *insaciáveis em área*. Os profissionais não se sentem pertencentes àquele contexto no qual vivem ininterruptamente por trinta dias. Sentem falta de algumas referências, relações e pessoas que, com o tempo, instigam um sentimento de *outsider*, tanto perante os indígenas, pois nem eles nem os indígenas cogitam a possibilidade de o profissional se tornar um indígena, mas também perante a sociedade ocidental. Isso porque acabam se tornando críticos dos nossos valores, organizações etc., ou começam a valorizar os laços familiares ao modo indígena, em detrimento de outros valores ocidentais, como o trabalho, a ambição. Tais aspectos fazem com que todos sejam "passageiros"– lembrando que, por mais que a pessoa continue trabalhando com saúde indígena, a demanda dos indígenas continua sendo de mais pessoas e infraestrutura *em área*.

Isso nos faz pensar que, por mais que esses profissionais passem muito tempo convivendo com os indígenas, não se cria um *sentimento de pertencimento*[145]. Devido às diferentes cosmologias e visões de mundo, este pertencimento seria praticamente impossível[146]. Aliás, como vimos, a manutenção dos parâmetros é recomendada pelos mais experientes e tida como fundamental para a permanência do profissional no serviço. As pessoas que permanecem na EMSI são aquelas que não ultrapassaram alguns *limites*, ou seja, *não surtaram* [não conseguir ficar no Parque], *nem se envolveram amorosamente com os indígenas, como observou Leocádia*[147]. Busca-se, assim, um equilíbrio entre o bom relacionamento com as populações indígenas e a manutenção das referências culturais.

O fato de os profissionais serem majoritariamente jovens também se constitui um problema. Um dia, enquanto conversava com o atual presidente da Associação Terra Indígena Xingu (ATIX) sobre a situação de saúde do Xingu, comentei sobre Ronaldo, médico da EMSI que acompanhei em minhas duas primeiras entradas *em área*. Nesse momento, uma indígena Kisêdjê, que confeccionava sua linha de buriti, ouvindo nossa conversa, interveio iniciando uma longa narração em Suiá, mesmo sabendo se expressar bem em português, acompanhada de gestos e expressão de dor. Em seguida, foi-me traduzido que ela reclamava de Ronaldo, dizendo que o remédio que ele havia receitado para resolver suas dores abdominais não surtia efeito, e que *ele não conseguia saber* outras soluções além daquele remédio ruim. Ao

---

[145] No sentido do pertencimento social. Desde o inicio do século passado, Weber (2009) teoriza sobre o fundamento da comunidade em laços pessoais de reconhecimento mútuo e no sentimento de adesão a princípios e visões de mundo comuns, que fazem com que as pessoas se sintam participantes de um espaço-tempo (território e origem) comum.

[146] Devido às diferenças ontológicas, já elencadas no capítulo três.

[147] Somente dois profissionais do Projeto Xingu tiveram relações amorosas com algum indígena do Xingu, sendo um deles casado com uma Yawalapiti.

concluir, o presidente me disse que Ronaldo é um jovem bom, tem boas intenções, mas ainda não é médico formado, ainda *não tem experiência* e, portanto, não está sabendo lidar com a saúde indígena.

Disse-me também que seu povo quer pessoas experientes trabalhando *em área*, o que ouvi de outros indígenas – como Megaron, Mauri etc. – que só pessoas mais experientes conseguem desenvolver o serviço, pois elas *conhecem mais*, estão *mais formadas*, sabendo lidar melhor com as adversidades da saúde indígena – pensamento condizente com a construção do saber ameríndio já mencionado.

Os profissionais há mais tempo no Projeto tentam legitimar o trabalho desses jovens em ofício, alegando que foram alunos também e que, se não fosse sua experiência em saúde indígena durante a formação, talvez não estivessem hoje trabalhando *em área*. Duas correlações, uma mais ligada ao sistema ocidental e a outra à visão de mundo indígena, sugerem a ineficácia dessas falas dos mais experientes em defesa dos mais jovens.

Na sociedade brasileira não-indígena, há uma forte relação entre a baixa quantidade de médicos mais experientes na atenção básica de saúde, incluindo o SASISUS, e a desvalorização do nível primário de atenção à saúde pelos locais de formação em saúde, voltadas para o mercado e as especialidades. Com isso, as vagas dos serviços de atenção primária à saúde são geralmente preenchidas por médicos recém-formados, que buscam o quanto antes se especializarem para aumentar seus salários e não resumirem sua prestação de serviços ao nível primário do atendimento – apesar de este nível ser a maior necessidade da população brasileira e dos povos indígenas hoje[148].

Torna-se mais difícil, assim, ter profissionais experientes, compondo a EMSI. Com base na experiência de contratações realizadas pela equipe do Projeto Xingu, são raros os profissionais que, com uma carreira consolidada e estabelecida em uma região (na maioria das vezes urbana), decida trabalhar na EMSI. Nas entrevistas, verificou-se que aqueles que buscaram o trabalho na saúde indígena já mais velhos e experientes *fugiam* de algo que os incomodava em sua antiga rotina de vida.

Uma segunda correlação possível é que, como bem observou Seeger (1980) entre os Suiá (atuais Kisêdjê) (povo ao qual pertence a indígena que reclamou de Ronaldo), para muitas etnias, a idade de uma pessoa pode não ser contabilizada em anos, mas sim as "classes de idade equivalem aos estágios do ciclo vital do indivíduo em relação à sua vida familiar" (p. 63). Como grande parte dos profissionais que trabalham *em área* são solteiros e jovens, o

[148] Sobre as necessidades em saúde da população brasileira comparado com a demografia médica no Brasil, ver Sccheffer (2011).

status que possuem, analogamente à classificação etária Kisêdjê, é mais de aprendizes do que de conhecedores. Ou seja, um médico mais velho é conhecedor de mais caminhos, tem mais contatos e, consequentemente, consegue ter um poder de resolução ampliado, correspondendo ao *status* de "depositário de saberes" dos indígenas mais velhos de diversas etnias, como os Suiá. Muitos profissionais narraram em entrevista terem notado a diferença do tratamento que receberam dos indígenas do Xingu antes e depois de se casarem ou de terem filhos.

Com isso, vê-se novamente um problema prático da saúde indígena enraizado numa totalidade fragmentada que está para além do SASISUS. Contudo, vimos como o Projeto não só esteve todos esses anos promovendo intervenções de saúde na TIX como também construiu sua trajetória de trabalho e conhecimento sobre saúde indígena baseado naquele contexto, buscando melhorá-lo. Falta, agora, sabermos as ações educativas e de formação engendradas pelo Projeto Xingu que caminham no sentido de tentar resolver esses problemas enraizados na Política Nacional de Atenção a Saúde Indígena.

5 - SENDO *BRANQUÍGENAS*: EM DEFESA DA DIVERSIDADE

> *Eu sinto que eles* [os indígenas do Xingu] *também ficam sentindo muito nossa falta, se sentindo sozinhos, porque a gente, de fato, a gente acompanha, a gente é assim, né? A gente faz junto. Se isso é paternalismo, não sei, mas tá bom também, porque eu acredito nisso, você tem que ir construindo junto (...) essa coisa de acreditar neles, como sujeitos que vão construir sua história, não tem nada de paternalismo, é acreditar. (Helena).*

No capítulo três, a partir de uma análise das ações biomédicas realizadas hoje pelo Projeto Xingu, percebemos como os profissionais não-indígenas e os povos do Baixo, Médio e Leste Xingu criaram o código compartilhado de que os médicos previnem e os pajés curam para manterem a relação de negociação de curas entre si. Já no capítulo anterior, vimos como os profissionais do Projeto Xingu, sem precisarem verbalizar, foram aos poucos se transformando a partir de suas experiências com os indígenas e ampliando suas habilidades, valores etc.

Assim, neste capítulo, veremos como essas relações duradouras com os indígenas são ressignificadas ao adentrarem no contexto de saúde dos profissionais, ou seja, dos não-indígenas.

A equipe do Projeto Xingu, principalmente os mais experientes em saúde indígena, manifesta as transformações que sofreram de maneira sutil. Estas transformações tornam-se mais visíveis quando estes profissionais estão distantes da TIX, transmitindo conhecimentos (ensinando) para outros profissionais da saúde ou quando interagem entre si. Ou seja, quando não estão fazendo as ações, mas as formações em saúde.

Tanto nos pequenos detalhes – a forma como lidam com o tempo, espaço, alunos etc. – como suas percepções ao transmitirem seus conhecimentos, demonstram seus códigos *branquígenas*, compartilhados com os indígenas, e suas habilidades na busca de amenizar as *comunicoses* existentes na relação intercultural.

Influenciados pela metodologia da pesquisa-ação, na qual "os fenômenos sociais não podem ser observados do exterior, do mesmo modo que não podem ser observados em laboratório, de modo estático" (MAILHIOT *apud* FRANCO, 2005, p.486), trazem-na para o campo do ensino, preocupando-se muito mais com a "integração" entre os ensinadores e os alunos e com um fim útil para suas aulas e estudos, do que com a produção científica clássica e relação entre pesquisador (mestre) e aluno (subordinado).

Assim, o Projeto Xingu realiza grupos de estudo e aulas voltados às pessoas que estão se formando, principalmente aos alunos da UNIFESP, como também para profissionais já formados, sendo eles indígenas ou não, de várias realidades diferentes.

5.1 - A ação se torna forma-ação

Com exceção do grupo de alunos, que já se constituía enquanto um espaço de formação desde o início da década de 1990[149], todas as aulas e cursos ministrados pelos profissionais do Projeto foram posteriores às primeiras experiências pedagógicas que tiveram no Xingu[150]. Realizaram, assim, desde 1983: cursos de formação para Agentes Indígenas de Saúde[151], com sua mais recente turma formada em 2012; um curso de formação de Auxiliares Técnicos de Enfermagem, de 1997 a 2002; e um curso de Gestão em Saúde, em 2004 – todos com alunos indígenas.

Alguns indígenas, desde o início da relação da EPM com a Terra Indígena Xingu, começaram a exercer a função de intérpretes e a ajudar no trabalho da equipe de saúde:

> Desde o tempo em que o sertanista Orlando Villas Bôas era diretor do Parque, alguns jovens indígenas, principalmente do sexo masculino, foram responsáveis pela tradução da língua durante o atendimento médico, prescrições de tratamento e administração de medicamentos dentro das comunidades xinguanas (...). Dessa forma, em vários pontos do Parque existiam índios que de alguma maneira faziam a ponte entre a equipe de saúde e a sua comunidade. É interessante notar que embora naquele momento não houvesse uma intenção de formação de agentes de saúde, alguns índios aprenderam pela observação e vivência do dia a dia vários conceitos e práticas relacionados ao atendimento médico e de enfermagem (p.233).

Assim, na década de 1980, quando Helena, Cássio e algumas outras pessoas envolvidas com o trabalho da EPM na TIX resolveram *estreitar a conversa* com os indígenas, como descrevi no segundo capítulo, começaram também a formar os indígenas e a praticar formas de ensino/aprendizagem que se adequassem àquele contexto. Procuravam realizar uma educação que realmente *fizesse sentido para os indígenas.*

Como esses profissionais eram engajados no movimento indigenista da época, faziam parte de uma rede de troca de informações que os ajudaram a dar o primeiro passo e ter algumas iniciativas de educação em saúde a partir de 1983 (MENDONÇA, 2005 P.233)[152]. Participavam dessas aulas os indígenas que já tinham um domínio considerável da língua portuguesa, que na época eram os que moravam mais perto dos polos base. Helena utilizou

---

[149] O Grupo de alunos já existe desde o começo das intervenções da UNIFESP no Xingu, mas o foco era a seleção dos alunos dispostos a viajar para a TIX. Somente em 1995, o médico que trabalhava no Ambulatório do Índio começa a buscar prolongar o envolvimento em saúde indígena dos alunos que viajavam.

[150] Para um histórico mais detalhado dessas iniciativas de formação e supervisão de profissionais indígenas do Projeto Xingu, vide Mendonça (1996, 2005); Oliveira (2002, 2005); Rech (2008).

[151] Meu objetivo neste subitem não é fazer uma discussão antropológica mais aprofundada sobre a formação e papéis assumidos pelos Agentes Indígenas de Saúde no Brasil (LANGDON, 2006; E NOVO, 2010), mas sim mostrar como essa experiência foi fundamental nesta relação histórica que analiso. Assim, lançarei mão da estratégia de usar a história oral, narrada nas entrevistas.

[152] A primeira iniciativa de formação de professores indígenas foi no Acre, e esse pessoal ajudou o Projeto Xingu a pensar na didática no Xingu.

sua experiência anterior em alfabetização de empregadas domésticas para iniciar as formações com os indígenas, juntamente com outra enfermeira, cuja formação em enfermagem havia sido voltada para o ensino.

A médica conta que a formação desse primeiro grupo teve um caráter de intervenção, pois, como não havia uma equipe local de saúde na época (nem recursos para constituir uma), *você precisava ter pessoas* [*em área*] *que soubessem administrar uma medicação, que soubessem ler uma temperatura, que soubessem fazer um exame para saber se era uma pneumonia ou não... E como a gente vinha da área médica, toda a formação deles foi muito clinica.*

Com essa primeira experiência de formação com os indígenas, a equipe do Projeto foi conhecendo melhor os povos da TIX e a forma como eles constroem seu raciocínio lógico:

> *Teve uma ocasião que a gente fez um curso de malária em área, levando profissionais do laboratório do estado de São Paulo para lá, com as caixinhas de treinamento. Os indígenas corrigiram várias lâminas* [de malária] *e foi muito interessante, porque eles têm essa habilidade, é uma habilidade tanto auditiva, quanto visual, de atenção, de paciência (...) porque eles são muito autodidatas. Eles observavam muito, então aprendiam muito rápido, tanto a questão oral quanto a questão da escrita, e adoravam (Helena).*

O trabalho de formação dos indígenas, como agentes indígenas de saúde, começou a ser realizado *em área* e de maneira sistemática a partir de 1991, quando o pessoal do Projeto conseguiu angariar alguns recursos. Contudo, a escolha dos alunos começou a ser feita de outra forma: "a equipe da EPM passou a fazer visitas às aldeias, e em conversas com as lideranças se propôs que a seleção dos agentes deveria ser feita pelas próprias comunidades" (MENDONÇA, 2005, p.235). Foi contratada uma equipe de 4 a 5 profissionais não-indígenas para supervisionarem os alunos em área. Essa turma de AIS formou-se em 1996, e em 1997 o Projeto iniciou o curso de Auxiliar de Enfermagem, requisitado pelos indígenas, pois queriam *a carteirinha vermelha de auxiliar de enfermagem.* Leocádia, que começou a trabalhar no Projeto Xingu nesse contexto, contou-me em entrevista que assim que chegou no Pavuru, os AIS levaram-na para uma reunião e um deles, um indígena kawaiwete, silenciou os demais dizendo:

> [homem kawaiwete] *Pessoal, vamos parar com as brincadeiras que essa é a enfermeira vai dar a carteirinha vermelha para nós, de auxiliar de enfermagem, porque a gente quer essa carteirinha. E então eu fui conversando com eles sobre o que era ser auxiliar de enfermagem, se era isso mesmo que eles queriam.*

Este curso exigia uma formalização maior do que o de AIS. Os indígenas precisariam ter escolarização de nível médio além da formação específica em saúde de no mínimo 1200 horas, para que seus diplomas fossem reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC). Assim, o curso, que durou de 1997 até 2001, só foi possível graças a parcerias do Projeto com a SEDUC e contatos com representantes da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS)[153] e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Estes contatos se fizeram necessários para que o projeto de ensino modular que a equipe do Projeto Xingu almejava para o curso, com períodos de concentração e dispersão, ganhasse respaldo legal, por mais que fosse algo considerado muito *inovador* para uma proposta que já era, *em si,* inédita.

Desde então, todos os cursos do Projeto voltados aos indígenas têm sido neste formato. Entendem que somente assim é possível formá-los sem modificar drasticamente suas vidas, como ocorre com aqueles que se deslocam em busca de formação nos centros urbanos:

> A necessidade de construir um curso técnico em uma área indígena, e não o contrário – "encaixar" um aluno indígena no universo urbano –, coloca o espaço dos cursos como de resignificação de acordo com a cultura indígena, sustentando um vínculo de descobertas mútuas e desvelamentos que compuseram uma aproximação diferente e profundamente imbricada no conhecimento do mundo indígena, um conhecimento novo, coletivo e intercultural (OLIVEIRA, 2005, p.252).

Dessa forma, durante os períodos de dispersão, muitas vezes maiores que os de concentração, os indígenas participam normalmente da rotina de sua aldeia, fazem suas roças etc. Privilegia-se com este formato a formação em serviço já inserida na realidade da aldeia, para que a grande maioria dos indígenas formados priorizem continuar trabalhando *em área.* Como afirma Oliveira (2005): "Essa estratégia parece importante para a formação de uma identidade de trabalho, legitimação social e adequação dos conhecimentos de saúde para os índios" (p.252).

Terminado o Curso de Auxiliar, o Projeto retomou a formação de AIS. Isso porque *muitos que começaram como agentes de saúde foram depois para a área de educação, foram ser professores (Helena).* Outros tinham se tornado representantes políticos de seu povo e não estavam mais presentes em tempo integral no cotidiano da aldeia. Esse segundo curso, entretanto, que começou em 2001, fora concluído somente em 2012.

Com mais alunos, e com um perfil mais próximo de um agente comunitário, ou seja, de um promotor de saúde, o curso foi interrompido em 2003/2004 por conta da cisão com o Alto Xingu (vide supra. p.58), na qual o grupo diminuiu quase pela metade, sendo reiniciado – com alguns novos alunos – em 2005. De 2005 a 2012, o curso também foi interrompido

[153] Órgão da OMS no Brasil.

várias vezes por *falta de grana*, de recursos advindos das fundações, ONGs ou órgãos governamentais para bancar as despesas, havendo longos intervalos entre um módulo e outro.

Apesar de todas estas dificuldades, e desse trabalho educacional meio *artesanal*, como chamou Helena, vemos atualmente a participação ativa dos profissionais indígenas no trabalho em saúde. Como o Projeto idealiza a independência cada vez maior dos indígenas frente aos profissionais não-indígenas, o envolvimento deles no processo de trabalho torna-se fundamental, sendo priorizadas sua formação e supervisão em serviço. Quando os profissionais vão à viagem da vacina pela primeira vez, recebem a instrução de que o AIS que estiver integrando à equipe daquela etapa, e os outros profissionais indígenas que estiverem na aldeia, terão prioridade na execução dos serviços.

Foi possível observar que os conhecimentos biomédicos dos agentes de saúde do Baixo, Médio e Leste Xingu estão realmente além dos estabelecidos para serem compartilhados com os agentes comunitários de saúde do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a, 2009b). Os profissionais indígenas da região conhecem os procedimentos e executam algumas intervenções biomédicas, como a triagem antes da consulta ou a aplicação das vacinas (Figura 15).

Há também o respeito ao tempo de aprendizagem de cada aluno. Existem profissionais indígenas que fazem alguns procedimentos, como aplicar a vacina e fazer uma ausculta, e outros não, sendo que ambos foram formados no mesmo curso. Esse protagonismo do AIS também varia de etnia para etnia. Os Kisêdjê, por exemplo, preferem que os profissionais indígenas mais auxiliem do que executem as ações biomédicas, enquanto os Kawaiwete cobram algum AIS formado que não realize os procedimentos.

Outra faceta desta relação com a educação dos profissionais indígenas é que os membros da EMSI, desde quando esta passou a existir (oficialmente, a partir de 1999), são envolvidos nos módulos do curso e na supervisão destes indígenas em serviço. Todos os profissionais entrevistados enfatizam a importância deste trabalho com os AIS, o quanto eles ajudam e como eles se tornavam seus companheiros *em área*. Alguns os citavam como o aspecto do trabalho no Xingu que mais os impressionou. Outros os colocavam como o fator mais marcante do trabalho na TIX. Mas o mais importante é que nenhum dos entrevistados esboçou qualquer crítica ao trabalho dos agentes – algo comumente elaborado por profissionais de outras áreas em relação com outros AISs, como pude acompanhar no curso de especialização em saúde indígena da UAB e como Novo (2010) relata sobre os profissionais de saúde que encontrou no Alto Xingu. Também não presenciei críticas advindas destes

profissionais não-indígenas quando estávamos em campo. Pelo contrário, eles trabalham a maior parte do tempo com os profissionais indígenas.

Como disse Leocádia: *Penso que a UNIFESP sempre adotou uma postura de vanguarda em acreditar e creditar o trabalho à equipe indígena, uma atitude que deve ser assimilada por todos.*

Figura 15. Profissional indígena aplicando vacina. (Arquivo pessoal)

Por fim, em 2004, o Projeto deu início ao Curso de Gestão em Saúde para 27 profissionais indígenas, não só ligados à saúde. Este curso foi realizado porque, como relata Helena, *em 2003, a gente começou a perceber que eram eles que iam gerir a saúde lá, mas para fazê-lo, eles precisavam de uma formação, e por isso montamos juntos o curso.* Como consta na justificativa presente no relatório do primeiro módulo do curso:

> A implantação do sub-sistema de atenção à saúde dos povos indígenas, embora tenha uma longa história de lutas no movimento da reforma sanitária brasileira, é muito recente e ainda está se consolidando. As dimensões política e gerencial vêm se apresentando de forma crítica no cotidiano e a carência de pessoas preparadas para o trabalho é enorme. Somam-se a esse cenário as particularidades da relação intercultural que permeia a saúde indígena.
> Formar profissionais indígenas para o gerenciamento e a gestão em saúde, colaborando para a estruturação do sub-sistema de atenção à saúde indígena e para o aumento do protagonismo dos próprios índios, coloca-se como prioridade no trabalho atual de formação da Unifesp no Xingu, que agregará parceiros para promover uma qualificação ampla e adequada à realidade (PROJETO XINGU, 2004).

Nas palavras de Helena, *o curso foi genial. Nesse curso caíram muitas fichas, de quanto eles estavam afastados do movimento indígena, o quanto eles foram protegidos.*

Porque era mais o Raony quem fazia as interlocuções. E foi essa turma que acabou assumindo muitos papéis no DSEI, administrativos.

Os profissionais do Projeto levaram diversos atores do movimento indígena e indigenista para conversar com os alunos na TIX, assim como os fez conhecer outras realidades indígenas, através de filmes ou visitas a outras regiões do Brasil. Infelizmente, o curso ainda não teve um fim, novamente por falta de recursos e de incentivos para dar sequência à iniciativa.

Devido a todos os problemas já descritos no segundo capítulo, referentes ao distanciamento do Projeto Xingu do sistema local de saúde, seus membros têm se esforçado em buscar alternativas para continuarem envolvidos com o SASISUS, simplesmente porque *acreditam* nele. Este movimento vem estimulando outros locais de ensino, como veremos a seguir.

5.2 - O Grupo de alunos: *é só aparecer*

O Projeto mantém desde o início de suas atividades na TIX o "Grupo de alunos". São encontros quinzenais (atualmente, às terças-feiras), com duração média de duas horas, nos quais são discutidos diversos assuntos relacionados aos povos indígenas e ao trabalho em saúde com eles. Não raro, são trazidos para falar ao grupo alguns indígenas, das mais variadas etnias, que estejam por São Paulo, além de representantes de movimentos sociais, ONGs, professores e demais pessoas que tenham algum acúmulo ou experiência de relação com esses povos. Além disso, o Projeto também oportuniza aos frequentadores do Grupo idas ao Xingu, principalmente durante as viagens da vacina, onde podem permanecer por volta de 10 ou 20 dias na Terra Indígena. Ao retornarem, esses alunos são convidados a relatar suas experiências aos demais, sendo também uma atividade recorrente na programação do grupo.

Vale notar que toda a programação é escolhida em conjunto por alunos e profissionais do Projeto. Antigamente, quando grande parte da equipe não ficava em São Paulo, o Grupo tinha um caráter mais clínico, como Leonardo, médico que o coordenava, relatou. Atualmente, em várias ocasiões, o grupo não pode contar com a presença de médicos, com a exceção de Helena, mestre em antropologia. Assim, tendo a participação de Helena e de estudantes de antropologia, as conversas e formações têm tirado o foco do tema saúde e se enveredado por questões sociais, culturais e políticas mais diversificadas e relativas aos indígenas no Brasil atual. Como exemplo, podemos citar a simulação de um debate entre ruralistas e indigenistas, realizada após a exibição do filme "Abril indígena", do Kamikia

Kisêdjê, em um dos encontros do grupo, onde o assunto principal era a atual investida ruralista anti-indígena[154].

Os participantes do Grupo de Alunos tem certa liberdade de ação e são responsáveis pela programação e calendário, além de ajudarem a divulgar o Projeto Xingu, como fizeram organizando a "Semana Xingu" de 2013, realizada para apresentar o Projeto aos calouros do campus São Paulo, que congrega os cursos de graduação em medicina, enfermagem, biomedicina, fonoaudiologia e ortótica[155]. Este evento foi incentivado, planejado, organizado e divulgado pelos alunos que participam do Grupo mais do que pelos representantes do Projeto.

Vejo, presente em São Paulo, a situação de organização do serviço que o Projeto realizava no Xingu, pois a liberdade e maior poder decisório dados aos alunos é bem semelhante à dada aos AIS e aos xinguanos, criando uma *corresponsabilização* pelo sucesso da ação. Outra característica importante dessas reuniões é a pouca rigidez com o horário, podendo, por vezes, ser estendido para muito além das 2 horas pré-estabelecidas, perante a valorização das discussões. Principalmente quando os mais experientes da equipe do Projeto estão presentes, a reunião ganha outro ritmo, um ritmo diferente do relógio, um ritmo de *branquígena*.

Conversei com duas alunas que frequentam o grupo desde 2011, sendo uma do curso de enfermagem e a outra do curso de medicina. Seus depoimentos são bem ilustrativos quanto ao que se transmite nessas reuniões quinzenais a esses profissionais em formação:

> *Um dia minha colega voltou do PIX e eu não me aguentei mais de tanto ouvir histórias que faziam sentido para mim e perguntei para ela se era muito difícil de conseguir fazer parte do Grupo. Ela então falou que era "só aparecer" (...) já tinha ouvido comentários de veteranos como "ah, é muita antropologia, é muito chato, as reuniões não acabam, os textos são enormes", mas como estava em um semestre um pouco menos puxado, deu para participar e eu adorei. Gostei da dinâmica, das conversas, de poder ouvir a Helena, os indígenas, as experiências dos outros profissionais de saúde indígena. O Projeto Xingu me encantou muito também pelo fato de que estava sedenta por algo que me motivasse a continuar no curso, algo além do que era proposto pela maioria dos meus professores, novas formas de atuação profissional, novas posturas, posturas profissionais que me inspirassem, que se tornassem um parâmetro para mim e foi isso que eu encontrei no Projeto (aluna de enfermagem)*
>
> *Gosto das discussões e de como elas me acrescentam enquanto futura profissional e enquanto pessoa. Quando entrei achava que o Grupo me ajudaria a entender a cultura indígena. O que eu não percebia é que dentro desse universo indígena há muitas, e não somente uma cultura indígena. Isso me ajudou a perceber que é ótimo conhecer uma outra cultura, mas se não houver essa oportunidade, o essencial, na*

[154] Sobre a relação dos indígenas com os ruralistas vide supra p.127.
[155] Profissão que procura corrigir as anomalias oftalmológicas sem recorrer à cirurgia.

> *verdade, é respeitá-la. Parece óbvio, mas é preciso estar atento para ouvir, entender o que uma concepção de vida diferente da nossa pode trazer de implicações para a saúde de uma pessoa (...). É preciso perceber que nossas prioridades não são as mesmas (...) a participação no grupo me avivou no sentido de me inquietar em relação ao que não concordo socialmente. Vi e ouvi muitos líderes indígenas citando suas lutas por melhorias sociais e isso me sensibilizou de modo que percebi que podemos (e devemos) sempre lutar por mudanças (aluna de medicina).*

Muito do que está contido nesses depoimentos pode ser verificado no dia a dia da equipe e nos mais variados cursos que realizam. Isso nos leva a concluir que alguns cursos, como o de especialização em saúde indígena, cujo um dos principais objetivos é sensibilizar o profissional no trato com o paciente, ou seja, *humanizar* o serviço, seriam menos penosos (pois se busca introduzir um tema complexo em um curto período de ensino) caso os profissionais tivessem um prolongado contato com esses outros olhares desde a graduação. A aluna de enfermagem foi para a TIX duas vezes, enquanto a aluna de medicina pretende conseguir ir ainda durante sua graduação. De qualquer forma, ambas relataram que aprenderam a ter outro olhar sobre sua profissão e as hierarquias hospitalares, bem como aprenderam posturas profissionais que, em geral, lhes farão ser mais respeitosas com *qualquer paciente.*

Quando perguntadas sobre o que as motivava a continuar indo aos encontros, as duas foram unânimes em dizer que sentem que ainda *têm muito o que aprender*, outra fala bem comum dos próprios profissionais do Projeto, que há anos trabalham com os povos indígenas.

5.3 – Cursos sobre saúde indígena para profissionais da saúde em formação ou formados: remediando os *déficits*

A partir do início de 2012, o Projeto passou também a ministrar algumas aulas para o quinto ano do Curso de medicina da EPM/UNIFESP sobre saúde indígena. O módulo faz parte da grade curricular do trimestre de saúde coletiva, totalizando somente quatro encontros[156], todas as terças de manhã. Como a experiência é recente, o conteúdo programático e as atividades estão em fase de experimentação, mas, basicamente, os alunos são divididos em dois grupos para visitarem a CASAI São Paulo e realizarem consultas no Ambulatório do Índio, simultaneamente. São reunidos novamente, em um terceiro encontro, para uma exposição e discussão sobre saúde indígena, onde os alunos são levados a refletir sobre um caso complexo

[156] Devido à greve das universidades federais de 2012 e ao atraso no calendário letivo, em 2013, ao invés de quatro os alunos estão tendo apenas três aulas.

de doença, que é assim classificado devido às especificidades indígenas, físico-estruturais e culturais. (ANEXO 4).

Ano passado, em um dos quatro encontros, os alunos visitaram a aldeia Guarani Tekoa Pyau, no pico do Jaraguá, conversaram com alguma liderança e, em seguida, dividiam impressões entre si e opiniões a respeito. Porém, a relação que se estabeleceu com esses indígenas começou a incomodar a ambos os envolvidos, indígenas e membros da equipe, pois deu a entender que as visitas tinham somente um aspecto utilitarista (ir até a aldeia, uma vez ao mês, levando alunos de medicina, sem dar respostas aos indígenas). Os profissionais do Projeto não se viam em um envolvimento maior com as necessidades ou com a formação e autonomia dos Guarani. Isto é, o que buscam com seu trabalho, baseados na metodologia da pesquisa-ação onde os envolvidos "pretendem ficar atentos às exigências teóricas e práticas para equacionarem problemas relevantes dentro da situação social" (THIOLLENT, 2011, p.16), estava se afastando daquela prática e por isso resolveram interromper as visitas e repensá-las.

Participando dessas atividades, tive contato com profissionais da saúde ainda em formação – e que não frequentam o Grupo de alunos – e percebi as raízes de alguns problemas na atenção à saúde nacional, ligados aos valores e perspectivas que os alunos de medicina recebem nas instituições formadoras do país, a serem descritos no final deste capítulo. Durante as aulas, ao serem incitados a falar sobre sua vivência em saúde indígena, frases como *foi normal. A moça que eu atendi nem parecia indígena*, ou *era apenas uma consulta de rotina de um hipertenso. Sua pressão arterial (PA) estava 120X80mmHg e os resultados de seus exames mostraram apenas o triglicérides levemente alterado* eram as mais pronunciadas pelos alunos. Estes passam boa parte da consulta realizando os procedimentos padrões, a anamnese clássica, sem um acompanhamento integral e sem considerarem como importante para o diagnóstico qualquer informação relacionada aos costumes culturais dos indígenas atendidos. A situação que relato a seguir ilustra bem essa constatação.

Certa vez, acompanhei um desses alunos atendendo a um indígena que tinha uma espécie de tumor no olho ainda sem diagnóstico preciso. O estudante iniciou seus trabalhos folheando o prontuário do paciente. Em seguida, perguntou a ele informações sobre o problema no olho, comentando que realmente era algo complexo e que, enquanto estudante, faria apenas uma consulta de rotina. Assim, examinou o paciente, registrando seus sinais vitais e atualizando suas informações. Enquanto ele escrevia no prontuário do paciente, perguntei ao indígena de onde ele era, sobre sua família e sua vida. Foi então que ele contou

que sua esposa acabara de abandoná-lo, porque ele estava ficando muito em São Paulo e não estava cuidando de sua família; também explicou que tinha vergonha de sua aparência atual.

O atendimento estava encerrando quando entrou novamente o médico do ambulatório e perguntou ao aluno de medicina o que ele tinha descoberto. O mesmo disse tudo que tinha lido no prontuário sobre o olho do paciente e também sobre a anamnese que havia feito. O médico então insistiu: *e ele tem comido bem? E a família?* O aluno conseguiu responder estas questões com as informações que só tinham surgido durante o atendimento em meio às conversas que eu havia iniciado.

O fato era que o indígena estava no ambulatório aquele dia porque estava triste. Os profissionais da Casa de Apoio a Saúde Indígena (CASAI) de São Paulo relataram que ele não vinha se alimentava direito, além de ter começado a ingerir bebidas alcoólicas, o que significava, para a equipe biomédica, o início de uma depressão. Logo, o aluno se portou diante daquele indígena como se portaria diante de qualquer paciente, pois a relação que estabelecera ali era com a doença, e não com a pessoa. O fato de estar diante de um caso ainda sem solução parece ter atraído mais sua atenção do que entender a realidade daquele indígena que, sem uma definição de tratamento, já estava há meses morando na CASAI São Paulo.

Atentando-nos às metas da OMS, contidas na Alma-Ata, e do SUS, de adequação dos serviços para as necessidades da população, vemos a importância de se repensar os currículos de graduações na área de saúde para que haja um espaço maior para as discussões sociais e culturais que permeiam a prática desses profissionais. Somente essas quatro aulas no quinto ano de medicina – e desde 2014 também no curso de enfermagem, todas as quintas-feiras – são insuficientes para que esses profissionais saiam com uma base consistente do que seria a atenção diferenciada às populações indígenas do país.

Voltando aos valores que permeiam as ações dos membros do Projeto, ao se envolverem em processos de ensino, buscam garantir também uma educação continuada e em serviço. Logo, se por um lado tentam cuidar da formação dos que se tornarão profissionais, por outro, se esforçam para minimizar o *déficit* de informações sobre as populações indígenas e sobre saúde indígena sofrido nos profissionais já formados. Por isso, desde 2008, o Projeto Xingu vem coordenando um curso de Especialização em Saúde Indígena da UNIFESP. O curso gratuito é oferecido na modalidade a distância, fazendo parte do Sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB)[157] do MEC.

---

[157] Site da UAB: <http://www.uab.capes.gov.br>. Acesso em: 11 novembro 2013.

O curso, que já está em sua terceira edição, é destinado aos profissionais de saúde, com ensino superior completo, que atuam ou já atuaram na área de saúde indígena. É a primeira iniciativa de ensino a distância em saúde indígena no país e foi elaborada com base na constatação da quase nulidade no preparo específico direcionado para o trabalho em saúde indígena nos currículos universitários.

Os treinamentos oferecidos em serviço geralmente também não são suficientes para que o profissional realmente reflita sobre esse contexto intercultural e repense suas ações. Assim, neste curso, são ensinadas aos profissionais "competências antropológicas, políticas, epidemiológicas e de saúde pública, socializando os conhecimentos e experiência produzidos pela instituição, além de desencadear novos processos de discussão e reflexão sobre questões de saúde relacionadas às particularidades das mais variadas populações indígenas com as quais seus alunos trabalhem" (PROJETO XINGU, 2013ª, p.6).

A terceira edição, que começou em março de 2013, conta atualmente com 158 alunos, de um total de 300 matriculados. Destes, 50 eram indígenas. Os alunos devem optar, no início do curso, por um dos seis polos municipais disponíveis para se referenciarem, sendo obrigatório que se desloquem até ele duas vezes ao longo do curso: no início da disciplina de orientação de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) e na finalização da mesma, quando apresentam seu trabalho. É também permitido ao aluno se deslocar ao polo para acessar a internet e fazer suas tarefas de rotina. Os seis polos municipais desta terceira turma são: Palmas (TO), Cubatão (SP), João Pessoa (PB), Lucas do Rio Verde (MT), Coari (AM) e Aracruz (ES).

Os alunos são acompanhados por tutores a distância, existindo até três tutores para cada polo municipal, além do tutor presencial, que é quem está disponível para recebê-los no polo. A terceira edição do curso contou com sete disciplinas: Adaptação ao Ambiente Virtual de Ensino; Políticas e Organização dos Serviços de Saúde Indígena; Antropologia e Saúde; Epidemiologia Aplicada aos Serviços de Saúde Indígena; Intervenções Clínicas voltadas para a população indígena brasileira; Processos Educativos em Saúde Indígena e Orientação para a elaboração do trabalho de conclusão de curso (PROJETO XINGU, 2013a).

A escolha pela modalidade a distância é explicada como uma forma de adequação do curso às mais variadas rotinas de serviço existentes no SASISUS (vide supra p. 46), seguindo a mesma lógica da opção pelo formato modular nos cursos que o Projeto realiza para os indígenas. Assim, o tutor à distância de cada polo procura saber as escalas de trabalho dos seus alunos para flexibilizar os prazos de entrega das tarefas. Há também uma política de tolerância baseada nas dificuldades de entrada/saída dos profissionais das TIs em que

trabalham e uma supervisão maior voltada para os profissionais indígenas, devido ao mesmo ideal presente nos cursos realizados na TIX: *buscar contribuir para o aumento do protagonismo indígena*.

Venho acompanhando os trabalhos com essa terceira turma do curso, o qual chegou neste mês (junho) em sua reta final. Faltam somente as apresentações dos TCCs dos alunos, que serão realizadas em cada polo municipal.

Como os objetivos da equipe do Projeto são conscientizar estes profissionais a pensarem nos indígenas e na relação com os povos com que trabalham, elaboram meticulosamente cada material a ser disponibilizado no ambiente virtual. Por mais que o curso já esteja em sua terceira turma, no início desta edição a equipe do Projeto releu, discutiu, reelaborou e criou vários textos e materiais, a fim de melhorarem aquilo que os alunos apontavam como problemático nas edições anteriores. Procuram, assim, *estreitar os laços* com aqueles alunos distantes, produzindo, inclusive, vários vídeos com mensagens, entrevistas e com aulas expositivas a eles, por exemplo.

Mesmo assim, esta relação a distância tem sido um desafio para a equipe do Projeto. Com reuniões quinzenais, às sextas-feiras, o grupo de tutores a distância, que são todos os membros do Projeto e mais algumas pessoas (ex-membros das EMSIs ou de algum órgão indigenista), passam a tarde discutindo sobre os alunos e conteúdos. Ficam, muitas vezes, angustiados com o descaso de alguns, com as falas preconceituosas de outros ou com o perfil dos alunos de modo geral. A ausência de resposta de alguns estudantes e a não evolução destes através dos materiais que lhes são dados gera nos profissionais do Projeto um sentimento de isolamento. Sentem como se, novamente, fossem *outsiders*. Nestas reuniões, muitos tutores questionam *será que só a gente pensa assim?* Ou *a gente deve estar fazendo errado, porque se todo mundo faz ou pensa diferente, somos nós que temos que mudar*.

Contudo, trata-se de um problema de formação profissional anterior à especialização em saúde indígena, que está relacionado à estruturação do sistema de saúde no Brasil.

5.4 - Defendendo a diversidade

Atentando para as situações educacionais descritas, e relacionando-as com os problemas para a concretização de um atendimento biomédico *diferenciado* para as populações indígenas, buscarei aclarar, neste último subitem, a posição de mediadores assumida pelos profissionais do Projeto Xingu na saúde indígena.

É interessante notar dois aspectos que os mantêm nessa posição de mediação. O primeiro, analisado no capítulo três, é o fato de não modificarem o rigor de suas práticas, mantendo-se como legítimos representantes da medicina ocidental perante às instituições representativas de suas profissões e os órgãos governamentais.

A existência do Ambulatório do Índio e as problemáticas que ali surgem se fazem importantes para introduzirmos o segundo aspecto. Façamos, assim, uma breve digressão.

5.4.1 - O Ambulatório do Índio em perspectiva

O Ambulatório do Índio, criado em 1992, é ligado ao Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP, fazendo parte do complexo de ambulatórios da UNIFESP/HSP e constituindo uma porta de entrada diferenciada para os indígenas que se tratam no HSP ou demais hospitais conveniados com a universidade. Ganhou sua sede própria em 1995, estando localizado em uma pequena "casinha" em frente ao HSP. O ambulatório conta, atualmente, com dois médicos (um pediatra, o outro clínico geral/cardiologista), duas enfermeiras, uma auxiliar de enfermagem e uma auxiliar administrativa, funcionária mais antiga da unidade.

Segundo as premissas divulgadas no site do Projeto Xingu e conversas realizadas com membros mais antigos da equipe, o ambulatório foi criado para auxiliar os indígenas que necessitam viajar para São Paulo devido à doenças cujo tratamento é de alta complexidade (atenção terciária), insolúveis no âmbito da "atenção primária" ou em outras regiões do Brasil, sem recursos hospitalares. Esses indígenas, que estão fragilizados devido a sua enfermidade e que, muitas vezes, não falam bem o português, perdem-se com a quantidade de consultas, horários e locais que precisam ir durante seu *itinerário terapêutico* na metrópole, aumentando ainda mais sua estadia longe da aldeia e as consequências que essa ausência provoca.

Assim, o Ambulatório foi criado para realizar o que a equipe do Projeto chama de "coordenação *do cuidado*", que é o acompanhamento dos indígenas durante seu *itinerário terapêutico*, em parceria com a CASAI São Paulo, que os hospeda. O acompanhamento ocorre da seguinte forma: realiza-se uma consulta inicial com os médicos do ambulatório, para abertura de prontuário médico ou atualização do prontuário do indígena reincidente. A partir dessa consulta, são feitos encaminhamentos para que ele seja avaliado por médicos especializados no tipo ou região do corpo de sua doença. Em seguida, o enfermo retorna ao ambulatório para que o médico o ajude a entender o que foi diagnosticado (ou não, o que vai requerer mais exames e consultas), explique os procedimentos a serem feitos ou o tratamento que será realizado. Em alguns casos, o indígena chega a São Paulo e é diretamente internado,

recebendo visitas periódicas das enfermeiras e médicos do ambulatório, que procuram amenizar possíveis desacordos que possam ocorrer no ambiente hospitalar.

Atualmente, são as enfermeiras que cuidam dos contatos e acompanham todos os caminhos percorridos pelos indígenas com problemas "terciários", uma vez que os médicos estão cada vez mais envolvidos com consultas de atenção primária, casos considerados *simples* pela medicina, e principalmente de índios que vivem na cidade de São Paulo e região.

Assim, a justificativa primordial para a existência do ambulatório é o acolhimento aos indígenas de todo o Brasil que necessitem da atenção terciária ofertada em São Paulo, mas os *déficits* na atenção básica do SUS e o despreparo dos profissionais quanto à saúde indígena fazem surgir outras demandas. Atualmente, os Guarani – cujas TIs são na grande São Paulo e, principalmente, os Pankararu – cuja maior parte de seus representantes se concentra na região do Real Parque/Morumbi (SP) – estão diariamente no ambulatório para atendimentos de baixa e média complexidade. Leonardo, único médico do ambulatório durante anos, relatou-me que, por mais que tivesse sido criado para atender pacientes principalmente de alta complexidade, não recusa atender as demandas dos indígenas, habitantes de São Paulo, com complicações simples de saúde pois, ao se chamar "Ambulatório do Índio", e não "Ambulatório do Índio com problemas de alta complexidade", entende que a procura pelo local *fazia parte de sua própria reafirmação enquanto índios*[158].

A percepção do médico assemelha-se a de Cunha (2009b), de que a afirmação da etnicidade ganha, atualmente, formas eminentemente políticas. São nas diásporas que a cultura de uma minoria tende a se tornar mais visível, mais "cultura" com aspas[159], garantindo assim a distinção do grupo na sociedade em que seus representantes se acham inseridos, e observa que os traços culturais selecionados não são arbitrários, embora sejam imprevisíveis. Assim, o Ambulatório do Índio pode ter sido escolhido por esses grupos como uma forma de resistência, de protesto perante um subsistema de saúde indígena que não prevê os indígenas que vivem nas cidades, ou simplesmente como um meio mais fácil de acessar o sistema de saúde em São Paulo.

Hoje, com o aumento desses atendimentos primários e a diminuição das coordenações de cuidado com indígenas que precisam de atenção terciária, o ambulatório vem enfrentando algumas dificuldades internas para a efetivação do serviço. A mudança de alguns profissionais

---

[158] Art. 15º, INCISO I - Acolhimento: Promover subsidiariamente oportunidade para ingresso no sistema de saúde às comunidades indígenas da Grande São Paulo em caso de dificuldades para acesso aos equipamentos e serviços locais e regionais (PROJETO XINGU, 2010, p.9).

[159] Conceito criado por Cunha (2009b) para distinguir a Cultura *em si* da cultura para si.

tem alterado o trabalho que vinha sendo feito e tem verticalizado decisões antes tomadas conjuntamente pela equipe médica e de enfermagem. Concomitantemente, vê-se clara diminuição da valorização dos aspectos culturais envolvidos na determinação das doenças e da possibilidade de intervenção de médicos tradicionais, aspectos apontados como diferenciais do ambulatório (PROJETO XINGU, 2010).

Assim, após acompanhar diversas consultas, observo que hoje há um cuidado com os pacientes e uma tranquilidade na realização do atendimento, feitos sem pressa, mas não se indaga ou se atenta para explicações terapêuticas outras que não as biomédicas. Há uma receptividade e informalidade nos atendimentos, que são seguidos de remédios, alongamentos e orientações passados, e não dialogados, aos/com os indígenas. Os atuais médicos estão atendendo seus "pacientes" na maior parte do tempo, ao invés de atuarem prioritariamente como "mediadores" entre indígenas e os procedimentos e instituições de alta complexidade da biomedicina. E, para atender pacientes, não solicitam a larga experiência em EMSI das enfermeiras do ambulatório, nem das informações particulares de seus atendidos, distanciando-se dos objetivos fundadores do Ambulatório.

Priorizando uma interpretação dos agentes comprometida com o contexto histórico, observo que havia um cuidado maior com os registros das particularidades culturais e com o acompanhamento dos indígenas quando haviam mais indígenas sendo encaminhados por doenças de alta complexidade para o Hospital São Paulo. Estes eram indígenas de todo o Brasil, mas que geralmente vinham da Amazônia Legal, ou de locais sem um hospital estruturado. Ou seja, tratavam-se de indígenas "diferenciados" que *necessitavam* de uma atenção igualmente diferenciada.

A prevalência de casos de atenção básica, com indígenas cujas dificuldades de entendimentos e incompatibilidades com a biomedicina são associadas como semelhante à de outros grupos sociais da nossa sociedade, como leigos de baixa renda, religiosos etc., tem diminuído essa outra função, quase não médica, *mais parecida com a de um residente*, como me disse um dos médicos atuais, de fazer um *trabalho mais braçal, de ficar conseguindo as coisas no hospital para agilizar os procedimentos e o paciente ter uma resposta do tratamento dele melhor e mais rápida*. Há a impressão de que os médicos têm voltado à sua função médica por excelência, devido a um esvaziamento, na prática, da missão primordial do ambulatório, que é coordenar o cuidado em casos complexos vividos por indígenas. Relacionam-se, assim, com um novo tipo específico de "índio" genérico: o índio ambulatorial. Este, como o outro, é visto como merecedor de um cuidado, porém muito mais ligado à "atenção humanizada" do que com a "atenção diferenciada".

5.4.2 - Sendo Humanistas

Descritas as questões que perpassam o Ambulatório do Índio, o segundo aspecto que faz com que os profissionais de saúde do Projeto se mantenham mediadores no âmbito da saúde indígena nacional seria o fato de que, por mais que tenham incorporado novos valores, valores indígenas, não se desvinculam da perspectiva mais generalizada da assistência no Brasil e no mundo. Eles não aceitam o papel de "médicos *dos* indígenas", ou "médicos *dos* povos do Xingu", como algumas lideranças indígenas gostariam que fosse[160], mas mantêm-se como médicos pró-humanização dos serviços de saúde, pró-equidade – médicos que possuem uma visão crítica frente à biomedicina clássica/padrão, sem, contudo, deixar a crença de que somente sua introdução nos lugares mais ermos é capaz de *prevenir* os mais diferentes grupos sociais de doenças exaustivamente estudadas por sua medicina.

Este aspecto está diretamente relacionado à(s) noção(ões) de "distância(s)", tanto física quanto lógico-cultural, as quais os profissionais do Projeto foram, e ainda são, submetidos ao longo de todos esses anos de relação com os povos da TIX. Física porque, com a estabilização do SASISUS, o Projeto tem sofrido um afastamento importante do Xingu. Esse distanciamento, somado à falta de recursos e de um bom relacionamento com o DSEI Xingu, tem gerado um profundo desconforto nos profissionais há mais tempo envolvidos com o Projeto. Eles sabem que não estar de corpo-presente, *dando as caras na aldeia*, como um dos membros antigos da equipe disse na reunião na qual se discutia os rumos do Projeto, significa *não estar mais junto*. Ou seja, isso significa *não ajudar mais índio*, ou *vocês abandonaram nós*, como dizem alguns indígenas para os membros do Projeto quando esses vão à TI, ou quando representantes destes povos vêm para São Paulo.

Esses profissionais, envolvidos com os xinguanos há décadas, revoltam-se com o não reconhecimento que o Projeto experimenta atualmente. Dizem que trabalharam todos esses anos para *parar de trabalhar*, mas apenas quando o serviço pudesse ser assumido pelos indígenas. Orientaram e formaram representantes de quase todas as aldeias do Xingu para que aprendessem a *se defender de nós*[161], nossa política e burocracia, e ocupassem os cargos de gestão e atendimento em saúde indígena. Ao mesmo tempo, como já vimos, lutaram junto com os movimentos indígenas e indigenistas pela responsabilização do governo com a saúde

---

[160] "O projeto de formação dos agentes indígenas de saúde não está correspondendo, nas aldeias, à demanda de profissionais especializados para o atendimento dos problemas de saúde que eventualmente ocorram. Nesse sentido, por exemplo, [os Kalapalo] reivindicam a construção de um hospital devidamente aparelhado na área, a ser instalado no Posto Leonardo, assim como a presença permanente de profissionais habilitados e equipes de saúde que possam atender prontamente aos casos de morbidade que aparecerem nas aldeias do entorno" (CARDOSO, 2004, p.201-202).

[161] Expressão utilizada por um médico do Xingu em reunião da equipe.

desses povos. Como Helena disse-me em entrevista*: Então a luta toda, mesmo nas conferências, era para que o Estado assumisse* [a saúde dos povos indígenas] *como uma política pública. Nosso sonho era não precisar depender de recursos externos, mas que o próprio Estado assumisse isso, como direito dos índios.*

Porém, com o *sonho* concretizado e as políticas públicas de saúde indígena formalizadas, a ajuda do Projeto à gestão tem sido repelida, e as parcerias que eram esperadas, uma vez que possuem um acúmulo de quase 50 anos de atenção à saúde indígena, não se realizaram. Novamente, Helena observa que *na teoria era muito bacana, mas na prática estamos vendo o jogo de forças, o jogo de poderes, a questão econômica, e aí a gente sente falta desse financiamento externo para não ficarmos amarrados e podermos agir.*

Os coordenadores do Projeto sempre ressalvam seu protagonismo na luta pela criação da SESAI, mas o que acontece na prática não é o que esperavam com sua criação. Assim, o Projeto vem expandindo seu raio de ação para a saúde indígena como um todo, não somente na TIX, apesar de os mais antigos continuarem profundamente vinculados aos xinguanos, hospedando-os quando vêm a São Paulo, recepcionando-os em suas casas e cuidando pessoalmente de seus itinerários terapêuticos.

Para ilustrar esse vínculo, recentemente, houve o episódio de uma Ikpeng grávida e com tuberculose que ficou quase um ano circulando por diversos âmbitos do SASISUS e SUS (CASAI, postos de saúde, Hospitais etc.), viajando para Sinop (MT), Cuiabá (MT) e voltando para a aldeia sem que seu problema fosse resolvido. Em conversa com seu marido, Mauri Ikpeng, pude ouvir sua longa e angustiante trajetória até finalmente conseguir ser atendido em São Paulo, com o acompanhamento da UNIFESP, e o quanto essa ajuda da UNIFESP era negada pelos gestores:

> *Eu distribuí uma carta, pedindo ajuda. Depois disso, o ambulatório do índio disse que estava disposto a receber minha esposa dia 3 de janeiro. Daí eu pensei "eu consegui", mas o que dificultou era como trazer ela, porque ela tinha dreno, e o chefe do DSEI respondeu que não dava para trazer simplesmente ela de avião. Daí o que dificultou foi a liberação do voo por esse chefe. Liguei para ele, dizendo que o médico Sebastião* [do Projeto Xingu] *estava pronto, no aeroporto, esperando pra embarcar, e foi quando ele me chamou pra conversar em Sinop, dizendo que ia remover a minha esposa para Cuiabá. Falou que tinha um doutor bom lá em Cuiabá, porque ele falou que levar para São Paulo ia demorar, era alto risco. Ele disse que a médica* [mãe há poucos meses e com o marido passando por quimioterapia forte devido um câncer] *não tinha que ter passado a função para o Sebastião, porque ele não tem nada a ver com a gente, e disse: "Não adianta ela indicar Sebastião, eu tenho que decidir".*

Por fim, seu problema não foi resolvido em Cuiabá e sua vinda para São Paulo foi atípica, fora dos padrões do SASISUS. Ele e sua esposa ficaram hospedados em um hotel,

pois a CASAI alegava não ter vaga (estava em um período de instabilidade devido à mudança de local) sendo auxiliados informalmente por membros do Projeto, como a antiga enfermeira da EMSI que trabalhou muitos anos no Polo Pavuru, bem como Cássio, Helena etc. A esposa de Mauri chegou a ter seu filho, ainda quando estava na região da TIX, mas acabou perdendo um dos lados do pulmão, que necrosou. Durante a narração, Mauri tece muitos elogios à UNIFESP, valorizando sua ajuda mesmo que a instituição não possua mais os recursos para atender os povos do Xingu. Disse:

> *Como é que tocaram nosso avô* [Cássio] *de nossa casa? Porque pegaram recurso? O que aconteceu? Eu não consigo entender o que aconteceu para tirarem esse recurso da UNIFESP. Só porque ele trabalhava com o povo, preocupava com o povo, tiraram ele, tiraram o recurso das mãos deles. Eu não gosto do distrito, isso que eu quero dizer, eu não gosto do distrito. Isso eu falo porque eu sinto falta. Quando esse SESAI assumiu, já fazem três anos, eu acho que se ele fosse capaz de fazer estágio ou pegar um pouco de conhecimento,* [se] *capacitar um pouco com UNIFESP, acho que não estaria acontecendo igual está acontecendo hoje.*

Este caso é ilustrativo dos malabarismos que a equipe do Projeto realiza para ajudar aos xinguanos, *seus parentes*. Vale ressaltar que está presente novamente na fala deste indígena da TIX a valorização da experiência dos profissionais do Projeto, e o quanto ele gostaria que UNIFESP e SESAI trabalhassem lado a lado – ou ainda, que fossem uma instituição só, e que a UNIFESP não estivesse afastada.

O distanciamento do Projeto com a TIX tem sido mais bem aceito e encabeçado pelos profissionais com menos tempo de trabalho em saúde indígena que compõem a equipe do Projeto. Isso porque, mesmo tendo permanecido bastante tempo na TIX, em média cinco anos, criaram relações com os indígenas diferentes das estabelecidas por seus antecessores. Foram eles os protagonistas das interações com os Guarani de São Paulo, com indígenas de Guarulhos e demais representantes indígenas que vivem no estado.

Essa "geração" de profissionais do Projeto entrou para a saúde indígena depois de 1999, ano de criação do SASISUS, estabelecendo uma relação de emprego fixo (regime CLT) com a TIX. Se, por um lado, suas relações com os indígenas foram mais densas, rotineiras, também foram mais conflituosas, de convivência, o que pode ser configurado como fator facilitador para o desprendimento deles frente ao Xingu. Assim, eles estariam buscando ampliar um trabalho antes restrito, desviando-se da antiga rotina de trabalho *em área* sem, contudo, perderem de vista a "saúde indígena", quaisquer sejam.

Quando, por exemplo, são propostos à equipe que atualmente trabalha na sede do Projeto em São Paulo deslocamentos para capacitação, orientação e supervisão, a maioria dos

profissionais desta geração se mostra disposta a participar. Mas se lhes são ofertadas vagas locais de trabalho, que pressupõem a saída dos mesmos da sede do Projeto Xingu em São Paulo ou o retorno deles à EMSI, todos recusam, dizendo que sentiam já terem feito sua parte, *o que eu podia eu já tinha feito ali*, já terem cumprido sua *missão* na região.

A relação de trabalho fixo os fez ser tratados com menos prestígio do que aqueles que, apesar de promoverem um trabalho duradouro, sempre estiveram no Xingu de maneira mais "solta" (menos obrigatória) e em ações maiores, trazendo mais recursos e pessoas com ampla experiência (disponíveis para realizarem ações pontuais, mas não para estabelecerem uma rotina de trabalho nessas regiões, como médicos professores da EPM). Assim, baseando-me nos aspectos da "domesticação dos napë (brancos)"[162] e dos "napë de verdade"[163] levantados na análise de Kelly (2005) sobre o processo Yanomami de diferenciação, os profissionais que tiveram seu trabalho no Xingu rotinizado teriam sido mais "domesticados" do que os segundos, que teriam mantido seu caráter de poderosos provedores:

> A condição de *napë yai* [brancos de verdade] expressa-se mais perfeitamente em poderosos homens brancos (...) Essas personalidades podem mobilizar importantes quantidades de produto manufaturado, promover cursos para enfermeiros ou microscopista, obter quantidades maciças de gasolina ou de comida para reuniões, mobilizar helicópteros [e aviões] em caso de epidemias (...) Napë é também associado a um conhecimento extraordinário, evidenciado na tecnologia que médicos e missionários trazem ao Alto Orinoco (KELLY, 2005, p.216).

Assim, mesmo que o Projeto Xingu não tenha mais o poder de provisão que detinha outrora, esse *status* dos profissionais mais experientes, de provedores e conhecedores do que há de mais avançado na medicina, tem se mantido com base em dois aspectos principais. O primeiro seriam as recordações positivas do passado, como as ações do Dr. Baruzzi frente às grandes epidemias que acometiam os xinguanos, o que faz com que ele seja sempre citado por aqueles que elogiam o trabalho da UNIFESP na TIX - visto, junto com Orlando, como um "ancestral exemplar benfeitor da região" (LAPLANTINE, 1986, p.223), ao menos quando se referem à saúde. O segundo, seria a não-alteração do caráter de trabalho distanciado desses membros há mais tempo no Projeto. Se, antes, isso se devia à inexistência do subsistema de saúde indígena e falta de recursos, hoje, se deve à Estatização do serviço,

---

[162] Utilizando a definição de Kelly (2005) para a domesticação dos brancos: "Domesticar os brancos" seria "remover artificialmente a alteridade inata, comportando-se como parente e tornando-se mais humano e moral: um 'virar yanomami'", ou um "virar-indígena", processo que jamais concretiza-se, mas sim cria dualidades, onde a "yanomami-idade artificial pode 'coletivizá-los' [os brancos] com os Yanomami". (p.219).

[163] "(…) a marca do 'napë de verdade': além da posse de bens, a capacidade de provê-los" e produzi-los. (KELLY, 2005, p.215).

que os força a estarem na TIX espaçadamente, em ações pontuais – que, por isso mesmo, são longa e detalhadamente planejadas, o que as torna "grandes" (poderosas).

Logo, voltando aos profissionais do Projeto que são ex-integrantes das EMSI, depois de anos inseridos nessa rotina de trabalho, muitos relatam ter esgotado suas condições físicas/mentais para continuar atuando *em área* – como visto na "nota sobre a rotatividade dos profissionais". Contudo, optaram por trabalhar na sede do Projeto Xingu justamente por enxergarem ali a possibilidade de continuarem fazendo ações, mesmo que mais espaçadas, com as populações com que trabalhavam. Não querem romper completamente o vínculo com os xinguanos, mas enxergam como positiva a possibilidade de extensão das suas intervenções para várias áreas indígenas do Brasil, uma espécie de legado a ser transmitido.

Contudo, o que para eles é uma continuidade de trabalho em saúde indígena, para os indígenas da TIX é colocado como rompimento, abandono. Esta seria a segunda distância que mencionei, a distância lógico-cultural, a diferença de valores, do que esperam com aquele trabalho de saúde realizado na TIX.

Como dito no segundo capítulo, volto a esses diferentes interesses para finalizar a seção, deixando claro que estou pesando na "balança da mediação" relações marcadas pela "defesa da diversidade". Como os profissionais não são indígenas, nem criados e educados segundo os valores de uma sociedade indígena, seus planos e perspectiva de vida não se completam em uma aldeia (ou uma etnia ou em um grupo específico de etnias). Relataram-me em entrevistas que suas perspectivas iniciais ao adentrarem em cursos da área de saúde era *cuidar do outro*, e esse desejo não se finda em cuidar exclusivamente de determinado povo. Contaram-me que, em sua formação profissional, salvo poucas exceções, essa alternativa de trabalho sequer foi mencionada.

Até mesmo os profissionais que são indígenas, mas saem de suas comunidades para graduarem-se nos centros de ensino superior disponíveis a qualquer brasileiro, sofrem a ausência de direcionamento para a realidade de trabalho no SASISUS. Com isso, não são estimulados, durante a formação, a serem críticos ou a buscarem alternativas, o que os torna, assim como vários profissionais não-indígenas, reprodutores da medicina biomédica protocolar (protocolos médicos).

Atualmente, com a discussão sobre a vinda de médicos cubanos ao Brasil[164] e a implementação do programa "mais médicos", revelou-se, para um público não especializado, o viés da formação médica no Brasil, uma formação que não prioriza a atenção primária,

---

[164] Ver PORTAL BRASIL (Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/11/mais-3-000-medicos-cubanos-chegam-ao-pais-a-partir-desta-segunda-4/@@nitf_galleria>. Acesso em: 11 novembro 2013).

estando voltada às especialidades e ao atendimento de alta complexidade[165]. Assim, nota-se facilmente a diferença de atuação dos médicos formados em Cuba, formação voltada para a atenção básica, e os brasileiros, o que expõe a distância existente entre a proposta do SUS brasileiro e os enfoques pedagógicos das escolas médicas do país, os quais necessitam, mais do que nunca, serem debatidos.

Para fazermos um pequeno paralelo, existe uma priorização e desenvolvimento da atenção primária em saúde em Cuba desde a revolução comunista de 1959, o que tornou o nível de saúde de sua população comparável ao de países desenvolvidos logo no início dos anos de 1990[166]. Segundo Méndez e colaboradores (1993), que em artigo nos traz em detalhes o funcionamento do Sistema Nacional de Saúde Pública (SNSP), isso só foi possível, mesmo com o bloqueio econômico sofrido pelo país, graças a uma visão totalizante do sistema e do foco dado aos recursos humanos. Como disse um médico cubano em uma entrevista recente publicada na internet, "o que é fundamental quando não se tem recursos é priorizar os recursos humanos"[167]. Sendo assim, os governantes perceberam que não precisavam somente formar mais profissionais, como também gerir uma educação permanente e capacitar os profissionais já existentes:

> Es probable que el componente más complejo de este sistema sea el propio proceso. En él coexisten los elementos correspondientes a la formación, educación permanente y capacitación del personal, para que se produzca una verdadera integración entre docencia, atención médica e investigación y para que todo tenga lugar en un mismo espacio: el servicio de salud. A través de lãs acciones de organización, planificación, control y dirección, estos elementos repercuten en la calidad del servicio.
> Se trata de lograr una interrelación dialéctica entre la atención médica, la docencia y la investigación. En consecuencia, el mejor desarollo de cada uno de estos componentes beneficia directamente a los otros dos. (...) un factor que ha contribuido a esta íntima interrelación es el hecho de que las universidades y facultades de ciencias médicas constituyen, desde 1976, parte integrante del SNSP y no cuentan com hospitales propios. Más bien, es en lós centros asistenciales del SNSP donde tiene lugar la formación de lós RHS (MÉNDEZ et al., 1993, p.153-154).

---

[165] Além desse enfoque na especialização, a maioria desses médicos está concentrada nos grandes centros urbanos, como mostrou o último estudo demográfico de médicos no Brasil. Para saber mais, ver Scheffer ET Al (2011).

[166] "En esa época [antes de 1959] la situación de salud em el país, tal como se planteó en el "Programa del Moncada" era deplorable. Lós servicios públicos de salud se prestaban en unos pocos hospitales en las grandes concentraciones urbanas, con acceso muy limitado de la población rural que constituía la mayor proporción de los habitantes y quienes, en las zonas montañosas, no recibían ningún tipo de atención médica" (Menezes ET AL, 1991: 388). Segundo os autores, havia também alto índice de mortes por doenças facilmente controláveis.

[167] Em: http://blogdosakamoto.blogosfera.uol.com.br/2014/04/17/escravos-nao-tem-os-nossos-privilegios-afirmam-medicos-cubanos/?fb_action_types=og.recommends&fb_source=aggregation&fb_aggregation_id=288381481237582. Acesso em 02 de junho de 2014.

Além desse movimento do governo, essa integração com as universidades ocorreu porque "en 1963 los estudiantes de medicina y estomatología renuncian al ejercicio privado de su profesión y en enero de 1967 se declaran gratuitos todos los servicios de salud" (MÉNDEZ et al., 1991, p.390). Com isso, embora saibamos que o Sistema Único de Saúde no Brasil é bem recente – final da década de 80, início dos anos 90 – poderíamos prever que alguns dos problemas que apresenta atualmente não sejam pela prematuridade de sua existência, mas frutos de sua própria estruturação.

Em nosso sistema, não há essa fusão com os centros de ensino superior de saúde existente em Cuba. Os centros de ensino podem ser públicos ou privados, respondendo ao Ministério da Educação e, de forma indireta, ao Ministério da Saúde (que coordena principalmente assuntos como a pesquisa e extensão universitária em saúde), não sendo obrigatória a priorização do atendimento na saúde pública nem têm como foco principal a resolução dos problemas de saúde do país. Os estabelecimentos de ensino também não precisam realizar a educação permanente dos seus alunos formados.

Consequentemente, a assistência é realizada tanto via SUS como por clínicas e hospitais particulares, nos quais o grande público são clientes dos planos de saúde de empresas privadas. Porém, como existem mais vagas para alunos ingressarem em centros privados, e como o ingresso nas mesmas é mais fácil do que nas universidades públicas, o sistema público é dependente também da mão-de-obra desses profissionais que, como vimos, encaram esse ramo como algo temporário, inicial.

O problema é ainda pior no caso de saúde indígena, visto que quase não se formam profissionais com essa perspectiva de trabalho. Essa formação de profissionais da saúde sem um olhar voltado para as diferenças étnicas existentes no país reverbera nas diretrizes e programas de promoção à saúde voltados às populações indígenas. As propostas governamentais, muitas vezes, se dirigem aos indígenas sem que os mesmos participem, de fato, da criação dessas ações. Digo "de fato" porque chamam-se representantes indígenas para *dialogar*, mas de forma apressada, sem se respeitar aquele "tempo indígena" mencionado no capítulo três. Um exemplo recente desta postura foi a forma como a SESAI organizou a 5ª CNSI para "promover" a participação dos indígenas.

Sem pretender engendrar uma análise desta CNSI, apenas assinalo que o evento possuiu etapas locais[168] de apenas dois dias para que os indígenas discutissem "eixos temáticos" que, ao todo, somavam mais de 40 questionamentos para debate, listados em um

[168] Presenciei a etapa local do Polo Base Wawi.

grande edital – que os Kisêdjê e eu levamos um dia inteiro só para ler e compreender *direitinho o que estão propondo pra nós (liderança Kisêdjê).* No caso do Polo base Wawi, essa organização mostrou-se irreal. Os indígenas chegaram a solicitar dois dias a mais de reunião (requisitando apoio financeiro), os quais de fato existiram. Contudo, mesmo com quatro dias de reunião, não conseguiram realizar toda a discussão que gostariam de fazer, devido a uma série de problemas relacionados à distância existente entre os organizadores do evento e os povos indígenas com quem pretendiam "dialogar". Não houve consideração do tempo gasto para se traduzir falas em outras línguas ou do tempo necessário para que os povos indígenas conseguissem ler o edital e entender o que estava sendo proposto – como fizeram os Kisêdjê a partir de uma iniciativa deles, para citar apenas alguns equívocos.

Seguindo essa lógica de relação do governo com os indígenas, como alguns profissionais do Projeto Xingu costumam dizer, parece que é só adicionar o "I" nas siglas dos programas nacionais de saúde para promover a "atenção diferenciada" aos povos indígenas[169], sem problematizar-se o que seria isso aos atendidos pelo programa. Com relação a essa capacitação para trabalhar com populações indígenas ou qualificação para realizar um atendimento diferenciado, a dificuldade com RH que o SASISUS enfrenta, também é consequência de dois fatores conjunturais: 1) a falta de discussão ou até de menção sobre saúde indígena nas instituições de ensino e pesquisa nacionais e 2) a ausência dos indígenas na problematização dos conteúdos das universidades. A política compensatória os têm inserido nas universidades através das cotas, mas ainda está longe de trazê-los para o processo de elaboração dos cursos e conteúdos a serem ministrados.

É importante esboçarmos esse quadro atual do SUS e do SASISUS para ficar claro onde está situado o grupo que analisamos. O Projeto Xingu é um grupo de extensão – antes de uma escola pública, atualmente de uma universidade federal, que possui excelência na área de pesquisa e um compromisso com o SUS. Assim, para os membros do Projeto, a diferença de formação dos médicos cubanos foi facilmente percebida devido à concepção mais ampliada de saúde que também possuem e que dificilmente encontram nos profissionais formados no Brasil. Por exemplo, Helena e Sebastião, dois médicos do Projeto, ao ministrarem algumas aulas sobre saúde indígena aos cubanos, em Brasília, ficaram impressionados com a rapidez com que os cubanos conseguiram enxergar a totalidade de um caso complexo que costumam usar com os alunos brasileiros (no curso da UAB, nas aulas do quinto ano de medicina etc.).

---

[169] Tem sido assim com os projetos do Brasil Sorridente Indígena e com a Saúde da Mulher Indígena, por exemplo.

Trata-se da descrição detalhada de uma criança com diarreia, cujos responsáveis e o pajé não concordam com a remoção da aldeia (ANEXO 4). Colocados hipoteticamente na situação, os alunos respondem como conduziriam o caso. Os estudantes brasileiros quase sempre focam apenas na cura da doença, apontando os procedimentos técnicos mais adequados a serem feitos, e quão arriscado é não segui-los, e desconsideram informações sobre as regras culturais e vontades dos atendidos; ou, sabendo que os profissionais do Projeto esperam algo além, reproduzem discursos "politicamente corretos" sobre respeito à cultura dos indígenas, descuidando, por outro lado, de preceitos éticos básicos da medicina a que representam. Não conseguem problematizar com profundidade a atenção básica, que é confundida por eles com algo simplório. Tal confusão é um reflexo do que lhes é passado durante a formação.

Este episódio com os cubanos comprova, entretanto, que esse cuidado maior com o paciente e com a atenção básica não é exclusivo nem da prática do Projeto Xingu nem exigido somente em saúde indígena. Isso esclarece que, ser um defensor do SUS ou da medicina pública, não coloca os profissionais do Projeto em uma posição de relativização da biomedicina, mas sim em uma posição política de defender a equidade dos serviços públicos prestados aos diferentes grupos sociais. No caso do Projeto, esta atuação política se traduz em defender que a atenção diferenciada para os povos indígenas esteja atrelada à garantia de acesso aos serviços do SUS "mais igual" a estas "minorias" (desfavorecidos), em comparação com o restante da população do país. E, neste caso, realizam a mediação por todos os indígenas, e não apenas pelos indígenas do Xingu.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS – "*SOMOS MILITANTES*": O LIMIAR ENTRE A DEFESA DA VIDA E A DEFESA DA DIVERSIDADE

"Integridade territorial, saúde, meio ambiente preservado, respeito, mútuo conhecimento não estão garantidos: sempre ameaçados, sempre conquistados".
(HECKENBERGER E FRANCHETTO, 2001, p.18).

Foi durante o encontro de mulheres dos povos do Baixo, Médio e Leste Xingu de 2005[170] que, no espaço para as falas finais do encontro, uma liderança Ikpeng, que também é parteira, discursava em sua língua quando, subitamente, tirou do vestido um preservativo masculino (camisinha) e, mostrando-o a todos, terminou sua fala de forma firme, determinada. Todos a aplaudiram, supondo que a mesma defendia o uso do preservativo. Mas, para surpresa de todos, o intérprete, meio sem jeito, traduziu que aquela senhora acreditava que a camisinha era a causadora das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Nesse momento, as pessoas mais experientes do Projeto Xingu se deram conta do equívoco cometido. No início da década de 90, com a intensificação de discussões e pesquisas sobre as DSTs e AIDS no Brasil, os profissionais do Projeto decidiram informar para *prevenir* os povos indígenas do Xingu, os quais intensificavam o fluxo de idas e vindas às cidades da região[171]. Assim, eles apresentaram e explicaram as DSTs e a camisinha, em uma mesma reunião feita com representantes de todos os povos do Xingu. Porém, passado um tempo, perceberam que tais instruções não tinham surtido efeito prático entre as comunidades da TIX.

Foi somente nesse encontro de mulheres, mais de uma década depois, onde estavam presentes diversas indígenas mais idosas, tidas como conselheiras por vários povos (SEEGER, 1980), que entenderam um dos motivos: elas acreditavam que a camisinha causava os males sexualmente transmissíveis, pois associaram a aparição desse objeto dos brancos em seu contexto social com o aumento de diagnósticos de DSTs que ali surgiram. Assim, aconselhavam seu povo a não utilizarem esta proteção. Como os Desana descritos por Buchillet (2002), que associaram a varíola e o sarampo às "contas de vidro" que eram trocadas com os brancos nas primeiras fases do contato, os povos do Baixo, Médio e Leste do

---

[170] II Encontro De Mulheres Xinguanas - *"Doenças Sexualmente Transmissíveis e Câncer de Colo Uterino"*, de 1 a 4 de outubro de 2005, no Polo Base Diauarum, DSEI Xingu. Participaram 90 mulheres de 6 etnias (PROJETO XINGU, 2009, p.93).

[171] Como primeira ação educativa e de sensibilização em 1993, as DST e a AIDS constituíram o tema central de um dos módulos do curso de formação dos agentes indígenas de saúde, então com 63 alunos (PROJETO XINGU, 2009). Para saber mais sobre a problemática das doenças sexualmente transmissíveis entre populações indígenas,ver Wiik, 2001.

Xingu também realizaram associações entre certas doenças e a presença dos não-indígenas e /ou objetos trazidos por eles à aldeia, mesmo que fossem utensílios, considerados pelos biomédicos, preventivos, como o preservativo masculino.

Mostram também essas associações ao domesticarem e integrarem elementos exógenos aos sistemas cognitivos e terapêuticos tradicionais, como quando dizem que são os espíritos que fazem os profissionais de saúde não-indígenas fumarem muito, como ocorre com os pajés – visto que ambos, médicos e pajés, são sujeitos envolvidos com processos de cura; ou, ainda, quando a indígena Kawaiwete diz que o correto seria somente o indígena que demonstra dependência alcoólica e sua família se converterem às religiões não-indígenas, e não comunidades indígenas inteiras se converterem, "domesticando" a religião.

Esses elementos exógenos incorporados pelos indígenas, "longe de invalidar sua lógica e coerência internas, pelo contrário, enriquece-os, contribuindo para reafirmar a validade do universo conceitual indígena" (BUCHILLET, 2002, p.129). É assim que, como vimos nos capítulos anteriores, a *desnutrição*, a *saúde mental* e a *hipertensão* tornam-se, por meio das associações indígenas, códigos compartilhados com os não-indígenas que atestam a eficácia dos pajés. Para a *desnutrição infantil*, existem ervas administradas pelo pajé Kawaiwete que fazem *menino ter vontade de comer e engordar,* considerados sinais de melhora do doente. Para as doenças consideradas como da área da *saúde mental*, esses mesmos pajés acessam outros planos para negociar com o(s) agente(s) causador(es) da doença, que é(são) específico(s) para cada pessoa que fica doente; e para a *hipertensão/pressão alta* estavam sendo administradas ervas e encantamentos apropriados, concomitantemente ao fato de o rapaz diagnosticado como hipertenso estar com a pressão arterial de seu corpo controlada há mais de sete meses.

Essas associações, contudo, não são ditas aos não-indígenas constantemente. Pelo contrário, são reveladas em determinados eventos políticos. Assim é que a camisinha foi condenada pelas indígenas mais velhas por mais de dez anos sem que os profissionais tivessem ideia da associação estabelecida entre o preservativo e as doenças que é destinado a prevenir. Esta só foi revelada no final de um encontro de mulheres, vários anos depois. Ou seja, são em espaços/eventos criados para a conversa, o debate e a troca de conhecimentos que são expostas essas interpretações, surgindo também a oportunidade da criação de códigos compartilhados que facilitem a diminuição das *comunicoses*.

Em muitas aldeias não há uma grande mobilização da comunidade durante atendimentos biomédicos rotineiros, como vimos com relação à vacina, pois não são esses os espaços entendidos como de negociação, de exposição dos interesses e insatisfações frente às

ações dos não-indígenas. O que ocorre, de forma mais comum, é a reclamação pontual ao longo desses serviços e a observação atenta e colaboração durante as ações, sendo expostos, geralmente pelas lideranças de cada povo ou aldeia, em reuniões, encontros e conversas posteriores, os maiores incômodos com o trabalho dos não-indígenas. Na aldeia Kwaruja, por exemplo, por mais que estivéssemos o tempo todo na aldeia (passamos 15 dias dormindo na casa de uma indígena), uma mulher Kawaiwete esperou até as falas finais da *Grande ação* para expor sua insatisfação com o atendimento de um dentista (primeira vez *em área*), pois ele havia quase arrancado todos os seus dentes (ele tinha feito limpeza dos tártaros).

É por isso que a equipe do Projeto Xingu passou a valorizar e ampliar esses espaços de conversa, como vimos no capítulo quatro. Não foi algo que, desde o início da relação entre a EPM/UNIFESP e o PIX, era visto como elementar, uma vez que o contexto de saúde das populações indígenas daquela época e as relações políticas entre indígenas e não-indígenas eram outros. A história contemporânea da saúde indígena e, arrisco dizer, de todas as políticas públicas direcionadas aos indígenas no Brasil, pode ser claramente dividida entre antes, durante (meados da década de 80) e pós Constituição Federal de 1988.

A relação do Projeto Xingu com os indígenas passou por todas essas épocas e mudanças. Busquei mostrar, nesta dissertação, como sua atuação era modificada conforme o período histórico e os agentes históricos que se envolviam com o Projeto, e quão importante é considerar esses elementos quando citamos esse programa de extensão. Se esses profissionais não-indígenas cometiam muitos "equívocos" e "desacordos homônimos", como afirma Kelly (2005) sobre os profissionais da saúde do contexto Yanomami, conforme se passaram os anos e se acumularam as explicações desses equívocos, a equipe do Projeto teve a oportunidade de ir se reinventando, acessando novas realidades e formas de agir e se comunicar. Com seu envolvimento na construção pioneira de um sistema local de saúde, os membros do Projeto puderam trabalhar certo "paternalismo" herdado dos irmãos Villas Bôas e transformá-lo em formação, empoderamento e protagonismo dos indígenas com quem se relacionam[172], indo além da assistência em saúde e adentrando o campo da educação (capítulo 5 dessa dissertação). Atualmente, os profissionais do Projeto Xingu buscam não só transmitir informações e formações aos indígenas como também a integração de elementos exógenos aos sistemas cognitivos e terapêuticos biomédicos nas práticas em saúde indígena e da atenção primária de maneira geral.

---

[172] "Ao que tudo indica, foi-se o tempo das intervenções unilaterais e paternalistas que, se prestavam um serviço essencial até pouco tempo atrás, não encontram mais, hoje, uma clientela acrítica" (HECKENBERGER e FRANCHETTO, 2001, p.18).

É devido a todos esses aspectos que o caso analisado, que são as ações em saúde engendradas há quase cinquenta anos pelo Projeto Xingu na Terra Indígena do Xingu, pode ser considerado um caso de mediação cultural, e os profissionais de saúde não-indígenas do Projeto, mediadores privilegiados para a análise – com características paralelas às dos missionários descritos no livro *Deus na Aldeia*, o mais expressivo trabalho da teoria da mediação cultural[173]. Esses profissionais adaptam-se ao contexto de trabalho do Xingu, entram no sistema de códigos compartilhados com os indígenas (reproduzindo códigos que lhes são passados pelos não-indígenas mais experientes do Projeto e participando da criação de novos códigos, conforme as situações que lhes aparecem), acumulam cada vez mais esses códigos e, por estarem em um contexto de disputa, de conflitos e de constantes negociações, tornam-se exímios mediadores políticos: aprendem quais códigos utilizar com os indígenas, o que tornam suas ações mais bem aceitas, assim como não desconsideram os códigos da burocracia governamental, das políticas públicas, o que torna seus conhecimentos em saúde indígena requisitados pelas organizações dos serviços públicos no país. Tornam-se doutores especialistas em resolver problemas de *comunicose*, "doença" endêmica em contextos interculturais como o da saúde indígena.

Nessa relação de negociações de cura, as populações indígenas e os profissionais ligados ao Projeto Xingu, no movimento concomitante de acessar seus códigos e incorporar alguns códigos alheios conforme lhes são transmitidos, ressignificam tanto a biomedicina (as políticas públicas em saúde e a formação biomédica) quanto as formas tradicionais de cura. Se, como vimos no terceiro capítulo, os profissionais do Projeto ganharam mais autoridade e respaldo dos indígenas para realizarem ações de prevenção, é porque, com força contrária e de mesma intensidade, não priorizam protagonizar a cura, que é verbalizada como sendo dos cuidadores tradicionais (raizeiros, pajé, rezadores etc.). Claro que estamos falando aqui das situações concretas de contato intercultural e das performances políticas que cada um desses agentes realizam em momentos como esses[174].

Foi no capítulo três, também, que vimos como os profissionais de saúde do Projeto não deixam de ser biomédicos. O fato de não perderem seus parâmetros é justamente o que os faz continuar sendo negociadores dentro da saúde indígena no Baixo, Médio e Leste Xingu, pois isso é o fator esperado pelas populações que ali vivem – é o código compartilhado no que se refere à promoção de saúde feita por não-indígenas. Como toda identidade afirmativa, mais

---

[173] Trouxe algumas questões referentes a esse paralelismo no capítulo três (vide supra p. 64).

[174] Como já mostramos em outro momento, os biomédicos não deixam de curar nem os médicos tradicionais deixam de engendrar prevenções, mas não são esses os aspectos enfatizados na relação de negociação de cura.

estática do que o movimento real dos significados produzidos na ação, os indígenas geralmente vão valorizar as intervenções médicas clássicas, como a prescrição de drogarias e de exames, iguais aos atendimentos feitos na cidade. Ao mesmo tempo, reivindicam profissionais bem qualificados, com larga experiência, pois somente estes saberão *trabalhar com nós, índios*.

Contudo, os profissionais não-indígenas agem munidos de sua medicina sem que precisem utilizá-la conforme os protocolos convencionais – tentam, inclusive, modificá-los para o contexto em que trabalham. Podem, assim, manter sua posição profissional de biomédicos e respeitar os interesses dos "pacientes", justamente porque se preocupam mais com a prevenção e o bem-estar dos indígenas do que com o *diagnóstico preciso*. Este é o papel que lhes cabe ali e qualquer esboço de ação que destoe desse *script* pode gerar conflitos. Quando ultrapassam essa função e querem interferir na resolução de algumas doenças sem se mostrarem dispostos a, primeiro entender, para depois tentar atender à demanda local, são expostas as contradições.

Certa vez, ouvi o relato de um médico que precisou fugir pela janela do posto de saúde e correr até uma reunião de lideranças indígenas, que ocorria no mesmo local, pedindo ajuda, pois o marido da mulher que ele tratava perseguia-o com um "facão" nas mãos. Ele descobriu, então, que o que incomodara o rapaz foi ter saído sangue do pescoço da mulher durante o procedimento que era feito. Porém, mesmo depois de saber os motivos do marido, o médico não buscou reverter a situação e, preocupado com sua segurança, foi retirado às pressas da aldeia.

Assim, os conflitos costumam ser mais bem resolvidos conforme o domínio dos códigos compartilhados que os indígenas e não-indígenas envolvidos possuem. O caso da cisão do Alto Xingu com o Projeto Xingu é um exemplo. O que na época soou para muitos profissionais não-indígenas como uma postura equivocada por parte dos indígenas, hoje é visto como um equívoco cometido pelo Projeto ao ter ambicionado transplantar uma ideologia democrática naquele contexto, não acolhendo *o jeito deles de fazer*. Geralmente, estas reflexões demandam tempo, reuniões e sucessivos equívocos até que se chegue a um significante comum. Este, contudo, é constantemente ressignificado e substituído por outro, que rapidamente pode tornar-se obsoleto.

Se algumas etnografias já haviam mostrado como as medicinas podem se complementar, baseadas nas interpretações e incorporações indígenas (LANGDON, 2005; SILVEIRA, 2004), mostro aqui como a longa duração da relação também fez médicos e enfermeiras enxergarem essa possibilidade. Há, ainda, trabalhos, como o de Novo (2010) que,

a partir da complementaridade que enxergam por parte dos indígenas – “a confluência entre estes distintos esquemas explicativos se dá *somente* na medida em que os alto-xinguanos ‘transitam’ entre os sistemas médicos durante o processo de escolha de tratamentos” (p.153) – concluem que há uma incompatibilidade entre os sistemas médicos indígenas e não-indígenas devido à postura da biomedicina, “pautada em diagnósticos técnicos através da afecção de sintomas” (p.153).

Porém, já vimos como os profissionais de saúde biomédicos não agem de maneira uniforme. No caso da relação entre os profissionais há mais tempo no Projeto e as populações indígenas do Baixo, Médio e Leste Xingu, há, de fato, uma complementarização, pois esses profissionais trabalham com o conceito ampliado de atenção básica e saúde, e porque criam espaços para aprenderem e transmitirem informações, construindo novas hierarquias neste contexto intermédico (*eu não curo, quem cura é o pajé).*

Utilizando o método da mediação cultural, é possível enxergarmos o "meio-termo" indígena, descrito por Foller (2004), presente também nos profissionais do Projeto, que oscilam entre representar a biomedicina e suas práticas e "enfrentar o seu poder e ideologia" (p.144).

Com relação ao conceito ampliado de saúde, devido o já mencionado formato e conteúdo ideológico dos cursos de formação de profissionais de saúde no Brasil, a maioria dos profissionais – incluindo os por mim entrevistados – sai da faculdade com o objetivo de “salvar vidas” e “descobrir curas”. Contudo, no contexto da saúde indígena, esse objetivo inicial do profissional é constantemente colocado à prova, e sua virtude de “salvador” se torna secundária. Os profissionais, que passam por essas situações e aceitam as mudanças, começam a enxergar o limiar entre salvar vidas e salvar(respeitar) a diversidade cultural. Com o acúmulo de experiência em saúde indígena, eles transitam de um a outro lado dessa liminariedade através do conceito ampliado de saúde e de bem-estar (cultural), os quais possibilitam criar argumentações médicas para defender a diversidade cultural.

Atitudes biomedicamente repreensíveis (como fumar, andar descalço em chão sujo etc.), a partir de um conceito de bem-estar e de satisfação psicológica, são ressignificadas por esses profissionais da saúde, entrando no campo da defesa da diversidade cultural, sem, contudo, deixar de serem apontados fatores “saudáveis” do ponto de vista da cultura (um paulista que não fume, por exemplo, pode estar exposto às doenças pulmonares tanto quanto um pajé que vive em uma aldeia do Xingu, por exemplo). Esse conceito ampliado de saúde ajuda-os também a lidar com as frustrações das mortes, através da *corresponsabilização*, se desprendendo de certa culpa por falta de cura.

Mesmo assim, a morte continua sendo um tabu. Vários, ao me relatarem situações que marcaram seus trabalhos *em área*, relatam os "óbitos", e sua impotência perante casos que consideravam graves. Estaria implícita na ideia de concepção ampliada de saúde a ideia de manutenção da vida, de manter-se vivo. São as doenças com mais chances de provocar a morte do paciente as que mais preocupam os não-indígenas. A morte é o limite das ações dos profissionais de saúde não-indígenas. Presos a uma concepção de mundo em que "a morte se apresenta como o polo marcado e a vida aparece como o dado a formar o substrato de toda ação humana" (COELHO DE SOUZA, 2001, p.69), todos os profissionais de saúde buscam prolongar a vida, tentando evitar as mortes sem que se diminua o número absoluto das mesmas, pois "não importa o que façamos [biomédicos], sempre haverá mortos que 'deixarão seu lugar' para as gerações vindouras" (GÉRVAS e PÉREZ FERNÁNDES, 2011, p.9). Com os profissionais do Projeto não é diferente, a mudança de foco está na prevenção de uma forma que "se enquadre" às características, expectativas e à situação de saúde das populações indígenas com que trabalham.

A morte, que para os não-indígenas é o fim é, no entanto, o início de uma série de negociações para os ameríndios. Para estes, como descreve Coelho de Souza (2001):

> A vida, para os ameríndios, pode pois ser "difícil", como sentia Maiakóvski [não-indígena], mas a morte está longe de oferecer um descanso para a alma, já que esta, separada do corpo, se torna passível de uma série de transformações, todas elas, do ponto de vista dos Humanos, assustadoras. Como dizia um dos informantes krahó de Carneiro da Cunha (1978, p. 130)[175]:
>
> > E eu, pra onde vou eu?
> > Nós somos aqueles que estamos vivos. Estar-se vivo é bom.
> > Se você está vivo, vai ver os outros no pátio;
> > Você corre com a tora (atrás dos outros)
> > Se eles cantam, você está caminhando (por entre eles)
> > Isso é que é bom (p. 90).

Quando ocorre um óbito, cessam-se as negociações empreendidas pelos não-indígenas, porque não há mais o que ser feito para manter a vida. Eles dizem "*perdi muitas vidas nesta epidemia"* ou *"não consegui fazer nada, e perdi as duas* [pacientes]". Os profissionais de saúde não-indígenas se retiram das relações a partir desse ponto, enxergando um fim no que para muitas etnias é somente o começo (processos de vingança, feitiçaria, etc.). Desse momento em diante, são os indígenas que passarão a ter interesse maior nas

[175] CARNEIRO DA CUNHA, Manuela. **Os mortos e os outros: Uma análise do sistema funerário e da noção de pessoa entre os índios krahó**. São Paulo: Hucitec, 1978.

negociações, agora não mais com os brancos, mas com o sobrenatural ou com os humanos poderosos (feiticeiros, por exemplo).

Em entrevista, o médico Cássio me contou que, certa vez, estava em uma aldeia Kuikuro quando viu uma "panelinha" atrás da casa, cozinhando por vários dias. Ao saber que eram os cabelos do falecido filho do cacique que estavam sendo cozidos, foi se encontrar com o pai do morto para saber do que se tratava. O cacique então lhe falou: *faz tempo que a gente está cozinhando cabelo, e você já atrapalhou muito, você e o Baruzzi*. Sem entender, ele perguntou: *como assim eu atrapalhei*? E o cacique explicou: *O feiticeiro* [que matou o meu filho] *é o fulano, que vocês levaram ele lá para São Paulo, cortaram a barriga dele e tiraram um pedaço, mas ele voltou e a gente está cozinhando o cabelo de novo*[176]. Por fim, Cássio me explicou:

> *A gente tinha feito o diagnóstico de um câncer de estômago em um Kuikuro de meia idade da aldeia deste cacique, e tirado ele para operar. Naquela época, esse câncer era um diagnostico muito ruim. Dependendo do estado do câncer, a operação era só uma sobrevida. Meses depois, esse cara de fato morreu, por complicações do câncer.*

Assim, a questão da vida e morte para os indígenas e para os não-indígenas, relacionadas às intervenções médicas, seria também um possível caminho de continuidade da análise dessa situação de mediação cultural.

Na negociação de cura aqui analisada, há vantagens políticas para todos os agentes em defenderem a vida e a diversidade cultural. Os indígenas passam a incorporar em seus discursos a "defesa da vida/saúde", no sentido da atenção básica biomédica e do SASISUS, bem como os médicos a "defender a diversidade cultural". Para ambos, tais reivindicações tornam-se igualmente relevantes e legítimas e os ajudam a atingir seus objetivos. Com isso, as populações indígenas do Baixo, Médio e Leste Xingu vêm aumentando cada vez mais, com taxas de mortalidade infantil mais baixas que a da população brasileira (PROJETO XINGU, 2009), e a defesa de suas culturas – que auxiliam também nas reivindicações de suas terras originais – torna-se igualmente mais forte.

Por outro lado, os profissionais de saúde não-indígenas conseguem cuidar melhor de seus *pacientes*, porque aprendendo sobre as cosmologias indígenas – informações que obtêm através dos cursos, oficinas e reuniões com os indígenas – entendem melhor suas insatisfações, sendo-lhes permitido *preveni-los* mais (culturalmente e fisicamente também),

---

[176] Para descobrir quem é o feiticeiro que matou um parente, cozinha-se o cabelo do morto e se descobre o feiticeiro porque ele começa a adoecer. Para saber mais sobre os Kuikuro, ver Verani (1990, 1991).

além de reforçarem sua militância pró-humanização dos serviços de saúde e pró-SUS, pois seus serviços e resultados no Xingu, mesmo pertencendo à uma área da medicina não muito valorizada, dão visibilidade a atenção básica em saúde.

Termino esta dissertação com uma situação marcante de meu último campo. Quando eu estava na aldeia Ngoiwhere dos Kisêdjê, durante a janta, o cacique disse que *não importa se o profissional de saúde é indígena ou não, mas sim se ele tem "cabeça boa"*. Segundo ele, há muitos indígenas que não estão preocupados com os parentes ou que mais prejudicam do que ajudam, e que, por outro lado, ele conhece vários não-indígenas, como o pessoal da UNIFESP, que estão preocupados de verdade em mantê-los saudáveis. Assim, quando questionado se ele gostaria que a saúde do índio estivesse inteiramente nas mãos deles, com médicos, enfermeiros etc., sua resposta foi: *tanto faz, indígena ou não, tem que ter é cabeça boa*. Esse pensamento fortifica a ideia do protagonismo indígena, afastando os preceitos tutelares ou paternalistas, que os infantilizam, e nos aponta caminhos para refletirmos sobre o que realmente seria ter *cabeça boa*, como alguém chega a esse *status* etc.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSELRAD, Henri. Agronegócio e povos tradicionais. **Le Monde Diplomatique Brasil**, out. 2012. Disponível em: <http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1277>. (Acesso em: 12 novembro 2013).

ALBERT, Bruce. Introdução. In: ALBERT, Bruce e RAMOS, Alcida R. (org). **Pacificando o branco**: cosmologias do contato no Norte-Amazônico. São Paulo: Editora UNESP, 2002.

ALBERT, Bruce e RAMOS, Alcida R. (org). **Pacificando o branco**: cosmologias do contato no Norte-Amazônico. São Paulo: Editora UNESP, 2002.

ARAUJO, Melvina. **Do corpo à alma:** missionários da Consolata e índios Macuxi em Roraima. São Paulo: Associação Editorial Humanitas; FAPESP, 2006.

ARAUJO, Reginaldo Silva de. **Politica Nacional de Atenção à Saúde Indígena no Brasil:** dilemas, conflitos e alianças a partir da experiência do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu. Tese de doutorado em Antropologia Social, São Paulo: Universidade Federal de São Carlos, 259p., 2012.

ATHIAS, R. e MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(2):425-431, mar-abr, 2001.

BALANDIER, Georges. **Antropologia política**. Lisboa: Editorial Presença,1987.

BARCELOS NETO, Aristóteles. Witsixuki: desejo alimentar, doença e morte entre os Wauja da Amazonia Meridional. **Journal de la Société des Américanistes,** v. 93, p. 73-95, 2007.

BARROS, Nelson F. de. **Da medicina biomédica à complementar:** um estudo sobre os modelos da prática médica. Tese de doutorado apresentada à Pós-graduação da faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas em 2002. Orientador: Dr. Everaldo D. Nunes.

BARUZZI, R. Do Araguaia ao Xingu. IN: BARUZZI, RG., JUNQUEIRA, C (Orgs). **Parque Indígena do Xingu. Saúde, Cultura e História.** São Paulo: Terra Virgem, 2005: 59-114.

_____. **“Minha marca na Escola Paulista de Medicina acabou sendo o programa do Xingu”.** In: 75X75: 75 histórias de vida para contar os 75 anos da EPM/Unifesp, 2008. Disponível em: http://www.unifesp.br/centros/cehfi/bmhv/index.php/entrevistas-do-projeto-75x75/122-roberto-geraldo-baruzzi (Acesso em 27 de maio 2014).

_____. Minha vida e o Parque Indígena do Xingu. In: PECCININI, D. **Sacralidade da vida: índios do Xingu e médicos da Escola Paulista de Medicina.** São Paulo: Instituto Victor Brecheret, Catálogo da exposição, jun/jul de 2012.

BARUZZI, RG., JUNQUEIRA, C (Orgs). **Parque Indígena do Xingu. Saúde, Cultura e História.** São Paulo: Terra Virgem, 2005.

BASTOS, Rafael J. M. Sistemas políticos, de comunicação e articulação social no alto-xingu. Brasília: **Anuário Antropológico**, 1981.

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

BUCHILLET, Dominique. Contas de vidro, enfeites de branco e “potes de malária”. In: ALBERT, Bruce e RAMOS, Alcida R. (org). **Pacificando o branco**: cosmologias do contato no Norte-Amazônico. São Paulo: Editora UNESP, 2002.

BUCHILLET, Dominique. **Bibliografia crítica da saúde indígena no Brasil (1844-2006).** Quito-Ecuador: Abya Yala, 2007.

CAMARGO JR., Kenneth R. A Biomedicina. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 177- 201, 2005.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPIBERIBE, Artionka. **Nas duas margens do rio:** alteridade e transformações entre os Palikur na fronteira Brasil/Guiana francesa/. Rio de Janeiro, PPGAS-MN/UFRJ, 2009.

CAPIBERIBE, A. M. G. e BONILLA, O. Um gosto amargo de déja vu: desenvolvimento e os índios. **Le Monde Diplomatique Brasil**, dez/ 2012 (Disponível em: <http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1308>. (Acesso em: 24 setembro 2013).

CARDOSO, Marina. Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto-Xingu. In: Langdon EJ, Garnelo L, (orgs.). **Saúde dos povos indígenas:** reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

CARDOSO, Marina D.; GUERREIRO, Antonio R. G.; NOVO, Marina P. As fleches de Maria: Xamanismo, poder político e feitiçaria no Alto Xingu. **Tellus**, ano 12, n. 23, jul./dez. 2012

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. Aculturação e Fricção interétnica. **América Latina**, 6, Rio de Janeiro, 1963.

CASTIEL, Luis D. **O que é Saúde Pública?.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: http://www.fiocruz.br/bibsp/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=107 (Acesso em 03 de junho 2014).

COIMBRA JR., CEA., SANTOS, RV and ESCOBAR, AL., (orgs.) **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

COSTA, D. C. Política Indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. **Cadernos de saúde pública**, R.J., 4(3), 388-401, out/dez, 1987.

CUNHA, Manuela C. Política indigenista no século XIX. In: CUNHA, M. C. (org) **História dos índios no Brasil**. São Paulo: Companhia das letras, 2009a.

_____. Etnicidade: da cultura residual mais irredutível. In: **Cultura com aspas**. São Paulo: Cosac Naify, 2009b.

_____. "Cultura" e cultura: conhecimentos tradicionais e direitos intelectuais. In: **Cultura com aspas**. São Paulo: Cosac Naify, 2009c.

COELHO DE SOUZA, Marcela. "Nós, os vivos": "construção da pessoa" e "construção do parentesco" em alguns grupos jê. **RBCS** Vol. 16 no 46 junho/2001

DIEHL, Eliana e RECH, Norberto. Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena: contribuições da antropologia. In: LANGDON, Esther J. e

GARNELO, Luisa (orgs.). **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Revista Ciência & Saúde coletiva**, 8(1): 173-183, 2003.

FAVRET-SAADA, Jeanne. Ser afetado. **Caderno de Campo**, Nº. 13, p.155-161, 2005

FERNANDES, Estevão R. Um olhar sobre as "Xavantadas": ocupações, rituais e política interétnica Xavante. **Pensata,** Vol. 3, n. 2, ano 4., 2014.

FERREIRA, Mariana Kawall Leal (org. e introdução). **Histórias do Xingu:** Coletânea de depoimentos dos índios Suyá, Kayabi, Juruna, Trumai, Txucarramãe e Txicão. São Paulo: Núcleo de História Indígena e do Indigenismo da USP e FAPESP, 1994.

FOLLER, Maj-Lis. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: E. J. LANGDON e L. GARNELO (orgs.). **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa** p.129-147. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social/ O nascimento do hospital/ A política de saúde do século XVIII. In: **Microfísica do poder**. São Paulo: Paz e Teraa, 2004.

FRANCHETTO, Bruna e HECKENBERGER, Michael (org). **Povos do Alto Xingu.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

FRANCO, Maria A. Santoro. Pedagogia da pesquisação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, set./dez. 2005

FRANCO NETO, João V. **Xamanismo Kalapalo e Assistência Médica no Alto Xingu: estudo etnográfico das práticas curativas**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Antropologia da Universidade Estadual de Campinas, IFCH/UNICAMP, 2010.

GALLOIS, Dominique T. A categoria "doença de branco": ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena?. In: D. BUCHILLET (org). **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia** p.175-206. Belém: MPEG/ Edições Cejup, UEP, 1991.

GALVÃO, Eduardo. **Encontros de sociedades: índios e brancos no Brasil.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

GARNELO, Luiza & SAMPAIO, Sully. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na Região Norte do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(1): 311-317, jan-fev, 2003.

_____. Organizações indígenas e distribuição sanitária – os riscos de "fazer ver" e "fazer crer" nas políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(4):1217-1223, jul-ago, 2005.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

GÉRVAS, Juan e PÉREZ FERNANDES, Mercedes. Proteção dos pacientes contra os excessos e danos das atividades preventivas. In: Gusso G, Lopes JMC (Coord). **Tratado de Medicina de Familia e Comunidade** (Vol I). Porto Alegre: Artemed; 2011.

GRÜNBERG, Georg. **O Kaiabi do Brasil Central:** história e etnografia. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2004.

HEMMING, John. "A Pax Xinguana". In: BARUZZI R.G. & JUNQUEIRA C.(org). **Parque Nacional do Xingu: saúde, cultura e história**. São Paulo: Terra Virgem, 2005.

HECKENBERGER, Michael. Estrutura, história e transformação: a cultura xinguana na *longue durée*, 1000-2000 d.C. In: FRANCHETTO, Bruna e HECKENBERGER, Michael (org). **Povos do Alto Xingu.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2001a.

_____. Epidemias, índios bravos e brancos: contaato cultural e etnogênese no Alto Xingu. In: FRANCHETTO, Bruna e HECKENBERGER, Michael (org). **Povos do Alto Xingu.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2001b.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). **Almanaque Socioambiental Parque Indígena do Xingu: 50 anos**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2011.

JUNQUEIRA, Carmen 2005. Pajés e feiticeiros. In: BARUZZI R.G. & JUNQUEIRA C.(org). **Parque Nacional do Xingu: saúde, cultura e história**. São Paulo : Terra Virgem, 2005.

JUNQUEIRA, Carmen e PAGLIARO, Heloisa. O saber Kamaiurá sobre a saúde do corpo**. Caderno CRH**, Salvador, v.22, n.57, p.451-462, set/dez, 2009.

KELLY, José A. Notas para uma teoria do “virar branco”. **Mana** 11(1): 201-234, 2005.

LANGDON, Esther J. Saúde indígena: a lógica do processo de tratamento**. Revista de Saúde em Debate**. São Paulo, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 1988.

_____. A tolerância e a política de saúde do índio no Brasil: são compatíveis os saberes biomédicos e os saberes indígenas?. In: L. D. GRUPIONI, L. VIDAL e R. FISCHMANN (org.) **Povos Indígenas e tolerância: construindo práticas de respeito e solidariedade.** São Paulo: Edusp, 2001.

_____. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: R.G. BARUZZI & C. JUNQUEIRA (org). **Parque Nacional do Xingu: saúde, cultura e história.** São Paulo : Terra Virgem, 2005.

_____. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde : A experiencia em Santa Catarina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V.22, n. 12, 2006.

LANGDON, Esther J. e GARNELO, Luisa (orgs.). **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

LAPLANTINE, F. A doença e o sagrado, a medicinae a religião, a cura e a salvação: da antropologia médica à antropologia religiosa. In: **Antropologia da Doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1986

LE BRETON, David. **Antropologia da dor**. São Paulo: Fap-Unifesp, 2013.

_____. Medicina e medicinas: de uma concepção do corpo a concepções do homem. In: **Antropologia do corpo e modernidade**. Petrópolis: Vozes; 2011.

LÉVI-STRAUSS, Claude. O feiticeiro e sua magia/ A eficácia simbólica. In: **Antropologia estrutural I**. São Paulo: Cosac Naify, p. 237-265, 2012.

LÉVY-BRUHL. **A mentalidade primitiva**. São Paulo: Paulus, 2008.

LIMA, Antonio C. S. O governo dos índios sob a gestão do SPI. In: CUNHA, M. C. (org) **História dos índios no Brasil**. São Paulo: Companhia das letras, 2009.

LIMA, Tania S. **A vida social entre os Yudjá (índios Juruna): elementos de sua ética alimentar**. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social do Museu Nacional, UFRJ. Rio de Janeiro, 1986.

_____. **Um peixe olhou para mim:** o povo Yudjá e a perspectiva. São Paulo: Ed. UNESP: ISA; Rio de Janeiro: NuTI, 2005.

_____. Verbete "Localização" do povo Yudjá. In: Instituto Socioambiental (org.) **Povos indígenas no Brasil**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2001. Disponível em: http://pib.socioambiental.org/pt/povo/yudja/642 Acesso em: 15 de maio de 2014.

LOPES, Marta J. M. e LEAL, Sandra M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu** (24), janeiro-junho de 2005, pp.105-125.

LOYOLA, Maria A. Medicina tradicional e medicinas alternativas: representtações sobre a saúde e a doença, concepção e uso do corpo. In BUCHILLET, D. (org). **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia** p.125-133. Belém: MPEG/ Edições Cejup, UEP, 1991.

MAUSS, Marcel. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de "eu". In: **Sociologia e antropologia**. PUF, Paris, 1973.

MEDEIROS, Ricardo P. **Política indigenista do período pombalino e seus reflexos nas capitanias do norte da América portuguesa**. Actas do Congresso internacional Espaço Atlântico de Antigo Regime: poderes e sociedades, s.d.

MÉNDEZ, José B. J.; RODRÍGUEZ, José O. e ANEIROS-RIBA, Ramón. La educacion em ciências de la salud em Cuba. **Educ Med Salud,** Vol. 25, No.4, 1991.

_____. Cuba: recursos humanos en la atencion primaria de salud y su estrategia de desarrollo. **Educ Med Salud,** Vol. 27, No.2, 1993.

MENDONÇA, Sofia B. M. de. **O agente indígena de saúde no Parque Indígena do Xingu.** 1996. 159p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. 1996.

_____. O Agente Indígena de Saúde no Parque Indígena do Xingu: Reflexões. In: BARUZZI, RG., JUNQUEIRA, C (Orgs). **Parque Indígena do Xingu. Saúde, Cultura e História.** São Paulo: Terra Virgem, 2005.

MENEZES, Maria Lucia P. Parque Indígena do Xingu: uma história territorial. In: FRANCHETTO, Bruna e HECKENBERGER, Michael (org). **Povos do Alto Xingu.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

MENGET, Patrick. **Em Nome dos Outros:** Classificação das relações sociais entre os Txicáo do Alto Xingu. Lisboa: Assírio & Alvim, 2001.

MIRANDA, R. dos A., MENEZES, R.C.; PINHEIRO, M. C.N. Malária na tribo indígena: Amazônia oriental. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 29(supl. I): 78, resumo 399.

MONTAIGNE, Michel de. Dos canibais. In: **Os pensadores.** São Paulo: Abril Cultural, p. 100-106, 1984.

MONTERO, Paula. Índios e missionários no Brasil: para uma teoria da mediação cultural. In: P. Montero (org.) **Deus na Aldeia: missionários, índios e mediação cultural**. São Paulo: Globo, 2006.

MONTERO, P.; ARRUTI, José M. e POMPA, C. Para uma antropologia do político. In: A. G. Lavalle (org) **O Horizonte da política - Agendas de pesquisa e questões emergentes**. São Paulo: Ed. UNESP, 2011.

NOVO, Marina P. **Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu**. Brasília: Paralelo 15, 2010.

OLIVEIRA, Lavinia S.S. **Formação e inserção institucional de Agentes Indígenas de Saúde no Sistema Único de Saúde:** um estudo de possibilidades. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em 2002. Orientadora: Profa. Evelin N. C. Sá.

_____. O Agente Indígena de Saúde no Parque Indígena do Xingu: Perspectivas de formação e trabalho. In: BARUZZI, RG., JUNQUEIRA, C (Orgs). **Parque Indígena do Xingu. Saúde, Cultura e História.** São Paulo: Terra Virgem, 2005.

PERRONE-MOISÉS, Beatriz. Índios livres e índios escravos: os princípios da legislação indigenista do periodo colonial (séculos XVI a XVIII). In: CUNHA, M. C. (org) **História dos índios no Brasil**. São Paulo: Companhia das letras, 2009.

PINA DE BARROS, Edir. Saúde Indígena: a invisibilidade como forma de exclusão. In: GOLDENBERG, P., MARSIGLIA, RMG and GOMES, MHA., orgs. **O Clássico e o Novo:** tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

RAMOS, Alcida Rita. Projetos Indigenistas no Brasil Independente. **Série Antropologia 267**. Brasília, DAN/UnB, 1999.

_____. Do engajamento ao desprendimento. **Campos** 8(1): 11-32, 2007.

_____. **O índio hiper-real.** Disponível em: <http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_28/rbcs28_01.htm>. Acesso em: 12 novembro 2013.

RIBEIRO, Darcy. **A política indigenista brasileira**. Brasil: Ministério da Agricultura/ Serviço de Informação Agrícola, 1962.

RIBEIRO, Darcy. Colocando o problema. In: **Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno.** Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1982.

RECH PINTO P. **Supervisão na formação profissional dos agentes indígenas de saúde no Parque Indígena do Xingu: um estudo de caso.** Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP em 2008. Orientadora: Cleide Lavieri Martins (FSP-USP).

RIVIÈRE, Peter G. The Couvade: A Problem Reborn. **Man** 9: 423–435, 1974.

RODRIGUES, Douglas. A UNIFESP, o Projeto Xingu e a política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Brasil. In BARUZZI R.G. & JUNQUEIRA C.(org). **Parque Nacional do Xingu: saúde, cultura e história.** São Paulo : Terra Virgem, 2005.

_____. Pajés, médicos, corpos e espíritos. Especial Xingu, **Scientific American Brasil**, 92-98, 2013.

RUAS NETO, Antonio L. Epidemiologia social e saúde indígena : uma visão da saúde coletiva. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, V. 21, No. 1, Jan./Jun. 2007.

RUFINO, Marcos P. O código da cultura: o Cimi no debate da inculturação. In: P. Montero (org.) **Deus na Aldeia: missionários, índios e mediação cultural**. São Paulo: Globo, 2006.

SAHLINS, Marshall. **Ilhas de história**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008a.

_____. **Metáforas históricas e realidades míticas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008b.

SANTOS, Ricardo V. e COIMBRA JR., Carlos E.A. "Parece feito por um molde único": cultura, sociedade e bioantropologia no Alto Xingu. In: FRANCHETTO, Bruna e HECKENBERGER, Michael (org). **Povos do Alto Xingu.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

SANTOS, Ricardo V. e COIMBRA JR., Carlos E.A. (orgs.). **Saúde e Povos indígenas**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1994.

SARTI, Cynthia. Corpo e doença no transito de saberes. **Revista Brasileira de Ciencias Sociais.** Vol. 25 n° 74 outubro/2010.

SARTI, Cynthia e DUARTE, Luis Fernando D. (org.). **Antropologia e ética: desafios para a regulamentação.** Brasília-DF: ABA, 2013.

SCHEFFER, Mário org. **Demografia Médica no Brasil**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2011.

SEEGER, Anthony. 1945. Os velhos nas sociedades tribias In: **Os índios e nós: estudos sobre sociedades tribais brasileiras.** Rio de Janeiro: Campus, 1980.

SEEGER A., DA MATTA E. & VIVEIROS DE CASTRO E. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In Pacheco de Oliveira F° J. (org.), **Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil**, p. 11-29. Rio de Janeiro, UFRJ/Marco Zero, 1987.

SEVCENKO, Nicolau. **A revolta da Vacina**. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

SILVEIRA, Nádia H. O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami. In: LANGDON, Esther J. e GARNELO, Luisa (orgs.). **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

STAUFFER, David H. Origem e fundação do serviço de proteção aos índios (partes I, II, III, IV, V). **Revista de história**. São Paulo: USP, 1959-1961. V.37, 42-44, 46

TEIXEIRA, Carmem F.; PAIM, Jairnilson S.; VILASBÔAS, Ana L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS**, VII(2), Abr/Jun, 1998.

TRIP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica**. Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

THIOLLENT, Michel. Metodologia de Pesquisa-ação. São Paulo: Cortez, 2011

TRONCARELLI, Maria C. O povo Kawaiwete. In: Aramuti, Arasi, Aruta, Awatare, Awa, Inamurap, Ireki, Yefuka, Kwariup, Matariowy, Mayup, Muap, Pirapy, Tafarejup, Tafut, Tamakari, Tapi, Tari, Wyrasingi Siratywi, Wyrawat, Inatatapi, Loiware, Yuwamim. **Koa ka'arana ore jemu'eawara = Práticas de saúde do povo Kawaiwete**. Belo Horizonte: FALE/UFMG: Literaterras, 2012. - Estela Wurker e Maris Cristina Troncarelli

_____. O povo Ikpeng. In: Arawer Txicão; Davids P. Y. Txikão; Marite Txicão, Makïrïnpo Ikpeng; Melobo K. Ikpeng; Piwara Ikpeng, Yawaitu Y. Txicão, Iokoré Ikpeng, Mate P. Ikpeng; Pomerquenpo Txicão e Kavisgo Txicão. **Watpïro mïran = Livro sobre nutrição**. Belo Horizonte: FALE/UFMG: Literaterras, 2012.

VERANI, Cibele B L**. A "doença da reclusão" no Alto Xingu**: Estudo de um Caso de Confronto Cultural. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1990.

_____. Representações tradicionais da doença entre os Kuikuro (Alto Xingu). In: D. BUCHILLET (org). **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. p. 21-44. Belém: MPEG/ Edições Cejup, UEP, 1991.

VÍCTORA, Ceres; OLIVEN, Ruben G.; MACIEL, Maria E.; ORO, Ari P. **Antropologia e ética: o debate atual no Brasil.** Rio de Janeiro: EdUFF, 2004.

VILLAS BÔAS, Orlando e VILLAS BÔAS, Claudio. **A marcha para o oeste**. São Paulo: Editora Globo, 1994.

VILLAS BÔAS, Orlando. Trinta e cinco anos de assistência e pesquisa: a escola paulista de medicina e o parque indígena do Xingu. In: BARUZZI, RG., JUNQUEIRA, C (Orgs). **Parque Indígena do Xingu. Saúde, Cultura e História.** São Paulo: Terra Virgem, 2005: 49-59.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. Pensando o parentesco ameríndio. In: Vibeiros de Castro (org.) **Antropologia do parentesco: estudos ameríndios**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1995

WEBER, Max. **Economia e sociedade**. Brasília: Editora da UNB, 2009.

WIIK, Flávio Braune. Contato, epidemias e corpo como agentes de transformação: um estudo sobre a AIDS entre os Índios Xokléng de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(2):397-406, mar-abr, 2001

WÜRKER, Estela e BIRAL, Eduardo M (org.). **Aie amĩ iô kadiy mẽ uiarẽi nẽ ia - Nê rĩ pari ahê nê pê jõ kin rahê pãpã - Ngare aj anhĩ mã mbet katy mẽ tujarẽ na itha - Livro de saúde:** Projeto de formação de professores Mebengokre, Panará e Tapajuna. Brasília: FNDE/Ministério da Educação, 2005.

Documentos consultados

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos indígenas**. Brasília: Ministério da saúde/ FUNASA, 2002.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Guia prático do Agente Comunitário de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 84 p., série F. Comunicação e educação em saúde, 2009b.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. S.d. **Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24627>. (Acesso em: 11 de novembro 2013).

PROJETO XINGU, UNIDADE DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE, Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina. **Proposta para o plano de saúde a ser implantado no parque nacional do Xingu**. São Paulo, 1983.

PROJETO XINGU, UNIDADE DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE, Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina. **Proposta para o plano de saúde a ser implantado no parque indígena do Xingu.** São Paulo, 1987.

PROJETO XINGU. UNIDADE DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP ATIX- ISA- Funasa-Unicamp. **Relatório do I módulo do Curso de Gestão em Saúde Indígena.** São Paulo, 2004.

PROJETO XINGU, UNIDADE DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. **Relatório do convênio – UNIFESP/FUNASA**. São Paulo, junho de 2009.

PROJETO XINGU, UNIDADE DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. **Regimento interno do Ambulatório do Índio.** São Paulo, janeiro de 2010.

PROJETO XINGU, UNIDADE DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. **Relatório Preliminar da Ação sobre Transição Epidemiológica e Nutricional entre os Yudja do DSEI Xingu e DSEI Kayapo/MT.** São Paulo, 2012.

PROJETO XINGU. UNIDADE DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. **Curso de Especialização em Saúde Indígena na modalidade de Educação a Distância.** São Paulo, março 2013a

PROJETO XINGU. UNIDADE DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. **Proposta para Oficina de Culinária – Povo Kawaiweté – Aldeia Guarujá e convidados: Pesquisa-ação sobre Transição Epidemiológica e Nutricional entre os Kawaiwete do DSEI Xingu/MT,** 14 a 25 de outubro de 2013b

Filmes

KISEDJE, Kamikia. Abril indígena. [Filme-vídeo]. Produção AIK produções, direção de Kamikia Kisedje. Mato Grosso: AIK produções, 2013. 1DVD, 16min32. Color. Son.

HAMBURGER, Cao. Xingu. [Filme-vídeo]. Produção Globo filmes, Direção Cao Hamburger. Rio de Janeiro: Globo Filmes, 2011, 102min, color, son.

ANEXOS

Anexo 1. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFESP

Anexo 2. Questionário utilizado na Oficina Kawaiwete

Anexo 3. Carta de repúdio dos Ikpeng

Anexo 4. Caso complexo do Curso de Especialização em Saúde indígena

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Negociando curas: um estudo das relações entre profissionais de saúde não-índios e índios mobilizadas pelo Projeto Xingu

Pesquisador: Karine Assumpção

Área Temática: Área 6. Populações Indígenas

Versão: 3

CAAE: 04615612.3.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 362.596

Data da Relatoria: 16/08/2013

Apresentação do Projeto:

projeto aprovado neste CEP e aprovado com recomendação na CONEP parecer 333634 de 15 de julho de 2013.

Objetivo da Pesquisa:

projeto aprovado neste CEP e aprovado com recomendação na CONEP parecer 333634 de 15 de julho de 2013.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

não se aplica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

projeto aprovado neste CEP e aprovado com recomendação na CONEP parecer 333634 de 15 de julho de 2013.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentação de respostas às recomendações da CONEP.

Recomendações:

não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

apresentação de resposta ao parecer da CONEP - Novo TCLE

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

parecer do relator acatado

SAO PAULO, 16 de Agosto de 2013

Assinador por:
José Osmar Medina Pestana
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 **Fax:** (11)5571-1062 **E-mail:** cepunifesp@unifesp.br

ROTEIRO PARA INQUÉRITO ALIMENTAR

1) Alimentos da roça:
Quantas roças?
Qual o tipo de terra de cada roça?
Onde ficam? Distâncias entre as casas visitadas e suas respectivas roças
Com qual frequência vão a cada uma?
Produtos da Roça
Alimentos procedentes de roças de outros povos
Como é a divisão do trabalho na roça? Quem vai à roça? Que transporte usa?

Existe excedente?
Existe venda de produtos da roça? Qual é a medida de venda?
Esta venda compromete a alimentação da família? Em que momentos?

2) Pesca:
Disponibilidade – lagoa/ rios, outros;
O que pescam e onde;
Frequência das pescas; peixes no ano
Classificação e hierarquia dos peixes;
Preferências do ponto de vista da saúde – indicações: para que/quando; Interdições;
Ocasiões de festividades;
Como são tratados os peixes?
Como está hoje a disponibilidade de pescado?
Sofreu alguma alteração nos últimos anos? Qual?
Existe escassez de pescado em algum momento do ano? Em que situações?
Quais são os instrumentos usados na pesca?

Caça:
Disponibilidade/ onde?
Estimativa das distâncias
Frequência das caçadas/ quando caçam/ periodicidade;
O que caçam - hierarquia/classificação/preferências;
Quem caça? Como caçam?
Calendário por tipo de caça;
Tratamento
Como está hoje a disponibilidade da caça? Sofreu alguma alteração nos últimos anos? Qual?
Existe escassez de caça em algum momento do ano? Em que situações?
Quais são os instrumentos usados na caça?

Coleta:
Tipos de alimentos coletados, frutas, temperos, formigas, gafanhotos, outros insetos, ovos de tracajá, sal (aguapé);
Roteiros percorridos na coleta dos diferentes alimentos/ avaliação das distâncias;
Frequência das coletas;
Quem/quando/transporte.

Remédios relacionados à alimentação
Nomes e onde são plantados ou retirados?
Tem-se nos quintais e nas roças/caminhos/mato?
Quem sabe/quem prepara/quem indica?

Outros alimentos industrializados ou não:
Como se dá o acesso aos alimentos industrializados? Compra/doação/distribuição;
Quais são os componentes das "cestas de alimentação" que chegam das áreas urbanas nas aldeias?
– tipos de alimentos e + outros produtos como sabonetes, shampoo, fraldas, sabão, fósforos, bebidas alcoólicas, refrigerantes, etc...;
Preferências – produtos mais comprados?
Procedências

Criação de animais:
Existe criação de algum animal?
Como foi introduzida?
Quais são as regras para o seu uso?
Quem cuida da criação?
Existe algum incentivo/recurso/projeto destinado à criação de animais?

Preparo de alimentos:
- Pratos preparados mais frequentemente;
- Pratos raramente preparados

Como são ingeridos: Assados/cozidos/crus?
Quem prepara?
Quem está proibido de preparar (mulher menstruada ou parida/homens em algumas condições)?
Onde é feito o preparo (dentro/fora de casa)? Como são preparados?
Que tipo de combustível se usa para o preparo dos alimentos? Quem distribui? Quem come primeiro (hierarquia)? Onde comem? Como comem (utensílios)?
*Regras e etiquetas relacionadas à alimentação intra e extradomiciliar;
*Regras alimentares nas diferentes fases da vida, no adoecimento e em cerimônias/rituais.
Significados dos alimentos.
Significado do engordar e do emagrecer – mudança do corpo? Qual a relação entre saúde e alimento?

Se existe acréscimo de elementos externos à cultura tradicional no preparo dos alimentos;
Quem serve os alimentos e hierarquia da distribuição;
Onde e como comem: sentados em bancos/rede/solo – com a mão/talheres, em cuias, pratos, folhas..;
Horários das refeições (se existem);

RECORDATÓRIO 24H do dia anterior:

a. ontem, quando acordou, o que fez? comeu algum alimento? Se sim, que alimento (ou preparação)? qual a quantidade? (em medidas baseadas nos utensílios utilizados)
b. em seguida o que fez? após essa atividade comeu algum alimento (ou preparação)? qual a quantidade? (em medidas baseadas nos utensílios utilizados)
c. esse questionamento segue até o final do dia, quando o sujeito vai dormir.
d. pode-se ainda perguntar se no dia anterior o consumo de alimentos foi o "habitual" (aquele que representa o que aconteceu nos últimos dias). Se não, quais foram as mudanças feitas nas últimas 24 horas.

CARTA DE REPÚDIO

Nós dos Movimentos Indígenas do Alto, Médio, Baixo e Leste Xingu da Terra Indígena do Xingu (TIX), Estado de Mato Grosso, reunidos em Canarana-MT, na sede do DSEI Xingu, no dia 19 de Agosto de 2013. Nós viemos repudiar e manifestamos contra os descasos de saúde da nossa população.

Também queremos nos manifestar principalmente pela deficiência no gerenciamento e na autonomia de trabalho no DSEI XINGU, nós da comunidade indígena pedimos que seja revogada imediata esta proposta imposta pelo MS/SESAI/DSEI-Xingu, para melhor avaliação e readequação do salário e do quadro funcional contratado pela empresa LIMPARHTEC. As comunidades e membro de conselhos de saúde indígenas não concordamos com esta decisão, tenhamos visto que o fato ocorrido não tem respeitado ao regimento interno do conselho Distrital e local de saúde indígena, no entanto, as demissões sendo feita sem o conhecimento dos conselhos de saúde e das comunidades indígenas dentro do DSEI-Xingu, nos Polos e nas Casais.

I. Somos contra a contratação de funcionários pela amizade e parentescos (nepotismo).
II. Não estamos satisfeito com a gestão do Distrito.
III. O regimento interno do conselho de saúde indígena não está sendo respeitado pelo MS/SESAI/DSEI Xingu.
IV. Não aceitamos contratação de trabalhadores dentro da área de saúde sem nenhum conhecimento de Conselheiros de saúde indígena para atuar *em área* indígena, na sede do Distrito e nas CASAI's que só queiram ter salário, sem ter preocupação da saúde indígena.
V. Solicitamos com urgência a mudança de coordenador do DSEI-Xingu e reformulação do controle social de saúde indígena do Xingu.
VI. Paciente indígena adquirindo medicamentos com recurso próprio.
VII. Paciente pagando exames com recurso próprio.
VIII. Falta de medicamentos específicos que não consta na cesta básica para a saúde indígena.
IX. Falta de espaço adequado para armazenamento dos medicamentos
X. Falta de reforma e construção das UBS e UAS nos polos e nas aldeias
XI. Equipamentos adquiridos não são de boa qualidade
XII. Falta de recursos para a manutenção de saneamento nas aldeias e Polos Base.
XIII. Precariedade das CASAIS (leitos, saneamento, transporte, alimentação e materiais de

limpeza...)

XIV. Falta de capacitação dos profissionais indígenas e não indígenas

XV. Falta de infraestrutura adequada das CASAI's nos Polos Base

XVI. Realizar aquisição de medicamentos conforme a realidade e necessidade da população do Xingu.

XVII. Nós da comunidade Ikpeng não aceitamos técnicos de enfermagem não indígena no Polo Base Pavuru.

Nós comunidades afetadas estamos indignados com o fato ocorrido de ver problemas dentro do Distrito sem ter nenhuma solução, por isso viemos reivindicar que fosse feita algumas mudanças com máxima urgência. Avaliamos diante deste fato que haverá muita demanda dentro dos Polos Base e afetando o desenvolvimento e a qualidade do trabalho nos Polos Base

Comunidade Ikpeng

(Postado por um membro da equipe do Projeto dia 24 de agosto de 2013)

Caso complexo

A história que apresentamos a seguir fará parte de uma série de estudos de caso que serão trabalhados em diferentes disciplinas. Nesse primeiro momento será enfatizada a questão cultural, por este motivo não foram disponibilizados todos os dados epidemiológicos deste Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Descrições mais detalhadas serão disponibilizadas nas próximas disciplinas.

DSEI Serra das Capivaras

O DSEI Serra das Capivaras, localizado na Amazônia legal, possui uma EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena que atende sete etnias, distribuídas em 35 aldeias, atendidas por três pólos base. A população vem mantendo contato cada vez mais intenso com os municípios do entorno, cuja economia é baseada em atividades extrativistas e no agronegócio (soja e pecuária extensiva).

Os povos indígenas atendidos pelo DSEI Serra das Capivaras têm, em média, cerca de 60 anos de contato com a nossa sociedade, mantendo ainda estado de isolamento relativo, que tem se modificado rapidamente, à medida que se amplia o desmatamento no entorno. A instalação de fazendas e o surgimento de estradas e cidades no entorno do DSEI Serra das Capivaras acarretou uma intensificação das relações de contato da população indígena com a sociedade não-indígena.

O polo base Rio dos Peixes é um dos polos que fazem parte deste DSEI e atende 4 aldeias de uma mesma etnia na sua abrangência. Conta com uma equipe multidisciplinar composta por médico, odontólogo e enfermeiros que são os responsáveis, juntamente com técnicos e auxiliares de Enfermagem Indígenas e Agentes Indígenas de Saúde (AIS), pelo atendimento da população das aldeias da área de abrangência.

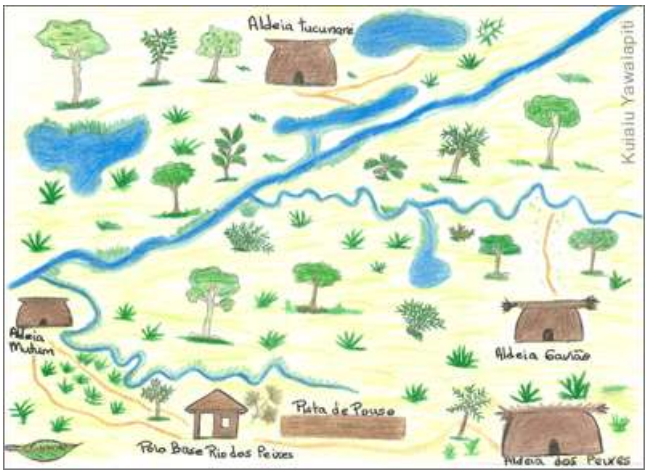


Figura 1. Polo base Rio dos Peixes

Uma questão importante na área de abrangência desse polo é o saneamento. A maioria das aldeias possui sistemas de abastecimento de água, porém eles funcionam precariamente e não existem locais adequados para o destino das fezes, situação que acarreta uma contaminação ambiental importante e leva a uma alta infestação por verminose e ocorrências de doenças por veiculação hídrica.

A aldeia Tucunaré é a mais distante dos limites da Terra Indígena (TI) e, por não possuir transporte próprio da comunidade, a população tem pouco acesso ao polo e aos municípios do entorno. É a aldeia com os melhores indicadores de saúde entre as aldeias do polo, com uma população de 90 pessoas. Todas as famílias têm roças e não faltam peixes nas casas. A EMSI relata que existe uma grande interação com o pajé e a parteira da aldeia, que são bem atuantes.

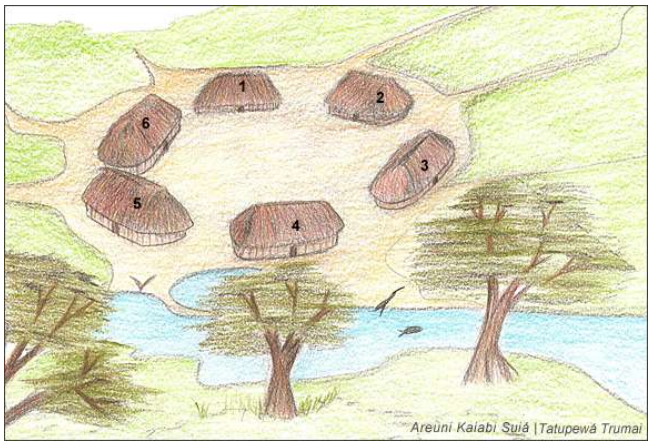


Figura 2 . Aldeia Tucunaré

Na aldeia existe um AIS chamado Wareí que realiza o atendimento nesta comunidade e faz a ponte com a equipe do polo através do rádio. Os profissionais da EMSI que atendem este polo vão pouco a aldeia devido à distância e vem realizando atendimento a essa comunidade por orientações via rádio ou quando o AIS leva os pacientes até o polo.

Há uns 15 dias o polo vem recebendo notícias frequentes de crianças com quadros de diarreia aguda, a maioria associada a vômitos sem muita intercorrência. O AIS Wareí trabalha na saúde há 8 anos, sendo muito responsável em suas atividades.

Uma das notícias relatada por Wareí veio da casa 1 da aldeia[1] (ver Figura 2), onde moram Bezerro e Loba, um casal jovem, que teve seu segundo filho recentemente. Os dois filhos do casal nasceram na aldeia com ajuda de uma parteira. Lobinha, que hoje tem 2 anos é desnutrida e após o nascimento do irmão Arara está sob os cuidados da avó. Lobinha apresentou no dia 26/05/13 um quadro agudo de diarreia. O AIS passou o caso para equipe via rádio que orientou a introduzir Terapia de Reidratação Oral e acompanhar.

Tabela 1. Descrição Casa 1 - Aldeia Tucunaré - DSEI Serra das Capivaras

Nome	Sexo	DN	Idade	Nome do pai	Nome da mãe	Obs
Hipopótamo	M	15/07/1967	46	Cachorrão	Taruíra	Cacique
Gata	F	15/02/1970	43	Bizão		—
Bezerro	M	23/08/1995	18	Esquilo	Esquilinha	—
Loba	F	09/04/1996	17	Hipopótamo	Gata	—
Lobinha	**F**	**26/03/2011**	**2**	**Bezerro**	**Loba**	**Desnutrida**
Arara	M	15/01/2013	4m	Bezerro	Loba	—
Marmota	F	28/01/1993	20	Hipopótamo	Gata	—
Gatona	F	01/04/1995	18	Hipopótamo	Gata	—
Rádio	M	16/03/1999	14	Hipopótamo	Gata	—
Gatinha	F	17/09/2002	11	Hipopótamo	Gata	—
Pintinha	F	28/04/2006	7	Hipopótamo	Gata	—

Neste mesmo dia a criança foi levada para tratamento com o pajé, que identificou quebra de regras de comportamento dos pais e orientou que a criança deveria permanecer em casa para tratamento tradicional.

[1] As casas da aldeia foram numeradas para facilitar o trabalho de acompanhamento da EMSI.

O AIS Wareí, preocupado com o risco de uma desidratação, foi até o polo solicitar uma avaliação da EMSI. Ao chegar no polo e passar o caso foi indagado por parte da equipe:

- Por que você não trouxe a criança?

- Por que não nos avisou que a criança também estava desnutrida?

O AIS explicou para a equipe que há 5 meses a criança vem ganhando pouco peso e ficando constantemente doente. Afirmou realizar o acompanhamento do peso e da estatura da criança e registrar no relatório que envia mensalmente ao polo. Explicou também que não pôde trazer a criança, pois está em tratamento com o pajé e durante esse período está proibida de sair de casa, já que fica muito vulnerável aos espíritos ruins.

A enfermeira vai até a aldeia com o AIS. Ao chegar na casa, presencia Lobinha no colo da avó sendo cuidada pelo Pajé. Ela percebe também que Arara e outras crianças da casa estão cheias de pinturas pelo corpo, acha estranho e deixa para perguntar depois. Quer realizar o primeiro atendimento de imediato, mas é orientada pelo AIS a aguardar o término do trabalho do Pajé. Após conseguir avaliar a criança, conversa com o AIS sobre a necessidade de levar a criança para o polo. O AIS passa a situação para o Pajé que nega a saída da criança para o polo pois ainda não terminou seu trabalho.

Imagine que você faz parte dessa equipe.

1. Como você conduziria essa situação no âmbito familiar e coletivo? Procure utilizar os principais conceitos abordados na disciplina de antropologia e a sua experiência em saúde indígena.

2. Observando a dinâmica familiar e social desta criança, identifique os atores que fazem parte de sua rede social. Quem são os cuidadores? Quem cuida da criança no dia-a-dia e alimenta?