

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

Os Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu

Marina Pereira Novo

**São Carlos
2008**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

Os Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu

Marina Pereira Novo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Antropologia Social.

Orientadora: Profa. Dra. Marina D. Cardoso

**São Carlos
2008**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

N945ai

Novo, Marina Pereira.

Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu / Marina
Pereira Novo. -- São Carlos : UFSCar, 2008.
158 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2008.

1. Antropologia da saúde. 2. Saúde indígena. 3. Etnologia.
4. Alto Xingu – Brasil. 5. Serviços de Saúde do Indígena. I.
Título.

CDD: 306.461 (20^a)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL
Via Washington Luís, Km 235 - Caixa Postal 676
CEP 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil
Fone: (16) 3351-8371 - ppgas@power.ufscar.br



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE

Marina Pereira Nova

12/08/2008

Profª. Dra. Marina Denise Cardoso
Orientadora e Presidente
Universidade Federal de São Carlos /UFSCar

Profª. Dra. Clárcia Cohn
Universidade Federal de São Carlos /UFSCar

Profª. Dra. Esther Jean Langdon
Universidade Federal de Santa Catarina /UFSC

*À Vó Neyde e ao Paulo,
queridos companheiros que servem
sempre de inspiração e de quem as
lembranças fazem meu coração se
encher de alegria*

AGRADECIMENTOS

Antes de mais nada gostaria de agradecer à força de todos os familiares, amigos e conhecidos que compartilharam momentos tão difíceis e ajudaram na manutenção do equilíbrio espiritual necessário para que continuássemos nossas tarefas. Sei que as orações, vibrações de carinho e todos os abraços foram (e ainda são) fundamentais para a superação diária de cada um de nós. Um agradecimento especial a Sonia Pedrino, por sua competência e inspiração.

Aos meus pais que sofreram com as escolhas que fiz e com as prolongadas viagens a campo e ainda assim deram todo o apoio que puderam (a mim e aos kalapalo). Sou grata por todo seu carinho e força de espírito.

Aos meus avós que serviram (e continuam servindo) de exemplo de conduta pra toda a vida e em todas as situações. Ana, Marcio, Lísias e Paulo, irmãos queridos e companheiros de jornada. E claro, Crysthiano, Mari e Brunella que os fazem muito felizes!

Ao querido Junior que é uma excelente companhia para todos os momentos, desde os mais críticos dias em campo, com toda sua paciência com meus “mau humores”, até os momentos agradáveis (e sempre divertidos) da convivência cotidiana. Sou grata por me fazer tão feliz e me ensinar tanto mais sobre a vida e sobre a antropologia.

À Marina Cardoso, orientadora, amiga e “mãe” que me possibilitou o encantamento com a Antropologia desde as aulas da graduação e me apresentou o “mundo” do Xingu, guiando meus passos ao longo de todo o trabalho. Com seus puxões de orelha e uma aparente sisudez, se mostrou uma pessoa extremamente doce e carinhosa, se dispondo prontamente a colaborar e dar todo o suporte necessário durante o processo, apoiando não só a mim, mas a toda minha família. Agradeço imensamente a confiança, a colaboração e os cuidados dispensados.

Aos comentários atenciosos de Clarice Conh que ajudaram muito na estruturação deste texto final.

Aos alto-xinguanos que me receberam sempre muito bem, especialmente os kalapalo que cuidaram de mim enquanto estive na aldeia. Agradecimentos especiais a Ugise Kalapalo e sua pais Numü e Itsapü, sua esposa Maü, seus irmãos, irmãs e cunhados que foram anfitriões cuidadosos e carinhosos. Muitos outros também merecem agradecimentos, como Aru, que

além de AISs informante foi também anfitrião; Waya, Hagemá e Ausuki que nos permitiram a estadia na aldeia; Jeika, informante e tradutor. São muitos outros que precisariam ser nomeados, mas não caberiam neste espaço restrito. A todos da aldeia Aiha, agradeço imensamente de coração pela acolhida e pelos momentos divertidos e encantadores que me proporcionaram e aos demais alto-xinguanos, pela receptividade em todas as aldeias e por me ensinarem, cada um a seu jeito, um pouco mais sobre o ser xingano.

Agradeço imensamente pela acolhida que tive no Posto Leonardo, ao “Governador” Kokoti, e aos profissionais de saúde da EMSI que compartilharam não só suas experiências, mas seu espaço, as comidas, as risadas... Também por suas críticas que me fizeram repensar objetivos e expectativas. E especialmente agradeço à Wania Bertanha, coordenadora do curso dos AISs e que me acolheu carinhosa e atenciosamente, sempre aberta a opiniões.

Não posso deixar de agradecer a todos os 53 Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu (impossível nomear a todos aqui) que aceitaram compartilhar comigo suas experiências e suas dúvidas e por fazerem os momentos em campo se tornarem mais divertidos.

Ao apoio de toda a gerência do IPEAX e do DSEI que abriram os espaços necessários para que esta pesquisa se realizasse.

A todos os amigos queridos que tornaram o período do mestrado um momento muito mais agradável do que eu jamais podia imaginar: Pedro Schio, Leonardo Pazetto, Fernão Constanzo, Daniel Dias, Guilherme “Bola” de Lima, Patrícia Begnami, Lucila Tonelli Alves, Lincoln Romualdo, Juliana Batista dos Reis e Lérisson Nascimento.

E por fim, agradeço ao CNPq e à FAPESP que possibilitaram financeiramente as viagens a campo e o desenvolvimento de todo este trabalho. Sem este apoio nada disso seria possível.

RESUMO

Dentro do contexto da reestruturação das políticas de saúde indígena ao longo dos últimos 20 anos no Brasil, e a conseqüente criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas/DSEIs a partir de 1999, os Agentes Indígenas de Saúde/AISs aparecem como elementos centrais desse novo modelo de atenção à saúde indígena, na medida em que são entendidos como possíveis “elos de ligação” ou “tradutores” entre os sistemas tradicionais e a biomedicina. Tendo em vista este contexto, o objetivo desta dissertação foi, por meio da apresentação de dados etnográficos relativos à formação e à atuação dos AISs no Alto Xingu, problematizar o papel que lhes foi atribuído, bem como o modelo de atenção diferenciada no qual este papel foi proposto. Observa-se que, exatamente pelo fato de ocuparem uma posição de “fronteira” entre distintos sistemas médico-terapêuticos, a atuação dos AISs está envolta em ambigüidades e conflitos de diversas naturezas, decorrentes quer de certa imprecisão na formulação do seu papel, quer das condições efetivas das suas atuações nos espaços que lhes foram atribuídos. Procura-se mostrar que os Agentes Indígenas de Saúde têm sua atuação duplamente redefinida: tanto pelos profissionais não-indígenas – que os pensam como *transmissores* dos conhecimentos biomédicos às populações atendidas – quanto pelos próprios indígenas, que os vêem como fontes de acesso a bens e serviços provenientes da sociedade nacional, no contexto mais geral da apropriação política deste papel e dos seus espaços de atuação pelos próprios alto-xinguanos e lideranças locais.

Palavras-chave: antropologia da saúde; saúde indígena; etnologia indígena; agentes indígenas de saúde; Alto Xingu.

ABSTRACT

In the context of restructuring the indigenous health policies over the last 20 years in Brazil, and the consequent creation of the Special Sanitary Indigenous Districts since 1999, the Indigenous Health Agents appear as central elements of this new model for indigenous health attention, since they are understood as possible “links” or “translators” between the traditional systems and the official biomedicine. Considering this context, my intention was, through the presentation of ethnographic data about the formation process and the performance of the Indigenous Health Agents at the Upper Xingu, to question the role attributed to them, as well as the model of differentiated attention where this role was proposed. Exactly because they occupy a “border position” between different medical-therapeutic systems, the agents’ performances are involved in several ambiguities and conflicts, which result from the imprecise definition of their functions, as well as from the effective existing conditions for their acting in the spaces attributed to them. I intend to show that the Indigenous Health Agents have their role redefined twice: by the non-indigenous professionals – who think of them as *transmitters* of the biomedical knowledge to the attended populations – as well as by the indigenous themselves, who see them as sources of goods and services from national society, in the general context of the political appropriation of this role and its acting spaces by the upper-xinguanos and local leaders themselves.

Key-words: anthropology of health; indigenous ethnology; indigenous health agents.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.3.1 - MAPA DE LOCALIZAÇÃO DO PARQUE INDÍGENA DO XINGU	23
FIGURA 1.3.2 - CROQUI DAS ALDEIAS DO ENTORNO DO PÓLO BASE LEONARDO	24
FIGURA 2.2.1 - ORGANOGRAMA DE FUNCIONAMENTO DO MODELO ASSISTENCIAL DO DSEI XINGU	35
FIGURA 3.2.1 - CROQUI DO POSTO LEONARDO	51
FIGURA 3.2.2 - FOTOS DA UBS DO POSTO LEONARDO: ENTRADA E SALA DO DENTISTA	52
FIGURA 3.2.3 – FOTOS DA UBS DO PÓLO-BASE LEONARDO: FARMÁCIA E SALA DE CONSULTAS	52
FIGURA 3.2.4 – FOTO DA CASAI DO PÓLO LEONARDO ANTES DE SER DERRUBADA EM MAIO DE 2007	54
FIGURA 5.2.1 - REPRESENTAÇÃO DO APARELHO REPRODUTIVO FEMININO FEITA POR UM AIS MEHINAKU	104

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
CASAI	Casa de Saúde do Índio
CNPSI	Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
CORE	Coordenação Regional da FUNASA
COSAI	Conselho de Saúde Indígena
DESAI	Departamento de Saúde Indígena
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
DSEI	Distrito Sanitário Especial indígena
EPM	Escola Paulista de Medicina
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IPEAX	Instituto de Pesquisa Etno-Ambiental do Xingu
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 ANTECEDENTES E CONTEXTO DE PESQUISA	13
1.2 AS VIAGENS A CAMPO.....	16
1.3 UMA APRESENTAÇÃO GERAL DO ALTO XINGU	21
2. A SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL E O PROCESSO DE DISTRITALIZAÇÃO .	27
2.1 DO SPI AOS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS	27
2.2 ATENÇÃO À SAÚDE NO ALTO XINGU: O DSEI XINGU E O IPEAX	33
2.3 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL: O CONSELHO LOCAL DE SAÚDE.....	39
3. INTERMEDICALIDADE: DA TEORIA À PRÁTICA	45
3.1 ANTROPOLOGIA DA SAÚDE: CONCEITOS FUNDAMENTAIS.....	46
3.2 UM LOCAL DE CONSTRUÇÃO DE FRONTEIRAS: O POSTO LEONARDO	48
3.2.1 <i>O Posto Leonardo e seus “perigos”: estrutura física e implicações políticas</i>	<i>50</i>
3.2.2 <i>As relações com os “brancos” e as “novas lideranças”</i>	<i>58</i>
4. O PLURALISMO MÉDICO: SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE	61
4.1 AS AÇÕES DE SAÚDE	61
4.1.1 <i>Sobre as concepções do que seja qualidade dos serviços de saúde.....</i>	<i>64</i>
4.1.2 <i>Distintas concepções sobre a “saúde”</i>	<i>68</i>
5. A PRÁTICA BIOMÉDICA E A EMSI	80
5.1 AS CONSULTAS MÉDICAS	80
5.2 O CURSO DE FORMAÇÃO DE AISS	98
5.2.1 <i>Sobre os conteúdos: corpo, saúde e doença.....</i>	<i>101</i>
6. O AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE: UMA “POSIÇÃO DE FRONTEIRA” E SEUS ESPAÇOS DE INSERÇÃO	111
6.1 PERFIL DOS AGENTES DE SAÚDE.....	112
6.1.1 <i>Ser mulher entre tantos homens</i>	<i>112</i>
6.1.2 <i>O “sonho de ser AIS”</i>	<i>115</i>
6.1.3 <i>Aprender com a prática.....</i>	<i>117</i>
6.1.4 <i>As indicações.....</i>	<i>119</i>

6.2	AIS: ATRIBUIÇÕES E PRÁTICAS	120
6.2.1	<i>As visitas domiciliares</i>	124
6.2.2	<i>Os relatórios</i>	125
6.2.3	<i>A supervisão do trabalho dos AISs</i>	126
6.3	POSIÇÃO DE DISPUTA: O CONTROLE E O ACESSO A BENS E SERVIÇOS.....	128
7.	REFLEXÕES FINAIS	134
	REFERÊNCIAS	139
	ANEXOS	147

1. INTRODUÇÃO

A participação dos Agentes Indígenas de Saúde/AISs em contextos de saúde intercultural ou de intermedicalidade, tal como definido por Follér (2004), é um tema ainda pouco explorado pela literatura¹. Todavia, este é um tema que dificilmente pode estar ausente das discussões atuais acerca das políticas públicas de saúde indígena no Brasil, sendo a criação deste papel um dos elementos principais dentro do modelo de atenção diferenciada proposto pelas agências governamentais com o suporte de ONGs e entidades indígenas e indigenistas.

Com a reformulação das políticas de saúde indígenas ao longo dos últimos 20 anos e a conseqüente criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas/DSEIs a partir de 1999, a noção de *atenção diferenciada* passou a ser “um dos pilares básicos da formulação dos modelos de atenção à saúde das populações indígenas” (CARDOSO, 2005a) e, conseqüentemente, da definição da forma como os serviços de saúde devem ser operacionalizados a fim de garantir esta “diferenciação”. Nos documentos da Fundação Nacional de Saúde/FUNASA – especialmente na *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas* de 2002 –, a atenção diferenciada é definida como uma distinção na qualidade dos serviços, através de princípios de respeito à diversidade cultural dos povos indígenas, buscando ainda a incorporação de práticas terapêuticas tradicionais nos serviços de saúde destinados a atender estas populações (BRASIL, 2002, 2005). Uma das maneiras de se obter este caráter diferenciado e a incorporação das práticas terapêuticas tradicionais seria então, a criação do papel dos AISs que, por serem oriundos destes agrupamentos e ao mesmo tempo formados dentro dos princípios da medicina ocidental, seriam capazes de aproximar e “conectar” a prática biomédica aos sistemas terapêuticos nativos, permitindo o “trânsito, articulação e troca de conhecimentos” (TASSINARI, 2001, p. 50) nesta relação de contato intercultural. No entanto, exatamente por ocuparem esta posição que caracterizo aqui como

¹ Para a participação dos AISs em diferentes contextos, cf. Dias-Scopel, 2005; Erthal, 2003; Langdon, et al., 2006; Silveira, 2004.

uma posição de fronteira, conforme a definição de Tassinari (*idem*), é que o papel dos AISs está envolto em ambigüidades e conflitos.

Estes conflitos começam a aparecer já nas diferentes interpretações e definições a respeito do que seja a atenção diferenciada e qual seja o papel dos AISs dentro das ações de saúde. O fato de não haver nos discursos oficiais uma explicitação clara a respeito de como deve ser feita esta “complementarização entre distintos saberes e práticas” dificulta a formulação de ações que atendam às demandas específicas das populações indígenas ao longo de todo o território nacional e contribui para a insatisfação tanto dos indígenas, enquanto usuários do sistema de saúde, quanto dos profissionais não-indígenas que nele atuam. Da mesma forma, o uso que as populações indígenas fazem deste espaço nem sempre corresponde às expectativas dos órgãos gestores, ao determinarem, por exemplo, que a “diferenciação com qualidade” só seja possível de ser alcançada por meio da atuação de profissionais qualificados, dando pouco valor ao trabalho dos AISs que “não têm formação”.

Há que se discutir então os distintos sistemas curativo-terapêuticos que estão em operação neste contexto de intermedialidade com suas diferentes visões do que seja “saúde” e, mais do que isso, do que seja qualidade quando se fala nas ações de saúde. De um lado aparecem os conceitos próprios do modelo sanitarista nacional, implantado pelo Governo Federal desde a década de 1980, que se apresentam através dos cursos de formação de Agentes Indígenas de Saúde e da atuação de profissionais não-indígenas em território indígena – modelo este baseado nos princípios de universalização, hierarquização e descentralização dos atendimentos e atividades de saúde – e que priorizam uma atuação técnica dos AISs. Do outro lado, na medida em que isso se torne necessário para se compreender e analisar o processo de significação a que são submetidos os conceitos biomédicos, esta discussão remete às concepções internas às sociedades indígenas com suas terapêuticas tradicionais vinculadas à cosmologia, à organização sócio-política e ao *ethos* local.

Minha intenção nesta dissertação é então, através da apresentação de dados etnográficos, problematizar o papel que os AISs assumem dentro deste modelo de atenção à saúde na região do Alto Xingu, considerando por um lado sua inserção na Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena/EMSI formada por diversos profissionais não-indígenas, e por outro lado, o fato de participarem ativamente do sistema terapêutico tradicional e partilharem seus esquemas etiológicos e explicativos que, mesmo que não seja possível aqui fazer uma exposição detalhada sobre o tema devido a sua grande complexidade, serão

referidos na medida em que isso se torne necessário para se compreender e analisar o processo de significação a que são submetidos os conceitos biomédicos. Trata-se, assim, de observar de que forma se dá a transmissão, a assimilação e a significação de conceitos e práticas biomédicos² e qual têm sido os resultados deste processo. A própria maneira como isso tem sido feito através dos cursos de formação de AISs também merece ser discutida considerando-se os princípios propostos da atenção diferenciada, na medida em que, por meio de uma pedagogia “problematizadora” o que se pretende é efetivamente transformar os AISs em *transmissores* de conceitos biomédicos às aldeias onde atuam. Neste contexto marcado por tensões e disputas pelo controle das ações e dos espaços tidos pelas lideranças indígenas³ como uma importante forma de inserção no contexto político nacional e de garantia de qualidade dos serviços, os AISs são elementos importantes para se pensar o modelo de atenção à saúde colocado em vigor.

Busco refletir além destas questões “de saúde”, também sobre a atuação “política” dos AISs nos órgãos responsáveis pelo controle social (os Conselhos de Saúde), tendo em vista que “saúde” e “política” não são aspectos excludentes, mas em grande medida intercambiáveis neste contexto. Estes são alguns exemplos da diversidade de expectativas e interesses que envolvem a criação do papel dos AISs e a implementação das políticas públicas de saúde indígena que serão trabalhadas ao longo desta dissertação.

1.1 ANTECEDENTES E CONTEXTO DE PESQUISA

Esta pesquisa, vinculada ao projeto do CNPq “*Sistemas terapêuticos indígenas e a interface com o modelo de atenção à saúde: diferença, controle social e dinâmica sócio-cultural no contexto alto-xinguano*” (CARDOSO, 2005b), possuía, já em sua concepção, uma dificuldade logística que seria a de procurar abranger a atuação dos Agentes Indígenas de

² Utilizo nesta dissertação os termos “medicina ocidental” e biomedicina como sinônimos, para me referir às práticas técnico-sanitárias desenvolvidas nas chamadas sociedades ocidentais, em contraposição às chamadas “terapêuticas tradicionais”.

³ Ao longo desta dissertação utilizarei como sinônimos os termos “liderança” e “cacique”, a não ser quando especificado, para me referir às posições de prestígio tradicionalmente adquiridas e ocupadas tanto nas relações internas às aldeias e ao sistema alto-xinguano, quanto nas relações destas populações com a sociedade nacional.

Saúde em uma grande área geográfica, ou seja, a própria região do Alto Xingu. No entanto, só foi possível suplantar esta dificuldade em função da inserção que tive ao campo e da minha permanência prolongada no Posto Leonardo, o que me possibilitou um acesso direto não somente aos AISs, mas também à EMSI. Isso foi possível graças ao contato com o Instituto de Pesquisa Etno-Ambiental do Xingu/IPEAX – ONG indígena responsável pelo atendimento de saúde da região em parceria com a FUNASA –, o que me colocou em contato direto com os profissionais de saúde não-indígenas que atuam nesta região e me possibilitou centralizar minhas observações fundamentalmente no Posto Leonardo, local que concentra a maior parte dos atendimentos biomédicos de saúde, bem como os cursos de formação de AISs, professores e gestores, reuniões dos conselhos de saúde, além de, ao me permitir acompanhar as visitas periódicas feitas às aldeias atendidas e ao mesmo tempo os encaminhamentos de pacientes para o Porto Leonardo, entrar em contato com a maior parte dos AISs que atuam na região.

O fato de o Posto Leonardo ser considerado um local “neutro” – na medida em que não “pertence” efetivamente a nenhuma etnia – mas ao mesmo tempo (e exatamente por esta neutralidade), ser um espaço onde há uma grande circulação de pessoas (sejam índios das diversas etnias da região, ou então não-indígenas) e também o palco central de diversos conflitos e negociações, fez com que este se tornasse um local privilegiado para realizar esta pesquisa, pois, em função destas características, este é um espaço também privilegiado de contato entre os conhecimentos e práticas tradicionais e os conhecimentos e práticas ocidentais dentro do território indígena.

Ao longo do texto caracterizo o Posto Leonardo como um local que, por marcar fortemente as relações do contato entre alto-xinguanos e a população nacional e mesmo entre as etnias presentes na região, pode ser definido como um local de fronteira e que, neste sentido, permite um intenso fluxo de trocas e de negociações no contexto das relações atuais que se estabelecem com o mundo não-índio e que direcionam em alguma medida as próprias relações mantidas entre as diversas etnias da região. A permanência prolongada neste local me possibilitou por isso um acompanhamento privilegiado deste processo de interculturalidade, especialmente no que diz respeito à incorporação das práticas da medicina ocidental por parte dos indígenas e os conflitos que isso tem causado, observando as relações dos pacientes que procuram os atendimentos, através de consultas com os profissionais não-indígenas.

Foi possível também acompanhar os atendimentos feitos pela EMSI em diferentes momentos, visitando cerca de 20 das 27 aldeias existentes até o final de 2007, ao longo das três viagens realizadas no decorrer do projeto. Ao fazer isso, tive acesso direto aos AISs e ao seu trabalho nas aldeias, ainda que em momentos não corriqueiros, na medida em que a presença dos profissionais de saúde nas aldeias altera profundamente a rotina de seus trabalhos, como pude perceber ao longo do tempo. Todavia, creio que parte do valor deste trabalho esteja exatamente na descrição e reflexão a respeito do trabalho das EMSI e do contato dos profissionais não-indígenas com os AISs nas aldeias, descrição esta muito pouco explorada na bibliografia a respeito da saúde indígena no Brasil⁴, deixando claro, no entanto, que não pretendo (e nem seria possível) detalhar e elaborar questões acerca de problemas específicos de cada aldeia e das relações entre os diversos AISs e os aldeamentos em que atuam, na medida em que apresentam características muito peculiares (o que exigiria uma permanência prolongada em cada uma das aldeias, tornando-se uma atividade praticamente inviável). Neste sentido, somente vou expor as observações que pude fazer durante minhas visitas, elaborando algumas problematizações mais gerais, além de apresentar situações das aldeias às quais tive acesso facilitado ou onde permaneci por mais tempo, explicitando suas especificidades.

Além deste período em que estive no Posto Leonardo tive outra forma de inserção ao Alto Xingu, através dos Kalapalo, com quem mantive relações de pesquisa desde um período anterior a este, quando participei de outro projeto que deu origem ao meu trabalho de conclusão de curso de graduação (NOVO, 2005)⁵. Este contato pré-existente implica em diversas relações de reciprocidade necessárias com esta comunidade, fazendo com que a aldeia Aiha (principal aldeia Kalapalo) tenha se tornado um ponto fixo de estadia durante toda a pesquisa, o que explica parcialmente minha permanência por longos períodos nesta aldeia. O “ciúme” das demais etnias, bem como os “perigos” do Posto Leonardo e da permanência prolongada em outras aldeias (assuntos que serão mais bem tratados na parte 3 desta dissertação), muitas vezes me impediram de circular mais nas diferentes aldeias e, quando isso acontecia, sempre me era exigida uma explicação a respeito das motivações e interesses que me levavam a permanecer “fora da aldeia Kalapalo”. Essa situação, por outro lado, fez com que me despertasse a atenção para esta relação de “perigo” com o Posto Leonardo e que

⁴ Para uma discussão a respeito do caso dos Xokleng em Santa Catarina, cf. Dias-Scopel, 2005.

⁵ Este projeto visava à formação de uma Associação na aldeia Aiha para a revenda de artesanatos, com a colaboração da Incubadora de cooperativas da UFSCar. Para mais detalhes, cf. Cardoso, 2004a; Guerreiro Junior, 2005.

marca em alguma medida, as relações interétnicas locais, contribuindo para a apropriação da noção de “fronteira” nesta situação específica de contato que envolve não somente a sociedade nacional, mas também as diversas etnias que habitam a região.

Com a finalidade de realizar esta pesquisa, me utilizei de diversas técnicas, que vão desde a observação direta dos trabalhos dos AISs e da EMSI, passando por entrevistas informais ou formais com estes atores e com representantes das comunidades locais, além da análise de documentos produzidos seja pelo Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu/DSEI Xingu seja pelo IPEAX ou os próprios indígenas, AISs ou lideranças.

Após esta breve introdução farei agora uma descrição pormenorizada das viagens a fim de situar esta pesquisa dentro de seu contexto de realização, possibilitando desta forma, observar sua abrangência e algumas de suas limitações.

1.2 AS VIAGENS A CAMPO

Ao longo do projeto, realizei três viagens a campo, cada uma com características peculiares que descreverei nesta seção. Na primeira viagem realizada, fomos quatro pesquisadores vinculados ao projeto financiado pelo CNPq sendo que somente a coordenadora do projeto, Profa. Dra. Marina D. Cardoso já havia visitado a região outras vezes. Os demais pesquisadores conheciam o Xingu pela primeira vez, assim como eu.

Chegamos em Canarana, cidade mais próxima da entrada do Parque do Xingu, na noite do dia 09 de julho. Permanecemos na cidade por alguns dias para organizar o material a ser levado a campo, bem como para fazer contato com algumas pessoas estratégicas para a pesquisa, especialmente no Instituto de Pesquisa Etno-Ambiental (IPEAX).

Chegamos à aldeia Aiha Kalapalo, local fixo que temos como ponto de apoio, somente no final do dia 13. Já no dia seguinte me encaminhei ao Posto Leonardo com a

intenção de encontrar a então coordenadora técnica⁶ da Equipe Multidisciplinar de Saúde, contratada pelo IPEAX. Já a havia encontrado durante minha permanência em Canarana e combinado este encontro no Posto Leonardo para que eu pudesse ser apresentada aos enfermeiros, além de acompanhá-la nas reuniões previstas para planejamento de atividades com a equipe multidisciplinar.

Durante os dias que permaneci no Posto Leonardo nesta primeira viagem, participei não só destas reuniões, mas também visitei e acompanhei alguns atendimentos realizados na Unidade Básica de Saúde (UBS) local e nas aldeias próximas (Kamayurá e Yawalapiti). Após esta permanência no Posto por cerca de 10 dias, tive a oportunidade de acompanhar o atendimento da equipe multidisciplinar em algumas outras aldeias, ao longo do rio Kuluene: Nahukuá, Matipu, Lahatua, Afukuri (as duas últimas da etnia Kuikuro), Tanguro (etnia Kalapalo) e PIV Kuluene (também administrado pelos Kalapalo), além da aldeia Aiha (também Kalapalo).

Ao logo das visitas a estas aldeias pude conversar com diversos AISs, realizando entrevistas semi-formais e informais, além de observar os atendimentos e conversar com a população local acerca de suas principais queixas, reivindicações e opiniões a respeito dos atendimentos dos AISs e dos funcionários não-índios. Todavia, a rapidez com que são feitas as visitas, seja pela inexistência de locais adequados para o alojamento da equipe, ou pela necessidade do retorno ao Pólo para fazer a cobertura dos atendimentos, dificultou em alguns casos minha aproximação com a população local, o que exigiria um tempo prolongado de convívio. Esta primeira viagem foi especialmente importante para minha familiarização com o espaço do Alto Xingu, bem como o inverso, para um “reconhecimento” do meu trabalho por parte dos índios e não-índios envolvidos no atendimento à saúde na região, abrindo espaço para as demais viagens que viria a realizar. Além disso, me permitiu também observar o modo de atuação da equipe, por meio do acompanhamento de seu trabalho nas aldeias, material este que serve como base para as discussões que faço a respeito das condições e os principais elementos que fundamentam seu trabalho em campo.

Na segunda viagem fui acompanhada de Antonio R. Guerreiro Junior, também pesquisador vinculado a este projeto do CNPq e, mais “familiarizados” com o campo, tivemos um tempo maior de permanência, totalizando cerca de 80 dias ao longo dos meses de abril,

⁶ Na intenção de preservar a identidade dos informantes e das pessoas envolvidas no trabalho de saúde no Alto Xingu, optei por não utilizar nomes ao longo do texto me permitindo inclusive modificar citações e falas onde eles apareciam e, quando foi necessário, utilizei abreviações.

maio e junho de 2007. Durante este período fiquei grande parte do tempo na aldeia Kalapalo, o que, apesar de dificultar um contato mais amplo com o trabalho da EMSI e dos demais AISs, por outro lado permitiu uma observação mais direta do trabalho cotidiano de saúde na aldeia – muito distinto do cotidiano do Posto Leonardo. Além disso, me permitiu também observar de que forma se estabelece a relação da população com este atendimento e com os medicamentos, e como conseqüência, de que maneira é feita a interação da biomedicina com as concepções nativas referentes ao processo de adoecimento e às técnicas curativas tradicionais.

As condições específicas desta viagem, especialmente relacionadas ao local onde fomos recebidos nos possibilitaram uma nova forma de interação, mais “próxima” dos acontecimentos cotidianos da aldeia, uma vez que a casa onde ficamos nesta viagem, além de se encontrar no círculo principal das casas da aldeia – diferentemente da casa onde permanecemos na primeira viagem –, pertence a uma importante figura política na aldeia, o único “pajé verdadeiro”⁷ desta aldeia e cunhado do principal cacique Kalapalo.

Nesta viagem tive ainda a chance de retornar ao Posto Leonardo como já tinha previsto, a fim de encontrar os AISs que lá estivessem realizando estágio, conforme me havia sido informado pela coordenadora do curso de formação; neste período pude ainda acompanhar uma reunião do Conselho Local de Saúde, além de uma das equipes na campanha de imunização realizada durante o mês de maio. Nesta campanha foi possível visitar as aldeias ao longo do rio Kurisevo, que eu ainda não havia conhecido na viagem anterior. Visitei as aldeias Kuikuro, Saidão (etnia Aweti), Yaramü (etnia Nahukuá), Aweti, PIV Kurisevo (administrado pela etnia Mehinaku), Utawana (também mehinaku), Mehinaku e Waurá, além da aldeia Yawalapiti, que já havia visitado na viagem anterior. Novamente foram visitadas diversas aldeias em um espaço de curto tempo, desta vez em função das condições de conservação das vacinas, o que novamente dificultou um pouco meu acesso aos AISs

⁷ Existem, entre os alto-xinguanos, duas categorias distintas de xamãs, os xamãs “grandes” (*huati hekugo* em karibe, o “pajé de verdade”) e os xamãs “comuns” (ou, simplesmente *huati* em karibe). A diferença entre estes dois tipos de pajés está no fato de os primeiros possuírem a capacidade de entrar em contato direto com o “sobrenatural”, ou o “mundo dos espíritos” através da ingestão da fumaça do tabaco. Esta capacidade é adquirida ao longo de um duradouro processo de iniciação xamânica que tem início depois de um período de adoecimento causado por algum feiticeiro. O outro tipo de xamã, os “pajés comuns” são aqueles que não passaram pelos rituais de iniciação e não ingerem a fumaça da cigarrilha, mas, no entanto, conhecem as rezas que auxiliam na cura de doenças. Desta forma, estes xamãs não têm a capacidade de “ver” os espíritos, mas, ainda assim, tornam-se curadores importantes através do sopro da fumaça do cigarro, da realização destas rezas e da retirada do elemento causador da doença do corpo do doente através da manipulação pelas mãos ou de sua sucção pela boca. Para mais detalhes sobre a diferenciação entre o “pajé verdadeiro” e o pajé “comum”. Para mais informações sobre a atuação dos pajés, cf. Barcelos Neto, 2006b; 2007; Cardoso, 2005a; Viveiros de Castro, 1977.

(especialmente também porque todos os AISs estavam colaborando com a equipe de vacinação), mas possibilitou que eu tivesse ao menos um primeiro contato com algumas etnias que ainda não conhecia, além de possibilitar novamente a observação das formas de atuação da EMSI.

A intenção inicial desta segunda viagem a campo era permanecer até o mês de junho para que fosse possível acompanhar a aplicação do 4º módulo do curso de formação dos AISs, planejado para o início daquele mês. Entretanto, em função do não repasse de verbas do Projeto Vigisus⁸ para o DSEI Xingu (responsável pelo curso) este módulo foi adiado para o mês de novembro, quando foi realizado com verbas próprias do Distrito que tiveram que ser realocadas para tal. Este adiamento do quarto módulo do curso foi o que impulsionou minha terceira viagem, realizada entre outubro e novembro de 2007.

Nesta terceira e última viagem fui com a intenção de acompanhar o desenrolar do quarto módulo do curso de formação de AIS, cujo tema desenvolvido foi “Promovendo a saúde e prevenindo DST/AIDS”. Permaneci quase todo o período (cerca de 40 dias) no Posto Leonardo e nas aldeias em seu entorno, tendo saído destes arredores somente para passar algum tempo na aldeia Kalapalo a fim de cumprir minhas “obrigações sociais” contraídas com esta aldeia.

Esta viagem me permitiu um convívio mais aprofundado com a equipe multidisciplinar de saúde do Alto Xingu, sendo possível observar as principais dificuldades enfrentadas em seus trabalhos cotidianos, além da forma como percebem sua relação com a população indígena local – já que os profissionais “moram” no Posto Leonardo durante a escala de trabalho de 30 dias – e com os AISs no âmbito do trabalho da saúde. Nesta viagem pude também participar de outra reunião do Conselho Local onde foram discutidas, a eleição de novos membros do conselho, além de questões referentes ao planejamento orçamentário para os próximos três anos, o que me permitiu perceber uma reformulação importante que reflete as reelaborações de questões políticas do contato que os alto-xinguanos mantêm com o Estado Nacional a partir de uma lógica política local.

Todavia, o período mais produtivo desta viagem, a meu ver, foi efetivamente o quarto módulo de formação de Agentes Indígenas de Saúde, único módulo deste curso de formação que foi possível presenciar durante a vigência do projeto. Acompanhar este curso

⁸ “O Projeto Vigisus é um acordo de empréstimo celebrado entre o Banco Mundial e o Governo Brasileiro, dividido em três fases e em dois componentes distintos” e que visa o “fortalecimento da saúde indígena e de saneamento em comunidades remanescentes de quilombos” (Funasa, 2008).

me possibilitou observar de maneira mais clara e direta os princípios e conceitos envolvidos neste processo de formação, ditados pela própria FUNASA e colocados em prática pela equipe multidisciplinar atuante no local. Pude ainda ter acesso a diversos materiais produzidos ao longo desse curso, tanto pelos profissionais quanto pelos próprios indígenas e acredito que com isso será possível fazer uma análise crítica deste processo de formação em curso, a fim de repensar a posição dos AISs dentro das equipes multidisciplinares e na intermediação entre suas comunidades e o “mundo dos brancos”.

Enquanto estava acompanhando (e gravando) o quarto módulo do curso de formação de AISs, depois de já ter explicado diversas vezes (informalmente) “o que estava fazendo ali”, a coordenadora do curso me procurou dizendo que os AISs estavam um pouco incomodados com minha presença e queriam “entender melhor o meu trabalho”. Já contava com a animosidade de parte da equipe de profissionais que considera que “antropólogo só atrapalha” porque “fala muito, mas não é ele que está lá trabalhando”. Me propus então a conversar com todos os AISs conjuntamente para tentar esclarecer qual era o meu papel naquele espaço e combinei com eles que poderíamos fazer isso um pouco antes do horário da aula da tarde naquele dia. No horário combinado nos encontramos e expliquei novamente, na tentativa de me tornar mais clara, qual era o meu trabalho e quais eram meus objetivos, porque estava gravando as aulas e as conversas e como estas gravações seriam utilizadas. Os AISs, a princípio um pouco desconfiados, foram aos poucos se sentindo um pouco menos “preocupados” com minha presença junto a eles e disseram que concordavam que eu fizesse meu trabalho da forma como tinha me proposto. Combinei com eles que faria uma autorização por escrito para que eles assinassem como forma de “selar nosso acordo”. No entanto, esta autorização acabou não sendo feita porque exatamente neste mesmo dia uma criança morreu no Pólo Leonardo causando grande comoção e também a dispersão dos alunos. Não voltamos mais a este assunto depois que as atividades do curso foram retomadas, mas a atitude dos AISs frente à minha presença se tornou mais desconfiada e, creio eu, menos “desconfiada”. Me comprometi também a levar o trabalho final para que fosse “aprovado” por eles, o que infelizmente não foi possível por questões fundamentalmente de falta de tempo hábil para retornar ao Xingu, o que ainda pretendo fazer assim que puder.

1.3 UMA APRESENTAÇÃO GERAL DO ALTO XINGU

O Parque Indígena do Xingu (PIX), reserva federal criada em 1961 abrangendo uma área de aproximadamente 2.750.000 hectares, situa-se no norte do Estado do Mato Grosso, em torno dos principais formadores do rio Xingu – rios Ronuro, Kuluene, Kurisevo e Batovi – afluente do rio Amazonas, em uma região de transição ecológica entre o cerrado do Planalto Central e a Floresta Amazônica.

Em seus aspectos sócio-políticos, o Parque pode ser dividido em três partes, tendo em vista os povos que lá habitam: uma ao norte, conhecida como Baixo Xingu, habitada pelos povos Suyá, Juruna e Kayabi; uma na região central, o chamado Médio Xingu, onde se localizam os povos Trumai e Ikpeng; e outra ao sul, o Alto Xingu, região que, apesar das diferenças lingüísticas, apresenta certa homogeneidade no que diz respeito à sua cosmologia e forma de organização sócio-política, estabelecendo relações inter e intra-tribais pelas quais estas sociedades se definem, podendo-se falar em um *sistema cultural* (BASSO, 1973) ou uma *comunidade moral* (HECKENBERGER, 2001b). Para Heckenberger, a sociedade xingua é um exemplo de uma ‘comunidade moral’ na medida em que as comunidades que dela participam são incapazes de se reproduzirem simbolicamente de forma independente (id., *ibid.*, p. 92) mantendo entre si um complexo sistema de comunicações e trocas econômicas, matrimoniais e, sobretudo, cerimoniais. Apesar de o termo “comunidades” ser freqüentemente glosado pelos próprios alto-xinguanos, evitarei seu uso ao longo do texto por considerar que isso poderia encobrir algumas relações e tensões importantes que se efetivam dentro das próprias aldeias que, desta forma, estão longe de se constituírem, a meu ver, em efetivas “comunidades” no sentido de uma “comunhão” de interesses. Todavia, creio que seu uso pelos indígenas não é puramente “acidental”, representando uma reapropriação política de um termo freqüentemente utilizado pelo Estado nacional e que garante, desta forma, um status específico às aldeias dentro do contexto das políticas públicas.

Compõem a região do Alto Xingu nove povos distintos que podem ser divididos em quatro grupos de acordo com sua variação lingüística: língua Aruak – Yawalapiti, Mehinaku, Waurá; língua Tupi – Kamayurá e Aweti; língua Karibe – Kalapalo, Kuikuro, Nahukuá,

Matipu. Atualmente a população do Alto Xingu é de cerca de 2730⁹ pessoas, distribuídas em 27 aldeias.

As evidências arqueológicas, de acordo com Heckenberger (op. cit.) indicam que a ocupação desta região teve início por volta dos séculos VIII e IX, mas é, no entanto, somente a partir de 1884 que há o primeiro relato de contato destas comunidades com a sociedade não-indígena, através da expedição etnológica liderada por Karl Von den Steinen. Iniciou-se assim a história escrita da região, através dos relatos das viagens e de pesquisas etnográficas realizadas posteriormente. Estas mesmas evidências arqueológicas indicam que a ocupação mais remota desta região teve início com migrações de povos aruak que lá se estabeleceram, sendo seguidos pelos povos de língua karibe e, posteriormente, os demais grupos lingüísticos que habitam atualmente o território às margens dos formadores do rio Xingu¹⁰.

⁹ Dados fornecidos pelo IPEAX relativos ao ano de 2007.

¹⁰ Sobre este processo migratório, cf. Fausto, 2000.

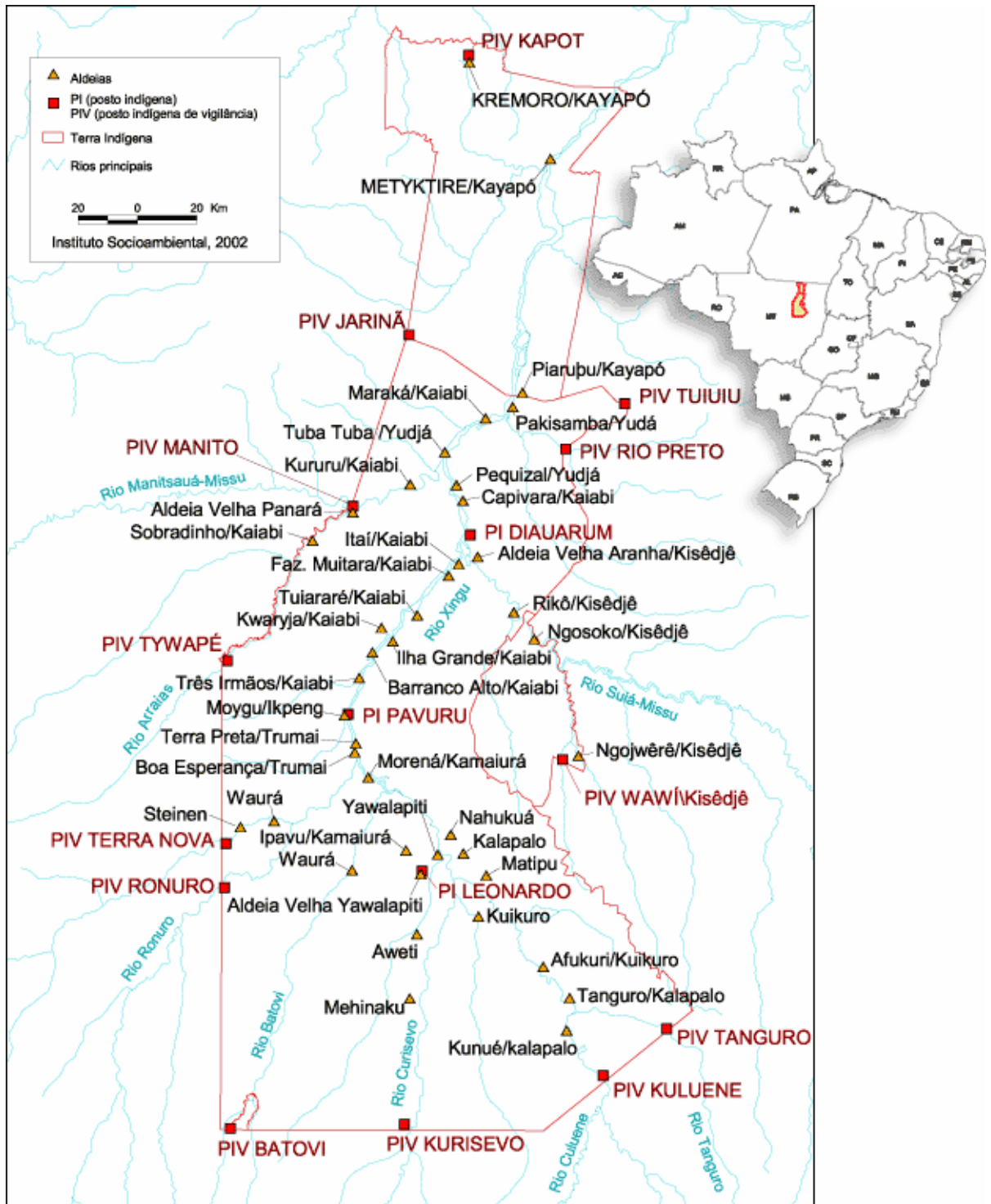


Figura 1.3.1 - Mapa de localização do Parque Indígena do Xingu

Fonte: Instituto Sócio-Ambiental

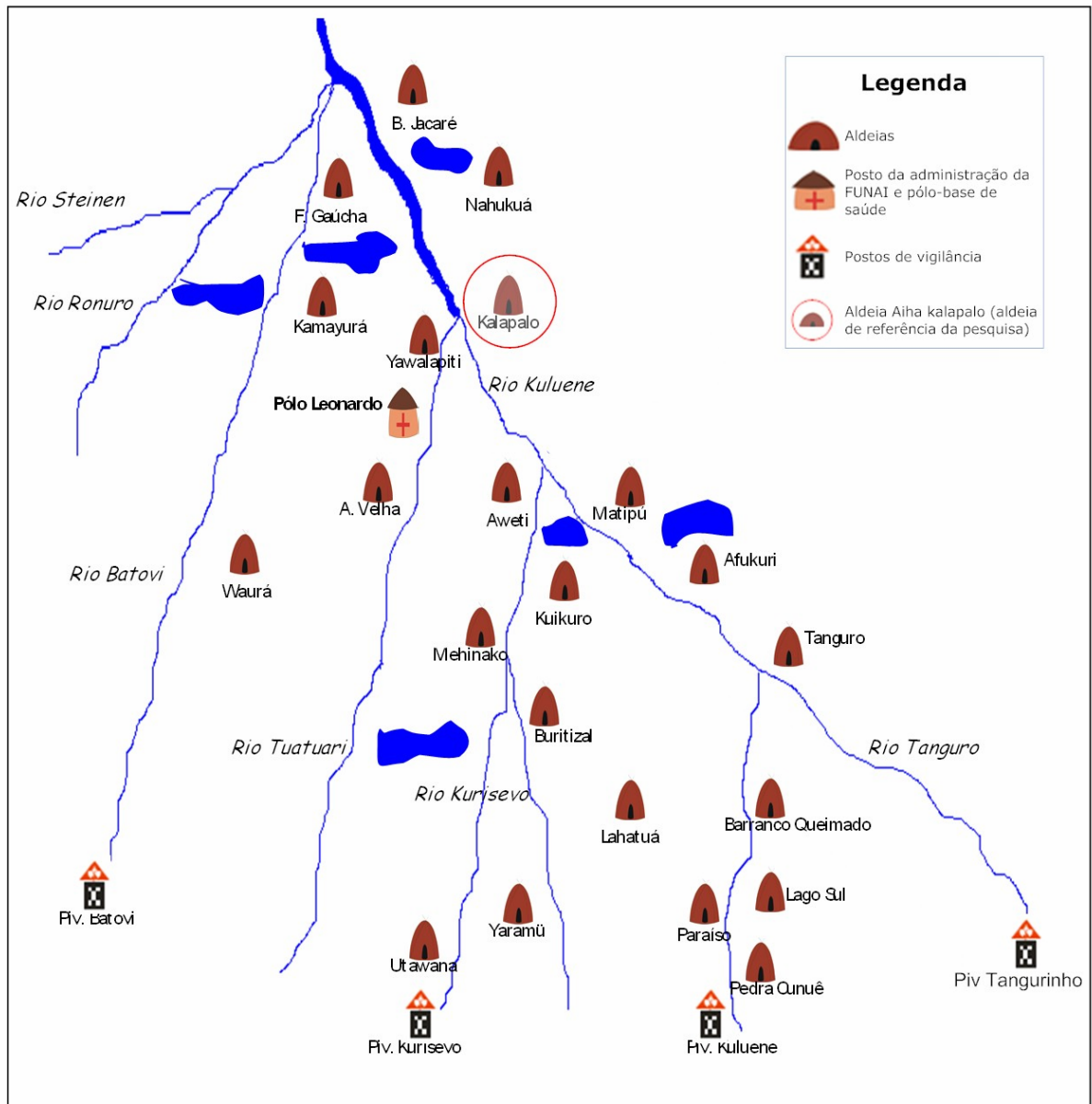


Figura 1.3.2 - Croqui das aldeias do entorno do pólo Base Leonardo

Fonte: adaptado de DSEI Xingu, Plano distrital 2008-2010

O modo de vida destes povos se modificou intensamente desde a criação do Parque, com o surgimento e o crescimento das cidades e fazendas em seu entorno, além da criação do Posto Leonardo (processo que descrevo na terceira parte). Em função do maior contato destas populações com as cidades, apesar das dificuldades de acesso, foram introduzidos em seu cotidiano novos hábitos de convivência e de alimentação, aumentando também as demandas por bens provenientes da sociedade “ocidental”, dentre eles, os serviços de saúde. Em conjunto com estas demandas, surge a necessidade de capacitar tanto os profissionais

brancos¹¹ que atuam nestas áreas, quanto pessoas oriundas dos agrupamentos indígenas a fim de garantir um atendimento de qualidade, além da participação comunitária na formulação dos projetos de atenção à saúde. O que pretendo mostrar neste trabalho são as dificuldades e os conflitos que têm aparecido nesta relação intercultural – de convivência entre diferentes concepções acerca de noções como corpo, saúde e doença – que se estabelece, com ênfase no papel dos AISs e nas diferentes percepções acerca de sua atuação e funções por parte das populações indígenas e dos profissionais não-indígenas representantes do modelo biomédico implementado pela FUNASA. Neste sentido, pretendo ao longo desta dissertação responder a algumas questões que considero fundamentais: de que forma a noção de atenção diferenciada aparece nos discursos e nas ações voltadas à assistência à saúde indígena? Como diferentes sistemas de saúde convivem na região do Alto Xingu? Qual o papel dos profissionais índios e não-índios neste processo? Qual o espaço de atuação dos AISs dentro das aldeias? Além destas, outros questionamentos aparecerão ao longo do desenvolvimento do texto e de minhas argumentações.

* * *

Antes de iniciar o trabalho, farei uma breve apresentação dos temas tratados em cada uma das partes desta dissertação, a fim dar ao leitor uma breve idéia da estrutura do texto, que está dividido em sete partes sendo esta introdução a primeira delas.

Na segunda parte faço uma reconstituição histórica do movimento de reformulação das políticas públicas de saúde indígena ao longo de todo o período de contato desde a criação do Serviço de Proteção ao Índio/SPI, culminando na criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas/DSEIs no ano de 1999. Discuto a criação do DSEI Xingu e do Instituto de Pesquisa Etno-Ambiental do Xingu/IPEAX (ONG responsável pelas ações de saúde na região do Alto Xingu, através de convênios estabelecidos com a FUNASA), apresentando a estrutura dos serviços de saúde locais. Ao final trato da participação indígena e do chamado “controle social” através dos Conselhos de Saúde Indígena, apresentando as maneiras pelas quais este espaço é apropriado pela população alto-xinguana.

¹¹ Utilizo as terminologias “brancos” ou “caraíbas”, correntes entre os alto-xinguanos, para me referir aos não-índios de forma geral.

Na terceira parte, faço um breve levantamento bibliográfico a fim de situar alguns conceitos utilizados ao longo do texto e apresento o espaço do Posto Leonardo onde é realizada a maior parte dos atendimentos biomédicos de saúde, ressaltando as disputas e os “perigos” que estão em jogo quando se fala em saúde indígena. Esta contextualização espacial torna-se de fundamental importância na medida em que é neste local que se materializam as hierarquizações e ambigüidades existentes em um contexto interétnico como é o caso do Alto Xingu.

Na quarta parte faço uma discussão a respeito das diferentes concepções do que seja “a saúde” e da forma como este espaço pode e como é efetivamente utilizado por parte dos diferentes atores envolvidos nesta relação de intermedialidade. Se por um lado estão os princípios tecnicistas da biomedicina, por outro lado a população alto-xinguana possui uma percepção própria do que seja “saúde” e mais do que isso, do que seja “qualidade” quando se trata destes serviços.

Na quinta parte, tenho como foco a atuação da equipe de profissionais de saúde e a complexa relação que se estabelece entre os distintos sistemas médico-terapêuticos através de sua prática. Faço então a descrição e a análise de alguns atendimentos realizados pela EMSI expondo suas principais características e as condições em que acontecem, terminando com a exposição do atual curso de formação de AISs proposto pela FUNASA, ressaltando algumas contradições existentes no modelo de política de saúde indígena colocado em prática atualmente.

Na sexta parte trato mais propriamente da atuação dos AISs, desde a forma como seu trabalho é concebido legalmente e sua agenda de trabalhos, até uma discussão mais pormenorizada a respeito das atividades efetivamente realizadas por eles em conjunto com a EMSI. Aproveito este espaço para fazer alguns questionamentos sobre o efetivo espaço ocupado por estes agentes tanto no que diz respeito aos serviços de saúde quanto nas relações políticas que mantêm nas aldeias.

Termino esta dissertação com algumas considerações, retomando os argumentos principais que considero relevantes nesta discussão feita ao longo de todo este texto, ressaltando as ambigüidades inerentes à função dos AISs e ao modelo de atenção à saúde indígena proposto pelas agências governamentais.

2. A SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL E O PROCESSO DE DISTRITALIZAÇÃO

A política nacional de atenção básica à saúde passou por um período de transição nos últimos 20 anos – dentro do contexto mais geral de redemocratização – que teve como consequência o “movimento de reforma sanitária”. Tais modificações culminaram no atual modelo do Sistema Único de Saúde/SUS em vigor desde 1990¹². Desde a criação do SUS, a saúde indígena passou a ser parte integrante das políticas públicas de saúde, tendo ao mesmo tempo garantido na Constituição o direito a uma “atenção diferenciada”. A fim de assegurar tais direitos na área da saúde, nove anos depois da formulação do modelo do SUS, foram criados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas/DSEIs, responsáveis localmente pela saúde indígena nas mais diversas regiões do país. Neste sentido, a fim de discutir as propostas e ações de saúde na região do Alto Xingu, faz-se necessário que se faça antes uma retomada do processo histórico das ações estatais de cuidados com a saúde indígena e da criação dos DSEIs, ressaltando os princípios envolvidos na implantação deste modelo de atenção à saúde.

2.1 DO SPI AOS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS

As populações indígenas brasileiras sempre tiveram formas próprias de compreender e lidar com os temas da saúde e da doença. Todavia, por ocasião dos primeiros contatos com populações exógenas (ou seja, com os “brancos”) no contexto da colonização, as populações indígenas sofreram gravemente com doenças e agravos à saúde até então desconhecidos por eles e que levaram grupos inteiros ao extermínio. Apesar desta situação, nos primeiros séculos de colonização as ações referentes a cuidados com a saúde ficaram restritas à intervenção de missionários e catequistas. Somente no início do século XX o governo brasileiro instituiu uma

¹² Sobre este processo, cf. Verani, 1999.

política laica de aproximação com agrupamentos ditos isolados do contato com a população nacional em regiões longínquas do interior do país, criando para tal o Serviço de Proteção ao Índio/SPI. Este órgão vinculado ao Ministério da Agricultura se destinava a mediar as situações de contato com os índios, procurando o seu enquadramento progressivo e o de suas terras no sistema produtivo nacional. Por ser o órgão indigenista oficial, era também o SPI que se responsabilizava pelas ações de saúde voltadas a estas populações e sua atuação se restringia basicamente a ações emergenciais e de controle de endemias e epidemias das chamadas “doenças do contato”.

Em 1967 este órgão se extingue após um progressivo processo de falência decorrente das dificuldades crescentes de implantação de seu projeto, acrescido das acusações de participação de seus funcionários em verdadeiros massacres às populações indígenas (VERANI, 1999). É criada em seu lugar, a Fundação Nacional do Índio/FUNAI, também um órgão do governo federal, vinculado ao Ministério da Defesa, cabendo a ela a supervisão e o gerenciamento das diversas questões relacionadas às populações indígenas, desde a proteção ao território, passando pelas questões da educação e da saúde. Durante este período de atuação da FUNAI no âmbito da saúde, foram criadas as equipes volantes de saúde que realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica através de ações emergenciais para o atendimento de surtos e epidemias, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho da equipe de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem.

Paralelamente, foram firmados acordos com diversas entidades que possuíam diferentes interesses – missões religiosas, ONGs nacionais e estrangeiras, Universidades, além de órgãos vinculados ao Governo Federal – no sentido de colaborar com a implementação de ações voltadas às populações indígenas. Apesar de algumas modificações, os princípios que regiam a atuação da FUNAI eram muito próximos daqueles implementados pelo SPI – paternalistas, assimilacionistas e emergenciais, marcados por uma ideologia positivista e evolucionista – e contavam ainda com uma rede ineficiente de atendimento, infra-estrutura inadequada e profissionais despreparados para trabalhar com situações específicas dos povos indígenas, além de estar submetida a uma precariedade de recursos financeiros (LANGDON, 2004, MENDONÇA, 1996).

Este modelo, de pouca eficácia, esbarrou em várias dificuldades, dentre as quais a falta de planejamento e integralidade das ações; política de remuneração não contempladora de tempo integral; carência crônica de infra-estrutura e recursos; falta

de articulação com outros níveis de atenção; ausência de um sistema de informações em saúde e o preparo inadequado de quadros para atuação em comunidades culturalmente distintas. (CONFALONIERI, 1989, p. 442).

Somente com o surgimento e o desenvolvimento das organizações indígenas (dentro do processo de redemocratização e de reforma sanitária) é que se tornou possível, já na década de 1980, um avanço nas discussões em relação à atenção à saúde indígena, culminando na realização da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio/CNPSI, aprovada pela VII Conferência Nacional de Saúde/CNS, em novembro de 1986. Esta CNPSI estabeleceu as bases para a criação de um subsistema específico para a atenção à saúde do índio dentro do sistema nacional de saúde, propondo a

estruturação de um modelo de *atenção diferenciada*, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao *acesso universal e integral à saúde*, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações. (BRASIL, 2002, p 08. Os grifos são meus).

Neste contexto político, cresce a importância dos movimentos indigenistas que deixam de tomar as questões de saúde indígena somente como “uma questão de saúde” – no sentido de lhes proporcionar apenas melhores condições sanitárias e epidemiológicas –, passando a perceber e utilizar este espaço como um dos principais instrumentos políticos de inserção destas comunidades no contexto político nacional, enfatizando suas reivindicações por autonomia e pela autogestão das atividades e recursos. Estas discussões culminaram nas proposições estabelecidas na Constituição de 1988 e nas regulamentações posteriores, que previam uma nova forma de agenciamento da saúde nacional e conseqüentemente da saúde indígena baseada nos pressupostos de “acesso universal e integral à saúde”. A partir de 1990, finalmente, com a Lei nº 8080, uma nova forma de política pública de saúde passou a ser posta em vigor através da criação SUS, do qual a saúde indígena passou a fazer parte.

Um dos principais fundamentos desta reformulação e da criação do SUS era o de uma progressiva descentralização das ações de saúde, cabendo aos órgãos federais “a responsabilidade pela normatização, monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas pelos sistemas municipais de saúde” (GARNELO, 2004, p. 05). A intenção desta descentralização era de facilitar o atendimento às demandas específicas, prevendo “diversos modos de organizar a atenção à saúde, cuja estrutura deve variar de acordo com o perfil

epidemiológico e capacidade instalada de serviços de saúde nas diversas municipalidades” (id., *ibid.*).

Todavia, as resoluções governamentais relativas à saúde indígena e as disputas envolvidas neste processo não tiveram fim com a criação do SUS como se esperava. Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº. 23 transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas – até então sob responsabilidade da FUNAI. Foi criada para atender esta demanda dentro do Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde do Índio/COSAI, subordinada ao Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde/FNS (posteriormente FUNASA), com a atribuição de colocar em prática o novo modelo de atenção à saúde indígena (BRASIL, 2002).

Em 1994, em função dos freqüentes conflitos entre a FUNAI e a COSAI, o Governo Federal assinou um novo decreto revogando as disposições anteriores (Decreto nº. 1141), de modo que a faculdade de gerenciar a nova política de saúde retornava à FUNAI que passou novamente a ser a responsável pelas ações assistenciais médico-sanitárias, ficando a FUNASA responsável por tratar dos assuntos relacionados à prevenção e controle dos agravos (MEZA, 2003). Mais uma vez, essa transferência não se traduziu, todavia, em uma resposta efetiva às necessidades sanitárias das populações indígenas, refletindo somente querelas políticas externas às aldeias e potencializando conflitos já existentes nas relações entre as entidades responsáveis pela gestão da saúde e as lideranças e organizações indígenas.

Em função destes conflitos, as responsabilidades do atendimento à saúde dos povos indígenas passaram desde 1998 novamente da FUNAI ao Ministério da Saúde/FUNASA através da criação do Departamento de Saúde Indígena/DESAI. Esta transferência é parte não apenas da reformulação das políticas de saúde indígena, mas também de descentralização de tais políticas e do crescente processo de sucateamento da FUNAI, que se reflete em diversos âmbitos que não só as políticas de saúde¹³.

Este processo de reorganização da saúde no Brasil teve como pano de fundo o movimento de reforma sanitária que, iniciado durante a década de 1980, tinha por fundamentos os princípios do modelo internacional da Política de Cuidados Primários de

¹³ É também durante a década de 1990 que ocorre o processo de estadualização e municipalização da educação formal indígena, que deixa de ser responsabilidade da FUNAI, tornando-se um encargo das respectivas secretarias de educação vinculadas diretamente ao MEC. Sobre este processo cf. Lopes da Silva; Ferreira, 2001.

Saúde descritos na Declaração de Alma-Ata¹⁴ propostos pela Organização Mundial de Saúde/OMS, quais sejam: o acesso integral e igualitário às ações e serviços de saúde; a criação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento; a descentralização, cuja intenção é garantir a participação comunitária através do chamado “controle social”; e, por fim, a atenção integral à saúde (OMS, 1978)¹⁵.

O “acesso universal e integral à saúde” passou a ser o grande lema definidor das políticas públicas de saúde voltadas às populações indígenas, tendo a participação comunitária como principal forma de se atingir tais objetivos, seja através da capacitação de profissionais indígenas, ou pela participação das populações atendidas nos conselhos gestores. Desta maneira, ao mesmo tempo em que o atendimento à saúde do índio passou a fazer parte do SUS que visa um acesso igualitário aos serviços de saúde, as populações indígenas também tiveram garantidos na Constituição não só o direito ao *acesso diferenciado* a estes serviços como forma de reconhecer e garantir “aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições” (BRASIL, 1988), como também a ampliação (ao menos em teoria) da participação destas populações na proposição e deliberação de políticas de saúde.

Somente em 1999 é que se concretiza a instauração de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena previsto desde a I CNPSI realizada em 1986, através da criação ao longo de todo o território nacional de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas /DSEIs que deveriam funcionar como interlocutores diretos das comunidades indígenas com as diversas instâncias governamentais (BRASIL, 1999a, 1999b, 1999c). De acordo com, sua concepção, estes Distritos podem ser definidos como

um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social. (BRASIL, 2002, p. 13).

A criação dos DSEIs possuía algo de inovador na medida em que suas ações estavam baseadas em uma noção de território como algo que transcende características geofísicas,

¹⁴ A Assembléia Mundial de Saúde ocorrida na cidade de Alma-Ata, capital do Cazaquistão, em 1978, contou com a participação dos ministros da Saúde de todos os países membros da Organização Mundial de Saúde. O modelo de assistência proposto pela conferência e denominado “Política de Cuidados Primários de Saúde” (PHC – Primary Health Care) foi um marco na Política Internacional de Saúde.

¹⁵ Ver também Erthal, 2003; Langdon, et al., 2006; Mendes, 1999b.

transformando-se em um “território-processo”, ou seja, um espaço “em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde se tensionam sujeitos sociais postos na arena política” (MENDES, 1999a, p. 166)¹⁶. Desta maneira, visava responder às demandas das populações indígenas, levando em consideração as particularidades locais e atendendo às necessidades de saúde destes agrupamentos. Isso seria possível por meio da introdução de novos atores na gestão das políticas de saúde pública através da participação direta das comunidades na formulação de projetos e propostas (id., *ibid.*)¹⁷, em um âmbito supra municipal, na medida e que funcionaria de forma autônoma, para além dos municípios abrangidos pelo território indígena. Os serviços prestados pelos DSEIs de forma articulada com o SUS previam, ainda, uma integração e hierarquização dos serviços com complexidade crescente desde o nível das aldeias até as redes hospitalares conveniadas ao SUS fora dos territórios indígenas, sendo feita esta integração através de parcerias com Estados e municípios.

Atualmente a política colocada em vigor pela FUNASA com relação à regulação das ações em saúde indígena é de “terceirização” (GARNELO; SAMPAIO, 2005), ou seja, a proposição de pactuações entre Governo Federal/FUNASA e entidades prestadoras de serviço – ONGs, Universidades, prefeituras municipais – que devem se responsabilizar pela implantação dos serviços e atividades sanitárias nas aldeias. Tal estratégia política de terceirização, no entanto, gera um paradoxo; por um lado, estas parcerias “empoderam” as organizações indígenas e indigenistas, que se tornam responsáveis pelo planejamento e pelas rotinas de trabalho em saúde nas áreas indígenas, criando uma possibilidade de protagonismo político em um cenário onde, anteriormente, estas organizações viam-se como subordinadas ao Estado (GARNELO; SAMPAIO, 2003). No entanto, ao mesmo tempo, esta prática acaba por restringir o cumprimento dos princípios legais que atribuem ao Governo Federal e aos órgãos a ele subordinados como os DSEIs, responsáveis por “planejar, coordenar e executar as ações integrais de saúde na área de abrangência do distrito sanitário especial indígena” (BRASIL, 2004); além disso, por se responsabilizarem pela aplicação dos programas de saúde, as entidades conveniadas, especialmente as organizações indígenas, enfrentam grande dificuldade de estruturação do trabalho e dos atendimentos, uma vez que “assumem recursos e responsabilidades do Estado, passando a partilhar a rigidez burocrática das estruturas de governo e as contradições do neoliberalismo” (GARNELO; SAMPAIO, 2005, p. 1218). Estas

¹⁶ Sobre isso, ver também Athias; Machado, 2001.

¹⁷ Ver também, Mendes, 1999b.

entidades conveniadas passam então por um processo complexo de reorganização, na medida em que deixam de ser somente entidades que lutam pela garantia dos direitos civis destas populações e passam a se responsabilizar também pela gestão, fiscalização e controle dos serviços prestados. Este processo, por sua vez, acaba levando a uma fragilização e descredibilidade destas organizações conveniadas, tanto por parte da FUNASA e demais órgãos gestores, quanto por parte dos usuários do sistema que percebem suas dificuldades e impossibilidades.

Considerando-se estes elementos, a grande questão que passou a ser colocada a partir desta proposta de reorganização do modelo de atenção à saúde indígena foi saber de que forma seria possível conciliar o *acesso universal* aos bens e serviços de saúde a uma atenção que garante a *diferenciação*, sem interferir na qualidade dos serviços. Mais do que isso, que parâmetros utilizar para avaliar a qualidade e a eficácia destes serviços? Durante todos estes anos, o Governo Federal, juntamente com as entidades que atuam na área da saúde indígena vêm buscando respostas diversas e, apesar de já ser possível vislumbrar alguns avanços com relação às políticas colocadas em prática anteriormente, tais políticas ainda deixam de responder a diversas demandas específicas destas populações que nem sempre condizem com os princípios tecnicistas que norteiam os projetos de saúde. Na região do Alto Xingu esta relação entre diversidade e universalidade materializada na relação direta do DSEI com a ONG indígena conveniada não se dá de forma menos complexa, explicitando alguns conflitos e paradoxos inerentes a este modelo, como pretendo mostrar a seguir.

2.2 ATENÇÃO À SAÚDE NO ALTO XINGU: O DSEI XINGU E O IPEAX

O DSEI Xingu foi criado no ano de 1999, com a participação das associações indígenas locais, ONGs e a UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo) e é responsável pela atenção à saúde em todo o território do Parque Indígena do Xingu, abrangendo uma população de cerca de 5000 índios, distribuídos em 64 aldeias¹⁸. Apesar de abranger todo o Parque do Xingu, o atendimento é realizado de forma diferenciada no Alto e no Médio/Baixo

¹⁸ Informações colhidas no site da FUNASA (www.funasa.gov.br). Acesso em 12 de dezembro de 2006.

Xingu em função das diferentes parcerias estabelecidas; até o ano de 1999 o órgão responsável por este cuidado em todo o Parque era a UNIFESP (antiga, Escola Paulista de Medicina/EPM), através do Projeto Xingu¹⁹, mas esta gestão passou por diversas mudanças nos últimos anos.

No ano de 2004, cinco anos após a criação do DSEI Xingu, as lideranças alto-xinguanas, em função de uma incompatibilidade de interesses e estratégias, decidiram romper os vínculos com a UNIFESP. As críticas e desavenças em relação à atuação da UNIFESP envolveram principalmente a gestão dos recursos e das atividades de saúde, por meio de um discurso que reforçava uma noção de auto-gestão das políticas públicas por parte dos indígenas que buscavam maior espaço de negociação e controle dos investimentos.

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 sabia. A gente via que aquilo lá não foi gasto aqui. (...) Eu fui a favor de tirar a UNIFESP daqui. (Liderança alto-xinguana).

Em função do rompimento da parceria com a UNIFESP em 2004, foi feito um acordo entre as lideranças locais para que uma associação já existente à época, a Associação Mavutsinim da aldeia de Ipavu, etnia Kamayurá, assumisse a responsabilidade sobre a saúde no Alto Xingu. No entanto seus trabalhos não duraram muito tempo devido a problemas administrativos que impossibilitaram a renovação da “pactuação” da FUNASA com esta associação²⁰. Desta forma, no ano de 2005 foi criado o Instituto de Pesquisa Etno-Ambiental do Xingu/IPEAX, com a finalidade de administrar os recursos provenientes da FUNASA destinados às atividades de atenção à saúde na região do Alto Xingu até os dias atuais²¹.

A estrutura de atendimentos do DSEI Xingu atualmente conta com uma rede constituída por diferentes instâncias hierarquizadas de atendimento que atuam com graus de complexidade crescente, articulados com a rede do Sistema Único de Saúde/SUS, para referência e contra-referência, conforme se observa no esquema abaixo.

¹⁹ Sobre este período, cf. Baruzzi, 2007; Mendonça, 1996; 2005; Oliveira, 2005a; 2005b; Rodrigues, 2005.

²⁰ Cf. Araújo, 2007.

²¹ A população pela qual se responsabiliza o IPEAX atualmente é de cerca de 2730 pessoas distribuídas em 27 aldeias (informações colhidas no Plano Distrital do DSEI Xingu, referentes ao ano de 2007).

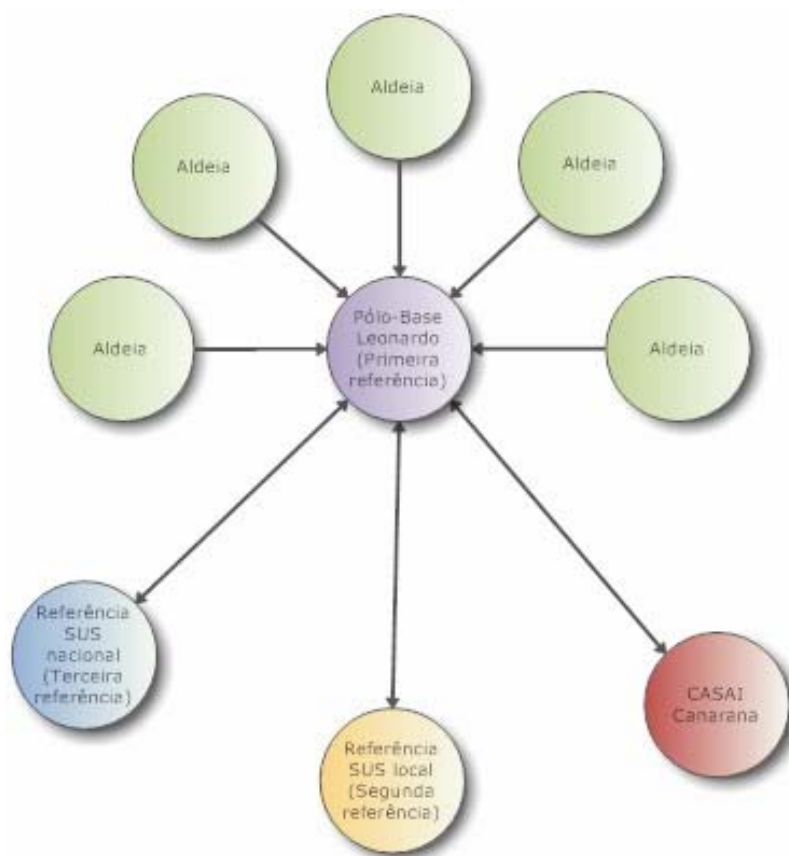


Figura 2.2.1 - Organograma de funcionamento do modelo assistencial do DSEI Xingu

Os atendimentos são realizados por uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena/EMSI que era formada quando da realização da pesquisa, por quatro enfermeiros, dois odontólogos, doze técnicos de enfermagem, três auxiliares indígenas de enfermagem, trinta e cinco Agentes Indígenas de Saúde/AISs contratados (além de outros dezoito que trabalham sem contrato) e treze Agentes Indígenas de Saneamento/AISAN. Desde julho de 2006 até minha última estadia em campo não havia nenhum médico contratado atuando na região do Alto Xingu²², pois de acordo com informações do IPEAX, não havia médicos interessados a se submeterem ao regime de trabalho imposto pelas condições da região, que implicam em escalas de trinta dias de trabalho em área, com quinze dias de folga²³.

O primeiro atendimento/acompanhamento é feito cotidianamente no espaço territorial das aldeias e consiste em ações básicas de prevenção e promoção à saúde, sob a responsabilidade dos AISs e auxiliares de enfermagem, quando houver. Nesta primeira

²² Durante o mês de agosto de 2007 um médico permaneceu em campo, mas não retornou para a escala seguinte. Trato deste caso em outro momento.

²³ Nos planos distritais consta que há a previsão da contratação de dois médicos para a região desde o último convênio, firmado em agosto de 2007 (cf. DSEI Xingu, 2005; 2007).

instância de atendimento o acompanhamento das atividades é realizado através do contato dos AISs com os profissionais que constituem a EMSI que atua fundamentalmente no Posto Leonardo via rádio²⁴ quando necessário ou durante a circulação destes profissionais pelas aldeias.

Quase todas as aldeias possuem um local específico para os atendimentos – uma Unidade Básica de Saúde/UBS, o chamado “postinho” –, mas somente em três aldeias este espaço é “definitivo”, ou seja, construído em alvenaria; nas demais aldeias estes espaços são construídos de acordo com o modelo tradicional de casas da região, com estrutura de madeira e cobertura de palha. Estas UBSs provisórias são inadequadas para a conservação e armazenamento de materiais e medicamentos, uma vez que sua estrutura está diretamente sujeita às chuvas e aos ventos, exigindo uma manutenção constante que, no entanto, não é realizada com a frequência necessária²⁵. Além disso, ainda existem aldeias que não possuem nem um espaço provisório, sendo todo o atendimento concentrado na casa de algum dos AISs, onde também se armazena o material e os medicamentos.

A primeira referência das aldeias alto-xinguanas, no caso de o atendimento exigir maior complexidade e cuidados é o Pólo-base localizado no Posto Indígena Leonardo, para onde os doentes são encaminhados através da intermediação dos AISs ou profissionais de saúde. O transporte destes pacientes é feito em barcos ou carros (cedidos ou não pela FUNASA), de acordo com as respectivas localização e distância das aldeias em relação ao pólo²⁶.

Falar da estrutura da assistência de saúde implica necessariamente em falar também destes transportes e conseqüentemente do combustível que, para além de sua importância no transporte de pacientes, são elementos de disputas entre as lideranças e foco das cobranças feitas sobre a FUNASA e o DSEI. De acordo com a Portaria nº 70 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) cabe ao DSEI a responsabilidade de “executar o fluxo de referência e contra-

²⁴ A ausência de rádio em algumas aldeias torna-se um grande problema, uma vez que dificulta o acompanhamento dos tratamentos e mesmo a remoção de muitos pacientes para as demais referências. O rádio também é um elemento de disputas políticas intra-aldeias, permanecendo na maior parte dos casos, nas casas dos caciques.

²⁵ Não há uma efetiva noção de responsabilidade com relação a este espaço por nenhuma das partes. Os AISs freqüentemente reclamam que “o *postinho* é da comunidade, mas a comunidade não cuida” e a “comunidade” considera que é dever dos AISs cuidar do “espaço da saúde”. A ONG conveniada também não assume a responsabilidade por esta manutenção, afirmando que “a responsabilidade por construções definitivas é da FUNASA” e que “a comunidade tem que ajudar a cuidar do postinho”. A FUNASA, por sua vez, afirma que não possui verbas suficientes para construir os espaços definitivos e responsabiliza a conveniada pela falta de manutenção dos espaços provisórios.

²⁶ Sobre a infra-estrutura e os atendimentos do Pólo-Base, ver a parte 3 desta dissertação.

referência de pacientes no Distrito Sanitário a serviços de média e alta complexidade”, incluindo nestes termos, a questão do transporte. De acordo com esta legislação, a FUNASA/DSEI forneceu barcos e motores a todas as aldeias no final da década de 1990 e faz o repasse regular de uma cota de combustível que é redistribuído pelo IPEAX às aldeias e ao Pólo. Todavia, devido à criação de diversos novos aldeamentos nos últimos anos, existem ainda muitos deles que não foram contempladas com motores e barcos, dificultando o encaminhamento de paciente às redes de referência. Nestes casos, a responsabilidade recai sobre os AISs destas aldeias que são cobrados a não deixar de atender e remover os pacientes, ainda que a infra-estrutura dos transportes seja precária.

Na minha aldeia eu tenho grande dificuldade que estou enfrentando. A minha é a única aldeia que não tem motor para paciente. (...) [Quando tem paciente] tem que trazer com canoa com remo. (...) Rema até o Kuikuro e lá pega barco. (...) São oito horas de remo. (...) Na época do rio cheio gasta oito horas. Nessa época gasta nove horas. (AIS Kuikuro).

Além destas aldeias que não têm barcos e motores, em algumas das aldeias que receberam tais bens, estes também não estão disponíveis, pois se encontram parados em função de defeitos mecânicos. Em ambos os casos das aldeias que não possuem motores e daquelas em que este necessita de manutenção, o que acaba acontecendo é a utilização de motores e barcos particulares (ou canoas em casos extremos como o citado acima) para o transporte de pacientes, criando uma noção difusa de dívida do DSEI para com a população das aldeias. Esta idéia de “dívida” é exacerbada especialmente durante a distribuição de combustível que é alvo de constantes disputas e com frequência se vêem situações de “empréstimo/pagamento” deste combustível “da saúde” para ser utilizado para os mais diversos fins que não necessariamente “a saúde”. As dificuldades de transporte se estendem também às horas vôo para retirada de pacientes do pólo Leonardo para a cidade (segunda e terceira referências), consideradas pelos profissionais sempre insuficientes e mal utilizadas. “Muitas vezes a gente não tira paciente porque não tem mais vôo. Mas o pessoal da gerência sempre entra de avião” é a denúncia que pode ser ouvida de muitos profissionais.

Este encaminhamento para as demais referências do SUS regional e nacional é feito no caso de pacientes que apresentem quadros ainda mais graves ou que necessitem de exames específicos que exijam sua remoção para a cidade. Neste caso, os pacientes são levados à Casa de Saúde do Índio/CASAI de Canarana, que tem por função

agendar os serviços especializados requeridos, continuar o tratamento após alta hospitalar até que o índio tenha condições de voltar para a aldeia, dar suporte a exames e tratamento especializados, fazer serviço de tradução para os que não falam Português e viabilizar seu retorno à aldeia, em articulação contínua com o DSEI. (FUNASA, 2000).

Esta casa comporta cerca de 30 pessoas entre pacientes e acompanhantes – uma capacidade baixa diante da demanda existente –, o que fez com que recentemente fosse determinado por sua coordenação que cada paciente só poderia ter consigo um único acompanhante. Por um lado esta determinação que impossibilita a permanência das famílias junto ao doente na CASAI é alvo de inúmeras reclamações por parte dos indígenas que cobram a necessidade deste acompanhamento para garantir a recuperação dos doentes, ou mesmo a necessidade do acompanhamento dos filhos quando o doente é um adulto, especialmente uma mulher e não tem com quem deixar os filhos na aldeia. Por outro lado existem acusações por parte dos atendentes de que alguns acompanhantes “se aproveitam” da CASAI para se hospedar em Canarana para outros fins, ocupando espaços e utilizando verbas que poderiam ser melhor aproveitados para o atendimento em saúde.

Este modelo organizacional do DSEI apresenta muitos problemas estruturais em seu funcionamento, além das questões relativas ao transporte e ao combustível já ressaltadas, especialmente em relação aos repasses de verbas da FUNASA para as entidades conveniadas, que muitas vezes atrasam e, quando acontecem, nem sempre correspondem às expectativas e necessidades da população. A burocracia envolvida neste repasse e na utilização das verbas bloqueia a realização de algumas atividades, complicando ainda mais as relações do DSEI com as lideranças indígenas, como se pode observar no depoimento de um assessor indígena do DSEI:

Lá no Distrito a situação está muito feia. Está sem dinheiro. Muitos nossos parentes [estão] fazendo pedido, [mas] não tem como o Distrito atender. Não tem jeito. Porque eu vejo lá também que eles não mexem muito com dinheiro lá. Eles mexem mais com papel. Eles dependem de Cuiabá, tudo tem que ser com Cuiabá²⁷. O trabalho está aí, mas falta dinheiro pra gente fazer as coisas bem feitas. (Assessor indígena do DSEI Xingu).

²⁷ Cuiabá é a cidade sede da Coordenação Regional da FUNASA, responsável pelo DSEI Xingu.

Apesar do modelo descentralizado de atenção à saúde indígena ter como parâmetro a garantia dos direitos diferenciados definidos constitucionalmente, este processo cria uma rede burocrática hierarquizada que muitas vezes acaba dificultando ainda mais a efetuação dos serviços de cuidados com a saúde em áreas indígenas. Este processo de descentralização também previa a participação das comunidades “em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas” (BRASIL, 2002, p. 20), sendo criados para tal os Conselhos Local e Distrital de saúde, que deveriam funcionar como instâncias de controle social dentro da área indígena, visando o acompanhamento e a avaliação das ações de saúde desenvolvidas no âmbito das aldeias e do Pólo-base. Todavia, na prática estas instâncias do controle social deixam de ter a eficácia esperada pelos órgãos gestores, pois acabam sendo apropriadas pelas lideranças “tradicionais” e pelas “novas lideranças” que surgem no contexto de intensificação das relações de contato, tornando-se o centro de disputas políticas por espaços de intervenção e de controle do acesso a bens e serviços, como apresento a seguir.

2.3 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL: O CONSELHO LOCAL DE SAÚDE

Como mostrei até agora, o modelo assistencial de atenção à saúde indígena proposto tem como um de seus fundamentos principais, além da descentralização e da hierarquização das ações, a noção de controle social. Para garantir esta participação prevista na legislação, foram criados os Conselhos de Saúde enquanto instâncias privilegiadas na “*proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização* da implementação da política de saúde” (BRASIL, 2003, p. 04. Os grifos são meus). Estes conselhos passaram a existir então em diversas instâncias que vão do nível nacional passando pelos conselhos regionais e municipais até chegar ao nível mais regionalizado, dentro dos DSEIs, com os Conselhos Distrital e Local. É sobre estes últimos que pretendo me deter nesta seção.

O Conselho Distrital de Saúde Indígena/CONDISI é composto por 50% de representantes indígenas indicados pelos conselhos locais e os outros 50% são de representantes de organizações governamentais e/ou ONGs e outras entidades prestadoras de

serviços. O Conselho Local, por sua vez, é composto somente por representantes indígenas indicados por seus respectivos grupos de origem, conforme determinado em seu regimento interno²⁸ (BRASIL, 1999a).

A organização das reuniões destas duas instâncias de controle social é significativa para se perceber de que forma estes espaços são utilizados pelas populações e especialmente pelas lideranças indígenas em suas tentativas de fazer salientar questões políticas internas e externas às aldeias, mais do que efetivamente para a formulação, acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde.

Quando acontecem, as reuniões possuem um caráter quase informal tomando por parâmetro as noções de formalidade e de organização burocrática utilizadas pelos órgãos governamentais. Estas reuniões e suas regras de funcionamento acabam por ganhar novos significados e aplicações neste contexto específico, em função de serem parte integrante da inserção de uma nova lógica de funcionamento e de organização antes inexistente entre as comunidades alto-xinguanas, que privilegiam outras formas de se relacionar com o Estado nacional e com a população em geral. É perceptível, por exemplo, o fato de as lideranças estarem acostumadas a lidar diretamente com os gestores com quem muitas vezes mantêm relações de “amizade”, sem a intermediação de conselhos ou quaisquer outros representantes. Neste sentido, fazem questão de fazer transparecer em suas atitudes o pouco valor que dão a esta instância do controle social – que se reflete diretamente no papel pouco decisivo no que diz respeito às políticas de saúde que os conselhos acabam por assumir.

A própria composição dos Conselhos reflete a re-significação deste espaço, na medida em que seus membros são indicados pelas aldeias sem que se considere, por exemplo, o fato de alguns deles serem também funcionários contratados pelo IPEAX ou pela FUNASA/DSEI, gerando uma aparente contradição. A ação dos conselheiros que deveria ser de levantamento de demandas e de reclamações por parte das comunidades que representam, acaba por se tornar paradoxal na medida em que, sendo também funcionários, acabam tendo sua ação restringida por estarem sendo “vigiados” por seus empregadores, além de estarem em uma posição de fiscalização de sua própria atuação. Assim ocorre com o atual presidente do conselho local, por exemplo, contratado pelo IPEAX para atuar como AIS na aldeia onde morava, mas que, no entanto, reside atualmente no Posto Leonardo a pedido da plenária do Conselho Local que assim considerou necessário para que ele pudesse “se dedicar à função de

²⁸ A participação social, os conselhos e as conferências de saúde, são regulamentados pela Lei nº 8142 de 1990 e pela resolução nº 333/2003.

presidente”. No final do ano de 2007, após uma reunião do CONDISI realizada no Pólo Pavuru (Médio Xingu) onde fez críticas e denúncias à atuação do IPEAX, além de fazer cobranças públicas aos gestores com relação às prestações de contas em reunião do Conselho Local, recebeu um radiograma de urgência da administração do IPEAX informando que “deveria retornar de imediato à aldeia e reassumir o cargo de AIS”. Sua resposta foi dizer que esta questão deveria ser discutida pelo próprio conselho, em uma reunião que se realizaria dali a um mês, e que “*sempre quis ficar na aldeia, mas o conselho pediu pra ficar no posto*”. Esta controvérsia não só fragilizou sua posição de presidente do conselho na medida em que para tal necessita de amplo apoio também dos gestores que “controlam” as pautas e mesmo o desenrolar das reuniões, como também se viu ameaçado de ser destituído do cargo de AIS que lhe garantia assalariamento, apesar de não exercer tal função naquele momento.

Com um olhar atento à organização das reuniões pode-se perceber também de que forma este espaço é constantemente negociado pelos gestores e lideranças. As pautas geralmente são trazidas prontas pela gerência do IPEAX cujos representantes assumem o papel de condutores da reunião. Além destes funcionários da gerência, participam das reuniões também os conselheiros e alguns representantes das aldeias e caciques convidados. Os índios mais velhos fazem uso da palavra e aceleram ou retardam as votações quando assim lhes convêm, fazendo requisições muito específicas e “pessoais”, especialmente no que diz respeito à contratação de profissionais para atuarem nas aldeias (e em *suas* aldeias), deixando espaço para os gestores assumirem efetivamente a tomada de decisões. Aos mais novos cabe ouvir e se manifestar pontualmente quando há a necessidade de esclarecimentos/explicações ou mesmo de tradução. Todavia, o que se nota é que a participação destes jovens por possuírem maior desenvoltura com relação a esta forma de interação com o Estado, ou mesmo por serem funcionários e por isso reconhecerem as dificuldades que enfrentam para realizar as ações de saúde, tem sido uma forte influência no sentido de cobrar do conselho uma atitude mais reguladora com relação à prestação de serviços e às verbas recebidas para tal. Sua participação reforça a idéia de um controle social enquanto ferramenta política das “organizações indígenas em busca da obtenção, junto às instituições gestoras das políticas sanitárias, de espaços de poder a serem utilizados não apenas nas lutas pelo direito à saúde, mas também no contexto geral das relações interétnicas” (GARNELO; SAMPAIO, 2003, p. 312). Os depoimentos a seguir, respectivamente do atual e do ex-presidente do conselho, trazem elementos importantes para se discutir a relação entre a inserção destes jovens e uma mudança de perspectiva de atuação do conselho que é perceptível atualmente.

A gente sempre foi cobrado do controle social lá, daquele mais forte. É porque o governo está preocupado com recurso que a gente recebe. Eles falam assim ‘nós disponibilizamos recurso pra atender sua saúde, pra comprar o que vocês estão precisando’. A fala deles é essa. Porque o branco só se preocupa com dinheiro mesmo, o gasto, desvio de dinheiro. Essa é preocupação deles. Por isso precisamos de prestação de contas do IPEAX, pra gente apresentar pra eles, nos eventos mais importantes. A gente fala, a gente sempre fortalece o trabalho do IPEAX, CASAI, distrito, só que a gente não sabe direito a prestação de contas. A gente não acompanha quase. E a gente agora está querendo começar a trabalhar junto com vocês. (Atual presidente do Conselho local durante reunião).

Quem aprova isso, o conselho. O conselho é o poder chamado poder soberano. Ele não é qualquer um não. (...) Se a gente considerar a reunião aqui igual lá fora, a gente adapta o modelo de fora. (...) Quem teria direito de falar: somente os conselheiros. Eu não sou conselheiro não, eu estou falando aqui, vocês estão não permitindo falar. É um modelo de fora. (...) Por isso que eu falo o seguinte, não interessa onde esteja a discussão das coisas, (...) é melhor você vir aqui. É melhor. É melhor você vir aqui (...). É assim que as autoridades fazem com a gente. Se você assina um papel, isso vai sobrar pra mim. Vocês acham que os brancos querem saber disso? De maneira alguma. Autoridade alguma quer saber da nossa participação, de maneira alguma. É isso que agente quer? Não. A gente quer a participação de todos! A participação de todos. (Ex-presidente do conselho e professor indígena).

Esta participação dos jovens em instâncias deliberativas no contexto das relações com o Estado nacional – que é um “modelo de fora” – tem sido cada vez mais freqüente, especialmente em função de seu maior domínio da língua portuguesa e das estratégias de funcionamento da política “oficial”, em contraposição às formas tradicionais de negociação com a sociedade nacional. Reconhecer que o conselho é um “poder soberano”, ou mesmo cobrar uma maior clareza nas prestações de conta e exigir o acompanhamento constante das ações de saúde, são formas destes jovens se empoderarem a si mesmos como os porta-vozes possíveis deste discurso, já que as lideranças tradicionais se abdicam desta tarefa considerada de menor importância com relação às relações de contato pessoal e direto, tidas como mais eficazes. Desta maneira, aos poucos, os jovens estão cada vez mais ocupando os cargos de conselheiros, em um processo valorizado por eles próprios por facilitar sua “ascensão” a uma posição de status diferenciado no contexto das relações mais formais com o Estado, mas também tendo o apoio das lideranças tradicionais que, apesar de se desinteressarem do conselho e verem estas reuniões como “perda de tempo”, não deixam de reconhecer a importância da ocupação deste espaço pelos agrupamentos indígenas como ferramenta política para lhes garantir o acesso a determinados bens e serviços. Os caciques manifestam

pouco interesse nas reuniões na medida em que estas acabam se focando muito em questões burocráticas e administrativas, sobrando muito pouco tempo para que os representantes das comunidades exponham suas reivindicações e propostas – principal foco de interesse das lideranças que afirmam que *“As reuniões são muito devagar. Eu quero discutir outras coisas, problemas que têm aqui mesmo”*.

O papel dos jovens é, portanto fundamental no sentido de que garantem a participação indígena nos espaços desqualificados pelas lideranças e que, no entanto, precisam ser ocupados para garantir uma posição participativa. Isso significa dizer também que, apesar de assumirem estas posições que lhes conferem algum prestígio, os jovens possuem um status diferenciado das lideranças tradicionais na medida em que isso ocorre em situações muito peculiares e pouco decisivas sendo, além disso, indicados pelas próprias lideranças – na maior parte dos casos eles fazem parte das redes de parentelas dos caciques. O próprio fato de serem jovens lhes impede de ocupar posições de maior destaque, na medida em que estas são tradicionalmente ocupadas exclusivamente pelos mais velhos, através de certos requisitos que lhes garantem tal prestígio: devem possuir uma considerável rede de parentela a ele subordinada por laços de aliança; pertencer a uma rede genealógica de chefes além de acumular posições de destaque nos cerimoniais inter e intra-tribais²⁹. Estas jovens lideranças afirmam que *“Eles [caciques] dizem que sou muito novo”*, ou *“Se eu chegar lá falando assim pra eles, eles já vão me por pra lá [tirar do cargo]”*, demonstrando claramente uma situação de prevalência de uma lógica “tradicional” de valorização das chefias locais em relação aos “novos líderes” criados no contexto das relações atuais mantidas com a sociedade nacional.

Diante do que foi aqui exposto, efetivamente pode-se dizer então que “a visão dos índios sobre a participação e o controle social é muito mais o exercício da política do que a realização de intervenções que influenciem a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor da saúde” (LANGDON; DIEHL, 2007, p. 30), como se percebe através desta apropriação do Conselho por parte das lideranças alto-xinguanas.

Os conselhos são, portanto, mais do que elementos do controle social em saúde, são locais privilegiados de disputas políticas internas – disputas por profissionais nas aldeias, ou por barcos, motores e combustível, por exemplo – ou externas, como as lutas pela auto-

²⁹ Sobre a chefia tradicional, cf. Basso, 1973; Viveiros de Castro, 1977.

determinação e auto-gestão dos projetos que estão muito além das questões de saúde, como se percebe nos depoimentos do coordenador da ONG aos conselheiros e lideranças.

Nós somos uma organização indígena, autenticamente indígena [sobre o IPEAX]. É o próprio índio que está aqui. É o Conselho que resolve, não é o branco. Você não vê o branco chegar aqui e falar “faz isso, faz isso”. São vocês mesmos, conselheiros, que decidem.

No organograma da saúde do IPEAX, quem está acima de todas as outras instituições são as comunidades. Este plano [distrital] que estamos aprovando não é do IPEAX, é do Alto Xingu.

(Coordenador do IPEAX, índio Kamayura. O grifo é meu).

Ao fazer referência ao fato de que esta é uma “organização autenticamente indígena” o coordenador do IPEAX reforça o uso que se faz deste espaço (pelas lideranças alto-xinguanas) enquanto ferramenta política na relação direta que se estabelece com os organismos estatais. Ainda que as lideranças não participem diretamente das decisões tomadas pelo IPEAX – o que se observa principalmente nas reuniões do Conselho, havendo a priorização de outras lógicas de negociação – o fato desta entidade ser coordenada por um representante indígena faz com que o princípio de auto-gestão de ações e recursos se torne mais acessível. A delegação desta representatividade a uma liderança “autenticamente xinguanas” – em detrimento da representação através de “instituições de branco”, como era a UNIFESP, por exemplo – lhes garante a posição de *atores políticos* efetivamente.

O IPEAX aparece então, junto com o Conselho de saúde, como um importante elemento político alto-xinguanas e assim é utilizado pelas lideranças nas relações que estabelecem com o Estado Nacional com a intenção de garantir um espaço legitimado por políticas governamentais de acesso a bens e serviços considerados importantes. Apesar de não serem os espaços privilegiados pelas lideranças, não deixam de ser ocupados através da indicação de jovens relacionados às suas redes de parentela, proporcionando novas formas de interação com a sociedade nacional e de busca de autonomia, auto-gestão e qualidade dos serviços prestados às populações alto-xinguanas.

3. INTERMEDICALIDADE: DA TEORIA À PRÁTICA

O tema central desta dissertação é a atuação dos AISs num contexto de intermedicalidade, mas a discussão a respeito de sua inserção em um projeto de “expansão da saúde para todos” precisa também ser inserida em um contexto mais amplo que envolve a formulação de políticas públicas e sua aplicação. No capítulo anterior procurei apresentar os elementos que fundamentam tais políticas no âmbito da saúde indígena, contextualizando o processo de formação dos DSEIs. Minha intenção agora então, é discutir as ações de saúde colocadas em prática no Alto Xingu tanto pelo DSEI local quanto pela ONG conveniada, o IPEAX. Para entender de que forma tais ações são apreendidas e significadas pelos alto-xinguanos, tomo o Posto Leonardo como foco central de análise por ser este o lócus principal onde se efetivam as interações entre distintos sistemas lógico-simbólicos, na medida em que concentra a maior parte dos atendimentos realizados pela equipe de saúde. Pretendo mostrar a partir da apresentação deste Posto, como o surgimento de um espaço de interseção na relação de contato entre diferentes práticas curativas e de auto-atenção, apesar de criar tensões e paradoxos, permite a multiplicação das escolhas dos itinerários terapêuticos, possibilitando desta forma, a concretização de “respostas híbridas”, que envolvem elementos tanto das terapêuticas tradicionais quanto da biomedicina. Este processo não é recente e remete já aos primeiros séculos de colonização, conforme definiu Follér (2004, p. 144).

O colonialismo europeu teve enormes conseqüências para a ordem mundial atual. O processo acontece há quinhentos anos e, segundo o discurso colonial, existe uma zona de contato entre europeus e indígenas. Quando examinamos o encontro médico, a intermedicalidade constrói novas formas de hibridismo. Isso significa que as fronteiras entre as duas epistemologias, biomedicina e medicina indígena, têm se misturado.

Esta hibridização tem ocorrido com freqüência nos mais diversos agrupamentos indígenas, mas gera conflitos no que diz respeito às diferentes expectativas que se cria a respeito das políticas públicas de saúde, especialmente pelo fato de tais políticas serem em sua maioria, orientadas por princípios tecnicistas fundamentados nos termos da biomedicina. Para compreender a maneira como estes temas serão tratados ao longo do trabalho, farei aqui uma

breve recuperação de alguns conceitos que considero importantes para o desenvolvimento de minha argumentação.

3.1 ANTROPOLOGIA DA SAÚDE: CONCEITOS FUNDAMENTAIS

O desenvolvimento da temática da saúde e sua problematização passam a aparecer na literatura antropológica como uma temática que proporcionava um alto rendimento teórico desde textos clássicos como os de Ackerknecht (1982), Evans-Pritchard (1978), ou Rivers (1924). Estas pesquisas clássicas de forma geral são orientadas por uma perspectiva que, se por um lado busca inserir as diversas práticas de cura dentro de seus contextos sócio-culturais específicos, ao mesmo tempo, faz distinções marcadamente etnocêntricas entre, de um lado, a “medicina primitiva” enquanto mágico-religiosas – e, portanto, “irracional” – e de outro, a medicina ocidental, marcada por procedimentos “empíricos e racionais”.

Na década de 1940 o governo dos Estados Unidos da América começa a se ocupar com a “implantação de serviços de saúde modernos nos países em desenvolvimento” (BUCHILLET, 1991b, p. 22), projeto para o qual são chamados diversos colaboradores, incluindo antropólogos. É, entretanto, somente na década de 1960 que aparece neste país uma área específica de estudos de antropologia aplicada na área da saúde, sob o título de Antropologia Médica. Esta vertente da antropologia que privilegiava os estudos epidemiológicos e das “instituições médicas” sofreu diversas críticas relacionadas à forma como eram feitas as interpretações dos eventos culturais, tomando a biomedicina como parâmetro para se compreender os processos de adoecimento e cura nos mais diversos contextos.

Na década de 1970, especialmente na França, começam a surgir visões alternativas à biomedicina e à Antropologia Médica sobre o conceito de doença, concebida por estes autores como um processo vivido e elaborado internamente aos contextos sociais e culturais. Distintamente dos estudos elaborados sob o paradigma da Antropologia Médica, na chamada Antropologia da Saúde se utiliza a noção de cultura enquanto um sistema de símbolos que forneceria um modelo *de* e um modelo *para* a realidade. Neste sentido os autores que

trabalham com este modelo explicativo passam a valorizar a compreensão dos itinerários terapêuticos enquanto *processos* que possuem significados específicos dentro dos contextos em que são produzidos (LANGDON, 1994, 2003).

A proposta da Antropologia da Saúde é, neste sentido, a de questionar conceitos tidos como “naturais” pela biomedicina, ou seja, perceber que os sinais reconhecidos enquanto indicadores de doença não são universais e nem estão restritos ao corpo ou aos sintomas corporais, ao mesmo tempo em que noções como “doença”, “saúde”, “corpo”, dentre outras, só ganham sentido se compreendidas dentro de seu universo cultural de origem – e nesta definição, se inclui também a biomedicina. Seguindo esta argumentação, pode-se afirmar que os processos de

doença e procura de tratamento são processos imersos e mediados por contextos culturais específicos. Ou seja, tanto a percepção da doença como as ações de cura não dependem simplesmente de uma classificação estática ou da ação de aspectos puramente biológicos. Saúde, doença e cura acontecem dentro de “sistemas médicos” específicos, o que lhes confere significados e modelos de ação próprios. (LANGDON, 1994, p. 118).

Pode-se considerar então, que os significados dos eventos culturais, incluindo os processos de saúde/doença, emergem da relação que se estabelece entre os indivíduos em um processo de significação e re-significação contínuo que ocorre dentro das possibilidades lógicas internas aos grupos sociais. Deste modo, em momentos e espaços onde se efetivam as relações entre diferentes sistemas terapêuticos, dificilmente se pode falar em uma relação que ocorre em um único sentido ou em relações de “dominação cultural” propriamente ditas, havendo uma participação ativa de ambas as partes, que atribuem significados às experiências vividas e possibilitam assim, a criação de sistemas híbridos de tratamento³⁰.

De acordo com esta concepção, a aplicação de uma atenção diferenciada não aparece como a simples incorporação (ainda que somente teórica) de práticas tradicionais aos serviços de saúde primária, mas sim como uma articulação entre as práticas de cuidado e cura existentes entre as populações indígenas e as práticas ditas hegemônicas, considerando-se as significações atribuídas a este processo. Se, no que diz respeito às práticas oficiais esta possibilidade múltipla inexistente em função da lógica de aplicação dos modelos biomédicos, este movimento, no entanto, é realizado – independentemente dos princípios vigentes na

³⁰ Para trabalhos recentes representativos desta vertente de estudos, cf. Augé, 1986; Buchillet, 1991b; Garnelo, 2003; Langdon; Garnelo, 2004; Santos; Coimbra Jr., 1994 dentre outros.

medicina oficial – pelas populações indígenas de uma forma geral (LANGDON, 2004). No caso específico do Alto Xingu, isso também se verifica como pretendo mostrar ao longo desta dissertação, através de uma apropriação (e a conseqüente significação) – especialmente pelos AISs – não só de práticas, mas também de um discurso fundamentalmente biomédico em um contexto específico que envolve as disputas políticas por espaço de atuação e de intervenção, ainda que, no que diz respeito aos itinerários terapêuticos, prevaleça efetivamente a procura pelos tratamentos tradicionais através de práticas xamânicas e do uso de ervas e raízes.

Passo então à apresentação do Pólo-base Leonardo, o lócus principal onde se efetivam as ações biomédicas, sendo possível por esta razão observar neste espaço as contraposições entre diferentes práticas profiláticas e distintas concepções acerca do processo de adoecimento e de utilização das políticas públicas (e serviços) de saúde. É neste lugar que ocorre a negociação de fronteiras e espaços, tanto no que diz respeito às disputas entre diferentes etnias do Alto Xingu – na medida em que é um espaço “neutro”, mas que possibilita o acesso a espaços de prestígio referentes às relações com a sociedade nacional –, quanto referente às relações com os não-índios de uma forma geral.

3.2 UM LOCAL DE CONSTRUÇÃO DE FRONTEIRAS: O POSTO LEONARDO

Desde os primeiros contatos das populações indígenas com a sociedade ocidental, documentam-se os efeitos negativos desta relação, referentes à introdução de diversos elementos patológicos ainda não existentes entre estes grupos, causando o aumento significativo na mortalidade de diversas populações indígenas. No Alto Xingu não foi diferente; desde os primeiros períodos de contato com a sociedade não indígena, foram registrados momentos de depopulação decorrentes de epidemias de doenças infecciosas que contribuíram para uma reorganização dos grupos – com a união ou dispersão de aldeias e etnias (HECKENBERGER, 2001a). Após os primeiros contatos dos irmãos Villas-Bôas com a região no início da década de 1940 por meio da Expedição Roncador-Xingu, os grupos que lá habitavam sofreram imensamente com dois surtos de sarampo registrados um em 1954 e outro em 1963-64, que levaram muitas aldeias à extinção, reduzindo novamente o contingente

populacional dos grupos que ali habitavam (id., idib.). Foi neste período (mais precisamente no ano de 1946) que os irmãos Villas-Bôas construíram o Posto Indígena Leonardo (de acordo com a política adotada pelo SPI de assimilação e pacificação das populações indígenas), com a intenção de funcionar como um pólo de agregação das aldeias alto-xinguanas, tornando-se o centro da distribuição de benefícios provenientes do “mundo ocidental” – especialmente medicamentos e instrumentos de trabalho industrializados. Neste contexto, muitos grupos acabaram transferindo seu local de moradia para aldeias mais próximas a este Posto – muitas vezes em um processo forçado, como contam algumas narrativas Kuikuro e Kalapalo³¹, por exemplo – na intenção de facilitar o acesso a estes bens e, ao mesmo tempo, o “controle” por parte da administração do Parque posteriormente demarcado.

Atualmente, as principais funções do Posto continuam sendo fornecer cuidados médicos e medicamentos, além de distribuir artigos de origem ocidental que se tornaram indispensáveis às populações alto-xinguanas no pós-contato, como o combustível utilizado nos transportes inter-aldeias e entre as aldeias e o Posto, contando ainda com um administrador (indígena) contratado pela FUNAI. Este é um lugar privilegiado de contato entre os conhecimentos e práticas tradicionais e os conhecimentos e práticas ocidentais dentro do território indígena, uma vez que é lá que se concentram as “informações trazidas das cidades” através da grande circulação de pessoas (e conseqüentemente de “notícias” e “fococas”), além de ser o lugar onde se realizam os cursos de formação de AIs e professores, bem como as reuniões dos conselhos, ou mesmo onde permanece a equipe de saúde multidisciplinar para realizar os atendimentos. Para melhor definir este espaço, utilizarei a noção de *fronteira*, ou seja, “um espaço de encontro entre dois mundos, duas formas de saber ou ainda, múltiplas formas de conhecer e pensar o mundo: as tradições de pensamento ocidentais (...) e as tradições indígenas” (TASSINARI, 2001, p. 47). O Posto é, por excelência, um espaço de fluidez e trocas entre diferentes grupos culturais na medida em que foi criado no contexto do contato e tornou-se elemento de fundamental valor para os grupos alto-xinguanos, tanto no que diz respeito às relações internas a este sistema interétnico quanto no que diz respeito aos espaços de negociação com organismos governamentais e não-

³¹ Algumas narrativas kuikuro falam inclusive sobre o uso de bombas e armas de fogo contra aqueles que se recusassem a deixar suas aldeias de origem (Guerreiro Jr., comunicação pessoal). Os kalapalo, por sua vez, contam que seus “avós” não queriam deixar a aldeia onde viviam, mas foram obrigados a se mudar. Tal mudança, por sua vez só se efetivou quando da intervenção de um chefe kamayura que indicou um local considerado “bom para morar” (antiga terra kamayura) e que poderia ser utilizado pelos kalapalo e que corresponde à região onde hoje se encontra a aldeia Aiha.

governamentais dentro de um contexto político mais amplo. Neste sentido, considero que o Posto Leonardo favorece o afloramento das distinções étnicas e a definição de identidades e alteridades e, portanto, as situações de conflito existentes neste espaço são frequentes e não podem ser desconsideradas, remetendo-nos a análises mais profundas que não levem em conta somente elementos específicos da saúde, mas envolvendo também aspectos sócio-políticos internos e externos às aldeias.

3.2.1 O Posto Leonardo e seus “perigos”: estrutura física e implicações políticas³²

O Posto Leonardo conta atualmente com cerca de vinte diferentes construções, que incluem as casas dos funcionários administrativos contratados pela FUNAI; as casas dos funcionários da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena/EMSI; as casas dos demais funcionários indígenas contratados pelo IPEAX (responsáveis pela cozinha ou pelos serviços gerais); casas dos professores indígenas e não-indígenas; a casa do rádio; uma escola; uma sala de reuniões; alojamento; refeitório/cozinha; além do posto de Saúde (UBS) e a CASAI (derrubada em maio de 2007 e ainda não reconstruída até minha última estadia em campo), utilizada como alojamento para os pacientes internados (em tratamento) no Posto. Atualmente o Posto está passando por um período de reestruturação e reforma; várias novas construções estão sendo feitas, visando reorganizar a estrutura deste local, aumentando os espaços destinados à moradia da equipe multidisciplinar e à CASAI, além de existir um projeto de transferência para lá de parte dos trabalhos efetuados na sede do IPEAX, atualmente centrados em Canarana.

³² Quando me refiro à “política”, utilizo este termo em seu sentido mais amplo que envolve a disputa por posições de prestígio dentro do sistema alto-xinguano marcadas pela busca por acesso a bens, envolvendo diretamente neste contexto as acusações de feitiçaria, como pretendo esclarecer ao longo deste capítulo.

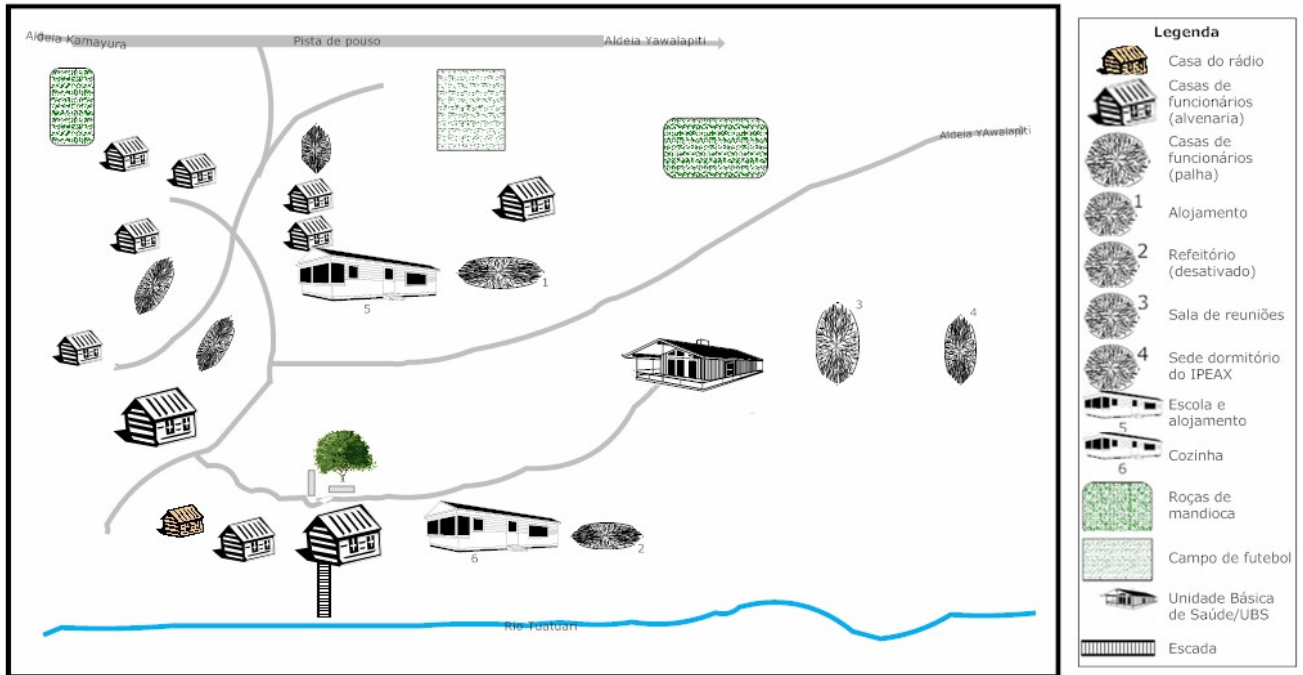


Figura 3.2.1 - Croqui do Posto Leonardo

Os atendimentos de saúde são realizados pela Equipe multidisciplinar de saúde indígena/EMSI, composta por odontólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e AISS lotados no Pólo, que realizam seus atendimentos na UBS deste local. Esta UBS, por sua vez, conta com uma sala de dentista equipada com equipamentos básicos como cadeira odontológica, estufa, armário fechado para se guardar anestésicos e outros insumos odontológicos, além de um arquivo com os prontuários recentes. As duas salas para consulta médica estão equipadas com maca, mesa ginecológica, balcão com pia, balança, além de instrumentos como termômetro, aparelho de pressão e outros; a farmácia é dividida em duas salas, onde, em prateleiras de metal, são guardados os medicamentos e demais objetos utilizados nas consultas como seringas, luvas, algodão etc. Além destes espaços, a UBS conta com uma sala de arquivos, equipada com um computador utilizado pela equipe para o controle de entrada e saída dos medicamentos.



Figura 3.2.2 - Fotos da UBS do Posto Leonardo: entrada e sala do dentista³³



Figura 3.2.3 – Fotos da UBS do Pólo-Base Leonardo: farmácia e sala de consultas

³³ Todas as fotos pertencem ao arquivo pessoal da pesquisadora, a não ser quando há indicação em contrário.

Um olhar mais atento a esta estrutura física já permite ressaltar questões importantes relacionadas ao discurso oficial que faz referência à atenção diferenciada marcando, entretanto, este discurso através da questão “cultural” e da “manutenção de tradições”, sem deixar claro o que isso implica na prática (GARNELO; SAMPAIO, 2005). Estas indefinições acabam gerando conflitos de interesses com as populações indígenas que reivindicam o acesso a serviços de saúde com qualidade e ao mesmo tempo, que garanta suas especificidades. Um dos claros exemplos desse “descompasso” de expectativas está na antiga Casa de Saúde Indígena/CASAI do Pólo Leonardo, construída dentro dos moldes “tradicionais” de casas, com uma estrutura em madeira e a cobertura feita em sapé. Quando as entidades responsáveis pelos atendimentos (IPEAX e DSEI) propõem e constroem uma casa que deve abrigar os pacientes que estão em tratamento no Posto Leonardo nesses moldes, há uma clara pretensão de “reforçar as tradições”, deixando de lado, entretanto, uma série de fatores considerados de extrema importância pelos alto-xinguanos, sendo este local considerado inapropriado por diversas razões. Uma das questões vistas como um problema pelos pacientes são as noites frias, especialmente durante os meses de maio a setembro, não havendo uma estrutura apropriada (como há nas casas nas aldeias) para a confecção de fogueiras, em função da quantidade de pessoas ali hospedadas e do fato de abrigar muitos pacientes com problemas nas vias respiratórias, sendo impedidos pelos profissionais de saúde de fazerem tais fogueiras para “não piorar a situação de saúde”. Uma das soluções encontradas pelos pacientes foi, contrariando as indicações dos enfermeiros, arrancar as madeiras que serviam de paredes da CASAI para fazer fogueiras, tendo seu comportamento interpretado pelos profissionais da EMSI como “vandalismo” ou “depredação” – como se simplesmente os indígenas não valorizassem o “patrimônio que possuem”. Esta “depredação”, por sua vez, fez com que a CASAI fosse derrubada em meados de 2007, não tendo sido ainda construído um novo alojamento adequado para os pacientes.



Figura 3.2.4 – Foto da CASAI do Pólo Leonardo antes de ser derrubada em maio de 2007

Além das reclamações a respeito da estrutura física da CASAI, há outro tipo de incongruência com relação à forma como se realiza a internação de pessoas – preocupação extensível ao Posto Leonardo como um todo e também à CASAI de Canarana –, na medida em que implica na convivência forçada entre índios de diferentes etnias que se encontram em uma situação liminar de doença. No contexto sócio-cosmológico alto-xinguano, a doença é entendida “como uma agressão externa à pessoa, materializada na forma de objetos ou substâncias introduzidas no corpo do doente” (VERANI, 1991, p. 65), agressão esta, originada ou pela ação de “espíritos”³⁴ devido à quebra de regras restritivas, ou à feitiçaria, creditada à prática malévola de outros índios “invejosos”³⁵ ou espíritos que “precisam dos enfeites dos humanos” (CARDOSO, 2005a), ou ainda, à ação conjunta de ambos. As acusações de feitiçaria muitas vezes envolvem relações entre diferentes facções internas às aldeias, ou então relações interétnicas, fundadas em uma noção de “perigo”³⁶ que acaba por

³⁴ Estes espíritos são chamados de *tseke* em karibe e *apapalutapa* em aruak; as traduções como “espírito” ou como “bicho” são as mais freqüentemente utilizadas pelos alto-xinguanos. Ellen Basso (1973) por sua vez, traduz o termo como *monsters*. Estes espíritos são seres que habitam certas regiões da mata, podendo ou não ser donos de plantas e animais, estabelecendo desta forma, uma relação complexa de reciprocidade com os humanos. Sobre as imagens dos espíritos, cf. Barcelos Neto, 2007.

³⁵ A inveja é o comportamento anti-social por natureza – e portanto, uma das características principais dos feiticeiros – em contraposição à generosidade e afabilidade, marcas das “pessoas de verdade” (*kuge hekugo* em karib), das “pessoas boas”.

³⁶ Utilizo aqui a noção de perigo conforme definido por Mary Douglas, 1991 (1991) quando esta autora faz uma analogia entre as noções de pureza e perigo para expressar uma visão geral da ordem social. No entanto, este tema é tratado por mim de acordo com as concepções nativas de perigo, fazendo referência a uma possível contaminação (muitas vezes literal através da feitiçaria) proveniente do contato interétnico prolongado, especialmente durante os momentos liminares da vida.

reforçar as “fronteiras identitárias, pela ênfase dos perigos do exterior” (COELHO DE SOUZA, 2001, p. 385). Retomarei esta discussão mais a frente.

Os momentos liminares da vida de uma pessoa (sejam eles a reclusão pubertária, a menstruação feminina e o pós-parto, além das ocasiões de adoecimento) são considerados extremamente delicados, pois favorecem a atuação dos “espíritos” que causam doenças e podem “raptar a alma das pessoas” (BARCELOS NETO, 2006a, 2006b, 2007, *passim*). Estes “espíritos” agem sozinhos ou em conjunto com feiticieiros, exigindo o cumprimento de um número considerável de restrições alimentares e sexuais por parte do doente e de seus familiares, o seu “grupo se substância”: todos aqueles que compartilham substâncias corporais entre si³⁷ e, por esta razão, suas ações interferem diretamente seja no processo de adoecimento, seja no tratamento e na cura do doente (VIVEIROS DE CASTRO, 1977).

De acordo com esta concepção de doença, a permanência no Posto Leonardo que força o contato direto com índios de outras etnias e aldeias durante um processo de adoecimento, pode se tornar potencialmente perigosa na medida em que não somente impede o cumprimento das restrições impostas – já que se torna praticamente impossível a ingestão somente de alimentos “permitidos”, sendo servida “comida de branco” aos pacientes –, como também cria uma situação de aproximação forçada a fontes potenciais de adoecimento e feitiçaria, como sugere um AIS da aldeia Tanguro.

O pessoal, nós aqui do Tanguro não quer levar no Leonardo. Leonardo é muito difícil. Leonardo tem, nós índio, tem dono feiticieiro. Se você está doente, pessoal coloca feitiço e em um dia já morreu.

Em diversos momentos esta noção de perigo é colocada em evidência, marcando a forma com que as pessoas interagem com o espaço do Posto e com as pessoas que lá habitam e circulam. Durante o último módulo do curso de formação dos AISs³⁸ duas ocorrências marcaram esta relação: a morte de um adulto Kuikuro e, posteriormente a morte de uma

³⁷ Segundo os alto-xinguanos, os filhos são gerados pela atividade sexual continuada entre homem e mulher (não necessariamente um mesmo homem, podendo existir mais de um genitor), sendo o corpo da criança formado exclusivamente pelo esperma masculino, o que estabelece uma relação corporal com o genitor associada ao sêmen. Com a mãe da criança, esta relação se forma a partir da alimentação: tanto os alimentos ingeridos durante a gravidez quanto o leite, durante o período de amamentação auxiliam na formação desta criança. Portanto, quando se fala de “compartilhamento de substâncias”, faz-se referência a todo o processo de formação dos corpos que envolve não apenas as substâncias corporais como o sangue e o sêmen, mas também as substâncias ingeridas ao longo deste processo de formação, como os alimentos e eméticos. Para mais informações, cf. Viveiros de Castro, 1977.

³⁸ Na quinta parte desta dissertação trato mais especificamente sobre o curso.

criança Kamayura, o primeiro em sua aldeia e o segundo no próprio posto. O clima de apreensão entre os AISs foi grande após os acontecimentos, dizendo que “*em todo módulo isso acontece*” – fazendo referência à morte de um índio Kamayura no primeiro módulo, um Aweti no segundo, um Waura no terceiro e estes dois casos no quarto módulo. Todas estas mortes, interpretadas como decorrências de feitiços, foram associadas ao curso e à permanência dos AISs no Leonardo, marcando negativamente tanto o espaço do Posto quanto o papel dos AISs – ambos caracterizados por mim como espaços de fronteira – conforme me informou um AIS. “*Eu mesmo acho que tem alguém que está planejando fazer essas coisas com nós mesmos*”.

Esta noção de perigo remete a uma discussão mais ampla a respeito da demarcação de fronteiras identitárias (internas e externas ao sistema xinguno), demarcações estas que subjazem a grande parte das acusações de feitiçaria, onde se nota a presença marcante de um denominador hierárquico étnico, inclusive em narrações míticas, como na relação entre Kalapalo e Kuikuro, por exemplo.

Kuikuro é dono de feitiço. Lá na aldeia deles tem muito feitiço mesmo. Tem história que conta que um Kuikuro matou Tsitsi³⁹ aí pegou o feitiço e deu pro pessoal dele lá na aldeia. (Informante Kalapalo).

Esta hierarquização intertribal pode ser percebida em diversos momentos nas aldeias, quando recebem visitantes “de fora” (especialmente índios de outras aldeias, já que a relação com não-índios geralmente não é marcada por este tipo de perigo, pois “branco não conhece feitiço”), ou durante os rituais intertribais, onde o “perigo” e o “medo” são potencializados⁴⁰. Parte desta relação é marcada pelas diferenças lingüísticas, como salientado por Franchetto, mas não se reduz a isso.

No Alto Xingu as diferenças lingüísticas são objeto de valorizações hierarquizantes que reforçam as identidades locais, e as linhas de ruptura das alianças – tecido social inter-tribal – são enfatizadas. As línguas são iguais entre si só porque são todas línguas de kuge⁴¹ (...), no nível mais inclusivo do sistema de classificação. No grupo local (...), todos os outros são “outro diferente” (FRANCHETTO, 2001, p. 143).

³⁹ *Tsitsi* é “bicho” (*tseke* em karibe) que vive no céu. Tem forma de gente, mas tem muitos pêlos e é considerado extremamente perigoso por ser “muito feitiçeiro”.

⁴⁰ Para uma discussão do ritual do Jawari onde esta relação de perigo é exacerbada, cf. Bastos, 2001.

⁴¹ *Kuge*, em karib, significa “gente de verdade”, termo extensível aos “índios xingunos” em oposição aos *ngikogo*, os “índios bravos”.

Diversos outros elementos contribuem para as definições de identidades neste contexto além do critério da língua, como as relações de parentesco e trocas, além das relações interpessoais de “amizade”, tornando as fronteiras interétnicas permeáveis e sujeitas a reclassificações. O contato (e as disputas) interétnicas entre os alto-xinguanos parece estar associado à noção de “perigo” – e às conseqüentes acusações mútuas de feitiçaria – desde o período de aproximação destes povos, e de formação de uma “comunidade moral” na região, que remete a finais do século XIX. Este processo de “pacificação” ou de “xinguanização” dos povos que ali se aproximavam remete por sua vez à idéia de “virar gente” (*kuge*), deixar de ser “índio bravo” (*ngikogo*) e, portanto se adaptar a um ethos pretensamente pacífico que é marca da “identidade xingwana” atual (COELHO DE SOUZA, 2001, DOLE, 2001, HECKENBERGER, 2001b). Todavia, esta idéia de “pacificidade” é permeada continuamente pelas acusações de feitiçaria envolvendo distintas etnias, conforme explicita Coelho de Souza (op. cit., p. 371):

Para participar desse sistema [alto-xingvano], era preciso “virar gente”. Mas como essa transformação não podia nunca ser tomada como definitiva, e além disso aparecia muitas vezes como uma questão de ponto de vista, foi preciso realmente converter os conflitos guerreiros no jogo de acusações de feitiçaria e execução de feiticeiros, que (re)internaliza no entanto a mesma oposição “nós/outros” que havia sido projetada nesse processo como marcas das fronteiras do sistema.

Estas acusações inter-aldeias que marcam as alteridades internamente ao sistema alto-xingvano são salientadas em espaços a princípio “neutros”, uma vez que não “pertencem” a nenhuma etnia específica, como é o caso do Posto Leonardo, ou mesmo da CASAI em Canarana. Estes locais “neutros” – aqui classificados como espaços de fronteira na medida em que permitem o “fluxo de pessoal e conhecimento e onde as diferenças sociais são construídas” (TASSINARI, 2001) – impedem, a princípio, a efetivação do processo de segmentação hierárquica interétnica na medida em que impossibilitam delimitações territoriais e espaciais (em um sentido mais amplo, referindo-me também ao espaço sócio-cosmológico), fornecendo em um momento posterior as condições para a exacerbação de tais diferenciações que se materializam nas acusações mútuas de feitiçaria. Tais diferenciações, que são feitas mais facilmente nos espaços das aldeias, geram uma relação complexa neste contexto (especialmente definido) interétnico (incluindo as relações com os brancos), que é ao mesmo tempo fonte de bens e serviços, mas também perigoso e passível de causar ou potencializar processos de adoecimento e de morte.

3.2.2 *As relações com os “brancos” e as “novas lideranças”*

Além das características apresentadas até agora, o Posto Leonardo enquanto um espaço de fronteira na relação com os não-índios propicia também o surgimento de novas formas de liderança com características mais ou menos diversas das lideranças tradicionais, uma vez que surgem outros representantes das aldeias, que não os “caciques”, responsáveis pelas relações de contato com a sociedade nacional em suas instâncias mais burocráticas e institucionalizadas. As “lideranças tradicionais” são selecionadas através de critérios variados, que envolvem desde questões linhageiras, passando pelo comportamento ideal, baseado em um *ethos* de pacificidade e generosidade, além do acúmulo de bens simbólicos, como rituais, rezas e discursos cerimoniais⁴². À primeira vista, as “novas lideranças” surgidas com a introdução de uma nova lógica fundamentada em preceitos “exógenos” a estes grupos possuem um status diferente das lideranças tradicionais, pois adquirem sua posição através da aquisição destes conhecimentos extrínsecos e não através das formas tradicionais, como ocorre com os caciques. O Posto aparece como uma possível fonte de legitimação de posições de liderança na medida em que permite a criação destes novos espaços de prestígio que estão ao mesmo tempo, conectadas com as relações políticas (no sentido mais amplo) internas ao sistema alto-xinguano. Viveiros de Castro (1977, p.33) define este processo, ao relatar as relações que se davam no Posto Leonardo quando de sua pesquisa de campo, da seguinte maneira:

O que sucedeu foi o surgimento de novas áreas de recursos sociais cujo controle (...) podia, no entanto, ser negociado por alguns indivíduos, líderes com maior ou menor poder em suas aldeias, mas que dispunham agora de uma fonte adicional de poder *de fato* passível de modificar o panorama político intra-grupal. Tratava-se então de saber usá-lo de acordo com as regras vigentes no sistema “tradicional” – isto é, de implementar uma estratégia que fizesse valer seus novos recursos dentro dos critérios tradicionais de avaliação do prestígio individual – generosidade, caráter não impositivo, simpatia pessoal e outros tantos critérios que definem o *ethos* xinguano.

⁴² Para a noção de “dono” (*oto*) em rituais e no parentesco entre os kalapalo cf. Guerreiro Junior, 2008. Para discussões sobre a chefia alto-xinguana, cf. Basso, ; Figueiredo, 2006; Heckenberger; Franchetto, 2001; Menget, 1993.

Os professores indígenas formados e mesmo os próprios Agentes de Saúde, por exemplo, possuem conhecimentos específicos que os permitem estabelecer relações mais eficazes com o mundo ocidental, já que conhecem suas “regras” – ao menos em teoria – de funcionamento, tornando-se, supostamente, elementos importantes, que facilitariam o acesso aos não-índios e aos benefícios que este contato implica, ainda que isso envolva questões outras, como por exemplo, o fato destas pessoas serem consideradas “jovens demais” pelas lideranças tradicionais⁴³.

O Posto Leonardo é um local privilegiado onde estas diferentes formas de liderança convivem, possibilitando a legitimação dos “jovens” (ainda que isso não lhes garanta um papel de destaque já que, como discuti anteriormente, o espaço que ocupam efetivamente enquanto liderança nas aldeias não é legitimado) através da realização de cursos de formação, seja de gestores, AISs ou professores, percebidos como momentos privilegiados na transmissão de conhecimentos da sociedade ocidental que, uma vez apropriados, possibilitam maior autonomia política por parte de suas comunidades. Os conselhos, as escolas e os postos de saúde são, portanto, novas formas de organização onde os jovens têm possibilidade de exercer uma representação diferenciada que lhes conferem status distinto no grupo (TINOCO, 2000). Conforme observa Heckenberger, (2001b, p. 106-107),

A distribuição de poder, ou as disputas em torno deste, não correspondem meramente a uma hierarquia – dos chefes mais altos às posições mais baixas dos homens comuns –, mas também a uma *heterarquia* (CRUMLEY, 1978) de centros de poder alternativos e muitas vezes em competição, dispostos de diversas maneiras de acordo com as condições.

Estas novas posições relacionadas aos “centros de poder alternativos” têm um espaço de legitimação muito específico e delimitado, mantendo-se estritamente vinculado às relações que se mantêm com a sociedade nacional e às tentativas de autonomia sendo apropriadas pelas lideranças tradicionais, conforme apontei anteriormente.

Estas disputas por poder internas às aldeias também se refletem nas disputas inter-étnicas presentes no contexto do contato com a sociedade nacional, marcando a definição de diferenças e catalisando conflitos mais ou menos explícitos. Estas disputas muitas vezes

⁴³ Ver parte 2 desta dissertação.

ocorrem no sentido de uma tentativa de se garantir o controle das posições privilegiadas nesta relação de contato, propiciando maior status e prestígio na medida em que possibilitam o controle do acesso a bens e serviços provenientes da sociedade nacional, tornando-se explícitas em um discurso de valorização de relações de “amizade”. Isso significa dizer que os índios demarcam suas alteridades na relação de contato através de sua maior proximidade ou distância – marcadas pelas amizades ou por uma afinidade potencial: são os “amigos”, “primos” e “cunhados”, conforme relata Guerreiro Junior (2008) – que membros das comunidades possuem em relação a posições importantes de poder, como o chefe do Posto, ou mesmo os profissionais brancos atuantes na área. Esta maior ou menor distância no que diz respeito aos *locus* específicos de poder auxilia na legitimação de certas posições de status, ditando as bases para as relações que se estabelecem entre índios e não índios.

De acordo com a exposição realizada até o momento, já se tem indícios, portanto, que o que está em jogo (para as lideranças especialmente) quando se fala de políticas públicas de saúde indígena é de fato o controle das ações de saúde e da autonomia, marcadas pelas disputas interétnicas em torno das posições de prestígio criadas no contexto do contato, associadas ao acesso a determinados bens e serviços. São nestes espaços de conflitos por posições de poder que os AISs se inserem diretamente, como intermediadores das relações com a sociedade nacional e, nesta condição, com potenciais específicos de acesso a determinados benefícios considerados essenciais.

Após esta apresentação do Posto Leonardo e seus significados dentro do contexto da saúde e da política no Alto Xingu, passo para uma discussão a respeito da prática biomédica de saúde no Alto Xingu, problematizando as relações que se estabelecem entre a EMSI, os AISs e a população alto-xinguana neste contexto.

4. O PLURALISMO MÉDICO: SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE

A prática biomédica em território indígena apresenta algumas características específicas que merecem ser analisadas com algum cuidado. Quando se fala em biomedicina no Alto Xingu, a referência é direta ao trabalho da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena/EMSI, com seus profissionais não-indígenas e as relações que mantêm com as populações atendidas. O que pretendo discutir neste espaço são as correlações entre duas noções distintas do que seja qualidade quando se discute os serviços de saúde, e que estão, por sua vez, diretamente relacionadas a diferentes concepções do que seja “a saúde”: por um lado, está o modelo de “saúde” proposto pela equipe de profissionais (respaldados pelos órgãos gestores), preocupados com a qualidade técnica de sua atuação e as melhorias percebidas quantitativamente (ou seja, através de dados estatísticos) propiciadas por sua atuação; do outro lado, estão as expectativas das populações que se apropriam do espaço “da saúde” como forma de garantir participação política no contexto nacional, e mais do que isso, como forma de reforçar sua legitimidade dentro do sistema alto-xinguno – na medida em que assumem o controle do acesso a bens e serviços provenientes das ações biomédicas –, equacionando uma utilização concomitante dos serviços biomédicos e das terapêuticas tradicionais. Ao fazer este equacionamento e esta apropriação, as populações indígenas não deixam de exigir a melhoria na qualidade dos serviços requisitando médicos, medicamentos, atendimentos rápidos e eficazes por parte de toda a equipe, bem como nas redes de referência do SUS.

4.1 AS AÇÕES DE SAÚDE

A estrutura dos serviços de saúde no Alto Xingu está condicionada a uma rede hierárquica de atendimentos, iniciando com a atividade dos AISs nas aldeias e passando por diferentes níveis com graus de complexidade crescente. A intermediação entre as referências é feita por meio dos encaminhamentos da equipe de profissionais de saúde. Todavia, diversos

são os elementos que interferem diretamente em seu trabalho e determinam as características dos serviços prestados.

Um dos principais problemas que atualmente dificulta a organização e a manutenção dos trabalhos em saúde na região é a alta rotatividade de profissionais. Esta característica não é específica do Alto Xingu, estendendo-se às demais áreas indígenas (GARNELO; SAMPAIO, 2003) e parece estar vinculada à falta de treinamento destes profissionais para o trabalho com populações indígenas⁴⁴, bem como às condições de trabalho e estadia em campo. Com contratos que indicam uma carga horária de 40 horas semanais que, na prática, se traduzem em uma estadia em campo por trinta dias – “em esquema de plantão”, conforme eles mesmos definem –, seguidos de quinze dias de folga, os profissionais se dizem insatisfeitos e requisitam aos órgãos gestores (mais especificamente ao IPEAX⁴⁵, que os contrata) melhores condições de trabalho e salários melhores. Esta insatisfação que leva à alta rotatividade de profissionais, por sua vez, tem como consequência uma defasagem constante nas equipes não só no sentido da qualidade de atuação, mas também na quantidade muitas vezes insuficiente de profissionais para realizar os atendimentos – o que, durante esta pesquisa se traduziu na ausência de um médico por um período prolongado de tempo.

Não só os profissionais que atuam “em área” estão sujeitos a tais arranjos e à pouca estabilidade; também os cargos de chefia dos órgãos responsáveis pela gestão da saúde, lotados na cidade de Canarana/MT, estão sujeitos a substituições frequentes; nos últimos dois anos quatro diferentes coordenadores técnicos⁴⁶ já foram contratados pelo IPEAX. A cada uma destas mudanças, a equipe multidisciplinar sofre uma reorganização na estrutura de trabalho, dificultando também suas relações com o IPEAX, mas principalmente com as aldeias, que demoram a criar vínculos e adquirir confiança nos profissionais. Toda esta instabilidade dificulta a organização do trabalho também por impedir a manutenção de um banco de dados sobre a situação de saúde na região – já que a cada mudança de profissionais, muito deste material “se perde” –, o que seria fundamental para se fazer uma avaliação comparativa dos trabalhos ao longo dos anos e também para formular e propor novos projetos.

Além desta rotatividade e instabilidades, tanto nas aldeias quanto no Posto Leonardo é muito comum ouvir reclamações a respeito da precariedade de infra-estrutura para

⁴⁴ É importante lembrar que nem o IPEAX nem o DSEI Xingu possuem antropólogos contratados em seu quadro de funcionários permanentes e os profissionais contratados não passam por nenhum tipo de treinamento nem de acompanhamento do trabalho.

⁴⁵ Ver parte 2 desta dissertação.

⁴⁶ Ao coordenador técnico do IPEAX cabe a supervisão e o planejamento (fundamentalmente logístico) da atuação dos profissionais da equipe multidisciplinar.

os atendimentos e para o transporte de pacientes, que agravam a situação “da saúde” e dificultam as relações entre a população das aldeias, os profissionais e a FUNASA, vista como “responsável” pelo suprimento destes bens⁴⁷.

A gente tenta trabalhar, fazer um bom trabalho, mas não tem condições. A gente não tem coisas básicas que precisa pra fazer um bom atendimento. Já faz três anos que tem um projeto pronto de ampliação da UBS, e até hoje não fizeram nada. (Enfermeira).

Além de estar relacionada a disputas regionais (e até mesmo político-partidárias) entre FUNASA e IPEAX pela ocupação dos cargos de chefia – feitos por indicação – e pela distribuição de verbas entre as duas entidades conveniadas na região de abrangência deste distrito (IPEAX e UNIFESP), esta deficiência de infra-estrutura e materiais também está vinculada a uma questão organizacional do processo de “expansão da saúde para todos” proposto pela OMS, quando se consideram as possibilidades e assimetrias econômicas entre as diferentes regiões do mundo. A adoção de uma política baseada em um modelo internacional de “democratização” dos serviços de saúde esbarra nas possibilidades economicamente viáveis de cada uma das regiões, além do próprio contexto nacional. Tal característica também parece afetar grande parte dos DSEIs que acabam sendo forçados a realizar “adaptações” economicamente viáveis que muitas vezes afetam diretamente a qualidade dos serviços prestados, interferindo, por exemplo, na disponibilização de materiais e serviços especializados.

Esta deficiência de infra-estrutura acaba por gerar acusações por parte dos profissionais e dirigidas aos órgãos gestores, seja a FUNASA/DSEI, ou mesmo o IPEAX, no sentido de que “aplicam mal as verbas que possuem” ou que “não sabem definir as prioridades”, fazendo referência ao destino dos investimentos realizados. Contrariando estas críticas, muitas vezes os usuários (ou seja, a população alto-xinguana) concordam com a aplicação destas verbas “da saúde”, que consideram condizente com as expectativas que têm a respeito destes serviços. Isso nos leva então, a um questionamento acerca da multiplicidade de perspectivas e avaliações dos serviços de saúde, contrapondo os pontos de vista dos diferentes grupos envolvidos nesta relação intercultural.

⁴⁷ A Portaria nº 2656 de 17 de outubro de 2007 determina que cabe à FUNASA garantir “a) os insumos necessários à execução das ações de saúde de atenção à saúde indígena; b) os meios de transporte para o deslocamento da Equipe Multidisciplinar às comunidades e para a remoção de pacientes (...); c) infra-estrutura e equipamentos necessários para execução das ações de saúde nas comunidades” (Brasil, 2007).

4.1.1 *Sobre as concepções do que seja qualidade dos serviços de saúde*

Não me proponho aqui propriamente a avaliar os serviços de saúde por falta de critérios para tal e por não ser este meu objetivo. O que pretendo é levantar questionamentos a respeito dos critérios utilizados pelos profissionais e usuários do sistema de saúde apreendidos através de seus discursos e ações e que possibilitam também a observação das diferentes lógicas que estão em jogo quando se discute estes serviços.

As avaliações “oficiais” dos serviços e da situação de saúde do Alto Xingu são feitas pelos gestores do DSEI com base nas informações estatísticas coletadas pelos próprios profissionais e agentes de saúde ao longo de seu trabalho cotidiano. Os AISs preenchem relatórios mensais com informações sobre os atendimentos realizados que são transformados posteriormente em dados estatísticos para justificar as prestações de contas e mesmo as previsões de gastos para os próximos períodos de convênio. Com relação a isso, os profissionais e gestores afirmam que “*sem dados não vem dinheiro do governo*”, ou seja, sem as informações estatísticas que “comprovem” a qualidade dos serviços prestados, não são feitos novos investimentos pela FUNASA.

Quando questionados a respeito da “situação de saúde geral” no Alto Xingu, os profissionais muitas vezes, apesar de criticarem a infra-estrutura considerada precária para os atendimentos, ressaltam que estão cada vez mais “conseguindo realizar o trabalho” e que por isso “a saúde está melhorando”, dando como exemplo as campanhas de coleta de exames preventivos de câncer de colo de útero e principalmente as campanhas de imunização. As últimas campanhas, afirmam, atingiram uma cobertura vacinal de praticamente 90% da população alto-xinguana. Estas campanhas de vacinação organizadas pelo DSEI são vistas com bons olhos também pelas lideranças que, junto com os AISs, “ajudam a convencer as pessoas de suas aldeias que não querem participar”. Neste sentido, se valoriza o papel pedagógico dos AISs que funcionam como intermediadores deste processo, conforme a explicação de uma enfermeira:

A gente precisa de vocês, do AIS. Vocês não vão brigar com ninguém (...). Quando fizerem visita familiar, vocês aproveitam pra explicar na língua a importância da vacina (...). O dia que a comunidade entender isso, eles vão ajudar a gente. A gente vai chegar na aldeia e eles vão saber que a gente está indo ajudar. (...) Se tem alguém na aldeia que é resistente à vacina, já é obrigação nossa de fazer visita domiciliar, explicar com carinho. (Enfermeira/instrutora durante o curso de formação de AISs).

Este tipo de posicionamento é importante para mostrar como os AISs acabam sendo inseridos de forma ativa neste processo de “melhora dos serviços de saúde” através de uma atuação fundamentalmente educadora, devendo transmitir os conceitos biomédicos às populações alto-xinguanas. Os profissionais afirmam que a presença e principalmente a intervenção deles é fundamental para que os serviços biomédicos consigam atingir a maior parte da população, especialmente no que se refere a estas campanhas, seja de vacinação, seja de coleta de exames preventivos de câncer de colo de útero. Além disso, percebe-se a tentativa de fundamentação de um princípio de autoridade através da figura do AIS, quando se diz por exemplo que eles “não vão brigar com ninguém” e devem “explicar com carinho” o que aprenderam à população, para assim “facilitar” o trabalho da equipe em suas visitas às aldeias. Como exemplo deste comportamento, descrevo uma situação ocorrida na aldeia Waura. Não foi propriamente uma consulta, mas uma conversa (e, na verdade, uma tentativa de convencimento) de uma das enfermeiras com uma paciente cujo diagnóstico era de tuberculose. A enfermeira foi acompanhada de um AIS que fez a tradução. Fui informada pela enfermeira que a paciente havia iniciado o tratamento de tuberculose a cerca de dez dias, mas estaria se recusando a tomar os medicamentos. Me explicou ainda que este é um tratamento longo e difícil: a paciente deve tomar cinco comprimidos pela manhã, em jejum, durante pelo menos seis meses. Fomos à casa da paciente que estava sentada na rede. Era uma senhora com cerca de 60 anos de idade e estava visivelmente fraca e bem rouca. Várias pessoas da família ficaram na casa enquanto a enfermeira conversava com ela. A paciente voltou a reclamar do tratamento, traduzida pelo AIS, dizendo que quando tomava medicação tinha muitos enjoos e fraqueza, que não conseguia comer e estava muito fraca.

Ao ser perguntada pela enfermeira se sabia do diagnóstico de tuberculose, respondeu negativamente. Disse que esteve internada na CASAI de Canarana, mas que ninguém havia lhe dado esta informação. A enfermeira aproveitou então para “informá-la do diagnóstico e dos riscos da doença”.

Eu vim aqui só pra ver você, falar com você. Essa doença é muito grave e pode até matar. Tem que tomar o remédio todo dia. Eu sei que é ruim, que fica mal mesmo, mas é assim, não tem jeito. Eu trouxe um outro remédio aqui que é pra você tomar junto, pra não sentir tanto enjoô. Todo mundo que toma esses remédios se sente mal no começo do tratamento mesmo, é normal, mas depois de um tempo, um mês ou dois o corpo acostuma. É muito importante você tomar o remédio. Se não tomar todo mundo aqui da casa pode ficar doente. Tem criança aqui, é perigoso. E se está tomando o remédio aí não passa, não transmite. (Enfermeira).

A enfermeira explicou ainda à paciente e à família que acompanhava a conversa, que todas as pessoas que mantinham um convívio próximo com a paciente deveriam permanecer em acompanhamento, pois poderiam também estar contaminadas. Ao final de sua fala, pediu ao AIS que perguntasse à paciente se o tratamento seria retomado, ao que ela respondeu afirmativamente. A enfermeira deixou com o AIS o medicamento que havia levado para aliviar as reações adversas do tratamento, explicado como deveria ser administrado e voltamos ao Posto Leonardo.

A descrição deste atendimento é interessante para se observar que a intervenção dos profissionais no sentido de “conversar” e “convencer” os pacientes geralmente se faz necessária quando há a recusa explícita deste em se submeter a algum procedimento biomédico, seja ele um exame, a administração de medicamentos ou a vacinação. Os alto-xinguanos justificam esta recusa pela falta de compreensão sobre os procedimentos considerados invasivos, sem que se estabeleça uma relação direta com sua eficácia. As vacinas, por exemplo, são consideradas ineficazes e perigosas por alguns que se recusam a tomá-la devido aos efeitos colaterais que propicia especialmente nas crianças que muitas vezes adoecem depois de serem vacinadas.

Nos casos onde há a recusa do paciente, se afirma primeiramente a importância do papel do AIS já que é ele o responsável pelas visitas domiciliares, espaço este que deve ser utilizado para “conversar com carinho” e “explicar o que ele sabe à família”. No entanto, muitas vezes quem acaba se responsabilizando por esta tarefa são os próprios enfermeiros que mesmo sem explicitar isso claramente, reconhecem que a intervenção dos AISs não é suficiente seja por não fazerem as visitas domiciliares, ou mesmo por não serem ouvidos pela população das aldeias⁴⁸. Cabe então aos enfermeiros, acompanhados dos AISs que são utilizados como tradutores, o papel de “educar” e “convencer” os pacientes a realizarem o tratamento e/ou exame, mas de forma “carinhosa”, “sem brigar com ninguém”. Este comportamento está fundamentado nos preceitos tecnicistas da biomedicina que pressupõe a

⁴⁸ Ver parte 5 desta dissertação.

existência do princípio da autoridade, mas através de processos “pacíficos” de convencimento através de “argumentações científicas” baseadas no “conhecimento” e na “formação”. Os pacientes precisam então, ser convencidos de que devem fazer o que os profissionais “pedem com carinho”, pois eles (e somente eles) conhecem os procedimentos e as formas de lidar com as situações de adoecimento.

Retomando a discussão anterior, afirmei que os profissionais de saúde se baseiam em estatísticas para avaliar os serviços prestados, indicando que houve melhorias nos últimos anos. Ao mesmo tempo, o discurso da população e das lideranças quando questionados sobre os serviços de saúde também são sempre no sentido de se afirmar uma melhora no estado geral da saúde no Alto Xingu depois que o IPEAX assumiu o lugar antes ocupado pela UNIFESP, mas utilizando outros critérios para esta avaliação como, por exemplo, a fato de que a equipe de saúde “agora visita as aldeias” e valorizando também a ampla medicação de pacientes. Os AISs afirmam que

Agora [com o IPEAX] melhorou muito, assim pra mim. Melhorou a medicação, melhorou enfermeiro, enfermeira, a equipe. Antes era pouco, uma enfermeira e uma equipe, era pouco, não dava pra todo mundo. Antes não tinha remédio. Essa farmácia estava sem medicação, sem nada, sem comprimido, sem ampola de fazer “cutuco”⁴⁹. Agora melhorou bastante. Tem muita medicação aí que a gente precisa. (AIS Kamayura).

Este tipo de discurso, que também é ouvido das lideranças, demonstra não só a satisfação com o trabalho de saúde em si, mas também com o fato de que “melhorou a equipe”, que está “mais próxima do índio” e agora “visita as aldeias”. Esta mudança de atitude é vista de forma positiva pela população que percebe neste processo não só um ganho qualitativo “na saúde”, mas também em relação à sua situação política dentro do contexto nacional de garantia de direitos diferenciados e que possam, em alguma medida, ser controlados pelas próprias populações e lideranças indígenas.

Ao mesmo tempo, pode-se perceber também a importância dada ao IPEAX neste processo de “melhoria da saúde”, o que remete ao fato de esta ser considerada efetivamente uma “ONG indígena”. O fato de esta ONG permitir às lideranças que tenham (ainda que de forma precária) o controle do acesso aos bens e à distribuição de recursos, bem como às

⁴⁹ Expressão utilizada pelos alto-xinguanos para se referir a qualquer procedimento que implique na utilização de seringas e agulhas.

contratações, faz com que a existência do IPEAX seja vista como um passo importante no sentido da autonomização e da autodeterminação frente às políticas públicas nacionais. Afirmar a respeito da importância do trabalho do IPEAX reforça as expectativas por parte dos alto-xinguanos em relação às ações de saúde, dando grande peso a dimensões outras que não apenas a técnica, como as questões relacionadas ao ganho político propiciado pelo domínio “dos índios” de um espaço antes ocupado por uma entidade de “brancos” que lhes permite o acesso e a possibilidade de controle de bens e serviços, além de dar maior peso às reivindicações que fazem de melhoria nos atendimentos e serviços de saúde prestados. As reivindicações das lideranças, por sua vez, giram em torno especialmente da presença de profissionais não-indígenas nas aldeias, além da construção de Postos de Saúde condizentes com as necessidades dos aldeamentos. Estas questões nos remetem então a uma discussão acerca das distintas concepções e usos que faz deste espaço da “saúde” pelos diferentes atores envolvidos nesta relação.

4.1.2 Distintas concepções sobre a “saúde”

Tais disputas acerca “da saúde” podem ser melhor observadas na relação direta que se estabelece entre os profissionais e a população alto-xinguanana, marcada por muitas controvérsias e desentendimentos. Apesar da permanência prolongada dos profissionais em campo, não é raro ouvir reclamações a respeito do fato de permanecerem no Posto Leonardo durante suas escalas, sendo comum as lideranças exigirem a permanência de profissionais brancos atuando direta e somente nas aldeias. Até o momento só existem três casos de técnicos de enfermagem não-indígenas que passam os 30 dias de trabalho morando em alguma aldeia específica – Aweti, Kamayura e Mehinaku, respectivamente – havendo planos de novas contratações para os próximos anos. A demanda por estes profissionais é constante e a contratação de funcionários para tal é bem vista também pela equipe, que espera desta forma poder garantir uma ampla cobertura dos atendimentos. Todavia, a existência de profissionais nas aldeias envolve diversas questões, não somente relacionadas a este esquema logístico que visa “garantir a cobertura dos atendimentos” – já que, por exemplo, a aldeia Kamayura se encontra a poucos minutos de carro do Posto Leonardo, possibilitando tanto um acesso

facilitado da EMSI à aldeia, quanto dos pacientes ao Posto Leonardo. As cobranças de profissionais para atuarem nas aldeias pode ser explicada por questões outras, como o papel político desempenhado pelos caciques dentro do sistema alto-xinguno, reforçando o princípio difundido entre as lideranças de que o controle e a posse de bens auxiliam na garantia de legitimidade e poder – não só dentro das aldeias, mas também na relação com os não-índios. “Possuir” um profissional na aldeia é uma das maneiras das lideranças exercerem não só seu papel de “provedores” nas aldeias – já que há uma idéia difundida entre os alto-xingunos de que são eles que “conseguem” os profissionais através de suas relações pessoais – como também possibilita uma maior autonomia com relação ao Pólo e ao DSEI, cumprindo funções políticas na medida em que reforçam também suas requisições por atendimentos e serviços de melhor qualidade. Este acesso, por sua vez, se vê garantido na medida em que remete a relações de parentesco e aliança com outros caciques ou mesmo com representantes da ONG, com quem mantêm relações de reciprocidade e “endividamento”. As relações entre “parentes” (especialmente afins reais ou classificatórios), assim como as relações de “amizade” são marcadas por ciclos necessários de prestações e contra-prestações através de “presentes” ou “favores” quer devem, portanto, ser retribuídos, criando esta relação de “endividamento” a que me referi⁵⁰.

Por outro lado, a permanência de profissionais nas aldeias é vista por eles próprios (pelos profissionais) sob outra ótica, a de garantir as necessidades estratégicas de atendimento, e está, ao mesmo tempo, condicionada a uma noção vaga de “boas condições de trabalho”. Esta noção é entendida por eles como a existência de um local específico para sua moradia nas aldeias – espaço este que deve ser fisicamente separado do espaço dos atendimentos, seja uma casa construída para a permanência deste profissional ou um posto de saúde construído em alvenaria, com algum ambiente separado do ambiente da UBS –, mas também envolve a manutenção de “boas relações” com as chefias das aldeias, para que seja possível realizar o trabalho. É comum ouvir comentários afirmando que “em tal aldeia é difícil de trabalhar” ou que “nesta aldeia não tem condições de ficar, é muito complicada”, especialmente quando se trata de algum “cacique bravo” ou “muito teimoso”, que “não entende o trabalho de saúde”. Este tipo de discurso ressalta que as “boas condições de trabalho” devem incluir necessariamente as boas relações do profissional com a população da aldeia (especialmente os caciques), havendo casos de técnicos de enfermagem que foram expulsos pelos caciques das aldeias onde trabalhavam em decorrência de desavenças em

⁵⁰ Sobre as relações de parentesco e reciprocidade entre os Kalapalo, cf. Guerreiro Junior, 2008.

relação à sua atuação, o que aumenta muito a desconfiança por parte da equipe que muitas vezes se recusa a permanecer nas aldeias por períodos prolongados.

Os freqüentes conflitos entre profissionais brancos e lideranças indígenas parecem ser um dos principais entraves à permanência destes profissionais nas aldeias. Os desentendimentos ocorrem em grande parte por um motivo principal: os arranjos políticos locais que envolvem a reivindicação por uma maneira específica de atuação dos profissionais junto à população atendida. As questões mais valorizadas pelos alto-xinguanos com relação ao trabalho da EMSI são a distribuição de medicamentos e o acesso que estes profissionais possibilitam aos serviços de saúde nas cidades próximas. Desta forma, seu trabalho é apropriado muito mais como elemento político de acesso a bens e serviços e de legitimação da posição dos caciques, contrastando com uma visão que privilegia mais a questão técnica dos atendimentos e da rede hierarquizada de serviços. Esta relação com os profissionais, por sua vez, não é muito diferente daquela que se estabelece com os AISs, com a diferença de que as comunidades consideram que os profissionais brancos “sabem mais” e têm (ao menos é o que é esperado deles) uma capacidade maior de intervenção nos encaminhamentos feitos para a rede de referência, enquanto os AISs somente facilitariam o acesso à EMSI e aos medicamentos existentes nas farmácias das aldeias. Este tipo de expectativa (que muitas vezes se traduz em exigência) por parte das lideranças e das comunidades cria desentendimentos com os profissionais que, com uma racionalidade técnico-burocrática característica do sistema de prestação de serviços, não se submetem às imposições feitas, gerando uma incompatibilidade de demandas (e, conseqüentemente de avaliações) com relação ao trabalho de saúde.

Além destas questões, os profissionais enfrentam dificuldades também com relação à sua atuação na medida em que, especialmente pela falta de profissionais qualificados, são muitas vezes obrigados a assumir papéis que em outras situações não lhes caberiam, respondendo por atendimentos e situações que não seriam de sua alçada. Em muitos relatos colhidos destes profissionais, o que dizem é que a experiência que têm em campo é muito proveitosa para seu desempenho profissional, mas que não poderá, no entanto, ser utilizada posteriormente em uma atividade profissional fora do território indígena⁵¹. Observei vários

⁵¹ Este fato também reforça a intenção dos profissionais ao se candidatar para o trabalho com estas populações de não permanecer por muito tempo, havendo uma idéia difundida de “trabalhar alguns anos pra juntar dinheiro e depois ir embora”, o que é extremamente significativo para a definição de metas para o trabalho e utilizado como justificativa para a falta de preparação destes profissionais na medida em que “*gasta-se muito dinheiro para fazer cursos e o profissional vai embora*”.

exemplos de situações como estas, mas acredito que a mais crítica delas foi o atendimento de uma criança, de cerca de cinco meses que, com vômitos e diarreia há três dias, foi levada ao Pólo Leonardo. Isso só ocorreu após uma longa discussão dos profissionais que ignoraram o diagnóstico feito pela família que dizia não aceitar que a criança fosse levada da aldeia, afirmando que estava enfeitiçada e por isso não deveria ser retirada de sua casa. Após muita discussão, sendo necessária a intervenção do cacique, a criança foi retirada de sua casa por um enfermeiro e chegou ao Pólo em um estado muito crítico, que foi diagnosticado como um grau elevado de desidratação. Ficou sob os cuidados dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, acompanhados dos familiares que ocupavam a sala de atendimento. A opção preferencial dos profissionais seria retirar a criança às pressas para Canarana para ser atendida no hospital até que o quadro se tornasse estável, mas para complicar a situação, o avião que tinha ido ao Pólo buscar outro paciente para fazer exames em Canarana teve um de seus pneus furado durante o processo de aterrissagem, não podendo decolar e, por já ser um horário avançado não havia a possibilidade de novos vôos para o local. A situação ficou cada vez mais crítica, até que foi possível ouvir o choro da mãe da criança e das demais mulheres que a acompanhavam ecoando pela UBS: a criança tinha morrido. A correria de enfermeiros e técnicos foi grande, mas nada mais pôde ser feito. Para a equipe, lidar com uma situação como esta implica em dificuldades diversas, desde o fato de poderem ser acusados pelos familiares de serem responsáveis pela morte da criança, uma vez que ela foi retirada da aldeia quase que à força pelo enfermeiro, ou mesmo por terem que responder por este óbito sem a supervisão de um médico e sem as condições materiais de infra-estrutura necessárias. A vivência deste tipo de situação leva muitos dos profissionais a se afastarem do trabalho, envolvidos em princípios éticos pautados na racionalidade técnica do serviço e da biomedicina, muitas vezes não compartilhados pelos indígenas⁵². O enfermeiro que realizou a abordagem da família da criança doente na aldeia me relatou a seguinte situação:

A criança estava muito mal. A gente foi lá de manhã e ela ainda tomou meio litro de soro. Mas ainda assim estava mal. E a família não queria que a gente tirasse ele de lá. (...) Ai eu peguei ele no colo e falei pro pai que se a criança morresse ali a culpa seria dele. Ele não queria deixar eu sair de lá com a criança. Ficava falando que era feitiço, feitiço e que aqui no pólo tinha feitiço, que na UBS da aldeia tinha

⁵² A mesma discussão pode ser feita com relação aos casos de infanticídio, prática atualmente em decadência na região devido à intervenção dos profissionais no sentido de “adotarem” as crianças ou arrumarem pais adotivos fora do território indígena. Todavia, já se percebe atualmente que a prática de adoção está se tornando recorrente também entre os índios que assumiram o discurso ético de “valorização da vida” e rechaçam os companheiros que “ainda praticam esta crueldade”. Não pretendo discutir aqui esta questão, mas considero o fato relevante para ser pensado em outro momento.

feitiço. (...) Até que veio o cacique e conversou com o pai que era pra ele deixar a gente levar. Foi aí só que a gente conseguiu tirar ele de lá e trazer pra cá. Mas ele já estava muito mal. Não sei por que eles não deixam tirar antes. É um absurdo.

Depois deste evento, ocorrido durante um dos módulos do curso de formação de AISs, o enfermeiro citado permaneceu afastado desta aldeia por algum tempo, apoiado pelos demais componentes da equipe, com medo de que houvesse qualquer tipo de represália a sua atitude de retirada da criança. Os AISs se reuniram com os instrutores do curso para conversar sobre o ocorrido e justificaram a atitude da família de impedir a retirada da criança da aldeia dizendo que “*Se fosse você, e eu mesmo, eu não queria separar do meu filho*”. Em suas falas faziam questão de reforçar a importância da permanência da criança com a família em momentos de adoecimento, especialmente quando a situação é muito grave. Isso sem contar o “perigo” que representa para o doente a permanência no Pólo, acrescido do fato de que “*quando é feitiço não cura, nem pajé não cura*”. A evocação de uma lógica nativa seja por parte das comunidades ou mais especificamente dos AISs – vistos como técnicos da biomedicina pelos profissionais – complexifica as relações da EMSI com a população, que é acusada de descaso e maus cuidados com os pacientes que somente seriam levados ao Pólo quando já estivessem em uma situação muito ruim, sendo “segurados” nas aldeias pelos pajés e mesmo pelas famílias.

Quando os pacientes chegam aqui [no Posto Leonardo] eles já estão muito piores. Eles demoram pra trazer pra cá porque o pajé está trabalhando na aldeia. Aí quando vem já está muito mal mesmo. Só que aí, se acontece alguma coisa, a culpa é nossa, não é do pajé. A família vem brigar com a gente. (Enfermeira).

Este tipo de reclamação por parte da EMSI é frequente e reforça um discurso ético fundamentado nos preceitos tecnicistas da medicina oficial e seus conceitos de saúde, corpo, adoecimento e morte. A questão que se coloca é se estes conceitos são compartilhados pelos alto-xinguanos e mais especificamente pelos AISs, o que pode ser respondido através da observação das práticas terapêuticas utilizadas. Quando falam de “fazer saúde”, os alto-xinguanos fazem referência à concepção política que têm deste espaço – especialmente as lideranças –, na medida em que lhes possibilita o acesso a determinados bens e serviços.

Esta diferença entre formas de se conceber a saúde pode ser exemplificada por um caso que parece a princípio banal, mas é significativo da convivência entre distintas concepções de corpo, saúde e doença. Ao longo do curso de formação de AISs, durante uma

explicação da enfermeira/instrutora a respeito do “funcionamento do corpo humano”, tentou-se buscar exemplos “cotidianos” para a melhor compreensão do conteúdo. A enfermeira então perguntou aos AISs se quando eles eram crianças suas mães não lhes falavam, por exemplo, que eles possuíam um “coração, que é o que faz o corpo funcionar”. A surpresa foi grande ao ouvir um sonoro “não” como resposta geral. Como seria possível viver sem saber da existência do coração? Com certeza foi este o pensamento da enfermeira que naturaliza em suas explicações conhecimentos biológicos característicos da forma como a sociedade ocidental apreende o corpo. Retomarei esta questão posteriormente, apresentado também a forma como em diversos momentos os AISs se apropriam deste discurso da “saúde” para avaliar sua atuação, mas permanecem pautados por uma lógica local de compreensão da doença e de seus processos de tratamento e cura.

Voltando à discussão a respeito dos questionamentos sobre a qualidade dos atendimentos e dos cuidados, não são somente os índios que estão sujeitos a “acusações”. Também se observam situações em que a equipe é acusada pela população de não cumprir com as funções que dela são esperadas, havendo a cobrança por uma atuação “diferente da cidade”. Presenciei um momento em que uma das enfermeiras que atua na região há mais tempo foi acusada por um dos funcionários indígenas do IPEAX de não cuidar de sua filha que apresentava um quadro de diarreia há alguns dias. Em um final de tarde, todos no Posto Leonardo puderam ouvir os gritos deste pai dizendo que a enfermeira não estava realizando seu trabalho e “*só ficava jogando futebol*” e que “*não tinha responsabilidade*”. O caso exigiu a intervenção do chefe do Posto para evitar que as acusações pudessem chegar a se transformar em agressão e, posteriormente, também no sentido de convencer a enfermeira a permanecer trabalhando no Alto Xingu. Em situação semelhante, o último médico contratado não permaneceu mais do que um mês em área, após ser ameaçado de morte por um índio, dizendo que “*se meu filho morrer eu vou matar você*”. A dificuldade acarretada por estas situações, agravada pela falta de preparo e os problemas enfrentados em função das condições de trabalho acabam sendo responsáveis por grande parte da insatisfação e conseqüentemente da alta rotatividade dos profissionais que afirmam que “se cansam” muito rapidamente do trabalho.

O acompanhamento do trabalho da equipe multidisciplinar permitiu que eu pudesse observar e colher alguns relatos a respeito da visão que estes têm a respeito da população por eles atendida. Os depoimentos dos profissionais mostram a expectativa de uma urgente

transformação dos hábitos a fim de se adequarem aos preceitos (biomédicos) de higiene, ressaltando a participação dos AISs neste processo.

Acho necessário que eles mudem de hábitos.(...) O AIS é índio e não vai deixar de ser índio. Mas ele tem que aprender um pouco. (...) Antes, os índios vinham pedir pra gente dar remédio para o avô, quando o neto é que estava doente. Não podia fazer nada. Hoje já mudou, não fazem mais isso. (Médico que atuava na região até 2006. O grifo é meu).

Este tipo de afirmação demonstra uma clara incompreensão com relação à forma com que são realizados os tratamentos considerando-se a práxis local e a maneira com que os próprios índios integram a prática da biomedicina às concepções tradicionais de doença, tornando-se *parte* do rol de possibilidades de tratamento. Os índios alto-xinguanos possuem uma noção de “grupo de substância” que é ativado toda vez que alguém está doente, como já relatei em momento anterior. Todos aqueles que compartilham substâncias com o doente (sejam elas substâncias corporais como o sangue e o sêmen, ou então substâncias ingeridas, como os alimentos e eméticos), devem se submeter às mesmas restrições alimentares e sexuais impostas ao doente para que o tratamento possa ser eficaz (VIVEIROS DE CASTRO, 1977, 1979). A mesma lógica, portanto, é estendida pelos alto-xinguanos aos tratamentos feitos com a utilização da medicina ocidental e seus medicamentos, que deveriam ser administrados por todo o grupo de substância do doente, contrariando os princípios de medicação previstos pela biomedicina. O fato de os profissionais estabelecerem julgamentos morais a respeito do comportamento e de certos procedimentos terapêuticos acaba interferindo nas relações dos profissionais com os índios e conseqüentemente nas escolhas feitas durante os processos de adoecimento.

Além disso, ao dizer que “o AIS é índio e não vai deixar de ser índio”, se percebe além da expectativa sobre a mudança de hábitos, também a imposição de um modelo da concepção da identidade, característico da “civilização” ocidental, que enxerga os índios como “primitivos” que precisam, portanto, “ser civilizados” através da “aquisição” dos conhecimentos biomédicos ocidentais.

A relação dos profissionais brancos com os pacientes muitas vezes se “estremece” quando há a desconfiança de que a doença não seja “de verdade”, mas “só histeria”⁵³ ou

⁵³ Esta é a forma como são classificados os quadros de pacientes atendidos com crises convulsivas ou então pacientes que chegam desmaiados sem um “motivo aparente”, conforme afirmam os profissionais.

“fingimento”. Quando a filha gestante de uma figura política importante da aldeia Lahatua, etnia Kuikuro, foi levada às pressas por seu pai ao Posto Leonardo, reclamando de complicações com a criança, rapidamente a enfermeira de plantão realizou os exames de praxe a fim de verificar a situação do bebê. Constatando a “inexistência de qualquer problema” e um possível quadro de “histeria”, as discussões começaram. O pai da gestante cobrava dos enfermeiros que a filha fosse retirada imediatamente de avião para Canarana para ser atendida, enquanto que a enfermeira responsável apoiada pelos demais profissionais se recusava a acatar este procedimento, considerando ainda o fato de ser um domingo, o que dificultaria sobremaneira conseguir alguma aeronave para remoção de pacientes sem que houvesse uma emergência comprovada, como era o caso.

Ela está bem. Não tem nada de errado, os batimentos cardíacos do bebê estão bem. Ela sente dor, mas faz três dias que não vai ao banheiro. Já expliquei que é por isso. Já dei um remédio que vai fazer ela ir ao banheiro a dor passa. Ela não precisa ir pra Canarana. (...) Ela é filha do J. Eu não sei o que fazer. Não tem aeronave pra retirá-la, mas se ela ficar aqui o pai dela vai ficar falando, falando... E imagina se acontece alguma coisa com ela aqui! É muito difícil lidar com o J. (Enfermeira).

Em função de o pai da gestante ser uma figura política importante, mas ao mesmo tempo “difícil de lidar” – por não se submeter facilmente às situações que contrariem sua vontade e, ao mesmo tempo ocupar um lugar de prestígio no sistema político local –, após uma longa discussão, os enfermeiros resolveram que a gestante seria levada de “carona” em um avião que partiria no fim da tarde levando uma funcionária da FUNASA que havia acompanhado a campanha de vacinação, até Canarana. Após este evento, retornei à aldeia Kalapalo, voltando ao Posto Leonardo somente dez dias depois. Já na aldeia, ficara sabendo que a gestante havia perdido o bebê em Canarana e estava internada em estado grave em um hospital de Brasília. Sua avó Kalapalo chorava sua morte; todos se referiam ao caso muito tristes, afirmando que ela estava assim por causa de feitiço. Quando do meu retorno ao Pólo, procurei me informar sobre o caso com os enfermeiros, para entender o que tinha acontecido à paciente. Perguntei à enfermeira se ela sabia o que tinha ocorrido e a resposta que me deu foi:

Não sei o que aconteceu. Ela estava bem, chegando lá teve complicações. Perdeu o bebê. Ficou muito mal, mas agora está melhorando. [Mas que bom que ao menos ela estava em Canarana e não aqui no Pólo, afirmei] Pois é. Não sei o que aconteceu. (Enfermeira).

Neste caso os enfermeiros afirmavam que haviam tido “sorte” em mandar a paciente a Canarana, “sem que houvesse necessidade”. Esta “desconfiança” dos profissionais com relação à “veracidade da doença” é comum, havendo muitas piadas a respeito do fato de que os pais trazem seus filhos supostamente doentes para ir a Canarana “comprar biscoito” ou “comer a comida da CASAI”. Não se leva em consideração a exegese nativa a respeito da doença e, como no caso descrito acima, o único diagnóstico aceito como válido é aquele feito pelos enfermeiros e através de procedimentos técnicos específicos.

Os alto-xinguanos, por sua vez, marcam este tipo de postura da equipe como descaso, reforçando constantemente a diferença da situação do trabalho na aldeia com relação à cidade. É possível, neste sentido, estabelecer um parâmetro de comparação com a situação entre os Xoklêng descrita por Dias-Scopel (2005) quando a autora afirma que há uma forte cobrança dos índios para com os profissionais no sentido de que estes “têm que saber trabalhar com índio”. Estas exigências passam a ser entendidas pela autora como “uma espécie de termômetro capaz de justificar uma aceitação ou não do funcionário não-índio por parte da comunidade indígena e, portanto, como ponto a ser levado em consideração na avaliação da qualidade dos serviços que estão sendo prestados” (id., ibid., p. 130).

No Alto Xingu, as expectativas sobre o trabalho da equipe vêm acompanhadas de uma forte pressão no sentido também de uma mudança de atitudes, mas por parte dos profissionais, que devem “aprender a trabalhar no Alto Xingu” o que significa conhecer a cultura e se adequar às demandas locais que podem ser identificadas no depoimento de um auxiliar de enfermagem indígena.

Primeiro ele [médico contratado pelo IPEAX até 2006] era muito difícil. Ele não ia na casa dos pacientes que têm lá no Leonardo e não dava remédio à noite. (...) Ele diz que é médico. Ele atendia paciente do jeito que os médicos atendem na cidade, no hospital. Aí expliquei pra ele que não é assim, aqui é diferente, não é hospital, aqui é o Xingu. Você tem que mudar seu trabalho (...). Ele mudou um pouquinho. Ele nem entrava no rádio. (Auxiliar de Enfermagem Indígena. O destaque é meu).

Este depoimento é extremamente significativo para se perceber a disputa que está em jogo, entre diferentes concepções acerca de “saúde” e dos processos de adoecimento e cura. Ao dizer que o médico “diz que é médico” e “tem que mudar o trabalho”, este auxiliar de enfermagem indígena (teoricamente um representante da biomedicina em sua aldeia) reforça que “ser médico no Xingu é diferente”, ou seja, que a legitimação de seu trabalho mantém relações profundas com sua atuação nos termos dos índios, devendo responder a demandas

específicas que nem sempre condizem com as expectativas da biomedicina. Para ser considerado um médico, ele precisa *se fazer* médico em sua atuação; os profissionais precisam agir de uma forma distinta de quem “trabalha na cidade”⁵⁴ para ter seu trabalho aceito e ter “o apoio necessário para trabalhar”. É uma disputa entre diferentes esquemas lógico-simbólicos relacionados aos processos de saúde/doença, reconhecida e administrada pelos alto-xinguanos em seu cotidiano, mas tomada pelos profissionais como uma questão de “ignorância” e “falta de entendimento”.

Este tipo de posição frente ao trabalho é exigida diariamente dos profissionais não-índios, que são sempre lembrados que o “Xingu não é igual a hospital”, ou seja, que funciona sob uma lógica diferenciada de atendimento, de organização e de hierarquias com relação aos serviços “da cidade”. Neste sentido, é perceptível uma valorização positiva de profissionais que de alguma forma demonstram em suas ações uma maior proximidade com as práticas nativas (e “se tornam mais índios do que os outros”). Durante minha estadia em campo tive um exemplo claro disso, quando uma das enfermeiras teve um aparelho digital de gravação e reprodução de dados roubado, sem que se soubesse por quem, após um dia de trânsito intenso de índios de diversas etnias pelo pólo para uma reunião de lideranças. Sem encontrar o aparelho ou o responsável pelo roubo, a enfermeira, funcionária do IPEAX há mais de três anos e, portanto, com alguma experiência com relação às práticas nativas, recorreu a um renomado pajé da aldeia Kamayura para que ele pudesse lhe dizer onde estava o que ela procurava. Realizou todo o procedimento necessário para que o pajé entrasse em transe e, através dele, pudesse “descobrir o autor do roubo”, inclusive pagando-o com um colar de caramujo, como se faz tradicionalmente. Retornou ao Posto Leonardo algumas horas depois de ter saído para a aldeia, dizendo que sabia quem era o responsável pelo roubo, mas que não o denunciaria. Iria esperar que, durante a noite, o aparelho fosse deixado em frente à sua casa, em um lugar determinado por ela. Na manhã seguinte, como era de se esperar, o aparelho estava no local indicado. A enfermeira me contou depois que o pajé, após o transe, lhe disse não saber quem era o ladrão, mas que sabia que o aparelho ainda se encontrava no Posto Leonardo. No entanto, conhecendo a relação dos índios com os processos de cura e o respeito específico para com este pajé, a enfermeira preferiu dizer a todos que ele havia denunciado o autor do roubo, conseguindo assim o que queria. A partir deste momento, esta enfermeira,

⁵⁴ Me arrisco a dizer que este discurso explicita a idéia de que “é preciso se tornar um pouco índio” para que o trabalho dos profissionais seja legitimado pelos índios (é quase como dizer que “o médico é branco e não vai deixar de ser branco, mas precisa aprender com o índio”). A semelhança com a fala dos profissionais – quando dizem que “o AIS é índio e não vai deixar de ser índio, mas precisa aprender um pouco” – salta aos olhos: dois esquemas simbólicos operando através de arranjos semelhantes, porém havendo a inversão dos símbolos.

cujo trabalho é apreciado pelos índios em função de seu tempo de trabalho no Xingu e da relação próxima que mantém com as pessoas, passou a ser ainda mais bem quista. Um dos AISs expressou seu contentamento me dizendo que “*Foi bom ela ir no pajé. Só ele que pode descobrir quem foi*”. A aceitação da enfermeira (e a conseqüente legitimação de seu trabalho) ocorre na medida em que suas atitudes a aproximam de um “comportamento alto-xinguanos” e não somente por suas qualidades técnicas enquanto enfermeira.

No entanto, casos como este do uso da lógica local por parte dos profissionais são raros de serem observados no Alto Xingu, ocorrendo, na maior parte das vezes, desentendimentos e desconfianças de ambas as partes – seja dos índios com relação aos profissionais não-indígenas ou o inverso. O “descompasso” existente entre profissionais brancos – pautados pelo modelo biomédico e uma determinada forma de atuação profissional – e os índios parece não ser exclusividade do Alto Xingu. Eliana Diehl (2001, p. 173), analisando a situação de saúde entre os Kaingáng em Santa Catarina percebe que

os profissionais de saúde, fortemente impregnados por noções de eficácia e de racionalidade biomédica, sistematicamente ignoram que o comportamento cotidiano dos Kaingáng na busca por atenção à saúde é orientado pelos conhecimentos e normas culturais locais, experiência individual, juntamente com conflitos de poder que intervêm no acesso aos serviços e na distribuição de medicamentos, além das influências políticas e econômicas mais amplas.

Seguindo esta mesma argumentação, é possível notar uma instrumentalização através da “cientificização” do trabalho dos atores da medicina tradicional (sejam pajés ou mesmo demais “especialistas”⁵⁵, raizeiros e parteiras) por parte dos profissionais não-índios. Conversando com o médico que atuava na região até a metade do ano de 2006, me foi relatado um atendimento que reflete esta situação de sobrevalorização da ciência biomédica. O paciente era um bebê recém nascido que chorava incessantemente há algumas noites. O pajé foi chamado pela família para realizar o tratamento, após o qual o bebê apresentou melhoras significativas, deixando de chorar. O médico acompanhou o tratamento e, posteriormente, me disse ter explicado ao AIS que “*o bebê estava com gases e por isso estava chorando tanto. Quando o pajé sopra a barriga dele fazendo massagens, isso alivia a dor. O*

⁵⁵ Utilizo o termo *especialistas* entre aspas, pois os conhecimentos acerca das raízes e ervas são muito disseminados entre os alto-xinguanos de forma geral não existindo propriamente pessoas que detêm para si os conhecimentos, sendo mais propício se falar em distintos graus de conhecimento. O mesmo o corre com as parteiras que, conforme me foi dito, já praticamente não existem “parteiras de verdade”, ou seja, mulheres que conhecem as rezas e raízes utilizadas para facilitar o trabalho de parto. Atualmente são chamadas de “parteiras” as mulheres mais velhas que já tiveram muitos filhos e por isso possuem uma experiência prática no assunto.

remédio teria a mesma função do pajé”. Esta instrumentalização através da “cientificização” do trabalho dos pajés por parte dos profissionais não-índios caracteriza a forma como a articulação da biomedicina com os saberes terapêuticos das diferentes populações tem sido realizada, com base nos parâmetros de eficácia estabelecidos pela biomedicina (BUCHILLET, 1991b). As práticas xamânicas são toleradas pelos profissionais de saúde sendo, entretanto, vistas como “misticismo ineficaz”, cujos resultados, quando aparecem, são vinculados a efeitos psicossomáticos.

O que se observa então é uma convivência complexa entre duas concepções de “saúde” e do que seja um atendimento “com qualidade”. Todas estas questões permitem afirmar que a discussão a respeito da aplicação de uma atenção diferenciada e de uma convivência complementar entre distintos modelos terapêuticos é uma discussão que exige cuidado, criando diversos possíveis questionamentos e paradoxos. O que tentei mostrar até aqui é que os locais que possibilitam um maior contato entre diferentes práticas terapêuticas – os locais de fronteira – tornam-se locais privilegiados para a observação desta relação complexa entre distintas concepções de saúde e também possibilitam o surgimento de “respostas híbridas”, como consequência de uma re-leitura e re-significação das práticas de tratamento e cura, a partir da lógica de pensamento local.

5. A PRÁTICA BIOMÉDICA E A EMSI

Considerando os questionamentos feitos anteriormente a respeito das expectativas em relação à atuação dos profissionais da EMSI, faz-se necessário apresentar de que forma as contradições inerentes a sua função aparecem na prática. Faço então uma apresentação de consultas médicas que acompanhei no Pólo Leonardo, enfocando a postura dos profissionais e sua relação com os pacientes e também do curso de formação de AIsSs, momento privilegiado para se observarem os princípios que regulam a atuação destes profissionais e que estabelecem as bases de suas relações com os AIsSs.

5.1 AS CONSULTAS MÉDICAS

Todo dia é dia de consulta no Posto Leonardo, ainda que seja perceptível uma redução no número de pacientes aos domingos, dia em que o movimento no Pólo é reduzido drasticamente (especialmente também pela ausência dos funcionários indígenas que retornam às suas aldeias). Estes atendimentos são realizados nas salas próprias para tal na UBS e muitas vezes podem ser acompanhadas pelos pacientes “curiosos”, que aguardam no hall de entrada ou pelas janelas que podem ser acessadas pelo lado externo. Somente os atendimentos de pré-natal são realizados com portas e janelas fechadas para garantir a “intimidade”⁵⁶ da gestante.

⁵⁶ Esta noção mesmo de “intimidade” pode ser discutida na medida em que o constrangimento das mulheres que se submetem aos exames de pré-natal ou de coleta de preventivos de câncer de colo de útero parece estar muito mais relacionado ao fato de sua exposição a um “branco” do que propriamente aos “índios curiosos” que acompanham os exames. Este tipo de exame exige um tipo de exposição e de comportamento por parte das mulheres, muitas vezes vistos como desnecessários e pouco confortáveis. Quando tiveram início as campanhas de coleta de exames preventivos, o índice de mulheres que se recusavam a realizá-lo era muito alto, inclusive pelo fato de algumas vezes ser realizado por enfermeiros homens. Atualmente, somente enfermeiras realizam o procedimento e o número de recusas está bem reduzido, mas há uma cobrança das mulheres para que os resultados destes exames sejam divulgados, numa tentativa de se tornar mais compreensível sua eficácia e a necessidade/importância de sua realização.

O primeiro momento do atendimento é a triagem, procedimento padrão feito pelos técnicos de enfermagem ou AISs que estejam de plantão, e que consiste no preenchimento do prontuário dos pacientes (ficha de identificação, com nome, aldeia e casa em que reside) com a queixa principal e informações gerais, como a pressão arterial, peso, altura e temperatura corporal a fim de agilizar os atendimentos dos enfermeiros. Após a triagem, quando necessário (já que alguns procedimentos mais simples são realizados diretamente pelos técnicos de enfermagem) os pacientes são encaminhados para a consulta realizada por um enfermeiro que pode ou não ter um AIS auxiliando na tradução. Quando não há nenhum agente próximo que conheça bem a língua do paciente (lembrando que o Alto Xingu é formado por povos de quatro diferentes troncos lingüísticos), os enfermeiros costumam requisitar a presença de algum outro paciente ou funcionário que possa realizar esta intermediação; muitas vezes as traduções são precárias, mesmo as feitas pelos AISs, dificultando a comunicação dos profissionais com os pacientes e reforçando uma atuação puramente técnica por parte da equipe.

As consultas são visivelmente marcadas pela aferição de sintomas e a conseqüente biologização das doenças, terminando sempre com algum encaminhamento de medicação. Dependendo da gravidade da situação ou da distância da aldeia de origem do paciente, este é liberado para retornar à sua aldeia onde deverá ser acompanhado pelo AIS (que fará a medicação) durante o período de tratamento indicado pelo enfermeiro. No entanto, caso seja necessário, o paciente permanece em observação no Pólo (alojado na CASAI ou em algum outro alojamento improvisado⁵⁷), recebendo acompanhamento diário dos profissionais. Quando necessário, o paciente é encaminhado à CASAI de Canarana para ser atendido na rede regional do SUS.

O uso de medicamentos em larga escala pelos pacientes é motivo de discórdia entre enfermeiros e usuários dos serviços. Estes últimos cobram sempre a medicação, procedimento que, ao contrário, é visto com maus olhos pelos profissionais que afirmam que *“qualquer tossezinha eles já querem remédio. É muito remédio. Acaba com a criança. Antes não era assim”*. Alguns AISs também reproduzem este discurso afirmando o “perigo” que os medicamentos apresentam para a população indígena, conforme “aprenderam no curso”.

⁵⁷ Com a derrubada da CASAI em 2007, os pacientes em tratamento no Pólo estavam sendo alojados em um local totalmente inapropriado para tal: um espaço pequeno e extremamente quente devido às telhas de amianto que dificultava a recuperação especialmente das crianças acometidas por um surto de diarreia, acompanhada de febres altas.

Por isso que a gente conversa com a comunidade. Eu faço palestra de 30 em 30 dias, explicando que medicamento é ruim, não é bom. Cada medicamento tem uma bula, a gente lê. A gente não pode fazer pra qualquer pessoa, qualquer doença. (AIS).

Apesar da resistência, os profissionais acabam cedendo às pressões por medo de “desagradar” e causar constrangimentos que dificultariam sua atuação e suas relações pessoais na área.

A medicação exigida pelos alto-xinguanos e criticada pelos profissionais, se por um lado remete a um processo histórico de implantação de uma medicina curativa e paternalista marcada pela distribuição de medicamentos, por outro lado reforça também a lógica nativa de busca instrumental por tratamentos considerados eficazes no controle dos sintomas. Dois termos Kalapalo que podem ser utilizados para se referir aos médicos e enfermeiros e que traduzem esta relação com os medicamentos são *embuta uhutinho* que significa “aquele que conhece remédio” – seja este remédio a raiz do mato ou o remédio do branco –, ou então *kimbutatene*, que é “aquele que dá o remédio”⁵⁸.

Além disso, no contexto alto-xingano, a capacidade de garantir e controlar o acesso a bens (neste caso os medicamentos) é também uma maneira de se adquirir e legitimar posições de prestígio. Este processo ocorre também em outros agrupamentos indígenas, como explicitam Garnelo e Wright (2001, p. 282), sobre os Baniwa de São Gabriel da Cachoeira.

O consumo de medicamentos deve ser analisado à luz do uso geral de bens industrializados, em processo de consumo de símbolos não apenas de saúde, mas também de padrões ocidentalizantes de comportamento. (...) O manejo de medicamentos pode representar também uma forma de prestígio nas relações comunitárias.

Esta concepção política do uso dos medicamentos cria dificuldades nas relações dos índios com os profissionais de saúde, trazendo à tona mais uma vez os questionamentos feitos a respeito da maneira pela qual a atenção à saúde é pensada por estes diferentes atores. Do ponto de vista dos povos indígenas do Alto Xingu, a aplicação dos projetos e propostas na área da saúde muitas vezes não produz os resultados esperados, agravando os

⁵⁸ Este último termo pode também ser estendido aos AISs.

desentendimentos entre eles e os responsáveis pela gestão e mesmo a equipe de saúde que nem sempre cede às pressões feitas pelos indígenas.

Antes de iniciar a descrição dos atendimentos, é preciso dizer que não tive condições de acompanhar os casos com maior profundidade, nem mesmo tive a chance de conversar com a maior parte dos pacientes, seja devido à pressa que muitos apresentam de retornar às suas aldeias depois das consultas, ou então por serem pacientes com pouca fluência na língua portuguesa, o que me tornava dependente de tradutores nem sempre disponíveis. Por este motivo, torna-se precária a discussão a respeito das escolhas de tratamento por parte dos pacientes ou mesmo sobre os auto-diagnósticos. No entanto, já por estas consultas é possível notar que a busca pela medicina ocidental é fortemente determinada pela necessidade imediata de suprimir sintomas. Na exposição dos atendimentos, escolhi unir os cinco primeiros casos e analisá-los conjuntamente deixando um deles para ser discutido separadamente ao fim, por possuir características específicas que merecem maior atenção.

* * *

Triagem: O procedimento é realizado na sala de atendimento antes de o enfermeiro chegar à UBS. Na sala estão presentes uma técnica de enfermagem, a paciente (uma criança de cerca de nove anos que mora no Pólo) e sua mãe. Antes do início da conversa, a técnica preenche as informações pessoais da paciente no prontuário, afere sua pressão e peso e coloca o termômetro sob o braço da criança. Só então a conversa tem início.

A técnica pergunta pra mãe, chamando-a pelo nome: - M., o que ela está sentindo mesmo?

M.: - Dor no pescoço.

Técnica, ainda para a mãe: - Há quantos dias já está sentindo?

M.: - Há uns três dias. Eu falo pra ela pra passar aqui. Ela está passando *gelol* e diz que melhorou. Ela não quer tomar remédio.

A técnica anota os sintomas no prontuário e pergunta:

T: - E não está tendo febre não né, M.?

M.: - Não.

A técnica confere o termômetro e anota a temperatura no prontuário.

T: - Pode ir com ela pra casa. Aí depois o enfermeiro vai passar medicação e eu levo lá.

M.: - Pode ir?

T: - Pode.

A paciente sai com a mãe. A conversa se encerra e a técnica termina de preencher os dados da triagem no prontuário que posteriormente é passado ao enfermeiro que prescreve uma medicação para o controle da dor. A medicação é administrada pela técnica de enfermagem nos horários determinados pelo enfermeiro.

* * *

Atendimento 1: O atendimento é feito na casa da equipe no Posto Leonardo (é horário de almoço e os profissionais já não estão mais na UBS). Estão presentes no local dois enfermeiros e três técnicos, embora só participe do atendimento um enfermeiro. O paciente é um jovem com uma espinha de peixe na garganta. Já esteve no Pólo três dias antes apresentando os mesmos sintomas, mas foi embora (mesmo sem o consentimento da equipe) dizendo que já teria engolido o espinho. Na aldeia, voltou a sentir dores e retornou ao Pólo acompanhado de seu pai para ser atendido. A consulta tem início. O enfermeiro apalpa o local e tenta visualizar o espinho com o auxílio de uma lanterna, sem sucesso.

Enfermeiro: - Dói?

Paciente: - Sim.

Pai: - Dói o pescoço, aqui também [apontando a região da nuca]. Dói a cabeça também. À noite tem febre.

O enfermeiro, após ouvir a resposta, se dirige ao pai.

Enfermeiro: - E por que o AIS não falou pra mim no rádio? Falei pra você não ir embora [no dia anterior em que esteve lá], senão já teria ido hoje mesmo pra Canarana no barco que foi. Tem que fazer raio-X na CASAI. Eu vou falar com a CASAI. Se tiver vôo aí você vai pra Canarana.

O enfermeiro dispensa o paciente e a consulta se encerra. Posteriormente este enfermeiro preenche uma guia de encaminhamento, bem como o prontuário e realiza os trâmites necessários para retirar o paciente para a cidade. Por não haver aviões disponíveis para o

mesmo dia, o paciente é retirado de barco no dia seguinte junto com seu pai, levando uma solicitação para a CASAI para que fosse realizado um exame de endoscopia.

* * *

Atendimento 2: O atendimento é realizado no consultório da UBS do Pólo. Na sala, a paciente, uma mulher com cerca de oito meses de gravidez que veio fazer o pré-natal, o enfermeiro e eu. A paciente já passou pela triagem e a consulta se inicia.

Enfermeiro: - Está com dor nas costas ainda?

Gestante: – Não.

O enfermeiro fecha a porta da sala e inicia o exame físico com a paciente ainda sentada em uma cadeira em frente à mesa que utiliza para fazer suas anotações. Tenta aferir pressão, mas o aparelho parece não funcionar. Consegue depois de várias tentativas. Anota o resultado no prontuário que está sobre a mesa. Deita paciente na maca e mede altura uterina, faz apalpação na barriga. Pede minha ajuda para auscultar e contar a frequência cardíaca do bebê. Tem dificuldade porque o bebê mexe muito. Após algumas tentativas, o enfermeiro consegue e sorri para a mãe quando isso acontece. Pede à paciente que se sente novamente na cadeira, anota informações no prontuário, faz alguns comentários a respeito da data prevista para o parto e dispensa a paciente.

* * *

Atendimento 3: A consulta tem início na sala de atendimento da UBS do Pólo, onde estão a paciente, uma criança Yawalapiti com cerca de 2 anos que vem acompanhada da mãe e da tia, o enfermeiro e uma técnica de enfermagem . A criança esteve no Pólo três dias antes com a queixa de uma irritação nos olhos e já passou pela triagem. A consulta tem início com o enfermeiro fazendo um exame físico na criança deitada sobre a maca. A mãe diz ao enfermeiro que a criança está chorando muito e está com diarreia. O enfermeiro apalpa seu abdômen.

Enfermeiro se dirige à mãe: - Ela está fazendo pum?

Mãe: - Está.

A mãe retoma a criança no colo e senta na cadeira em frente à mesa utilizada pelo enfermeiro para fazer as anotações.

E: - Está com gases. Ela está com diarreia?

M: - Está.

Enfermeiro preenche o prontuário com as informações colhidas durante o exame. Enquanto isso pede à técnica que acompanha a consulta que busque uma fralda para a criança. Quando retorna, diz:

Técnica: - Põe a fralda no neném. A gente só dá [fralda] quando está com diarreia. Você quer que ajude a colocar a fralda agora?

A mãe responde afirmativamente com a cabeça. Deitando a criança na maca novamente a técnica põe a fralda na criança e, observando a criança diz para o enfermeiro:

T: - Ela está com nariz escorrendo também.

Enfermeiro diz para a mãe: - Pode continuar pingando remedinho no olho.

Técnica também para a mãe: - É você ou o AIS que está pingando?

M: - O AIS.

O enfermeiro preenche prontuário com encaminhamento e diz, se dirigindo à técnica:

E: - Ela está com dor na barriga. Está cheia de gases.

Ta: - Vamos pesar ela.

A criança chora muito enquanto é retirada do colo da mãe e colocada sobre a balança. A mãe a retoma no colo, senta novamente e o enfermeiro apalpa a região do maxilar e ouvidos, procurando por gânglios e ínguas. A criança chora ainda mais e afasta o enfermeiro com as mãos, impedindo a continuação do exame físico. O enfermeiro faz cara de preocupação e diz à técnica:

E: - Vou dar um paracetamolzinho [remédio analgésico] pra dor.

A técnica de enfermagem prepara a medicação a ser administrada. O enfermeiro anota no prontuário o encaminhamento e pede pra mãe levantar com a criança. A técnica administra o remédio na boca da criança com auxílio de uma seringa. A criança chora muito e morde a mãe que tenta acalmá-la.

Enfermeiro para a técnica: - Acho que vou dar bromoprida [medicamento utilizado para o controle de náuseas e vômitos] pra ela. Está vomitando.

A técnica responde: - Ela [a mãe] vai ter que ficar aí [no Pólo] até a criança parar de chorar. Parece que o carro [que levaria os pacientes de volta à aldeia Yawalapiti] está esperando. Mas a gente não sabe o que é.

O enfermeiro retorna à sala de atendimento (a mãe está no hall externo da UBS) e depois de um tempo, volta e entrega um receituário contendo as informações sobre as medicações administradas e o prosseguimento do tratamento para a mãe levar pros AISs da aldeia. A paciente é dispensada e a consulta se encerra.

* * *

Atendimento 4: O atendimento é feito na sala de consultas da UBS do pólo. O paciente é uma criança que está alojada no pólo sendo acompanhada há alguns dias com muita tosse. Quem o traz é sua mãe e por ser uma consulta de retorno não precisa passar pela triagem. O enfermeiro que faz o atendimento é recém contratado e há também um técnico de enfermagem na sala. O paciente e sua mãe sentam na cadeira em frente à mesa utilizada pelo enfermeiro e após preencher as informações necessárias no prontuário a consulta tem início

Enfermeiro pergunta à mãe: - Esse moço está bem?

Mãe: - Está sim. Só está com tosse.

E: - Tosse muito na parte da noite?

M: - Sim.

E: - Falta agora o nebulizador – justificando o encaminhamento feito, uma vez que o nebulizador havia sido levado para Canarana para conserto. Em seguida se dirige ao técnico que o acompanha – Pega uma dimeticona [medicamento utilizado para o controle de cólicas e flatulências] lá.

O enfermeiro retoma o preenchimento do prontuário enquanto o paciente aguarda.

Enfermeiro, avaliando as informações do prontuário diz: - Ele melhorou muito desde o dia que chegou.

Depois de preencher as informações, inicia um exame físico, auscultando o pulmão e o coração da criança. Pede para o técnico chamar o outro enfermeiro (que será referido como enfermeiro 2) que, ao chegar é requisitado para auscultar o pulmão da criança.

Enfermeiro1 para enfermeiro2: - Ele já está há 7 dias e não está tendo resposta. Falta nebulização.

Enfermeiro 2 ausculta o pulmão e diz: - Ele está tomando salbutamol [medicamento broncodilatador]?

E1: - Não, está tomando amoxi [antibiótico]. Salbutamol eu não sabia a dosagem.

E2: - Então coloca de 12 em 12, uns cinco dias, só pra abrir um pouco. Enquanto não tem nebulizador.

Enfermeiro 1 preenche prontuário com estas informações e o enfermeiro 2 se retira da sala. O enfermeiro 1 volta a falar com a mãe:

E: - Se tivesse nebulizador era bom. Assim que chegar coloca ele de novo.

A mãe parece inquieta e pergunta:

M: - Só isso?

E: - Só. Está liberada.

A mãe sai carregando seu filho. A consulta se encerra.

* * *

Todas as consultas apresentadas até este momento possuem algumas características em comum que merecem ser analisadas antes de passar às demais descrições. Pode-se perceber já a princípio, a padronização dos atendimentos realizados quase que mecanicamente pelos profissionais que, através de uma aferição simples de sinais e sintomas, fazem um diagnóstico que leva a um encaminhamento específico.

Os serviços biomédicos são procurados fundamentalmente por mulheres jovens que buscam solução para problemas físicos enfrentados por elas ou seus filhos. As maiores incidências de procura estão relacionadas a casos de gripe, diarreia e contusões ou ferimentos e estão condicionadas a dois fatores principais: a questão da proximidade/distância com

relação ao Pólo – que faz com que a maior parte dos pacientes atendidos sejam provenientes da aldeia Yawalapiti ou do próprio Pólo – e a noção de eficácia ou não deste tipo de tratamento em relação à perturbação existente. Existem casos, por exemplo, que por suas características, exigem primeiramente a procura por um pajé e, somente se necessário o tratamento será feito de forma complementar com medicamentos. Em outros casos considerados “mais simples” ou diagnosticados de imediato como “doença de branco” o tratamento é procurado diretamente junto à EMSI. No entanto, definir “que tipo de doença é”, e qual o encaminhamento a ser feito não está diretamente relacionado ao tipo de sintoma apresentado, mas sim à contextualização deste processo de adoecimento em seus diversos níveis causais.

Na maior parte dos casos, portanto, quando do aparecimento de sintomas como dores localizadas pelo corpo, tosse, dores de cabeça, caracterizados como “doenças físicas à toa” (VERANI, 1991) não ocorre uma maior preocupação por parte dos índios, que buscam remédios oferecidos na UBS da aldeia, com a finalidade de aliviar os sintomas. Todavia, caso os sintomas persistam ou se agravem, torna-se indispensável o diagnóstico de um pajé, buscando-se a causalidade em outro nível explicativo. Este processo de avaliação e de escolha do tratamento mais adequado é realizado constantemente durante o período de adoecimento, podendo haver a necessidade de se rever a opção feita quantas vezes isso for necessário até que se restabeleça a situação de “saúde”. A diferença que se estabelece, então entre um e outro sistema terapêutico (o sistema “branco” e o “indígena”) está no nível das explicações causais em que se busca a etiologia da doença, podendo variar em três diferentes níveis: a causalidade instrumental, ou os meios e mecanismos de produção da doença; a causalidade eficaz, que remete ao agente causador da doença e, por fim, a causalidade última, que é a tentativa de reconstrução da origem da doença, remetendo ao domínio sociocultural (BUCHILLET, 1991a, LANGDON, 1994). A medicina ocidental é, em grande medida, utilizada pelos alto-xinguanos no nível da causalidade instrumental, atuando não sobre as causas efetivas da doença, mas sobre seus efeitos, sobre os *sintomas* estando sua procura fortemente marcada por uma utilização instrumental dos medicamentos.

Estas consultas apresentam ainda outros elementos importantes a serem elencados. O tempo médio destes atendimentos não foi superior a 15 minutos, e isso, somado aos procedimentos realizados, permite afirmar que os enfermeiros e técnicos têm sua prática baseada na afecção de sintomas, agravado pelo fato de algumas consultas serem feitas sem um tradutor. O fato de os profissionais muitas vezes não fornecerem um diagnóstico a respeito do

acontecimento ou mesmo explicações etiológicas também é recorrente, havendo momentos em que se nota a reivindicação por parte dos pacientes e seus familiares no sentido de que estes diagnósticos sejam informados (isso aparece também nos casos que transcrevo a seguir). Este tipo de procedimento, característico das ações dos profissionais da biomedicina que buscam desta forma estabelecer uma relação de autoridade sobre os diagnósticos e os pacientes é questionado pela população alto-xinguana que procura nos tratamentos esta explicação.

Neste sentido, pode-se perceber as dificuldades enfrentadas por ambas as partes, que estão relacionadas a uma questão de comunicação entendida em seu sentido mais amplo, ou seja, de atribuição de sentidos e significados às situações vivenciadas.

* * *

Atendimento 5: Realizado na sala de consultas da UBS do Pólo. A paciente é uma mulher que mora no Posto e vem acompanhada de seu esposo, funcionário da FUNAI e uma criança de colo. Quem inicia o atendimento é um técnico de enfermagem, até a chegada de um enfermeiro no local. A consulta tem início.

Técnico se dirige à paciente: - Prossiga.

Paciente: - Não, meu braço que está roxo.

T: - Todo o braço? Só o direito ou os dois?

P: - Os dois.

Marido: - Você viu? Está até roxo. Ela ficou assim faz tempo já. Eu não sei, quase um ano. Tudinho nas coxas sai essas manchas pretas aqui. Ela adoeceu, aí depois ela não ficou boa.

T: - Mas sempre dói ou está doendo mais agora esses tempos?

P: - Sempre dói também.

O marido reforça:- Sempre dói. Ela fala que fica inchando e pulsando mesmo.

Técnico, consultando os prontuários antigos da paciente pergunta: - Ela já fez exame. O que falou a doutora?

M: - Ela fez hemograma e o resultado só deu mesmo anemia.

O técnico inicia um exame físico. Afere pressão e anota as informações no prontuário aberto por ele nesta consulta. Brinca com a criança que está no colo da mãe. Neste momento chega o enfermeiro.

Técnico para o enfermeiro: - Ela tem dores constantes, tem manchas no braço direito. Pelo corpo também.

O enfermeiro analisa os prontuários antigos.

M: - Tem vezes que ela fica com a perna cheia assim, um dois três, quatro. Tudo mancha.

Técnico faz uma brincadeira a respeito da relação do casal. Todos riem.

M: - E ela fala que dói, dói, fica inchado e pulsando assim.

T: - Mas agora dessa vez apareceu pouco também, né?

M: - Você lembra quando ela teve aquele problema né? Depois ela nunca mais ficou boa, com esse nenê. Mesmo que ela tratou. – o marido faz referência a um problema que a paciente teve durante sua última gravidez, quando foi constatado um quadro de anemia.

Enfermeiro: - Você não bateu nada não?

M: - Não bateu não.

E: - Mas no caso dela dói demais, né?

M: - Dói.

E: - Onde é que é?

M: - No braço.

E: - Deixa eu ver.

Faz um exame, acompanhado do técnico e, após analisar novamente os prontuários antigos pergunta.

E: - Você tem cisto?

A paciente responde afirmativamente.

Marido: - Esse caroço aqui – aponta para a nuca da esposa – E esse às vezes dói, dói. Que chega às vezes a doer o rosto, a nuca. Ela não agüenta não. Muita dor. Já vem de família, o pai tem, mãe tem, filhinho tem. Só que o dela cresceu muito e quando dói fica ruim. Esse aqui

tem que tirar. Inclusive já tem encaminhamento. Pro ano que vem agora. Eu pedi pro ano que vem. Final de dezembro, você sabe como que é, eu sei como que é na CASAI. Pára tudo.

E: - E o roxo começou quando?

M: - Começou hoje. Ela fica assim uns dias depois passa. E depois demora pra voltar de novo.

Enfermeiro pede pra paciente se pesar e enquanto isso brinca com o bebê.

M: - Lá na CASAI eu falei com a Dra. V.

E: - Você falou?

M: - Eu falei.

E: - E ela?

M: - Eu não sei. Ela só anotava lá e passava depois pra mim.

E: - Ela precisa ir pra Canarana agora.

M: - Mas agora não adianta. Deixa pra janeiro, não sei.

E: - E ela tem problema nas juntas?

M: - Ela tem problema nas juntas, reumatismo.

E: - Ela foi no médico?

M: - Teve um médico que falou. Mas isso já faz muito tempo. Era lá do sul. Ele foi o único que falou que era reumatismo. O resto examinava, examinava e nada. Ele chegou, olhou e falou que era problema porque trabalha muito, que aí a pessoa com mais idade, começa a acontecer. E aí tem um só remedinho pra dor e agüentar.

Enfermeiro diz em tom de brincadeira: - Tem que parar de ralar. De ralar mandioca.

M: - Não pode. Faz tempo, índio não tinha essas coisas. Hoje começou. Não tinha isso aqui. Você pode ver uma mulher bem de idade, forte, carregando peso. Não tem dor de ossos. Hoje não, hoje nós somos tudo... Não agüenta mais, fraquinho. Qualquer coisinha...

O enfermeiro preenche o prontuário e enquanto isso a conversa que se mantém é descontraída, sobre o jogo de futebol que acontecerá no Pólo. Após este tempo o enfermeiro retoma a conversa, se dirigindo ao marido.

E: - Eu vou fazer encaminhamento pra ela...

M: - Mas aí tem que fazer encaminhamento pro ano que vem. Se for pra esse ano eu não vou.

A paciente diz alguma coisa pro marido que traduz.

M: - E ela lembrou agora que está com a cabeça toda coçando, cheio de casquinha, perguntou se tem xampu aqui pra isso.

O técnico responde que acabou.

O enfermeiro termina de preencher o prontuário e a ficha de encaminhamento. Diz para o marido.

E: - Você vai fazer medicação. 2 horas, 22 horas...

M: - O que, duas horas?

E: - Isso, duas horas, dez da noite e seis da manhã.

O técnico de enfermagem sai para buscar a medicação que entrega para o marido. Antes do fim da consulta ainda pergunta mais uma vez para o marido se ele se encarregaria de administrar a medicação nos horários indicados. O marido responde que sim e sai com a paciente e a criança. A consulta se encerra.

* * *

Deixei este atendimento por último por considerar que merece uma atenção especial devido a alguns aspectos que apresenta. Pode-se perceber inicialmente o fato que já ressaltai a respeito das razões que levam os pacientes a procurar os serviços biomédicos, a necessidade de solucionar questões diagnosticadas como “doença de branco” e o fato de esta família morar no próprio Pólo Leonardo. O diagnóstico feito por algum médico em um momento anterior foi de anemia, além do reumatismo, sendo que nenhuma destas duas questões conseguiu ser solucionada, havendo constantemente o retorno dos sintomas que é fator que leva à procura pelo enfermeiro. Além desta questão, a atitude do marido da paciente sobre o encaminhamento da mulher também merece destaque por impor ao enfermeiro sua vontade, contrariando a necessidade de um “encaminhamento rápido” conforme pretendia o enfermeiro orientado pela lógica tecnicista que considera que quanto antes é feito o diagnóstico e iniciado o tratamento, mais eficaz ele deve ser. Se por um lado isso representa a adaptação de procedimentos biomédicos a uma lógica nativa, por outro lado a recusa também se dá em função da “lentidão” com que são resolvidos os casos “quando é final de ano”, fazendo com

que a qualidade dos serviços prestados torne-se (mais) precária e sujeita a críticas por parte dos usuários durante este período.

Outra questão que aparece na fala do marido é a referência feita ao fato de o contato com doenças antes “desconhecidas” tornar as pessoas mais fracas e suscetíveis a tais acometimentos. Ao evocar esta noção de “fraqueza”, este índio remete à concepção nativa de corporalidade e faz equivaler “força” a “saúde”, na medida em que uma pessoa “sadia” é também uma pessoa “forte e bonita” pra os alto-xinguanos que mantêm práticas “profiláticas” como a arranhação e a ingestão de eméticos que fortalecem o corpo. Neste sentido, a explicação de um AIS sobre o que é saúde é significativa:

Este homem não está doente, não está com doença, ele está com saúde. O corpo dele está todo arranhado para que ele possa ficar sempre sadio. Ele está pronto para dançar na festa. Porque ele tem um corpo forte, está bem alimentado (boa comida). Uma pessoa que tem uma boa saúde pratica esporte como: lutar, trabalhar e jogar bola. (AIS; BERTANHA, 2007).

Enquanto à saúde equivale a força, a fraqueza equivale ao adoecimento, decorrente de acordo com a fala do marido da paciente, do contato com os brancos e com “doenças antes desconhecidas” pelos índios. Ao fazer equivaler a situação de contato ao enfraquecimento e ao adoecimento, este índio também determina que a necessidade da procura pelos serviços biomédicos está condicionada em grande medida, a casos que sejam diagnosticados como “doença de branco”, ou seja, as “doenças que eram desconhecidas” e foram “trazidas” pelos não-índios já nos primeiros contatos que tiveram com os alto-xinguanos e que, desta forma, só podem ser resolvidas pelos próprios não-índios e suas técnicas de tratamento e cura.

Finalmente, retomo uma questão já levantada anteriormente, mas que aparece neste atendimento, ainda que em tom de brincadeira neste caso, que é a necessidade de mudança de hábitos não só de higiene – como mostrei anteriormente – mas também de ritmo de trabalho. O diagnóstico de reumatismo desta paciente implicava, na lógica biomédica do enfermeiro, em um encaminhamento que solucionasse a questão: parar de ralar mandioca. Ainda que neste caso a intenção do enfermeiro não fosse “real” – ele reconhece a impossibilidade de se interromper esta tarefa pelo fato de o beiju representar a base da alimentação diária dos alto-xinguanos – muitas vezes as recomendações feitas aos pacientes possuem este caráter

“impositivo”, baseado em uma lógica exógena e que muitas vezes contraria as possibilidades e mesmo a lógica de tratamento nativa⁵⁹.

Após estas considerações, é possível afirmar que os atendimentos aqui reproduzidos só reforçam o argumento de que a atuação da equipe de saúde está pautada nos preceitos da medicina ocidental, não existindo uma efetiva “complementaridade terapêutica” por parte destes profissionais. Esta complementaridade, todavia, é freqüentemente evocada e praticada pelos alto-xinguanos na procura por tratamentos eficazes, em conformidade com o diagnóstico realizado no ambiente familiar, e que leva em consideração, portanto, as diversas opções etiológicas e de tratamento, conforme também se observa no caso que transcrevo a seguir, ocorrido na aldeia Kalapalo durante o acompanhamento de uma gestante em trabalho de parto. Estávamos no Posto Leonardo quando um dos AIS da aldeia Kalapalo chamou os enfermeiros pelo rádio para um atendimento de emergência na aldeia. O caso era de uma parturiente em sua primeira gravidez, que já estava a muitas horas em trabalho de parto, acompanhada por parteiras, mas a situação parecia se complicar, pois o parto não se efetivava. Após o chamado, uma enfermeira e uma técnica se dirigiram à aldeia, chegando lá cerca de uma hora e meia depois do contato feito pelo rádio. As mulheres Kalapalo autorizaram minha permanência no local onde a parturiente se encontrava, rodeada por uma dezena de outras mulheres (todas já “experientes”, pois já tiveram seus próprios filhos), além de dois dos Agentes de saúde da aldeia. A parturiente estava deitada em sua rede e parecia muito cansada. As mulheres ao seu redor buscavam deixá-la o mais confortável possível, estimulando para que fizesse a força necessária quando começavam as contrações. Os AIS faziam a intermediação entre as mulheres Kalapalo e as profissionais de saúde, traduzindo suas queixas e o que esperavam que as profissionais fizessem ali. A enfermeira assumiu o a frente do trabalho realizando um exame de toque para saber a situação do bebê e se haveria a necessidade de remover a parturiente para a cidade em alguma aeronave. Após esta intervenção, percebendo que apesar da demora o parto se desenrolaria naturalmente, as profissionais foram praticamente ignoradas pelo grupo de mulheres que auxiliavam a parturiente, dando a impressão que sua presença não havia sido requisitada. Todavia, com o desenrolar de mais algumas horas, as mulheres, ainda preocupadas e também cansadas, pediram à enfermeira (com a tradução de um dos AIS) que fizesse outro exame de toque para

⁵⁹ A questão da alimentação é interessante para se pensar esta relação. Para os profissionais da medicina ocidental é fundamental que o paciente se alimente bem e de forma variada a fim de recuperar “a saúde”. No entanto, para os alto-xinguanos, o período de adoecimento exige que se cumpra uma série de restrições alimentares – especialmente quando se trata de “doença de espírito”, havendo a necessidade de agradá-lo com alimentos “que ele gosta” e devendo o paciente se abster de “alimentos que podem desagradar” ao espírito.

saber a situação em que se encontrava o bebê, sendo informadas pela enfermeira que o momento do parto já se aproximava. Mais cerca de uma hora decorreu até que o parto tivesse início. Nesse momento a enfermeira assumiu novamente a situação tomando o lugar de uma das mulheres que estava sentada próxima à parturiente, ao mesmo tempo em que a mãe desta administrava um composto de ervas na região do períneo de sua filha a fim de auxiliar no nascimento da criança. A situação continuou complexa ainda depois de o parto ter se iniciado. Por ser o primeiro filho, o períneo da parturiente não apresentava dilatação suficiente para que o parto acontecesse. A enfermeira pediu autorização às mulheres para fazer um pequeno corte no períneo que facilitaria a passagem da criança, pedido este que lhe foi negado. As mulheres diziam que o corte provocaria muita dor e sangramento e que por isso não deveria ser feito. Meia hora depois, ainda sem sucesso no nascimento, a enfermeira – através de uma intervenção hierárquica, marcando seu “saber” – fez o corte que havia previsto, mesmo sem a autorização das mulheres presentes, o que deu fim a um trabalho de parto que durou cerca de 12 horas.

Nesta situação, a noção de hierarquia aparece como ferramenta analítica privilegiada para se compreender de que forma se estabelecem as relações entre os profissionais brancos e os especialistas tradicionais e entre as distintas opções terapêuticas feitas pelos alto-xinguanos. Percebe-se que existem duas autoridades distintas, reconhecidas pelos indígenas no momento da escolha dos tratamentos: os profissionais brancos – neste caso específico, as enfermeiras – e os especialistas tradicionais, através da figura das parteiras. Apesar de ambos participarem conjuntamente deste evento em específico, é possível notar que as posições que ocupam no sistema classificatório local são distintas. No início do trabalho, as parteiras são chamadas a intervir com suas rezas e seus conhecimentos específicos considerados eficazes na solução de outras situações semelhantes. Todavia, na medida em que o problema não se resolve, prolongando-se o trabalho de parto por um período superior ao esperado, faz-se uma avaliação do tratamento levado em curso até o momento, possibilitando que um novo diagnóstico seja feito sendo exigida a presença dos profissionais brancos no local. Porém, a atuação dos profissionais brancos também não está isenta de reavaliações – na medida em que envolve outros elementos que fazem referência às concepções nativas de corpo, saúde e de “fabricação dos corpos” (VIVEIROS DE CASTRO, 1979) – quando, por exemplo, as enfermeiras requisitam que seja feito um corte no períneo da parturiente. A simples proposição do corte pela enfermeira, possibilitando o surgimento de dor e de sangramento, remete novamente ao pensamento indígena a respeito da corporalidade e da relação entre os

fluidos corporais (neste caso o sangue) no processo de formação e desenvolvimento dos corpos, podendo inclusive tal fato atuar negativamente sobre o bebê. Neste momento volta à tona os conhecimentos tradicionais das parteiras que impedem o procedimento de corte, ao menos em um primeiro momento. Por fim, a lógica biomédica volta à cena com a interferência (forçada) sendo feita pela enfermeira, à revelia das reclamações feitas pelas mulheres indígenas que acompanhavam o parto.

Analisando este caso percebe-se então a possibilidade que se abre aos índios de utilização conjunta dos diferentes sistemas médico-terapêuticos que se encontram disponíveis, através da avaliação da eficácia de cada um deles em momentos específicos do processo de solução dos males e das enfermidades. Percebe-se também, todavia, que esta possibilidade múltipla de escolhas e de interferências é mediada por princípios hierárquicos, culminando, neste caso, com uma ação impositiva por parte da enfermeira, marcando a hierarquização feita também pelos profissionais pautados por princípios biomédicos.

Os alto-xinguanos incorporam, portanto, em alguma medida as intervenções biomédicas, assim como alguns diagnósticos feitos sobre estas doenças mas, no entanto, de forma geral, estas incorporações estão sujeitas a re-significações de acordo com os esquemas lógico-simbólicos nativos que privilegiam explicações etiológicas em outros níveis distintos daqueles utilizados nos diagnósticos biomédicos.

Cabe discutir então, até que ponto é realmente possível conciliar os procedimentos biomédicos com as terapêuticas tradicionais como se propõe nas políticas públicas através da formulação de um princípio vago e pouco definido do que seja a “atenção diferenciada”. Até o momento, o que se percebe é a existência de profissionais cuja atuação está pautada em preceitos da medicina ocidental, e que muitas vezes são mal preparados para o trabalho específico com populações indígenas. Neste sentido, a assimilação de determinadas práticas nativas somente é feita na medida em que isso possa responder a situações imediatas – como foi o caso da enfermeira que recorreu ao pajé para solucionar um roubo – ou então quando as práticas podem ser assimiladas à lógica científica biomédica – quando afirmam que “o pajé funciona igual remédio”. Não pretendo desqualificar a atuação da equipe que, muito pelo contrário, tem sido de fundamental importância para a melhoria e o controle de situações endêmicas e epidêmicas na região há alguns anos. O que pretendo discutir aqui é o *modelo* de atuação proposto pelas agências governamentais que nem sempre é passível de ser colocado em prática, já que se trata na verdade, de uma relação muito mais sutil entre dois esquemas

etiológicos e explicativos impossibilitados de se tornarem complementares tendo como fundamento os princípios biomédicos.

5.2 O CURSO DE FORMAÇÃO DE AISS

A formação de Agentes Indígenas de Saúde no Xingu se iniciou há vários anos, através da atuação da então Escola Paulista de Medicina/EPM, atual UNIFESP, entidade responsável pelo atendimento de saúde na região até o ano de 2004. A atuação desta Universidade trouxe elementos inovadores para os serviços de saúde, especialmente no que diz respeito à formação técnica de indígenas para atuarem como agentes de saúde, processo este que teve início já na década de 1980, culminando na formação dos Auxiliares Indígenas de Enfermagem em meados da década de 1990⁶⁰.

Todavia, após a saída da UNIFESP da região do Alto Xingu quem assume a responsabilidade pelo curso de formação de AISs é a FUNASA, através do DSEI Xingu. A formação por que passam os agentes atualmente, teve início no ano de 2006 e está previsto que se encerre em meados de 2009, conforme acordo realizado entre o DSEI e a Secretaria Estadual de Educação do Estado do Mato Grosso, que irá aproveitar os próximos módulos para regularizar a formação escolar dos AISs, através da aplicação de conteúdos do Ensino Fundamental.

O curso de formação foi inicialmente programado para atender 35 AISs das diferentes etnias que compõem o Alto Xingu, mas conta hoje com 53 Agentes de Saúde regularmente matriculados, além de outros dois que acompanharam o último módulo na qualidade de ouvintes. Este aumento considerável na quantidade de AISs do início do curso até hoje pode ser explicado por algumas questões: o fato de ter sido acordado entre o IPEAX e o Conselho Local de Saúde que só seriam contratados AISs que estivessem acompanhando o curso de formação desde o início. Além disso, o aumento do número de aldeamentos na região nos últimos anos devido a desmembramentos de aldeias maiores aumentou conseqüentemente a

⁶⁰ Sobre a formação de auxiliares indígenas de enfermagem neste período, cf. Mendonça, 1996, 2005.

demanda por novos AISs nestas aldeias surgidas – o que concorda com o argumentado na seção anterior a respeito das disputas políticas que envolvem a posição destes agentes enquanto fonte de acesso a bens e enquanto cargo assalariado, havendo pressões constantes para contratação de novos AISs.

Até a presente data já ocorreram quatro dos sete módulos previstos⁶¹. Este curso modular é uma proposição da FUNASA em seu projeto nacional de formação de Agentes Indígenas de Saúde “enfocando a promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos de maior impacto epidemiológico entre os povos indígenas” (BRASIL, 2005), e tem como objetivo norteador “(...) uma estratégia que visa favorecer a apropriação pelos indígenas de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar no acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não” (BRASIL, 2002).

Todavia, esta programação de conteúdos não prevê distinções relativas, por exemplo, às diferenças existentes nas condições sanitárias e de saúde existentes entre as diversas populações indígenas espalhadas ao longo do território nacional, desconsiderando também as necessidades específicas de atuação dos AISs nos atendimentos primários, relativas às distintas condições de trabalho. No Alto Xingu, por exemplo, os AISs acabam sendo obrigados a realizar tarefas que não seriam de sua competência, de acordo com as previsões legais a respeito de sua atuação – e que, portanto não constam na programação dos cursos prevista pela FUNASA – em função da ausência de profissionais nas aldeias para supervisionar seus trabalhos. Em decorrência desta especificidade do trabalho nesta região, os módulos do curso contam com conteúdos “extras”, que são considerados fundamentais pelos profissionais responsáveis pela formação e pelos atendimentos. Após os três primeiros módulos, os instrutores do curso enviaram ao MEC um material produzido com um compêndio dos conteúdos trabalhados nos três primeiros módulos para que fosse publicado em forma de livro ou apostila. A resposta, no entanto, foi negativa exatamente devido à constatação de que os conteúdos desenvolvidos “não condizem com a atuação dos AISs”. Uma das representantes do MEC que discutiu esta questão com o DSEI e com os AISs afirmou que

⁶¹ No modelo previsto pela FUNASA, existem seis módulos. Neste caso, o sétimo módulo está previsto para completar a carga horária e de disciplinas necessárias para a formação dos AISs em nível fundamental.

O MEC achou o livro muito técnico, com as palavras muito difíceis. Porque o AIS, o trabalho dele, não é o que está naquele livro. Aquele livro é mais pra consulta, é mais pra leitura, pra vocês aprenderem mais. Mas não está escrito o trabalho de vocês. Igual assim, o que é uma visita domiciliar ‘visita domiciliar é isso, pega ficha de saúde bucal, faz ficha da família...’. Assim eles pensavam que era o livro. Mas esse livro está um livro mais técnico. (Representante do MEC enviada ao Xingu para discutir o material produzido com os AISs).

Apesar das recomendações do MEC, estes conteúdos continuam sendo trabalhados e os profissionais responsáveis pelo curso argumentam que esta formação técnica é necessária para a realidade do Alto Xingu e os próprios AISs requisitam esta formação, na medida em que, muitos deles pretendem continuar a formação através de cursos técnicos depois do término destes módulos. No entanto, pode-se perceber que há uma sobrevalorização do conhecimento técnico que faz com que os profissionais (inclusive os AISs) deixem de reconhecer e ressaltar a importância das tarefas pré-estabelecidas para a função de AIS, consideradas “superficiais” e “muito básicas” – e que, no entanto seriam fundamentais para se cumprir com os princípios de atenção diferenciada.

Se eu fosse passar só as funções do AIS, do Agente indígena de saúde, que é só o básico, do básico, que é o básico que vocês têm que saber, eu acho pouco. Por quê? Na nossa realidade vocês estão lá na aldeia de vocês, a maioria do tempo sozinhos. Não têm supervisão, não tem alguém direto lá acompanhando vocês. Então vocês são o elo entre nós, e é quem cuida diretamente da saúde do povo de vocês (...) Então, além, de fazer as coisas básicas que vocês têm que fazer, vocês têm que saber um pouco (...) Na realidade que eu vejo vocês aqui. Se tivesse alguém, se tivesse lá um auxiliar, um técnico de enfermagem que ficasse lá na aldeia, ou se a gente ficasse mais tempo com vocês, vocês não teriam que saber tanto. O básico, do básico, do básico estava de bom tamanho. (...) Vocês fazem coisas de auxiliar de enfermagem (...) e essa nem é a obrigação de vocês, vocês não tinham nem que saber, mas como a nossa realidade é muito diferente das demais, a gente acaba capacitando vocês. (Enfermeira da EMSI e instrutora do curso de formação de AISs).

Como se percebe neste tipo de discurso proferido pelos profissionais, para além de uma efetiva necessidade de atuação técnica, há uma desvalorização evidente do papel do AIS enquanto um *mediador* de saberes, tornando-se somente um *transmissor* dos conhecimentos biomédicos às comunidades a que pertencem. E esta questão fica clara quando se observa os conteúdos transmitidos nestes cursos e a valorização de um projeto pedagógico que coloca o AISs no papel de multiplicadores, devendo atuar como “promotores da informação e da educação em saúde” (CARDOSO, 2004b, p. 202). Antes de mais nada, quero deixar claro que, as críticas e comentários que teço neste espaço não têm a intenção de desvalorizar ou

desmerecer o trabalho e o esforço dos profissionais que atuam no Alto Xingu. O que pretendo mostrar são as incongruências presentes no modelo de aplicação de uma saúde diferenciada e suas implicações práticas, tomando como exemplo o caso alto-xinguano.

5.2.1 *Sobre os conteúdos: corpo, saúde e doença*

Com relação aos conteúdos transmitidos e trabalhados, percebe-se que o enfoque destes cursos está nas questões voltadas para a *prevenção* de doenças, baseada especialmente na necessidade de mudanças de hábitos de higiene e cuidado, de acordo com os princípios biomédicos de cuidados de saúde, tornando ainda mais complexa a possibilidade de uma “convivência complementar” entre diferentes esquemas lógicos de significação, proposta pela legislação referente à saúde indígena, bem como a efetiva participação dos AISs na elaboração dos conteúdos ou na construção dos conhecimentos como se pretende. Ao proporem esta ênfase, os profissionais não-indígenas responsáveis pelo curso deixam de considerar os procedimentos terapêuticos tradicionais que explicam o adoecimento através de questões outras que não envolvem e até mesmo impossibilitam a aplicação desta noção de prevenção. Faço referência então, mais uma vez à existência de uma convivência complexa entre duas distintas concepções de saúde e dos processos de adoecimento, uma veiculada pelos representantes da medicina ocidental e que é vagamente evocada pelos AISs em determinadas situações (por exemplo, ao afirmarem a “despreocupação com a saúde”) e as concepções nativas referentes a estes processos e que estão relacionadas ao sistema sócio-cosmológico alto-xinguano. Apresento alguns trechos que constam no “livro dos AISs” e que já de imediato servem para se pensar de que forma instrutores e AISs equacionam a convivência entre distintos esquemas lógico-simbólicos a respeito das noções de corpo, saúde e doença.

Logo no início do capítulo do livro cujo tema são os “conceitos de saúde/doença” aparece a seguinte definição (provavelmente retirada de algum dicionário, mas com alguns complementos feitos pelos próprios instrutores):

Doença: moléstia, enfermidade. Estado de desequilíbrio funcional do organismo. Alterações no organismo. A doença está relacionada com as precárias condições de vida da população, como moradia, alimentação, educação, assistência a saúde, saneamento básico e lazer. A falta de casa, comida e educação adequadas, a higiene deficiente e a ausência de saneamento levam à debilidade orgânica e conseqüentemente predis põe a população às infecções, à alta mortalidade infantil e a um desenvolvimento físico e mental deficiente. As comunidades não têm saúde quando falta comida, se a água ficar poluída, se diminui o território, se falta remédio e então começam a aparecer as doenças. Existem doenças que podem atingir apenas uma pessoa como, por exemplo: dor no dente, pressão alta, reumatismo e outras. Outras doenças podem atingir toda a comunidade, como por exemplo: gripe, malária, DST, dengue e outras. (AIS; BERTANHA, 2007).

Este trecho por si só apresenta diversos elementos a respeito da forma pela qual os conhecimentos são trabalhados junto aos AISs durante o curso e em que medida há uma complementarização ou mesmo uma problematização dos temas abordados sob o viés da biomedicina. Isso fica claro, por exemplo, quando se observa o equacionamento feito inicialmente entre doença e um “desequilíbrio funcional do organismo”, característica do saber biomédico. O espaço que existe para uma possível “complementarização” de saberes através da apresentação de textos dos próprios AISs apresenta-se de forma enviesada na medida em que o questionamento sobre “o que é doença” só é feito a eles posteriormente às explicações etiológicas dos instrutores, sendo feita a marcação diferencial entre “as doenças de antigamente” que poderiam ser tratadas de acordo com a terapêutica tradicional e “as doenças de hoje em dia” que exigiriam a intervenção de profissionais biomédicos e, mais do que isso, a adoção de hábitos de cuidado e higiene “adequados”, conforme parâmetros definidos neste modelo. Então o que se observa é, em grande medida, a reprodução deste mesmo discurso pelos AISs sobre “a doença” conforme se observa no trecho a seguir:

A doença como: diarréia, malária, pneumonia, escabiose, catapora, sarampo, verminose, etc. Antigamente somente havia doenças dos índios como: conjuntivite, dor de dente, abscessos, sarampo, catapora, dor de cabeça, hepatite, principalmente doença espiritual e dor de coluna. Atualmente tem várias doenças como: diarréia, gripe, pneumonia, tuberculose, malária, desnutrição, DST, HIV, amigdalite, escabiose, leishmaniose, anemia, hipertensão arterial. (id., ibid.).

Todavia, um dos textos escrito por um AIS sobre o que é doença chama a atenção por apresentar elementos que buscam relacionar os dois sistemas etiológicos e de tratamento:

Este homem não está doente, não está com doença, ele está com saúde. O corpo dele está todo arranhado para que ele possa ficar sempre sadio. Ele está pronto para dançar na festa. Porque ele tem um corpo forte, está bem alimentado (boa comida).

Uma pessoa que tem uma boa saúde pratica esporte como: lutar, trabalhar e jogar bola. (id., ibid.).

Este AIS ao definir a saúde como “força” remete à concepção nativa de corporalidade que, conforme apresentei anteriormente, pode ser representada equacionando-se os seguintes termos:

Saúde:força:beleza :: Doença:fraqueza:decrepitude

De acordo com esta concepção de doença, para se “ter saúde” é necessário, portanto, garantir a força através de um processo de fabricação corpo por meio da manipulação de fluidos corporais como o sangue e o sêmen, além da ingestão de alimentos e eméticos especialmente durante os períodos de reclusão – que incluem tanto a reclusão pubertária quanto o período de couvade (VIVEIROS DE CASTRO, 1979). No período de reclusão pubertária os jovens permanecem por um longo período afastados da convivência social, e devem se abster de sexo, se submeter a uma dieta específica de alimentos ditos “insossos” – não se come sal, pimenta qualquer coisa doce e alguns tipos de peixe moqueado –, além de sessões de arranhação com dentes de peixe-cachorra e a ingestão de eméticos que ajudam a fortalecer o corpo e, portanto, “deixá-lo saudável”.

Dos nossos costumes, quando o pai a mãe da criança come comidas pesada, que não deveria comer, a criança pode pegar a diarreia, por isso que nos temos que evitar isso.

Também falar com a comunidade para limpar a casa, manter as comidas com cuidado e tampadas, por que tem insetos que levam microorganismos em cima das nossas comidas. Se a criança se alimentar com comida contaminada pode causar problemas de diarreia. Por isso nos temos colocar comida ou mingau tampado em cima do jirau. (id., ibid.).

Neste último trecho que representa a definição de doença para outro AIS, também se equacionam elementos de um e outro esquema simbólico, sugerindo que se tenha cuidado com a alimentação “pesada” que pode causar o adoecimento do filho – remetendo à etiologia nativa – e recomendando ao mesmo tempo a adoção de hábitos de higiene necessários para “afastar os microorganismos” da comida evitando desta forma o adoecimento. Ainda como exemplo deste equacionamento feito pelos AISs das duas terapêuticas e, mais do que isso, das

duas etiologias que convivem neste contexto intercultural, reproduzo um desenho seguido do texto explicativo feito por um deles durante o módulo de saúde da mulher. O tema do desenho proposto pelos instrutores era o exame preventivo de câncer de colo de útero e a representação do AIS foi a seguinte:

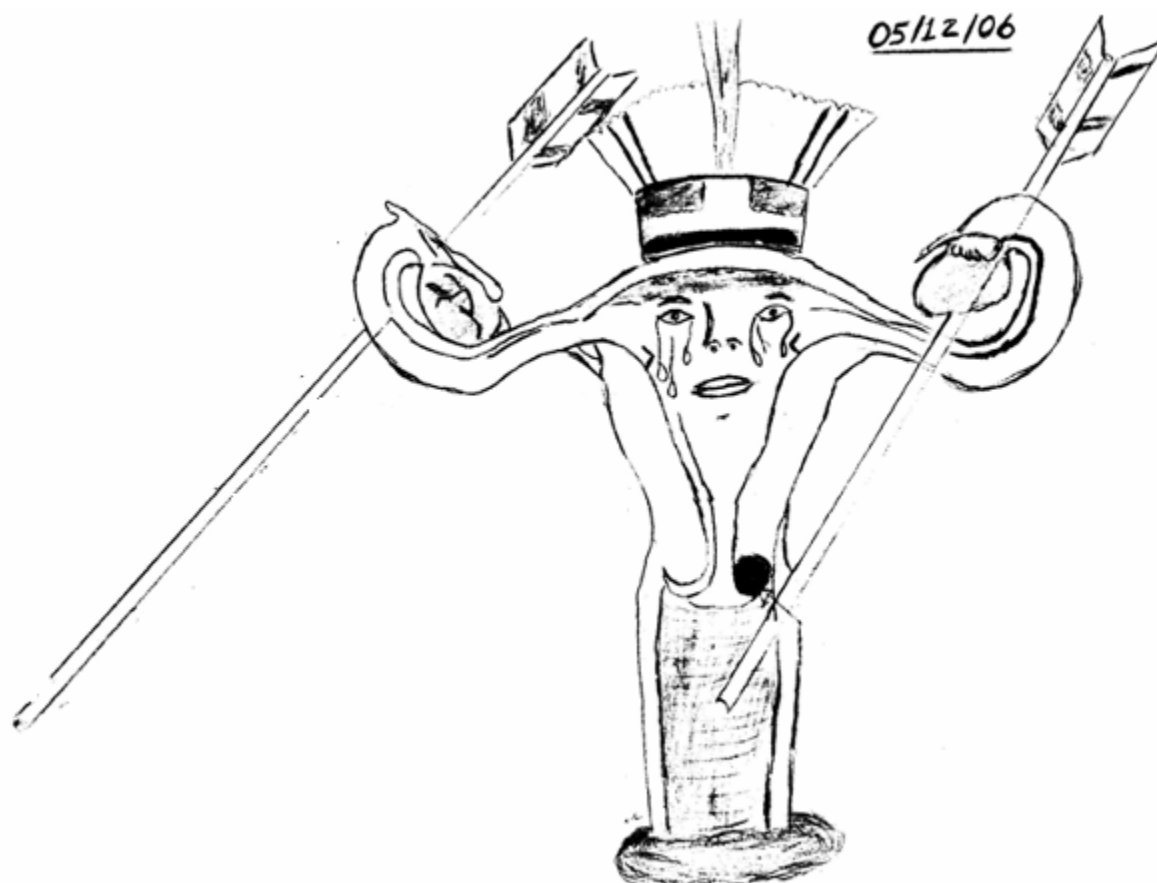


Figura 5.2.1 - Representação do aparelho reprodutivo feminino feita por um AIS Mehinaku

Fonte: AIS; Bertanha, 2007

Eu sou o útero infectado pelo vírus do HPV, estou dançando desanimado, eu sei que estou com HPV, eu peço para vocês úteros xinguanos não terem relação sexual com parceiro sem preservativo. Além disso, vocês têm que fazer exame preventivo do colo uterino de uma vez por ano, seguindo a orientação dos Agentes de Saúde Indígena do Alto Xingu. Esse trabalho que está sendo divulgado pelos AISs é muito importante para vocês, no meu caso, eu não confiava no trabalho da equipe multidisciplinar, eu nunca segui orientação deles, é por isso que estou assim, sofrendo na vida toda.

Por isso que estou assim com enfeite no corpo, para realizar a dança do Yamurikumã. Essa é a minha última apresentação na dança, eu vou morrer, eu não estou me sentindo bem, estou chorando e vou cantar um pouco antes da morte. (id., ibid.).

Neste impressionante desenho, assim como no texto explicativo, o AIS recorre a diferentes elementos provenientes sejam eles da cosmologia nativa, ou então do rol de conhecimentos biomédicos a que teve acesso. Iniciando pela “humanização” do útero feminino, e terminando na evocação do Yamurikumã – ritual essencialmente feminino, onde as mulheres assumem o papel central e ocupam os espaços masculinos – este texto ainda ressalta a importância da participação dos AISs e de “confiar no trabalho da equipe multidisciplinar”: a concretização máxima do papel pedagógico esperado pelos profissionais, ao “traduzir para a linguagem nativa” os conhecimentos da medicina ocidental.

A reprodução destes trechos retirados do “livro dos AISs” auxilia, portanto na percepção não só dos conteúdos transmitidos ao longo do curso, mas também da forma como os AISs lidam e apreendem estes conteúdos de acordo com sua própria lógica. Pode-se notar então, que os conteúdos acabam sendo equacionados de forma conjunta – ao menos pelos AISs – não deixando, todavia de aparecerem contradições neste processo.

Em um dos momentos do módulo intitulado “*Promovendo saúde e prevenindo DST/AIDS*”, ao ser trabalhada a necessidade de prevenção através do uso de camisinha, um AIS afirmou ser “*perigoso usar camisinha pra quem tem filho pequeno, com menos de um mês, porque sufoca o bebê, incha a barriga, e faz vomitar*”. Este comentário pode ser compreendido a partir do entendimento de corporalidade dos alto-xinguanos, explicitado anteriormente, fazendo referência às interferências passíveis de ocorrer ao longo do processo de fabricação dos corpos por meio das atitudes do grupo de substância, especialmente na relação entre pais e filhos. De acordo com esta concepção de corpo, pode-se compreender o comentário do AIS a respeito do uso da camisinha e do perigo que ele representa ao bebê, uma vez que esta “aprisiona” o sêmen, interrompendo o processo de formação da criança, mesmo após seu nascimento, tornando-se uma fonte potencial de perigos para a saúde da criança.

Todavia, a reação dos instrutores quando feito o comentário, foi de incompreensão e de contestação, uma vez que “antigamente não usava, não tinha preservativo”, como disse um deles, comentário este que já mostra uma incompreensão dos elementos culturais, entendidos como estáticos, não passíveis de reelaborações e (re)incorporações. Para tentar “convencer” os AISs de seu “erro de interpretação”, a explicação dada foi a seguinte:

Esse espermatozóide que fecundou esse óvulo e formou aquela criança, não é o mesmo que está aqui. É isso que eu quero que vocês entendam. Cada pessoa é uma

peessoa. Cada espermatozóide é um espermatozóide. Eu nasci do espermatozóide do meu pai com o óvulo da minha mãe. (...). Todo mundo aqui foi assim. E se tapar o meu nariz, quem vai morrer sufocado sou eu, não é ela, que é outra pessoa. (...). Então o fato de vocês amarrarem a ponta [da camisinha] e esses espermatozóides ficarem aqui, não vai prejudicar a criança de vocês. Pode acontecer de ter uma gripe, de ter uma IRA, mas porque coincidiu. É época de IRA, a criança teve IRA, está com dificuldade respiratória (...). Porque vocês sufocaram o espermatozóide, é outro espermatozóide. A criança já nasceu, a criança já tem pulmãozinho, ela já consegue respirar sozinha (...). Cada corpo é um corpo. (...) Então a gente tem que respeitar a cultura e o modo de pensar das pessoas. Isso é uma coisa... Agora, não impede a gente de explicar e orientar como que acontece cientificamente. O que é isso, o que foi estudado. Alguém foi lá, ficou anos e anos estudando, e comprovou que aquilo não vai fazer mal. (Instrutora durante aula sobre o uso da camisinha. Os grifos são meus).

Percebe-se nesta “explicação” uma falta de compreensão e de “problematização” a respeito dos conhecimentos e práticas nativas, tornando-se o curso de formação um mero instrumento de transmissão impositiva de conhecimentos biomédicos, sendo possível se falar em uma relação de poder no sentido foucaultiano⁶² do termo, na medida em que constrói (ou ao menos pretende construir) uma noção de verdade universal que intervém diretamente sobre os corpos – e sobre a concepção que se tem a respeito do corpo, e da corporalidade, através da produção de saberes. Nestes cursos, é constantemente enfatizado o papel pedagógico que os AISs devem cumprir junto à população que atendem, conforme pontuam os instrutores:

A gente tem que começar a trabalhar esses assuntos com a comunidade, porque senão o que a gente vê aqui [no curso], vai ficar guardado pra nós. E se a gente começar a colocar, guardar pra nós, não vai adiantar de nada. Conhecimento a gente tem que passar. (O grifo é meu).

Esta ênfase constantemente evocada pelos instrutores reforça o argumento de que os AISs não atuam como “tradutores” em uma via de dupla mão, sendo que sua atuação deve apenas corresponder e reforçar as práticas biomédicas, “ensinando” à população o que “deve ser feito para que se tenham boas condições sanitárias e de saúde”. Com relação ao movimento contrário, de “levar aos profissionais os conhecimentos tradicionais”, não há nem uma receptividade por parte da equipe que considera tais conhecimentos e práticas como “crendices” destituídas de “valor científico”, enquanto os próprios AISs não se sentem aptos a fazer tais considerações, afirmando que “quem sabe são os mais velhos”, especialmente pelo fato de que atualmente algumas atividades “tradicionais” estão deixando de ser praticadas por

⁶² Cf. Foucault, 1987; [1979] 2007.

estes jovens. Por exemplo, quando foi pedido aos AISs que escrevessem sobre o período de reclusão pubertária, muitos se recusaram a fazê-lo dizendo que “não sabiam o que era porque não tinham ficado presos”, porque “hoje em dia não fica mais preso”. A prática da reclusão é considerada extremamente dolorosa por estes jovens que se recusam a permanecer “presos” por longos períodos – e em alguns casos, os jovens nem iniciam a reclusão. O que decorre deste fato é que os AISs acabam não tendo efetivamente espaços para uma atuação mais presente nas aldeias, na medida em que as práticas biomédicas são, no geral, pouco acessadas pelos alto-xinguanos e quando o são, busca-se o atendimento dos profissionais brancos considerados “mais capazes” de solucionar os problemas e com “mais conhecimento sobre os medicamentos”.

Outra dificuldade enfrentada pelos instrutores e ressaltada pelos AISs em suas avaliações a respeito do curso é com relação à língua portuguesa. Considerando-se a grande variedade lingüística na região, torna-se inviável realizar um curso que envolva índios provenientes de diferentes etnias sem que se use o português. No entanto, é perceptível que isso se torna um entrave ao processo de formação destes índios que, muitas vezes não possuem um domínio da língua portuguesa e por isso não compreendem o conteúdo que lhes é transmitido.

Às vezes não entendo português, eu fico perdido. É muito difícil falar português, entender a palavra. (AIS Yawalapiti).

No primeiro módulo eu tinha muita dúvida, porque eu não conhecia coisa de branco. Agora eu estou tirando dúvida nesse segundo módulo. (AIS Kalapalo).

O segundo módulo do curso foi bom, porque eu estou tirando minha dúvida. Eu não ouvi [entendo] bem português, por isso que eu entendi pouco. (AIS Kalapalo).

Estes comentários que apareceram nas avaliações feitas pelos AISs dos módulos realizados ilustram uma dificuldade que ultrapassa as questões lingüísticas, englobando também o conteúdo e a forma como este é transmitido, o que acaba refletindo posteriormente na atuação destes índios em suas aldeias.

Na intenção de diminuir este problema e contribuir para a formação técnica dos agentes, foi instituído no princípio de 2006 um estágio “obrigatório” para os AISs que estão acompanhando o curso de formação. Mensalmente, cinco agentes de saúde de diferentes etnias deveriam permanecer no Posto Leonardo “aprendendo através da prática” algumas

atividades básicas como inalação, curativos, cuidados com a farmácia e o preenchimento das fichas e formulários, além de lhes permitir um contato mais aprofundado com a língua portuguesa por meio do convívio diário com os profissionais não-indígenas.

Os profissionais brancos atendem bem o trabalho dos AISs. Eu gosto bastante do trabalho deles. (...) O estágio foi ótimo. Aprendi a aplicar injeção nas pessoas, intravenosa; e algumas palavras também que eu não conhecia. (AIS Kuikuro).

Apesar de ser considerado por muitos AISs como um momento privilegiado de aprendizado, o estágio também apresentou dificuldades para se realizar, a princípio pela alegação de alguns agentes que se recusaram a realizá-lo, de que suas aldeias estariam “descobertas” durante sua permanência no Posto Leonardo, ou que não poderiam se afastar das atividades cotidianas de pesca e da roça por um período prolongado. Além disso, uma situação ocorrida com um dos estagiários fez com que muitos outros AISs se recusassem a permanecer neste local posteriormente. Descrevo a ocorrência a seguir, a través do relato do AIS envolvido na história.

Eu fiquei aqui quase um mês. Aí no final do esse mês, à noite. Tinha duas pessoas que entraram na minha casa, no meu quarto, alojamento. Quando o [resto do] pessoal estava lá no Waurá, [para] participar a festa kuarup. Lá no Waurá. Aí eu não sabia que tinha bandido. Aí eu dormi lá no meu quarto sozinho. Aí eu dormi, dormi mesmo. Aí à noite, eram 24 horas. Aí eu não sei se eles entraram no meu quarto. Enquanto eu estava dormindo, assim, tranqüilo. Aí eles que assim, entraram. Aí eu não sei, eles... Colocaram, colocaram corda assim no meu pescoço. Aí eles arrebentaram a corda da minha rede. Aí caí no chão. Aí eu percebi uma corda que tinha aqui no meu pescoço, aí tirei assim, passei no meu nariz, aí sangrou muito. Eu levei susto mesmo. Aí eu saí de lá até na casa, no quarto do professor. Procurei a porta, aí entrei lá. Tinha duas pessoas que foram atrás de mim. Com roupa assim comprida. Eu não vi eles direito. Porque eles estavam mascarados. Agora tenho medo (...). No Leonardo que está acontecendo isso. Na aldeia não foi assim (...). (AIS Kalapalo).

Este acontecimento só contribuiu para aumentar a sensação de perigo relacionada ao Pólo Leonardo e ao fato de lá conviverem indistintamente índios de diversas etnias e provenientes de várias aldeias, o que por si só evoca os perigos provenientes da feitiçaria⁶³. Os AISs, devido a esta insegurança, se recusaram retornar ao Posto para fazer os estágios. “Os colegas, alguns colegas, já tem medo de ficar aqui no pólo. (...) Isso que me falaram. Que

⁶³ Ver discussão feita na parte 3 desta dissertação.

estão com medo". Os profissionais responsáveis pelo estágio tentaram resolver a situação reforçando a importância deste período de acompanhamento para a formação técnica dos AIs e foi combinado com eles que os estágios seriam retomados a partir do início de 2007, com a garantia de que houvesse um alojamento apropriado para sua estadia, proporcionando-lhes maior segurança.

De modo geral, os profissionais de saúde que atuam em áreas indígenas são despreparados para perceber a necessidade de uma atuação específica junto aos AIs e às comunidades, não mantendo uma postura aberta para entender e aceitar os itinerários terapêuticos utilizados pelos indígenas, bem como suas interpretações a respeito do processo de adoecimento e de cura. Por causa desta falta de preparo, permitem a "incorporação das práticas da medicina tradicional apenas na medida em que estas se aproximem da utilização, pela população nacional, de chás e benzeduras para doenças consideradas de menor importância." (ERTHAL, 2003, p.208), ou de procedimentos que possuem algum respaldo nas práticas da medicina ocidental, devendo ser "apropriados cientificamente"⁶⁴. É feita uma transposição pragmática de termos, deslocando os esquemas simbólicos de seu contexto, nesta tentativa de "aproximar os conhecimentos biomédicos dos conhecimentos tradicionais". Isso pode ser percebido quando, por exemplo, durante uma aula a respeito do sistema imunológico, se pede que os AIs façam uma relação do tema com os "conhecimentos tradicionais" e escrevam sobre "o sistema imunológico de antigamente" – uma tentativa de "tradutibilidade" entre termos que não correspondem diretamente, na medida em que se referem a níveis explicativos distintos e, em alguma medida, intransponíveis.

Mais uma vez se percebe a oposição (hierarquicamente determinada pelo modelo de "saúde" que se propõe) entre a medicina tradicional como "estática" e "passiva" enquanto à biomedicina caberia o papel da "agência", no sentido de "desenvolvimento" e "progresso" através da "ciência". Os conhecimentos tradicionais são tratados como "crendices" que precisam ser elencadas na medida em que "precisa produzir material relacionado com a comunidade e os conhecimentos tradicionais", sem que se tenha qualquer clareza da forma ou da necessidade e eficácia deste procedimento.

⁶⁴ A principal forma de "incorporação" das chamadas terapias tradicionais dentro do paradigma biomédico é realizada através dos estudos da etnobotânica vinculados aos interesses de grandes indústrias farmacêuticas gerando discussões recentes acerca dos direitos de propriedade intelectual das populações indígenas e tradicionais. "*As one can gather from recent compilations of summary literature, ethnobotanical research represents for many the key to this development style of 'collaboration' between indigenous and Western medicines: shamans helping scientists in the 'search for new drugs'*" (Greene, 1998, p. 638).

Apresento um exemplo ocorrido durante uma aula cujo tema girava em torno da noção de sexualidade e das “práticas tradicionais” a este respeito. A instrutora havia dito que “os pais normalmente não conversam com os filhos a respeito da sexualidade” – refletindo já aí uma perspectiva e um comportamento fundamentalmente “ocidentais”. Neste momento, um dos AISs disse que seus pais conversavam com eles, e os aconselhavam a não manter relações sexuais muito jovens, especialmente durante o período de reclusão porque isso interromperia seu crescimento e desenvolvimento – uma vez que a perda de sêmen enfraquece, especialmente durante o período de reclusão pubertária. De forma hierarquicamente impositiva, a explicação oferecida aos AISs sobre esta prática foi de que

Têm várias coisas que também, são várias coisas relacionadas, são tabus. São coisas que os pais passam (...). São tabus, são coisas que não tem nada a ver, são coisas que não vão interferir. Mas são coisas que são passadas de pai pra filho. Que não pode ter relação sexual jovem, porque não vai crescer. Mas isso não interfere no crescimento, desenvolvimento (...). Isso são talvez coisas que eles [as pessoas da comunidade] vão perguntar pra vocês e vocês podem esclarecer. ‘Olha, no nosso costume, eles falam que é assim, que você não vai crescer. Mas pelo que eu estudei, não interfere’ (Enfermeira e instrutora do curso de formação de AISs).

Este tipo de instrução que é passada nos cursos não articula em nenhum grau os diferentes conhecimentos da relação intercultural estabelecida como a programação da FUNASA pretende que ocorra através de uma “pedagogia problematizadora” (FUNASA, 2005). Ao “problematizar”, a tentativa que se faz é de re-educar; as “problematizações” acabam se restringindo a considerações a respeito de “como as coisas eram feitas antigamente” ou “como eram as práticas dos antigos”, ressaltando novamente uma visão estática da cultura e desvalorizando os conhecimentos tradicionais frente aos conhecimentos hegemônicos ocidentais, estes sim considerados “verdadeiros”.

Através das discussões feitas, pode-se notar então, que as tentativas de relativização da biomedicina e de seus princípios encontram barreiras na própria forma como tais conhecimentos são produzidos e pensados, o que leva na prática à manutenção de uma atitude de hierarquização de valores que desqualifica os conhecimentos e práticas locais. Estes valores transmitidos, por sua vez, são absorvidos pelos AISs e reelaborados de acordo com a estrutura lógica do pensamento e da cosmologia local, quando um deles conclui, por exemplo, que “*Na raiz deve ter anticorpos que a gente não vê*”.

6. O AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE: UMA “POSIÇÃO DE FRONTEIRA” E SEUS ESPAÇOS DE INSERÇÃO

Os Agentes Indígenas de Saúde/AISs são, atualmente, figuras centrais no que diz respeito à implantação de um modelo de atenção diferenciada à saúde indígena, na medida em que, na concepção de sua função, assumem a posição de

elo entre os serviços de saúde e a comunidade indígena, como estratégia de ampliação da cobertura da assistência médica e, ao mesmo tempo, como estratégia do movimento indígena em busca de uma inserção no mercado de trabalho e de algum controle com relação às questões de saúde-doença (MENDONÇA, 2005).

Esta definição dos AISs enquanto “elos de ligação” e, muitas vezes como “tradutores” entre diferentes sistemas terapêuticos, como pressupõe a regulamentação desta função, pode ser problematizada conforme já ressaltai, na medida em que estes agentes nem sempre possuem espaços determinados de atuação sendo mais apropriado ao descrever sua prática, defini-lo como um “transmissor” dos conhecimentos e práticas biomédicas à população por eles atendida. Tanto os usuários do sistema biomédico quanto as lideranças e chefias, ou mesmo a equipe de saúde à qual pertencem possuem diferentes expectativas em relação à sua atuação e, por esta razão, se utilizam diferentemente do trabalho e do espaço político ocupado pelo AIS, o que gera ambigüidades e mesmo paradoxos com relação a seu papel.

Por possuir em alguma medida o caráter de mediador, sua posição pode ser definida como uma posição de fronteira que articula diferentes saberes e práticas não só a respeito dos processos de adoecimento, tratamento, cura e seus significados, mas também a respeito de participação política e de legitimação de espaços de atuação e autonomia dentro das políticas públicas de saúde. Meu objetivo principal aqui será de problematizar a figura dos AISs através da apresentação de algumas questões relacionadas à sua prática nas aldeias e sua relação com a EMSI. Desta maneira, pretendo acrescentar novos elementos à discussão que se faz atualmente acerca da implantação das políticas de “atenção diferenciada” e das formas pelas quais os alto-xinguanos se apropriam de tais políticas, através da figura dos AISs.

6.1 PERFIL DOS AGENTES DE SAÚDE

O Alto Xingu conta atualmente com 53 AISs que possuem muitas semelhanças entre si no que diz respeito ao percurso que os levou a se tornarem agentes de saúde. A descrição das trajetórias destes indígenas que se tornaram AISs é importante para que seja possível perceber de que maneira eles próprios percebem suas relações com a população e as lideranças de quem precisam apoio para assumir e permanecer trabalhando. Os relatos sobre como e porque se tornaram AISs contêm elementos significativos para se compreender de que forma os agrupamentos étnicos lidam com o papel destes agentes e de que forma são “recrutados” pelas lideranças das aldeias, trazendo informações que serão utilizadas posteriormente para discutir sua atuação e seus espaços de inserção. Por serem diversos AISs, tratarei apenas da trajetória de alguns deles que considero representativas e exemplares na medida em que apresentam muitos elementos em comum com a trajetória de outros agentes.

6.1.1 *Ser mulher entre tantos homens*

Diferentemente do que acontece em outras regiões como no DSEI Interior Sul (DIAS-SCOPEL, 2005) ou entre os Atikum em Pernambuco (SILVA, 2007), de todos os AISs que atuam no Alto Xingu apenas quatro são mulheres. Isso pode ser compreendido ao se observar as distinções fundamentais entre os sexos para os alto-xinguanos, que não se reduzem aos níveis social e das atividades econômicas, mas se reflete também na organização espacial das aldeias. De acordo com o sistema espacial das aldeias circulares da região, esta distinção é marcada pela existência da “casa dos homens” no centro da aldeia – espaço vetado às mulheres onde são guardadas as flautas cerimoniais *jakui* (em tupi, ou *kagutu* em karibe). conta a mitologia alto-xinguana que estas flautas antigamente pertenciam às mulheres que

ocupavam o que hoje se chama de “casa dos homens”. Os gêmeos Taugi (Sol) e Aulukumã (Lua), nomes na língua karibe dos criadores dos primeiros índios, viram esta situação e acharam que não estava certo as mulheres tocarem enquanto os homens ficavam dentro das casas. Fizeram então zunidores para assustar as mulheres que dançavam e tocavam e, com medo, elas se esconderam dentro de suas casas e os homens saíram e se apoderaram dos instrumentos. Desde então as mulheres não podem ver as flautas *jakui* estando sujeitas a serem violentadas sexualmente (VILLAS-BÔAS; VILLAS-BÔAS, 1970)⁶⁵.

Em função da existência deste espaço fundamentalmente masculino no centro da aldeia, o pátio central geralmente é pouco ocupado pelas mulheres, não somente quando as flautas são tocadas, mas também durante outras cerimônias e mesmo durante momentos não cerimoniais, pois é dito que sua ocupação causa vergonhas às mulheres, diferentemente do que ocorre com os homens. Há, portanto uma distinção espacial que se reflete em uma diferença de papéis assumidos por homens e mulheres, na medida em que, por ocuparem os espaços públicos, cabe aos homens um papel que pode ser definido como mais “político”, já que são eles os responsáveis pelas mediações interétnicas, incluindo as relações com a sociedade nacional. Às mulheres, por outro lado caberia um maior poder sobre as relações internas das aldeias. Circulando entre as casas com maior mobilidade do que os homens, as mulheres são as principais responsáveis pelas “fofocas” que delimitam em grande medida as regras de comportamento ideais, bem como fazem circular informações a respeito de acontecimentos internos e externos às aldeias, informações estas fundamentais para o funcionamento do sistema alto-xinguano.

A interdição das mulheres aos espaços efetivamente “públicos” dificulta seu acesso também às cidades e locais marcados pelo contato interétnico, o que tem como consequência direta o menor domínio feminino da língua portuguesa. Este impeditivo dificulta, por sua vez, que as mulheres ocupem cargos marcados pelo contato com a população nacional, como é o caso dos agentes de saúde, por exemplo. Todavia, aos poucos as mulheres vêm conquistando espaço neste ambiente de disputas políticas e de relações com a população nacional, especialmente através de sua participação obrigatória no Conselho local de saúde – exigência dos órgãos gestores. Além disso, existe uma cobrança por parte da própria população para que existam atendentes mulheres, especialmente quando se trata de colher os exames preventivos de colo de útero. A razão pela qual uma índia passou a atuar como agente de saúde se deveu

⁶⁵ Uma análise deste mito do Yamurikumã que reproduzo aqui de forma simplificada pode ser encontrada em Mello, 2005.

ao fato de que “rapaz saia sacaneando uma menina, aí menina não tinha mais coragem de ir lá fazer exame. Por isso que entrou outras meninas, pra acompanhar elas na UBS”, como informou um AIS. Neste sentido, o papel de AIS aparece como uma possibilidade de as mulheres ocuparem espaços tradicionalmente destinados à figura masculina sem que isso seja visto como um impeditivo ou como descaracterização de suas funções. O relato a seguir serve como exemplo.

Eu comecei assim porque na época que UNIFESP trabalhava aqui, aí tinha uma mulher, uma enfermeira que chamava P. Aí ela ficava de olho em mim, aí ficava atrás de mim falando, falando até que ela falou pro cacique quando a gente morava aqui nesta aldeia [Yawalapiti] ainda. Eu morava lá com meu pai. O cacique me aceitou, falou comigo pra eu trabalhar como AIS, até falou pro meu pai. Aí conversei com minha mãe. Minha mãe não quis aceitar meu trabalho. Aí comecei falando com ela, como era meu sonho. Meu sonho era esse trabalho mesmo. Aí foi. Aí comecei a trabalhar. (...) Minha mãe é Kamayura, meu pai é Yawalapiti. (...) Aí depois minha mãe aceitou meu trabalho. Aí comecei a trabalhar. Comecei a trabalhar foi no ano de 2002, que comecei a trabalhar. Aí foi indo, trabalhando. (...). Eu queria que tivessem mais as mulheres, porque tem muitos homens. Mas alguns também têm vergonha de falar. (...) Estou gostando muito do trabalho. Aí fizeram, deram contrato pra mim. Agora eu sou contratada pra trabalhar aqui nesse Pólo. Não é pra trabalhar... era pra eu trabalhar no Kamayura, na aldeia do Kamayura. Mas tem três AISs lá, aí não tem como. Aí eu segui pra cá. Aqui eu estou aprendendo bastante. Estou aprendendo muito. Às vezes eu tenho um pouco dúvida, estão eu pergunto pra enfermeira que está aí. Mas o trabalho está indo bem. Muito bem.(AIS Kamayura).

Como se percebe, ser mulher não foi um impedimento para que esta índia se tornasse agente de saúde, mas o fato de sua mãe não aceitar seu trabalho traz à tona elementos para se pensar em que medida a criação destes cargos e posições contraria a lógica nativa que define papéis e espaços sociais distintos para homens e mulheres. A ocupação deste tipo de espaço público pelas mulheres aparece condicionada à intervenção de representantes da sociedade nacional: a enfermeira, que intervém ou os gestores que exigem a presença feminina nas instâncias do controle social⁶⁶. Durante o processo de formação esta diferença entre homens e mulheres aparece claramente com “a vergonha de falar”, reproduzindo a vergonha que as mulheres afirmam ter ao ocupar os espaços públicos da aldeia, agravada neste caso, pelo pouco domínio que têm a língua portuguesa (a exceção pode ser feita a uma AIS que morou com a família na cidade por alguns anos tendo concluído os primeiros anos do ensino fundamental em uma escola pública). Desacostumadas com pronunciamentos públicos fora do

⁶⁶ Não é à toa que três das quatro mulheres que são AISs pertencem a aldeias quem mantém maior contato com não índios, as aldeias Kamayura e Yawalapiti.

espaço doméstico e frente à presença de não-índios, as AISs se sentem constrangidas e muitas vezes evitam fazer questionamentos e comentários durante as aulas. Em sua atuação enquanto agentes de saúde, todavia, as mulheres acabam não sendo distinguidas dos homens, realizando as mesmas tarefas e sendo cobradas da mesma forma tanto pelos grupos indígenas quanto pelos profissionais. Também ao afirmar seu “sonho” em trabalhar como agente de saúde as diferenças desaparecem, aproximando seu discurso dos discursos de diversos outros AISs como apresento a seguir.

6.1.2 O “sonho de ser AIS”

Quando conversei com os AISs sobre seu trabalho e como tinham se tornado AISs, uma das razões mais frequentes que apareceram é que teriam um “sonho” de trabalhar com “a saúde” desde muito jovens, realizando-o agora através de seu trabalho. Este “sonho” muitas vezes é expresso por eles como consequência de situações críticas que evidenciam as precárias condições que suas aldeias enfrentaram em algum momento anterior recente ou não, muitas vezes evocando os primeiros contatos com os brancos e as epidemias que dele decorreram e dizimaram aldeias inteiras. Fica difícil dizer se este “sonho” é realmente algo pré-existente e que os tenha impulsionado ao trabalho ou se foi algo construído ao longo do processo de contato destes índios com os profissionais de saúde. No entanto, esta não é uma distinção significativa. O que considero fundamental ressaltar é o fato simplesmente de esta idéia aparecer com frequência nos relatos, revelando uma (re)apropriação de um discurso específico sobre o “fazer saúde” e o papel dos próprios índios neste processo. Os AISs nestes casos justificam seu interesse pelo cargo através de uma “valorização da saúde” – discurso apreciado pelas agências governamentais e mesmo pelas lideranças locais quando requisitam a melhoria dos atendimentos e serviços. Este discurso, no entanto, significa mais do que simplesmente melhorar as condições sanitárias das aldeias, diz respeito às dificuldades enfrentadas pelas populações indígenas no período do contato e à participação ativa dos índios (e de instituições indigenistas) para reverter este quadro de sofrimentos, marcando a função política do “fazer saúde”. Passo então às transcrições de dois depoimentos onde esta questão aparece como elemento central.

A minha comunidade é Yawalapiti e tem uma história muito triste. Eu tenho, eu pude viver a comunidade crescer e passar na minha mão. Quando eu nasci, e tinha um... Foi um velho. Só que os velhos já foram. Agora, naquela época, só tinham sete famílias, separadas nas aldeias. E tinham nas aldeias. E depois quando eu nasci, tinha... Tinha um Yawalapiti. Só que não é Yawalapiti de verdade, é casado com [mulheres de] outras aldeias, meu pai mesmo, [ele é casado com uma mulher] Kamayurá né. Meu avô, Kuikuro. Foi aumentando tudo, a comunidade né. Aí quando eu nasci, eu... Quando eu perdi meu irmão, eu prestei muita atenção nessa saúde. Não tinha enfermeiro, não tinha médico aqui trabalhando na aldeia. Com 10 anos eu fui prestando atenção e meu contato. (...) Mas com esse trabalho, aprendi muita coisa. Não deixei mais as crianças sofrerem de doença. Morria de pneumonia que tinha cura, diarreia, vômito. Na época que eu... Que tinha sido, como chama, coqueluche, que eu mesmo sofri. É, aí foi. Escola Paulista fez seu trabalho, e eu fui trabalhando. Eu me senti como responsável na aldeia, naquela época. Aí foi crescendo, não morria mais um atrás do outro, algumas doenças não pegavam, não matavam mais índio. Porque, pneumonia, acho que pega mais criança, mais criança. Tinha muita gente naquela época. Hoje, graças a deus, não está morrendo mais. Hoje, a população Yawalapiti, aldeia crianças sadio, os jovens estão tudo forte ali, bonito. Eu fico muito feliz com a história. (AIS Yawalapiti).

Este primeiro caso retrata bem a apropriação de um discurso acerca da saúde e da importância da presença dos AISs neste processo de “recuperação” das aldeias alto-xinguanas após o período inicial de contato, quando ocorreram diversas epidemias. O exemplo a seguir também apresenta elementos muito semelhantes a esta anterior, mas a trajetória deste AIS também está marcada pelo aprendizado através do acompanhamento do trabalho de outro AIS, diferentemente deste caso anterior, onde se percebe a forte presença e intervenção de profissionais brancos.

Então, meu sonho é ser AIS. Porque na minha infância eu queria trabalhar na área de saúde. Porque naquela época não existia AIS na população indígena. Aí por isso que eu pensei, eu queria ficar como AIS, ou até como auxiliar de enfermagem, ou técnico de enfermagem. Como ainda não existe um índio formado como técnico de enfermagem, ou enfermeiro. Agora, por isso que eu fiquei AIS. Era meu sonho. Eu gostava do trabalho da equipe de saúde. Antigamente sofria muito com as doenças também. Por isso que eu lembrei, [meu avô] sempre vinha contar que a população dele sofreu muito com as doenças do não índio. Diz que morria não sei quanto, 40 pessoas. Aí eu fiquei muito triste com isso. Para não acontecer mais esse tristeza, eu escolhi trabalhar como AIS. Então, por isso existe agora muitos AISs, pelo menos 53 AISs no Alto Xingu. Eu esperava também o evento do curso, porque eu queria estudar. [Eu já trabalhava] antes do curso. (...) [Quando eu comecei] tinha um AIS lá na minha aldeia. Eu pedi pra ele me ensinar. Foi na época da UNIFESP. Era acho que 96 ou 97. Agora nesse momento, estamos defendendo a nossa saúde. Como atualmente não estão acontecendo muitas doenças. A gente trata na aldeia, às vezes a gente fica com dificuldade, a gente manda aqui no pólo pra informar. (AIS Kuikuro).

Neste depoimento, além de aparecer como tema a “vontade própria” de ser AIS, este agente apresenta uma trajetória marcada pelo discurso do “fazer saúde”. Além disso, este AIS tem como elemento propulsor de seu trabalho, o acompanhamento das atividades de outro AIS que já atuava na aldeia. Esta característica também é comum e aparece em relatos de diversos AISs que começaram a trabalhar mesmo antes de terem qualquer tipo de treinamento ou formação. A importância dada aos cursos e aos “estudos” de forma geral, também aparece nestes dois casos apresentados e está subjacente ao processo de legitimação da atividade dos AISs, marcado pela hierarquização dos profissionais que tenham “mais ou menos estudos”.

6.1.3 *Aprender com a prática*

O fato de iniciarem suas atividades acompanhando algum outro AIS ou auxiliar indígena de enfermagem, com quem “aprendem na prática” é algo muito valorizado por eles e entendido por alguns como “o único jeito de aprender”. Não que eles desvalorizem os cursos e o processo de ensino formal, ao contrário, este processo é visto como fundamental, mas ao mesmo tempo, é perceptível que o trabalho prático é onde consideram adquirir a maior parte dos conhecimentos que têm acerca do sistema biomédico, conforme o relato de um dos AISs que transcrevo a seguir.

Eu escolhi ser AIS porque eu gostei o trabalho do auxiliar de enfermagem. Eu acompanhava ele trabalhando, andava de casa em casa, cada casa. Na época da UNIFESP ainda. Aí eu gostava do que ele fazia. (...) Daí acabei gostando o trabalho dele. Aí pensei ‘quero ser como AIS’. (...) Eu comecei antes de curso acontecer. Quando eu comecei a trabalhar, acompanhar o trabalho dele (...) eu participei duas vezes, dois módulos [na época da UNIFESP], curso de capacitação de agente indígena de saúde. Gostei muito de estudar, porque meu sonho era estudar, como ele. Eu falava pra ele ‘eu vou ser igual você’. (...) Agora está tendo acompanhamento dos AISs, está sendo muito bom, porque a gente está sempre junto. A gente aprende trabalhando junto com os profissionais, trocando idéia. Porque mexer com medicamento é difícil. Aqui a gente é como médico, a gente que mexe tudo. A gente entra em contato via rádio com o médico. Cada dia tem horário, aí facilita entrar em contato com profissional. (...) A gente não trabalha sozinho aqui não. Trabalha com os profissionais. A comunidade, os profissionais... O cacique é responsável pela aldeia. Somos funcionários da saúde, como professores, que trabalha pra comunidade. (...) A gente explica [pra comunidade] a saúde. (...) Eles acham muito bom, porque tratamento de saúde é importante pra todo mundo. Cuidar das crianças. Tudo que eu aprendo tenho que aplicar na minha comunidade.

(...) Eu explico pra ele porque é importante pra nós. Porque antigamente não existia isso. Antigamente às vezes criança perdia vida por causa disso. De desnutrição, faltava acompanhamento. Agora tá controlado. Aí acredito que cacique tem que cuidar. (...) Quando tem curso, a gente chega e a gente explica tudo pra comunidade, o que a gente aprendeu, as coisas importantes pra comunidade. A gente aprende a mexer com medicamento, por outro lado a gente mexe também com política. Tem reunião sobre a FUNAI, sobre a saúde, sobre essas coisas. E a gente tem que estar fazendo isso com as lideranças. A gente é apenas jovem. Mas a gente já está começando a levantar do chão e a gente já sabe apontar alguma coisa. (...)
(AIS Kuikuro).

Ocupar a posição de AIS muitas vezes é visto pelos jovens como uma das formas de se inserirem na política alto-xinguana, conforme discuti em outro momento⁶⁷. Esta posição, apesar de apresentar dificuldades acerca da atuação e mesmo das disputas por espaço, torna-se atrativa, fazendo com que os jovens se candidatem ao trabalho “antes mesmo do curso acontecer”. Isso se torna possível pela presença de outros índios que já tenham passado por algum processo de capacitação ou que já atuem a mais tempo, garantindo-lhes os “ensinamentos necessários” para que realizem o trabalho que deles é esperado nas aldeias.

Neste relato aparecem ainda algumas outras questões que merecem destaque, a começar pelo fato de este AIS fazer equivaler seu trabalho ao trabalho do médico. O que está em questão neste caso, não é propriamente a capacidade e o conhecimento de cada um deles, mas sim a forma como o trabalho do médico (ou de qualquer outro profissional de saúde) é entendido pelos alto-xinguanos. Como apresentei anteriormente, a atividade desenvolvida por estes profissionais que é mais valorizada pelos índios e que marca sua atuação é a distribuição (e o conhecimento) dos medicamentos sendo, neste sentido, aproximados também a função desenvolvida pelos AISs.

Além disso, em seu relato este AIS ressalta também a função política exercida por eles no sentido de que, devido à sua posição e conhecimentos (especialmente da língua portuguesa) são “convidados” e “indicados” por suas aldeias a assumirem posições representativas, participando de reuniões organizadas por diversas entidades e que tratem de temas variados, “sobre a FUNAI ou sobre a saúde”. Estas indicações e convites são o tema de que trato a seguir.

⁶⁷ Ver parte 3 desta dissertação.

6.1.4 As indicações

Além dos relatos onde está presente “o sonho de ser AIS” ou o aprendizado através da prática, os AISs dependem para assumir o cargo, de serem indicados pela própria população alto-xinguana. De forma geral, deve haver o consentimento das lideranças das aldeias para que os AISs assumam o cargo, mas alguns deles se oferecem para o trabalho, como mostrei anteriormente, enquanto outros são “convidados” ao trabalho. Alguns dos AISs que hoje atuam estavam estudando na cidade ou realizando outras atividades quando foram “convidados” pelas lideranças de suas aldeias para se tornarem AISs. Estes “convites” raramente são recusados devido ao compromisso moral que estes jovens assumem com suas aldeias e suas famílias ao sair pra estudar na cidade – ou mesmo pelo fato de possuírem um maior domínio da língua portuguesa – devendo fazer jus ao ethos generoso e colaborativo considerado como o comportamento ideal (comportamento de *kuge hekugo*, ou “gente de verdade” em karibe). Além disso, assumir este tipo de função lhes garante um status específico dentro das aldeias, como já apresentei, aproximando-os em certa medida, das posições de liderança. É um caso deste que transcrevo a seguir.

Eu fui indicado pelo pessoal daqui de PIV Kuluene. Eu estudava e parei porque meu pai sabe que mexer com medicamento não é fácil também. Então, quando eu estava estudando ano passado aí então eu fui lá. Não sei. Eles estavam sem ninguém aqui porque deu problema com o outro AIS. Deu um problema com esse que não queria trabalhar, que ia mudar de aldeia. Então estavam pensando, já que ele não quer trabalhar pra nós, então vamos procurar outro AIS que vai trabalhar com nós aqui, pra nós aqui. Aí quando eu fui lá em Canarana eles precisavam falar comigo. Aí falei ‘Está bom, eu vou’. Aí comprei passagem e fui lá. Quando cheguei em Canarana, cheguei a essa hora, cheguei, sentamos eu meu pai, e um pessoal que é daqui do PIV. Sentamos lá. Perguntei qual era o assunto. Falaram que era importante, uma pergunta que era pra saber. Falaram ‘estamos sem, agora, não sei se vai achar bom’. Foi assim eles falaram. Falaram ‘nós estamos com problema de AIS no Kuluene, porque deu problema ele não quer trabalhar’. Explicou tudo, que não estava atendendo bem. Aí falei ‘está bom. Posso fazer o que né?’. Eu falei ‘amanhã eu dou resposta, eu tenho que pensar’. Aí cheguei lá, aí no outro dia falei ‘Está bom, vou ser AIS. Vou tentar. Primeira vez que vou tocar no remédio, que eu não sei de nada’. Foi ano passado. Aí falei ‘nossa, acho que vou parar de estudar e ajudar minha família’. Aí comecei a trabalhar, cheguei aqui. Aí o outro AIS que trabalha aqui, eu não sabia de nada o que era Dipirona, assim, nome do remédio. Aí fui começando a aprender e já aprendi um pouco. Ele foi trabalhar no Tanguro. Aí eu fui lá tirar as dúvidas. Como é que é, como fazer com o paciente. Aí fui lá, aprendi um pouco o que eu queria, aí agora eu to aprendendo cada vez mais. Já aprendi um pouco, agora estou começando a aprender mais [no curso]. (AIS Kalapalo).

Se ser AIS é visto como uma forma dos os jovens se inserirem na política local por permitir que assumam posições de destaque na relação que se estabelece com os profissionais não-índios, ser indicado para tal função é a forma “mais legítima” de isso ocorrer, na medida em que garante (ao menos em teoria) o apoio dos caciques e da “comunidade” (como eles mesmos dizem) ao seu trabalho. Mesmo que não haja um interesse específico “na saúde” os jovens acabam assumindo o papel de AIS e, a partir disso, têm maior chance de ocupar espaços “políticos” nos conselhos, nos cursos e nas reuniões deliberativas que ocorrem. Ser AIS, portanto, é “mexer com medicamento, mas também com política”.

Passo agora para uma apresentação das atividades desenvolvidas pelos AISs, problematizando as determinações legais acerca de sua atuação e das tarefas que lhes cabem dentro das ações de saúde efetuadas pela EMSI.

6.2 AIS: ATRIBUIÇÕES E PRÁTICAS

Até hoje no Brasil não existe uma regulamentação específica a respeito da atuação do Agente Indígena de Saúde/AIS, que se insere em uma categoria mais geral, de Agente comunitário de saúde/ACS. A origem do papel do ACS pode ser buscada na Declaração feita na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata no ano de 1979, patrocinada pela OMS, cujo tema era “saúde para todos no ano 2000”. A argumentação principal deste documento é que os “cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional” (OMS, 1978, p. 02), o que deu origem a uma política de saúde internacional que afeta especialmente os chamados países em desenvolvimento como é o caso do Brasil. Dentro desta perspectiva, os agentes comunitários são considerados uma parte fundamental na efetivação de políticas de saúde básica por diversas razões: em primeiro lugar, há uma pressuposição de que por pertencerem à população atendida, seriam capazes de realizar a intermediação entre os saberes locais e a prática médica ocidental (enquanto *tradutores*) e garantiriam, desta forma, a participação da população nas propostas colocadas

em prática pelas agências governamentais na área da saúde. Esta participação contemplaria uma das determinações da OMS de que os serviços de saúde têm como pressuposto requerer e promover

a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades. (OMS, 1978, p. 02)

Além disso, por meio do trabalho destes agentes, havia a pretensão de estender o atendimento primário de saúde a todas as populações consideradas periféricas com relação ao sistema médico oficial de maneira condizente com “a ordem econômica mundial”, ou seja, de maneira economicamente viável⁶⁸. Todavia, esta expansão dos atendimentos e serviços de saúde nem sempre vêm acompanhadas de um incremento correspondente na disponibilização de recursos e das biotecnologias, sendo esta defasagem uma das principais causas de reclamações por parte dos usuários do sistema de saúde oficial e muitas vezes também pelos profissionais que atuam na área e são obrigados a desenvolver as ações de saúde com uma infra-estrutura precária. Ao adotar esta estratégia de possibilitar a participação comunitária nas políticas de saúde, seja através das instâncias de controle social ou através da participação dos AISs, as entidades responsáveis pelos serviços de saúde – sejam elas governamentais ou não, nacionais ou internacionais – assumem uma posição em que

la participación comunitaria es concebida como una herramienta para reducir costos, permitiendo ampliar la cobertura de los servicios gracias al financiamiento, directo o indirecto, de los mismos beneficiarios. (...) Esta concepción de la participación comunitaria como herramienta se piensa a sí misma como social y políticamente “neutra”. La participación es solo un medio para llegar a un fin: el mejoramiento de la calidad de salud de la población a la que se dirige el programa. Al dar todo el peso a la dimensión sanitaria, no toma en cuenta los efectos del programa sobre las dimensiones políticas y sociales relevantes para la comunidad. (BRONFMAN; GLEIZER, 1994, p. 112).

A criação do papel dos AISs responde não só, portanto a necessidades técnicas de acesso a serviços primários de saúde, mas também econômicas tornando-se uma opção viável de ser implementada pelos países em desenvolvimento, com base em uma política

⁶⁸ Para uma discussão a este respeito, cf. Greene, .

internacional. No Brasil este processo se concretiza na saúde indígena através da criação dos DSEIs em 1999 e a posterior regulamentação das atividades dos ACSs/AISs, que têm seu reconhecimento legal como profissionais da saúde, através da lei nº 10.507/2002, posteriormente revogada e substituída pela lei nº 11.350 de outubro de 2006, atualmente em vigor.

Analisando esta legislação fica clara a valorização dada à função do agente como técnico de saúde – da biomedicina –, cuja atuação se caracteriza pelo exercício de

atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal. (BRASIL, 2006).

Suas atividades estão organizadas em uma agenda de trabalho baseada no modelo de atividade proposto pela FUNASA e que consiste em⁶⁹:

1. Realizar cadastro familiar;
2. Realizar visita domiciliar;
3. Prestar assistência de serviços de saúde a sua comunidade;
4. Promover saúde: educação e prevenção, como por exemplo, em saúde bucal, diarreia, desidratação e IRA;
5. Realizar ações preventivas e educativas em saúde bucal;
6. Assessorar a equipe técnica para adequação das intervenções de saúde à realidade cultural e na comunicação com a comunidade;
7. Identificação dos principais problemas que afetam a saúde do seu grupo populacional e encaminhamento à equipe de saúde;
8. Realização de procedimentos semi-técnicos correlacionando sinais e sintomas para abordagem sindrômica;

⁶⁹ Retirado do “livro dos AISs” que traz um compêndio do material utilizado e produzido pelos AISs e instrutores ao longo dos três primeiros módulos do curso atual de formação de AISs (cf. AIS; Bertanha, 2007).

9. Realizar ações básicas de saúde, individual, familiar e coletiva, com ênfase na prevenção e controle das enfermidades transmissíveis e no controle do meio ambiente;
10. Localização de ambientes/áreas que ofereçam riscos à saúde a sua comunidade e planejar a sua intervenção;
11. Organizar o trabalho, com base nas demandas da comunidade e na programação do Distrito Sanitário de sua região;
12. Realizar ações de comunicação, buscando o apoio das lideranças e a utilização dos meios de comunicação disponíveis, para interagir com sua equipe e com a sua comunidade;
13. Registrar o atendimento diário e os procedimentos realizados;
14. Entregar os relatórios mensais ao coordenador da equipe de saúde;
15. Registrar óbitos, gestantes e nascimentos;
16. Auxiliar as pessoas da comunidade na medicação oral;
17. Realizar atendimento, acompanhamento e controle das doenças e encaminhamento à equipe de saúde, se necessário;
18. Realizar procedimentos de termometria, verificação de peso, administração de soro de reidratação oral e verificação da respiração;
19. Organizar a área de trabalho, mantendo a ordem no local de atendimento, as medicações em uso e em estoque e abastecer de água limpa o local de atendimento;
20. Realizar trabalho educativo junto à comunidade, utilizando técnicas educativas, convidando as lideranças, envolvendo professores e utilizando material didático disponível, como cartazes, álbum seriado, fitas de vídeo e outros;
21. Coletar informações sobre saúde/doença na comunidade, observando e registrando as doenças mais comuns e as faixas etárias em que elas mais ocorrem;
22. Participar da análise das informações coletadas junto à equipe de saúde;
23. Orientação do paciente quanto à conduta padronizada;
24. Usar protocolos de atendimento.

O trabalho dos AISs nas aldeias envolve, portanto, diversas tarefas contidas nesta “agenda de trabalho”, que vão desde o acompanhamento mensal das crianças e dos idosos; os atendimentos diários e o acompanhamento dos pacientes atendidos pela EMSI – feito através do cumprimento dos horários de medicação; as visitas domiciliares; além de ser o responsável pela “hora da saúde”, momento diário em que os AISs se comunicam com os enfermeiros do Posto Leonardo e da CASAI de Canarana pelo rádio e onde são realizados a maior parte dos encaminhamentos na medida em que os profissionais não têm condições de permanecerem nas aldeias supervisionando o trabalho dos AISs constantemente. Quero deixar claro que não se trata aqui de discutir o cumprimento ou não das atividades por parte dos AISs e da equipe, mas de analisar a prática efetiva destes atores dentro do contexto específico do Alto Xingu, indicando possíveis contradições existentes neste modelo.

6.2.1 *As visitas domiciliares*

Dentro das atividades acima relacionadas, caberia aos AISs além do acompanhamento dos pacientes, também a realização de visitas domiciliares, consideradas prioritárias dentro do modelo de atenção da FUNASA, no sentido de que seriam a garantia de um atendimento primário diferenciado a partir do reconhecimento das reais necessidades e demandas de cada uma das aldeias. Conforme consta no material trabalhado com os AISs: *“Realize a visita domiciliar diariamente. Somente assim vocês poderão conhecer os problemas de cada família”* (AIS; BERTANHA, 2007).

Na agenda prevista, as visitas deveriam ser realizadas regularmente, sendo acompanhadas de uma atualização do cadastro das famílias através do registro em um formulário próprio para tal. No entanto, esta atividade não é realizada com regularidade em praticamente nenhuma das aldeias das que visitei, e isso por diversas razões: por um lado, percebe-se a influência de disputas políticas internas ou de regras de circulação que dificultam ou mesmo impedem a presença dos AISs em algumas casas, obedecendo às regras de comportamento e evitação xinguanas. Por outro lado, há uma incompreensão das razões destas visitas por parte dos AISs, consideradas muitas vezes “perda de tempo” – uma vez que não é imprescindível que se faça visita domiciliar para que se cumpra com os princípios

determinados pela FUNASA de “identificar as famílias expostas à situação de risco” (BRASIL, 2005). No caso do Alto Xingu, a visita domiciliar nem sempre é fundamental para se “conhecer os problemas de cada família”, já que as redes de informação das aldeias possuem um amplo alcance, seja através de conversas no centro da aldeia, seja através das “fofocas” dentro das casas, permitindo que seja feito um acompanhamento da situação de saúde e “de risco” sem que haja a necessidade de visitar as casas. Por estas razões, são poucos os AISs que as realizam regularmente e, quando o fazem, visitam casas de pessoas que sabem que já se encontram doentes, somente para realizar o acompanhamento do tratamento e fazer a “medicação de horário” prescrita pelos profissionais.

6.2.2 Os relatórios

Outra atividade que conta da agenda e é considerada fundamental para o desenvolvimento das ações de saúde é a entrega de relatórios mensais dos atendimentos e procedimentos realizados, que deveriam utilizados com a finalidade de facilitar a organização de um banco de dados a respeito das condições de saúde da população em geral, norteadas as avaliações e os encaminhamentos das políticas de saúde na região. Durante o tempo em que permaneci na aldeia Kalapalo ou mesmo em entrevistas com os AISs de outras aldeias, é possível notar que o preenchimento destes formulários é uma das maiores dificuldades que os AISs apresentam, podendo ser explicada tanto pela falta de domínio da língua portuguesa, quanto pela falta de entendimento com relação às reais necessidades desta atividade burocrática exigida pela FUNASA.

A gente faz o relatório dos AISs. A gente apresenta relatório mensal das atividades que a gente faz lá, dos atendimentos. A gente manda pra cá [pro Posto Leonardo] e daqui manda pra coordenadora técnica (...). A gente aprendeu no curso como que é preencher estes relatórios. (...) Ela [a coordenadora técnica] falou que a gente tem que fazer todo mês, mas eu não faço todo mês não. (AIS Kamayurá).

A crescente burocratização do trabalho dos AISs marcada pelo preenchimento destes relatórios e pelos “caminhos” percorridos por eles até chegar à coordenação técnica – a

responsável pelo banco de dados e por repassar estas informações posteriormente ao DSEI – se por um lado implicam em uma maior complexidade e insatisfação com o trabalho, por outro lado são compreendidos como uma necessidade também pelos indígenas que entendem que “branco só trabalha com papel”. Esta percepção é também reforçada pelos administradores quando dizem, por exemplo, que

o que o IPEX e o pessoal está cobrando é essas escalas no papel, junto com os relatórios. É isso que está sendo cobrado. Porque assim, (...) eu não sei se vocês estão percebendo que a cobrança em papel, ela está sendo cada vez maior. Não é pra menos que o DSEI Xingu acho que está em segundo lugar na questão de dados. E isso cada vez eles vão cobrar mais. E às vezes, cada vez eu estou cobrando mais dos profissionais da área de saúde também, da equipe multidisciplinar. (Coordenadora técnica aos AISs).

Ao mesmo tempo em que se valoriza o fato de o “DSEI estar em segundo lugar” – e os próprios AISs reconhecem a importância de seu próprio trabalho para isso – os agentes de saúde nem sempre associam esta posição e seu trabalho a uma melhora específica na qualidade dos serviços de saúde oferecidos. Ao avaliarem a situação de saúde no Alto Xingu comparativamente ao período de atuação da UNIFESP, por exemplo, nenhum dos AISs apontou como fator diferencial a existência de novos agentes de saúde ou a existência ou não de um banco de dados; em seus discursos, a avaliação dos serviços está sempre relacionada à circulação da equipe pelas aldeias e à distribuição de medicamentos.

Esta burocratização cada vez mais exigida pela FUNASA e os órgãos gestores tem como fundamento o controle das atividades em um sistema de saúde descentralizado e regionalizado e que portanto, necessita de meios de fiscalização e controle, no caso, os relatórios. No entanto, este controle muitas vezes torna-se precário em função da inexistência de dados (decorrente da dificuldade de preenchimento dos formulários) ou pela sub-utilização dos dados existentes, nem sempre aproveitados ou mesmo divulgados para a população alto-xinguana.

6.2.3 A supervisão do trabalho dos AISs

Além destas questões, muitas vezes a atuação dos AISs nas aldeias do Alto Xingu não cumpre com as determinações legais a respeito de seu papel, inclusive devido à falta de pessoal qualificado para realizar tais tarefas, tornando-se inviável, por exemplo, deslocar pacientes de algumas aldeias até a primeira referência de atendimento, o Posto Leonardo, localizado a cerca de 6 horas de barco das aldeias mais distantes. Desta forma, o atendimento é feito muitas vezes somente pelos AISs nos postos de saúde das aldeias sem um acompanhamento direto dos profissionais da equipe multidisciplinar (feito à distância durante a “hora do rádio”), contrariando desta forma as disposições legais a respeito de sua função e da abrangência de sua atuação – que supõe uma constante supervisão e acompanhamento direto por parte de profissionais capacitados. A este fato excetuam-se as aldeias localizadas mais próximas ao Posto Leonardo, a apenas a alguns minutos de caminhão, onde se percebe que a facilidade de acesso proporciona uma maior demanda pelo atendimento médico ocidental, sendo os AISs destas aldeias menos solicitados pela população que prefere recorrer diretamente ao Pólo Leonardo e aos profissionais não-indígenas.

Durante a pesquisa, a inexistência de médicos contratados para atuar na região complicava ainda mais a situação da saúde local, forçando todos os demais profissionais a realizarem atividades que não competem à sua alçada de trabalho, sejam eles enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, dificultando ainda mais a supervisão constante do trabalho dos AISs que acabava se restringindo em muitos momentos ao contato diário pelo rádio. Ao mesmo tempo, exatamente por estas razões, as ações técnico-curativas dos AISs passam a ser supervalorizadas pela EMSI e os AISs acabam assumindo um papel central na atenção à saúde, mesmo que isso contrarie as demandas da população por profissionais não-indígenas mais qualificados. Os próprios AISs dizem que acabam assumindo funções “a mais” do que deveriam assumir, atuando “como médicos”, já que são os únicos representantes da biomedicina nas aldeias.

Aqui a gente é como médico, a gente que mexe tudo. A gente entra em contato via rádio com o médico. Cada dia tem horário, aí facilita entrar em contato com profissional. (AIS Kuikuro)

No entanto, apesar de serem muitas vezes os únicos representantes da biomedicina nas aldeias, a população alto-xinguana recorre pouco ao seu trabalho que é considerado desqualificado, sendo dada preferência aos tratamentos “tradicionais”, e quando não aos profissionais “brancos”, que teriam maior qualificação.

Percebe-se então que apesar de a criação do papel dos AISs responder a diversas necessidades do sistema de saúde colocado em vigor pelo governo federal que tem como base uma política internacional implementada pela OMS, a atuação destes agentes é condicionada por diversas outras questões que estão além de uma determinação puramente tecnicista. Além de realizarem atividades que nem sempre condizem com a agenda de atividades proposta, os AISs ainda devem lidar com distintas expectativas acerca de sua atuação, transformando-se muitas vezes em fontes de disputas políticas internas e externas às aldeias.

6.3 POSIÇÃO DE DISPUTA: O CONTROLE E O ACESSO A BENS E SERVIÇOS

Até o momento, procurei apresentar a concepção legal a respeito dos agentes de saúde bem como a agenda de trabalho que devem cumprir enquanto membros da EMSI, fazendo um contraponto desta agenda com as atividades realizadas no sentido de se repensar a viabilidade e a efetiva necessidade de tais atividades. No entanto, é preciso discutir ainda, de que forma a população alto-xinguana percebe o trabalho dos AISs e em que medida seu papel de “tradutor” e de “elo de ligação” são possibilitados pela estrutura e pelo modelo dos serviços de saúde. Para isto, a primeira observação que deve ser feita é que existe uma grande distância entre as expectativas a respeito do trabalho do AIS por parte dos diversos atores relacionados à sua atuação e formação. A EMSI valoriza o papel pedagógico dos AISs como transmissores e tradutores dos conhecimentos biomédicos às aldeias, enquanto que nas aldeias eles são vistos como fonte de benefícios, possibilitando-lhes o acesso direto ao atendimento de saúde realizado nas referências de atendimento, especialmente nas cidades próximas, além de serem “distribuidores” de medicamentos – podendo ser chamados de *kimbutatene* em karibe, conforme já foi dito anteriormente – e intermediadores na distribuição da “cota de combustível da saúde” para as aldeias.

Por assumirem uma posição que chamei aqui de “posição de fronteira” marcada por uma confluência de valores numa relação de contato interétnico que permite um fluxo de conhecimento e a definição de diferenças sociais (TASSINARI, 2001), os AISs passam a ocupar um status diferenciado dentro das aldeias na relação que se estabelece com a sociedade

nacional, ainda que este status não esteja totalmente dissociado das relações de poder entre os chefes “tradicionais”. Por este fato, os AISs tornam-se foco de diversas disputas e conflitos que muitas vezes reproduzem as disputas faccionais internas às aldeias e concernentes ao “sistema social xinguano”.

Todavia, apesar das desconfianças e reclamações da população a respeito da atuação dos AISs, há uma valorização (ainda que vaga) do papel destes agentes, na medida em que sua ação reforçaria a idéia de auto-gestão das políticas públicas por parte das lideranças indígenas, além do fato de que sua presença torna mais próximo das aldeias em alguma medida, os serviços biomédicos. Neste sentido, não é raro ouvir afirmativas como esta a seguir, de uma liderança local:

Estou muito feliz com vocês. Eu sei que pra gente aprender costume do branco é complicado, mas só aprender mesmo. Se vocês pensaram em ajudar nosso povo, nossas família, ninguém indicou vocês, vocês mesmo pensaram 'eu vou ajudar nosso povo'. Agora essa oportunidade aí, vocês têm que prestar muito atenção. Porque na época da gente, nós não tínhamos essa oportunidade, nós não tínhamos (...). Olha, vamos prestar muita atenção, porque isso serve pra gente. Muitas vezes foi discutido aqui no dia da reunião. Quando a gente chamava os enfermeiros, o doutor chegava aqui, ficava aqui até uma semana, pedia pra retornar pra cidade. Não, queria ir pra cidade. Então, as lideranças resolveram, então vamos indicar os meninos. Então, são vocês que estão aí. O resultado está aí. Parece que está dando certo. (Liderança alto-xinguana se dirigindo aos AISs).

Criar o papel de AIS “porque o médico queria voltar pra cidade” é também, portanto, uma estratégia dos índios que visa o suprimento de uma necessidade local dos serviços de saúde com a presença constante de profissionais capacitados. Todavia, sua atuação não está isenta de contradições, especialmente pelo fato de que seu trabalho é visto como desqualificado em relação aos profissionais não-indígenas, além de que a visão da população local a respeito desta participação engloba questões outras, relacionadas à participação política e às disputas por espaços de poder e de atuação junto à sociedade nacional. Esta apropriação por parte dos alto-xinguanos do trabalho dos AISs enquanto fonte de acesso a bens e, portanto, também de disputas políticas tem como propósito a busca de autonomia e auto-suficiência – elementos que vão para além de uma procura por serviços (técnicos) de saúde. Desta forma,

la participación social (...) tiene implicaciones políticas que rebasan el marco de la atención a la salud, por cuanto significa el ejercicio de poder y como tal, (el) fortalecimiento de la sociedad civil y de la democracia de base (...), (y) equivale al

proceso de reapropiación por la población, del conjunto de instrumentos que regulan la vida social y los servicios que presta. (DE ROUX et al. 1990 apud BRONFMAN; GLEIZER, 1994, p. 112).

Considerando-se esta afirmação e ao mesmo tempo o fato de que, conforme apresentado anteriormente, dentro das políticas de saúde a participação é tida como um elemento puramente técnico e, portanto desvinculado de qualquer implicação social e política nas aldeias, cria-se uma situação de conflito de interesses entre as populações indígenas e os órgãos governamentais. Erthal (2003, p. 200) define bem a situação ao afirmar que

o entendimento acerca do trabalho dos AISs, de modo geral, tem se pautado pela sua inserção nos programas e sistemas locais de saúde, restringindo-se à “participação da comunidade” (na prática, sua adesão a um modelo de atenção definido em fóruns aos quais não tiveram acesso). Nesse contexto, a participação indígena pode ser avaliada como um “meio técnico”, um modo dos programas de saúde e as suas estratégias de funcionamento se fazerem aceitos pelas comunidades.

Retomo então a argumentação de que a participação comunitária não pode ser entendida como uma ferramenta neutra, considerando-se que, apesar de uma função puramente técnica dada à participação comunitária pelos órgãos responsáveis, as populações indígenas se inserem nestes debates de forma ativa e combativa, buscando espaços diversos para garantir sua efetiva participação, ainda que sob uma lógica outra, que não a lógica imposta pelos modelos de atenção à saúde. E, neste sentido, a posição dos AISs canaliza diversas disputas políticas e, muitas vezes exatamente pelo pouco espaço que lhe é concedido dentro das aldeias, permite que se observe uma posição explícita das lideranças e dos agrupamentos alto-xinguanos com relação às ações de saúde, não condizente com preceitos biomédicos propostos nas políticas públicas.

O fato de ocuparem um cargo assalariado é uma das principais questões que gera este tipo de conflito. A posição de AIS é transformada em elemento de disputas faccionais internas às aldeias, uma vez que as únicas possibilidades de assalariamento são para os cargos de AIS, AISAN (Agente Indígena de Saneamento) ou de professor indígena, cargos estes preenchidos mediante indicação do próprio grupo de pessoas da aldeia, sendo ocupados em grande parte por índios diretamente ligados às parentelas das lideranças, garantindo desta forma, o controle do acesso e da distribuição destes bens. Reforço que não se trata da *acumulação* de bens por parte dos caciques, mas efetivamente do *controle do acesso* aos bens e, conseqüentemente de sua distribuição, reforçando o caráter “doador” destes caciques que devem corresponder ao

ethos ideal marcado pela generosidade. Neste sentido, a permanência ou não dos AISs em seus cargos fica sempre submetida ao interesse direto dos caciques e das lideranças, tornando-se elemento de negociação constante. No caso que transcrevo a seguir esta relação se torna bem clara na medida em que a atuação do AIS só deixa de ser questionada pelo cacique quando seu filho assume também um posto assalariado dentro da aldeia.

O cacique tinha me afastado, não queria mais que eu trabalhasse como AIS. Na primeira reunião da FUNASA em Canarana sem eu saber, sem consultar a comunidade, sem falar com os outros caciques. Na comunidade ele não contou nada. (...) Eu já trabalhava bastante e o pessoal me conhecia e confiava em mim. (...) Aí o outro cacique pediu minha contratação. É aí que eu fui afastado. O cacique também não pensa, não preocupa [com a saúde]. Acho que é falta de entender alguma coisa e é por isso que ele não apóia a gente. Eu pensava, como a gente já foi contratado, ele não quer que a gente seja contratado. Eu acho que é isso aí. Ele não quer que ninguém tenha salário. Eu acho que é isso aí. (...) Agora o filho dele é AISAN. Ele é contratado. Quando o filho foi contratado ele não briga mais comigo. (AIS).

Além de exemplificar as disputas pelo controle do acesso a bens, este caso apresenta também uma questão fundamental que aparece no discurso de diversos AISs que é, ao dizer que “o cacique não pensa, não preocupa [com a saúde]”, a reprodução de uma noção biomédica de saúde e de corpo, entendendo a “saúde” como um “estado de harmonia e equilíbrio funcional do corpo” (AIS; BERTANHA, 2007). Este tipo de discurso apreendido durante o curso de formação é evocado pelos AISs nos momentos de avaliação de suas relações pessoais com os caciques e as lideranças de forma geral, reforçando o fato de que eles (AISs) “conhecem a saúde” porque estudaram enquanto que os caciques “não entendem”. Além de este discurso da saúde ser o discurso valorizado pelos gestores e pela EMSI, ele remete também a uma busca de legitimação de seu próprio trabalho dentro das aldeias na medida em que ressaltam as dificuldades que enfrentam, fazendo reclamações constantes de “falta de apoio” por parte da população em geral e das lideranças.

Trabalhar na comunidade é muito duro. A comunidade reclama, não acredita no trabalho. Nós temos muita dificuldade para trabalhar na comunidade. Quando eles fala mal eu não ligo, não respondo pra eles não. (...) Eu trabalho pra ajudar a comunidade. A aldeia não tem preocupação com a saúde. (AIS Kalapalo).

Acho que eles não estão confiando no meu trabalho. Eles falam sobre meu salário. Eu vou pra cidade e compro algumas coisas pra minha mulher, pros meus filhos. Aí eles ficam falando. (AIS Nahukuá).

Na intenção de solucionar parcialmente esta questão e “ganhar a confiança das comunidades e das lideranças para os AISs”, foi criada por eles durante o segundo módulo do atual curso de formação uma “Comissão Permanente de Monitoramento dos AISs do Alto Xingu”, formada por seis AISs e que tem como função principal, circular nas aldeias e conversar com a população a respeito do papel dos AISs. Até o momento não houve nenhuma atuação efetiva desta comissão seja por falta de recursos ou então de definições mais concretas a respeito de qual deve ser o seu papel, mas através da iniciativa mesmo de sua criação já é possível se perceber as preocupações dos AISs com relação à falta de compreensão e de espaço para o trabalho. O que se nota então é a reprodução de um discurso veiculado pelos profissionais e as agências responsáveis pelas ações de saúde que, no entanto, não condiz com as ações e as escolhas feitas durante o processo de tratamento. Os AISs – assim como a população em geral – recorrem às práticas de cuidado tradicionais, criando uma teia de escolhas hierarquicamente definidas ao longo do processo de tratamento, sem que se deixe, todavia, de recorrer aos discursos e à lógica biomédica em situações específicas que exigem esta delimitação do espaço de atuação e conseqüentemente dos “conhecimentos adquiridos” por eles a respeito “da saúde”. Esta dupla inserção dos AISs que lhes possibilita “transitar” entre duas lógicas pode ser percebida de forma mais clara quando se observam os itinerários terapêuticos, como se percebe no relato a seguir.

Acompanhei na aldeia Kalapalo todo o itinerário terapêutico de um bebê, recém nascido (cerca de 2 meses na época), filho de um dos AISs da aldeia que chorava todas as noites ininterruptamente. Após duas ou três noites sem que a situação se modificasse procurei o AIS, pai da criança, para perguntar o que estava acontecendo. Encontrei-o voltando de bicicleta para sua casa, carregando a rama de uma planta. Perguntei para que era a planta e ele me disse *“É pro bebê parar de chorar. Ela deixa criança mais calma”*. Ainda me disse, quando perguntado a respeito dos sintomas apresentados pela criança, que ele tinha *“IRA⁷⁰ leve”*. Este diagnóstico é feito pelos AIS quando o paciente apresenta alguma irritação nas vias respiratórias, causando desconforto e dificuldades na respiração e é a causa de uma das maiores incidências de visitas ao posto de saúde das aldeias. O tratamento geralmente é feito com o uso combinado de um anti-histamínico e de sessões de nebulização. Perguntei ao AIS se já havia seguido algum destes procedimentos padrão com seu filho, ao que me respondeu que havia feito somente a nebulização, mas que agora usando esta planta seu filho ficaria *“mais calmo”*. Mais dois dias se passaram sem que houvesse nenhuma mudança significativa

⁷⁰ Infecção Respiratória Aguda.

no quadro geral da criança. Preocupados com seu estado, os familiares resolveram que o AIS deveria levar o filho ao Posto Leonardo para uma avaliação. Somente fiquei sabendo que o diagnóstico era de pneumonia, cinco dias depois, quando o pai retornou à aldeia trazendo seu filho consigo. Exatamente neste período fazia muito frio e os enfermeiros deram alta à criança por falta de um local adequado para que eles se alojassem no Pólo Leonardo, mas com a recomendação de que a criança deveria continuar sendo medicada e que fossem evitadas as fogueiras em sua casa durante todo o período de tratamento, pois a inalação de fumaça poderia agravar a situação da criança. “*Mas está muito frio. Tem que fazer fogueirinha à noite*” foi o que o AIS me disse a respeito do pedido da enfermeira.

Ao fazer este tipo de recomendação, os profissionais não consideram as necessidades e as possibilidades específicas dos pacientes e, posteriormente, avaliam o comportamento dos índios como incoerente com o tratamento proposto.

Tive que dar alta pra ele. Não tinha jeito de ficar com ele aqui no Pólo. (...) Mas não adianta ir pra aldeia e fazer fogueira lá. [Mas tem feito muito frio, eu disse] É, mas aí não adianta de nada tomar o remédio que não vai melhorar (Enfermeira responsável pelo caso).

Na verdade o que ocorre é uma incompatibilidade entre distintas formas de se conceber o processo de adoecimento. Há uma deficiência estrutural no modelo de saúde que se propõe, não havendo uma possibilidade efetiva de uma complementaridade entre os diferentes sistemas médico-terapêuticos, tomando por base os preceitos de saúde, higiene e cuidados com o corpo, bem como as explicações etiológicas das doenças da biomedicina, que são incompatíveis com as explicações e os conhecimentos nativos a este respeito. 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, como se percebe nos casos descritos acima.

Há, portanto, uma complexa teia de relações hierárquicas que se estabelecem neste contexto de intermedicalidade. Não somente uma hierarquização dos profissionais que atuam na área da saúde (sejam médicos, enfermeiros, ou AIS), mas há também uma hierarquização na maneira como a etiologia das doenças é pensada, possibilitando a escolha e a transição entre diferentes tratamentos. Para a biomedicina, pautada em diagnósticos técnicos através da afecção de sintomas, esta possibilidade múltipla de itinerários terapêuticos torna-se inviável, criando uma interação complexa entre estes dois sistemas de saúde.

7. REFLEXÕES FINAIS

Falar sobre saúde indígena e, mais do que isso, sobre as políticas e os serviços de saúde colocados em prática em áreas indígenas, implica em falar de temas que estão para muito além “da saúde” no sentido mais estrito do termo que faça referência somente a processos de adoecimento e cura. Faz-se necessário pelo próprio posicionamento dos indígenas frente a este tema, que se trate também de questões outras como de “política” – tanto no que diz respeito à política interna ao sistema alto-xinguano quanto às relações políticas que mantêm com o Estado Nacional –, da infra-estrutura de atendimentos e dos encaminhamentos, da qualidade dos serviços prestados, da gestão das políticas e das verbas. Enfim, não é possível dissociar o tema do contexto das relações sociais e políticas que envolvem o “fazer saúde” no Xingu. E isso eu pude perceber aos poucos ao longo da pesquisa, durante as reuniões do Conselho Local de Saúde ou nas entrevistas e conversas com os AISs e foi esta questão que orientou a organização deste trabalho.

O que se percebe através dos relatos etnográficos feitos ao longo do texto é a coexistência de duas formas de se entender e de lidar com “a saúde” que proporcionam conseqüentemente, distintas expectativas e avaliações dos serviços prestados. De um lado, uma perspectiva técnico-burocrática presente nos discursos oficiais e reproduzida pelos profissionais não-indígenas que compõem a EMSI – e algumas vezes pelos próprios AISs quando pretendem salientar o “saber” que detêm dos conhecimentos biomédicos – e, por outro, a dos indígenas, usuários dos serviços que, em alguma medida, participam ativamente do processo de construção das ações de saúde, seja de forma representativa – por meio do IPEAX, a “ONG indígena” conveniada à FUNASA – seja de maneira formal-direta, participando dos conselhos ou então por meio de relações pessoais (de parentesco ou de “amizade”) com os gestores.

Os Agentes Indígenas de Saúde têm papel fundamental nesta política, uma vez que já na concepção de sua função possibilitariam a extensão dos atendimentos primários à população indígena aldeada, além de representarem um vínculo possível entre os diferentes modelos de atuação. No entanto, o que se percebe é que, na prática, esta “conexão” e

“complementarização” entre os distintos modelos terapêutico-curativos muitas vezes é precária: se por um lado, os AISs não se sentem aptos a serem os representantes dos conhecimentos referentes ao sistema terapêutico “tradicional”, por serem “jovens” e por isso “não saberem muito”, por outro, enquanto representantes da biomedicina, são pouco valorizados e pouco acessados pelos indígenas por serem considerados desqualificados e despreparados para exercer esta função.

De fato, a atuação destes AISs é condicionada por diversas outras questões que estão além de uma determinação puramente tecnicista e burocrática, conforme as determinações legais a respeito de sua função. Enquanto a EMSI valoriza seu papel pedagógico como transmissores e tradutores dos conhecimentos biomédicos às aldeias, entre os alto-xinguanos eles são vistos como uma fonte de benefícios, possibilitando o acesso direto ao atendimento de saúde realizado nas referências de atendimento, especialmente nas cidades próximas, além de serem “distribuidores” de medicamentos e intermediadores na distribuição da “cota de combustível da saúde” para as aldeias. O que decorre deste fato é que os AISs acabam não tendo efetivamente espaços para uma atuação mais presente nas aldeias, na medida em que as práticas biomédicas são, no geral, pouco acessadas pelos alto-xinguanos e quando o são, busca-se o atendimento dos profissionais brancos considerados “mais capazes” de solucionar os problemas e com “mais conhecimento sobre os medicamentos”. Ao mesmo tempo, a posição que ocupam canaliza diversas disputas políticas relacionadas aos faccionalismos locais e, muitas vezes exatamente pelo pouco espaço que lhe é concedido dentro das aldeias, é possível que se observe uma posição explícita das lideranças e dos agrupamentos alto-xinguanos com relação às ações de saúde, não condizente com preceitos biomédicos propostos nas políticas públicas. Os AISs são apropriados como fonte de acesso a bens e serviços (sejam eles os medicamentos, combustível, ou mesmo os salários que recebem), sendo indicados e mantidos em seus cargos pelas lideranças locais. Em muitos casos, inclusive, fazem parte da rede de parentela dos caciques, possibilitando a estas lideranças o controle direto de sua atuação.

Todavia, independentemente deste “não-espaço” que ocupam, os AISs se apropriam em alguma medida dos conhecimentos biomédicos que apreendem durante o curso de formação para legitimar sua posição de “sabedores” – já que são os únicos representantes da medicina oficial presentes cotidianamente nas aldeias –, justificando a falta de apoio que têm dentro das aldeias pelo fato de que “o cacique (ou a “comunidade”) não entende, não se preocupa com a saúde” porque “não sabe, não conhece”. Apesar deste discurso, no entanto, na

prática os AISs privilegiam os procedimentos “tradicionais” de tratamento e cura, da mesma forma como faz a população alto-xinguana de forma geral.

Falar sobre o papel dos AISs também implica, portanto, em falar a respeito do curso de formação a que são submetidos com uma metodologia e com conteúdos fundamentados no modelo biomédico de atenção à saúde. Nestes cursos é constantemente enfatizado o papel pedagógico que os AISs devem cumprir junto à população que atendem, transformando-os menos em efetivos “tradutores” entre distintos sistemas terapêuticos, e muito mais em *transmissores* dos conceitos e práticas biomédicas, devendo “ensinar” à população o que “deve ser feito para que se tenham boas condições sanitárias e de saúde”. A correlação e a apropriação dos conhecimentos “nativos” é feita somente na medida em que estes possam ser “explicados cientificamente”. Caso contrário, são tidos como “crendices”, utilizando-se de um conceito estático de cultura, sem se considerar as possibilidades de transformações e de re-significações existentes dentro dos distintos esquemas lógico-simbólicos.

De modo geral, os profissionais de saúde que atuam em áreas indígenas são despreparados para perceber a necessidade de uma atuação específica junto aos AISs e às comunidades, não mantendo uma postura aberta para entender e aceitar os itinerários terapêuticos utilizados pelos indígenas, bem como suas interpretações a respeito do processo de adoecimento e de cura. Por causa desta falta de preparo, permitem a “incorporação das práticas da medicina tradicional apenas na medida em que estas se aproximem da utilização, pela população nacional, de chás e benzeduras para doenças consideradas de menor importância.” (ERTHAL, 2003, p.208), ou de procedimentos que possuem algum respaldo nas práticas da medicina ocidental, devendo ser “apropriados cientificamente”

As concepções tradicionais a respeito da relação saúde-doença no Alto Xingu estão permeadas por um complexo sistema xamânico que sobre-passa a esfera da vida social, servindo também como matriz simbólica de diversos outros aspectos como os domínios da política, da história, da cosmologia, dentre outros. Esta forma de concepção e interpretação das relações faz com que o mundo natural não se separe totalmente do mundo social e estes do sobrenatural. Ao contrário, a “sobrenatureza” surge como operador que organiza tanto as relações dos humanos com a natureza, quanto as relações dos homens entre si (VIVEIROS DE CASTRO, 1977), marcando também as concepções acerca da etiologia das doenças e, conseqüentemente, os itinerários terapêuticos. Por ser este um tema muito amplo, não explorei esta questão de forma mais aprofundada (e nem seria possível neste espaço), salientando

somente os elementos que fossem necessários para esclarecer e pra ilustrar o que estava sendo discutido com relação à formação e à atuação dos AISs.

Considerando estas concepções, pode-se dizer que a demanda pela medicina ocidental por parte das populações alto-xinguanas remete à própria dinâmica (política) interna a estes agrupamentos indígenas e às formas de apropriação e redistribuição de bens locais, como procurei mostrar. Trata-se de “conquistar” bens que o mundo dos brancos tem a oferecer, bens estes que se transformam em “capital político e simbólico” que possibilitam a demarcação de espaços de prestígio dentro da sociedade alto-xingwana (CARDOSO, 2004b, 2004c). A utilização da medicina ocidental é feita através de uma significação de seus princípios, de acordo com as concepções nativas não só de saúde e doença, mas também de poder (em um sentido amplo) e prestígio.

Além disso, a procura por serviços biomédicos está também orientada por uma noção de eficácia especialmente relacionada aos medicamentos, respondendo a necessidades imediatas de supressão de sintomas e do tratamento das chamadas “doenças de branco”. O diagnóstico inicial que guia a escolha do tratamento é feito no ambiente familiar e conta, em grande parte dos casos, com a participação dos pajés, que são considerados os únicos capazes de “enxergar” a doença e propor o tratamento mais eficaz. Em função da etiologia nativa, muitas vezes a medicina ocidental é utilizada de forma instrumentalizada, como uma maneira de debelar diretamente os sintomas e não efetivamente as causas da perturbação.

Há, portanto, uma complexa teia de relações hierárquicas que se estabelecem neste contexto de intermedicalidade. Não somente uma hierarquização dos profissionais que atuam na área da saúde (sejam médicos, enfermeiros, ou AIS), mas há também uma hierarquização na maneira como a etiologia das doenças é pensada, possibilitando a escolha e a transição entre diferentes tratamentos e entre distintos sistemas médico-terapêuticos.

Neste quadro, a multiplicação das alternativas terapêuticas e sua utilização de forma conjunta não conduzem, necessariamente, à diversificação dos modelos explicativos de causalidade e à “extinção” de culturas ou de determinadas práticas profiláticas. Percebe-se que os grupos indígenas procuram as terapias da medicina ocidental como *uma alternativa* frente a muitas outras possíveis, mantendo suas próprias formas de interpretação e de entendimento do processo de adoecimento. Todavia, apesar de ser apenas uma das opções possíveis, os alto-xinguanos não deixam de cobrar que o atendimento biomédico seja feito com qualidade e por profissionais qualificados “que saibam trabalhar com o índio”. Para “manter boas relações de trabalho” com as populações (e as lideranças) atendidas, os

profissionais da EMSI precisariam ter uma atuação “diferente de como é na cidade”, reconhecendo as especificidades do trabalho na aldeia e respondendo às demandas locais, ainda que isso muitas vezes contrarie a lógica biomédica.

No entanto, a atuação dos profissionais de saúde e demais representantes da medicina oficial nem sempre condiz com esta multiplicidade de possibilidades de escolha e de expectativas, não havendo espaços para a construção de conhecimentos e de práticas conjuntas, como se propõe no modelo de atenção à saúde indígena em vigor. Dentro deste contexto, é possível notar que os conflitos existentes entre as lideranças indígenas e os órgãos responsáveis pela gestão de saúde não se localizam na coexistência de distintos sistemas terapêuticos, mas sim na formulação de um modelo de atenção diferenciada que contemple as demandas específicas dos agrupamentos indígenas, uma vez que o modelo proposto acaba por propor “ações padronizadas em saúde que podem, eventualmente, colidir tanto com o princípio de participação da população indígena na gestão dos serviços de saúde quanto com o pressuposto da integração dos sistemas terapêuticos indígenas nos seus quadros” (CARDOSO, 2005a, p. 04).

O problema do modelo de atenção à saúde indígena, de forma geral, parece residir então na falta de definição a respeito do que seja a “atenção diferenciada” e das formas possíveis para colocá-la em prática. A questão da “diferença” se encontra, na prática, vinculada não aos serviços prestados por diferentes atores políticos, mas “na lógica do pensamento indígena e da sua práxis terapêutica que é efetivamente onde se processa a articulação entre diferentes práticas profiláticas” (id, *ibid.*).

Como se pôde perceber, existem diversos paradoxos quando se trata da implantação de um modelo de atenção diferenciada à saúde para os povos indígenas, não existindo efetivamente uma “convivência complementar” entre os distintos sistemas médico-terapêuticos que são colocados em relação neste contexto intercultural. Espero com este trabalho ter contribuído para as discussões e reflexões que se faz a respeito das políticas de saúde indígena que se propõe atualmente, apresentando através de dados etnográficos os conflitos e imprecisões existentes neste processo no caso do Alto Xingu, mais especificamente a respeito do papel dos Agentes Indígenas de Saúde e das relações que eles estabelecem enquanto “mediadores” (ou transmissores) de conhecimentos num contexto de intermedialidade.

REFERÊNCIAS

ACKERKNECHT, E. H. *A short history of medicine*. Baltimore: The Johns Hopkins university press, 1982.

AIS; BERTANHA, W. F. F. (org.). *Promoção de saúde das comunidades indígenas: fundamentos, conhecimentos e práticas*. Canarana: DSEI Xingu, 2007.

ARAÚJO, R. S. D. Distrito Sanitário Indígena do Xingu – Brasil: a opção política das lideranças indígenas. In.: *VII Reunião de Antropologia do Mercosul*. Porto Alegre, 2007.

ATHIAS, R.; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cadernos de saúde pública*. Rio de Janeiro, v. 17(2), p. 425-431, 2001.

AUGÉ, M. L'anthropologie de la maladie. *L'homme*. Paris, v. 97-98, XXVI (1-2), p. 81-90, 1986.

BARCELOS NETO, A. De divinações xamânicas e acusações de feitiçaria: imagens Wauja da agência letal. *Mana*. Rio de Janeiro, v. 12 (2), p. 285-313, 2006a.

_____. “Doença de índio”: o princípio patogênico da alteridade e os modos de transformação em uma cosmologia amazônica. *Campos, revista de antropologia social*. Curitiba, v. 7 (1), p. 9-34, 2006b.

_____. O universo visual dos xamãs wauja (Alto Xingu). *Journal de la Société des Américanistes*. v. 87, p. 137-160, 2007.

BARUZZI, R. G. A universidade na atenção à saúde dos povos indígenas: a experiência do Projeto Xingu da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina. *Saúde e sociedade*. São Paulo, v. 16(2), p. 182-186, 2007.

BASSO, E. *The Kalapalo Indians of Central Brazil*. Prospect Heights, Illinois: Waveland Press, 1973.

BASTOS, R. J. D. M. Ritual, história e política no Alto Xingu: observações a partir dos kamayurá e do estudo da festa da jaguatirica (Jawari). In.: HECKENBERGER, M.;

FRANCHETTO, B. (org.). *Os povos do Alto Xingu: história e cultura*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2001.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988.

_____. *Decreto nº 3156 de 27 de agosto de 1999*. Brasília, 1999a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto/D3156.htm>. Acesso em: 24/03/2008.

_____. *Lei nº 1163 de 14 de setembro de 1999*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999b.

_____. *Lei nº 9836 de 23 de setembro*. 1999c. Disponível em: <http://200.181.15.9/ccivil/LEIS/L9836.htm>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2008.

_____. *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde/Funasa, 2002.

_____. *Resolução nº 333 de 4 de novembro de 2003*. Brasília Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2003. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf. Acesso em: 24 de março de 2008.

_____. *Portaria n. 70*. Brasília: Ministério da saúde, 2004. Disponível em: www.funasa.gov.br. Acesso em: 19 de março de 2008.

_____. *Formação inicial para agentes indígenas de saúde: módulo introdutório*. Brasília: Ministério da saúde/Funasa, 2005.

_____. *Lei nº 11350, de 5 de outubro de 2006*. Brasília 2006. Disponível em: http://www.trt02.gov.br/geral/tribunal2/Legis/CLT/Profis_regul/L11350_06.html. Acesso em: 31 de março de 2008.

_____. *Atenção básica e especializada aos povos indígenas*. Brasília: Ministério de Saúde/Funasa, 2007.

BRONFMAN, M.; GLEIZER, M. Participación comunitaria: necesidad, excuso o estrategia? – O que hablamos quando hablamos de participación comunitária. *Cadernos de saúde pública*. Rio de Janeiro, v. 10 (1), p. 111-122, 1994.

BUCHILLET, D. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: BUCHILLET, D. (org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: CEJUP, 1991a.

_____. (org.). *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia* Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia. Belém: CEJUP, 1991b.

CARDOSO, M. D. *Formação e capacitação para o cooperativismo indígena*. São Carlos: Pró-Reitoria de Extensão/UFSCar, 2004a. (Projeto de pesquisa).

_____. Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto Xingu. In.: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra capa livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004b.

_____. *Saúde indígena e a dinâmica sócio-política no âmbito da distritalização do sistema de atenção à saúde: o contexto alto xinguano*. Brasília: CNPq, 2004c. (Projeto de pesquisa).

_____. Da pluralidade terapêutica a lógica da diferença: o contexto alto xinguano do Brasil Central. In.: *VI Reunião de Antropologia do Mercosul*. Montevideu, 2005a.

_____. *Sistemas terapêuticos indígenas e a interface com o modelo de atenção à saúde: diferença, controle social e dinâmica sócio-cultural no contexto alto xinguano*. Brasília: CNPq, 2005b. (Projeto de pesquisa).

COELHO DE SOUZA, M. S. Virando gente: notas a uma história aweti. In.: HECKENBERGER, M.; FRANCHETTO, B. (org.). *Os povos do Alto Xingu: história e cultura*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2001.

CONFALONIERI, U. E. C. O Sistema único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. *Cadernos de saúde pública*. Rio de Janeiro, v. 5 (4), p. 441-450, 1989.

DIAS-SCOPEL, R. P. *O Agente indígena de saúde Xokleng: por um mediador entre a comunidade indígena e o serviço de atenção diferenciada à saúde - uma abordagem da antropologia da saúde*. Florianópolis: UFSC, 2005. (Dissertação de mestrado).

DIEHL, E. E. *Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingang (Terra indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil)*. Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, 2001. (Tese de doutorado).

DOLE, G. E. Retrospectiva da história comparativa das culturas do Alto Xingu. In.: HECKENBERGER, M.; FRANCHETTO, B. (org.). *Os povos do Alto Xingu: história e cultura*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2001.

DOUGLAS, M. *Pureza e perigo* Pureza e perigo. Lisboa: Edições 70, 1991.

DSEI XINGU. *Plano distrital de saúde indígena: período de 2005-2007*. Canarana: 2005.

_____. *Plano distrital de saúde indígena: período de 2008-2010*. Canarana: DSEI Xingu, 2007.

ERTHAL, R. M. C. A formação do agente de saúde indígena Tikuna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. In.: COIMBRA JR, C. E. A. (org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ/ABRASCO, 2003.

EVANS-PRITCHARD, E. E. *Buxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1978.

FAUSTO, C. *Os índios antes do Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

FIGUEIREDO, M. V. *Centralização e faccionalismo: imagens da política no Alto Xingu*. Rio de Janeiro: UFRJ/Museu Nacional, 2006. (dissertação de mestrado).

FOLLÉR, M.-L. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In.: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre a antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa livraria/Associação Brasileira de antropologia, 2004.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, [1979] 2007.

FRANCHETTO, B. Línguas e história no Alto Xingu. In.: HECKEMBERGER, M.; FRANCHETTO, B. (org.). *Os povos indígenas do Alto Xingu: história e cultura*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2001.

FUNASA. *Saúde indígena*. 2000. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/>. Acesso em: 02 de junho de 2006.

_____. *Formação inicial para agentes indígenas de saúde: módulo introdutório*. Brasília: Funasa, 2005.

_____. *Projeto Vigisus*. 2008. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/>. Acesso em:

GARNELO, L. *Poder hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. Política de saúde dos povos indígenas no Brasil: análise situacional do período de 1990 a 2004. In.: *XVIII Reunião da ANPOCS*. Caxambu, 2004.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na região Norte do Brasil. *Cadernos de saúde pública*. Rio de Janeiro, v. 9 (1), p. 311-317, 2003.

_____. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. *Cadernos de saúde pública*. Rio de Janeiro, v. 17 (2), p. 273-284, 2005.

GARNELO, L.; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa. *Cadernos de saúde pública*. Rio de Janeiro, v. 17 (2), p. 273-284, 2001.

GREENE, S. The shaman's needle: development, shamanic agency, and the intermediality in Aguaruna lands, Peru. *American Ethnologist*. v. 25, nº 04, p. 634-658, 1998.

GUERREIRO JUNIOR, A. R. *Reciprocidade, fronteiras conceituais e política entre os Kalapalo do Alto Xingu*. São Carlos: UFSCar, 2005. (Monografia de conclusão de curso).

_____. *Parentesco e aliança entre os kalapalo do Alto Xingu*. São Carlos: UFSCar, 2008. (Dissertação de mestrado).

HECKENBERGER, M. Epidemias, índios bravos e brancos: contato cultural e etnogênese no Alto Xingu. In.: HECKENBERGER, M.; FRANCHETTO, B. (org.). *Os povos do Alto Xingu: história e cultura*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2001a.

_____. Estrutura, história e transformação: a cultura xinguaná na longue durée, 1000-2000 d.c. In.: FRANCHETTO, B.; HECKENBERGER, M. (org.). *Os povos indígenas do Alto Xingu: história e cultura*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2001b.

HECKENBERGER, M.; FRANCHETTO, B. (org.). *Os povos indígenas do Alto Xingu: história e cultura*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2001.

INSTITUTO SÓCIO-AMBIENTAL. *Parque Indígena do Xingu*. Disponível em: www.socioambiental.org. Acesso em: 15 de março de 2007.

LANGDON, E. J. Representações de doenças e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. In.: SANTOS, R. V.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (org.). *Saúde e povos indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. Cultura e processos de saúde e doença. In.: *Anais do seminário sobre Cultura, saúde e doença*. Londrina, 2003.

_____. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In.: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra capa livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do Sul do Brasil. *Saúde e sociedade*. São Paulo, v. v.16, n. 2, p. 19-36, 2007.

LANGDON, E. J., et al. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22(12), p. 2637-2646, 2006.

LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (org.). *Saúde dos povos indígenas reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

LOPES DA SILVA, A.; FERREIRA, M. K. L. (org.). *Antropologia, história e educação: a questão indígena na escola*. São Paulo: Global, 2001.

MELLO, M. I. C. *Iamurikuma: música, mito e ritual entre os Wauja do Alto Xingu*. Florianópolis: UFSC, 2005. (Tese de doutorado).

MENDES, E. V. Distritos sanitários: conceitos-chave. In.: MENDES, E. V. (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/Abrasco, 1999a.

_____. O processo social de Distritalização da Saúde. In.: MENDES, E. V. (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/Abrasco, 1999b.

MENDONÇA, S. B. M. *O Agente Indígena de Saúde no Parque Indígena do Xingu*. São Paulo: PUC, 1996. (Dissertação de Mestrado).

_____. O agente indígena de saúde no Parque Indígena do Xingu: reflexões. In.: BARUZZI, R. G.; JUNQUEIRA, C. (org.). *Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história*. São Paulo: Terra Virgem, 2005.

MENGET, P. Les frontières de la chefferie: remarques sur le système politique du haut Xingu (Brésil). *L'Homme*. Paris, v. 3, n.126, p. 59-76, 1993.

MEZA, H. *Política de comunidade: experiências da participação Kaingáng na implementação da política da saúde indígena*. Campinas: Unicamp, 2003. (Dissertação de mestrado).

NOVO, M. P. *Produção artesanal e dinâmica sócio-cultural entre os Kalapalo do Alto Xingu: elementos para a formulação de uma experiência de cooperativismo indígena*. São Carlos: UFSCar, 2005. (Monografia de conclusão de curso).

OLIVEIRA, L. S. S. O Agente Indígena de saúde do Parque Indígena do Xingu: perspectivas de formação e trabalho In.: BARUZZI, R. G.; JUNQUEIRA, C. (org.). *Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história*. São Paulo: Terra Virgem, 2005a.

_____. Xingu (1997-2001). In.: BITTENCOURT, M., et al. (org.). *Acre, Rio Negro e Xingu: a formação indígena para o trabalho em saúde*. São Paulo: Associação saúde sem limites, 2005b.

OMS. Declaração de Alma-Ata. In.: *Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde*. Alma-Ata, 1978.

RIVERS, W. H. R. *Medicine, magic and religion*. New York: Harcourt Brace, 1924.

RODRIGUES, D. A UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina, o Projeto Xingu e a Política de atenção diferenciada à saúde dos Povos Indígenas do Brasil. In.: BARUZZI, R. G.; JUNQUEIRA, C. (org.). *Parque Indígena do Xingu saúde, cultura e história*. São Paulo: Terra Virgem, 2005.

SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. E. A. (org.). *Saúde e povos indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

SILVA, G. “*Chama os Atikum que eles desatam já*”: práticas terapêuticas, sabedores e poder. Recife: UFPE, 2007. (Dissertação de Mestrado).

SILVEIRA, N. H. O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami. In.: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/ Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

TASSINARI, A. M. I. Escola indígena: novos horizontes teóricos, novas fronteiras de educação. In.: SILVA, A. L. D.; FERREIRA, M. K. L. (org.). *Antropologia, história e educação*. São Paulo: Global, 2001.

TINOCO, S. L. S. M. *Joviña, cacique, professor e presidente: as relações entre o conselho Apina e os cursos de formação de professores Waiãpi*. São Paulo: USP, 2000. (Dissertação de Mestrado).

VERANI, C. B. L. Representações tradicionais da doença entre os Kuikuro (Alto Xingu). In.: BUCHILLET, D. (org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: CEJUP, 1991.

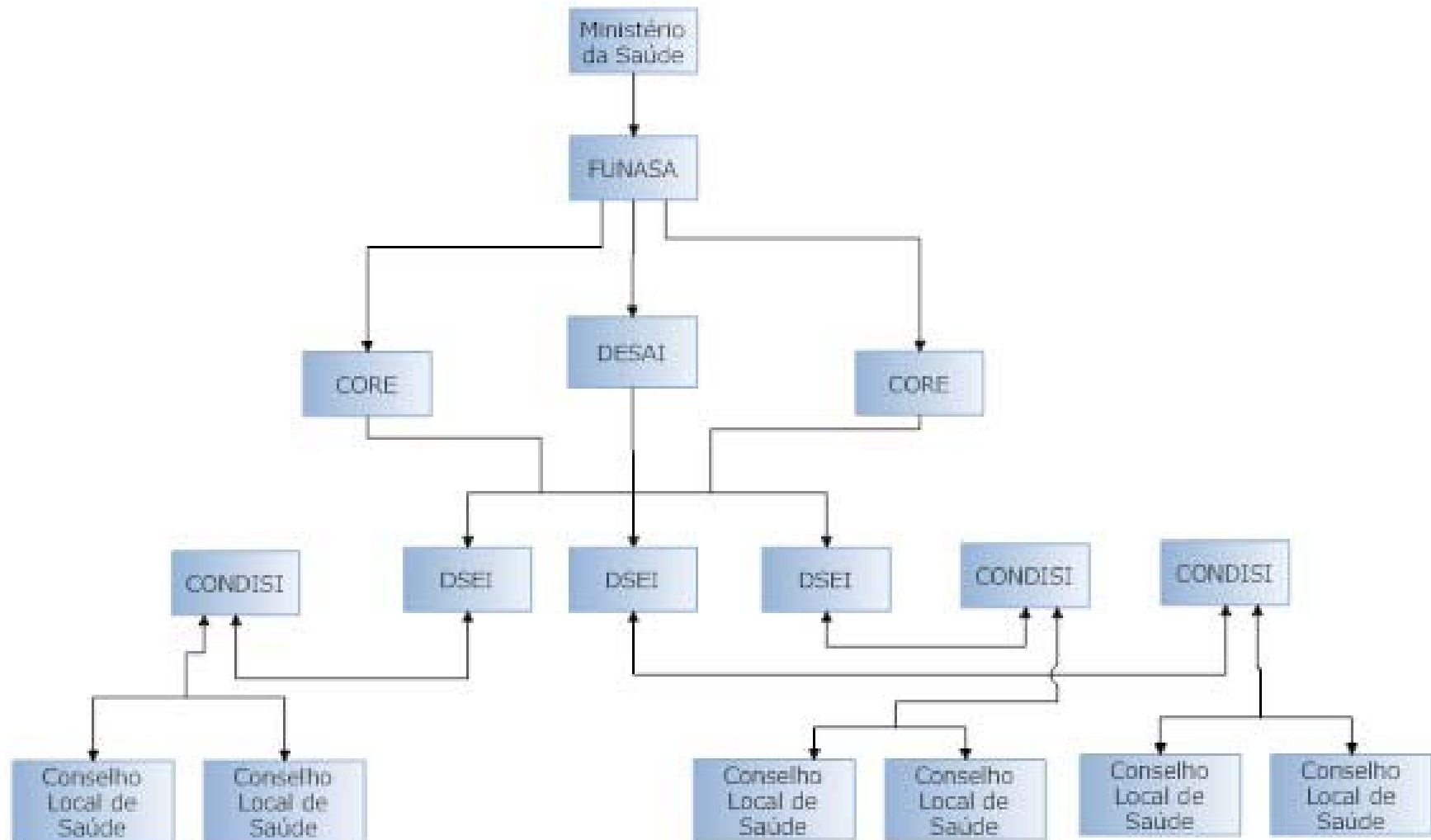
_____. A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil. *Boletim do museu paraense Emilio Goeldi - série antropologia*. v. 15(2), p. 171-192, 1999.

VILLAS-BÔAS, O.; VILLAS-BÔAS, C. *Xingu: os índios, seu mitos*. São Paulo: Círculo do Livro, 1970.

VIVEIROS DE CASTRO, E. *Indivíduo e sociedade no Alto Xingu: os Yawalapiti*. Rio de Janeiro: Museu Nacional, 1977. (Dissertação de mestrado).

_____. A fabricação do corpo na sociedade xinguana. *Boletim do Museu Nacional*. Rio de Janeiro, v. 32, p. 40-49, 1979.

ANEXOS

ANEXO A – ORGANOGRAMA DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

ANEXO B – RELAÇÃO DOS AIS DO ALTO XINGU

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 1. Aianuke Waurá | 28. Malaku Kalapalo |
| 2. Aigihagi Kalapalo | 29. Maulayana Careca Waurá |
| 3. Aru Kalapalo | 30. Nikumalu Yawalapiti |
| 4. Arusafi Kalapalo | 31. Orlando Kalapalo |
| 5. Athangi Arifutua Kuikuro | 32. Palaku Paulo Kuikuro |
| 6. Anhute Matipu | 33. Parawairu Kamayura |
| 7. Amaka Cazuza Kamayura | 34. Ronaldo Ahukinho Nafukuá |
| 8. Apayupi Waurá | 35. Rákamu Kuikuro |
| 9. Ayato Kuikuro | 36. Tadashi Tekurevi Aweti |
| 10. Anuíá Yawalapiti | 37. Tadjui Kalapalo |
| 11. Jacalo Foratu Matipu | 38. Tahukumã Kukikuro |
| 12. Tsimo Kamayura | 39. Trauim Kamayura |
| 13. Joi Kuikuro | 40. Walamatiu Yawalapiti |
| 14. Jariwuru Mayutá Kamayura | 41. Yamico Yanu Yawalapiti |
| 15. Kamaciuna Yawalapiti | 42. Yacarewana Kamayura |
| 16. Kaiapo Matipu | 43. Yamulawa Waurá |
| 17. Kulikü Matipu | 44. Yawaitse Mehinako |
| 18. Kanutary Kamayura | 45. Yatapi Mehinako |
| 19. Kauti Kuikuro | 46. Iatagi Yamano Kukikuro |
| 20. Kuangi Marcelo Kalapalo | 47. Yaluitche Mehinako |
| 21. Kururupe Waurá | 48. Yaluike Kuikuro |
| 22. Kulumaka Matipu | 49. Yucumã Waurá |
| 23. Kuaray Aweti | 50. Yuahika Wassi Kalapalo |
| 24. Kulikyrda Mehinako | 51. Ana Terra Yawalapiti |
| 25. Kumaiu Mehinako | 52. Edinhinho Kamayura |
| 26. Luajá Kalapalo | 53. Kanauí Aweti |
| 27. Mahimpia Asalu Mehinako | |

ANEXO C – OS AISs EM IMAGENS



Figura 1 – AISs, instrutores e profissionais da EMSI



Figura 2 – Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu

Fonte: AIS; Bertanha, 2007



Figura 2 – Curso dos AISs, módulo “Promovendo a saúde, prevenindo DST/AIDS”



Figura 3 – Trabalho em grupo durante o curso dos AISs, módulo “Promovendo a saúde, prevenindo DST/AIDS”



Figura 4 – Apresentação de trabalho em grupo durante o curso dos AISs, módulo “Promovendo a saúde, prevenindo DST/AIDS”



Figura 5 – Palestra sobre DST/AIDS feita pelos AISs no Posto Leonardo



Figura 6 – AISs na UBS da aldeia Aiha Kalapalo



Figura 7 – Escovação de dentes – Aldeia Aiha Kalapalo



Figura 8 – Trabalho no Posto Leonardo



Figura 9 – Campanha de vacinação – Aldeia Utawana/PIV Curisevo



Figura 10 – Campanha de vacinação – Aldeia Kuikuro



Figura 11 – Campanha de vacinação – Aldeia Yawalapiti



Figura 12 – Campanha de vacinação – Posto Leonardo



Figura 13 – Campanha de vacinação – Aldeia Waura



Figura 14 – Trabalho na aldeia Matipu



Figura 15 – Trabalho na aldeia Nahukua



Figura 16 – Auto-representação – desenho de um AIS Kuikuro.

Fonte: AIS; Bertanha, 2007.

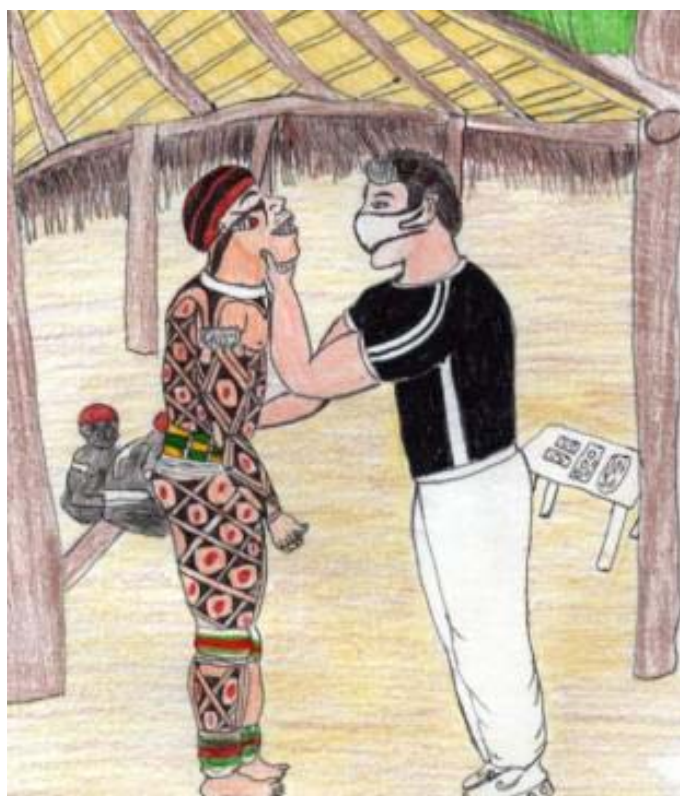


Figura 17 – Auto-representação – desenho de um AIS Kuikuro.

Fonte: AIS; Bertanha, 2007