

A INTERFA  
ENTRE SAÚDE INDÍG  
E O PROGRAMA MAIS MÉDIC  
PARA O BRASIL NO TOCANT  
UMA ANÁLISE A PAR  
DO POVO *XERE*

---

---

A INTERFACE  
ENTRE SAÚDE INDÍGENA  
E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS  
PARA O BRASIL NO TOCANTINS:  
UMA ANÁLISE A PARTIR  
DO POVO *XERENTE*

ROGÉRIO FERREIRA MARQUEZAN

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS

ODAIR GIRALDIN

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS

## **A INTERFACE ENTRE SAÚDE INDÍGENA E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL NO TOCANTINS: UMA ANÁLISE A PARTIR DO POVO XERENTE**

### **Resumo**

Esse artigo descreve e analisa relações que emergem da atuação dos profissionais do Programa Mais Médicos para o Brasil na saúde indígena do Tocantins, a partir do contato desses profissionais com o povo Akwẽ /Xerente. Recorreu-se aos relatos de profissionais e de indígenas Xerente, coletados na área indígena onde atuam e nos novos espaços que surgem pela dinâmica do Programa. Dessa zona de contato entre profissionais e indígenas emergiram novas formas de relacionamento. Fatores como permanência dos profissionais, formação adequada e disponibilidade foram importantes para a interação desses profissionais com a comunidade contribuindo para uma relação mais simétrica. De outro lado, o processo histórico de relação dos Xerente com a sociedade circundante consistiu num elemento facilitador dessa relação.

Palavras chave: Xerente, Programa Mais Médicos; Saúde indígena.

## **THE INTERFACE BETWEEN INDIGENOUS HEALTH AND THE BRAZILIAN MORE DOCTORS PROGRAM IN TOCANTINS: AN ANALYSIS FROM THE XERENTE PEOPLE**

### **Abstract**

This manuscript describes and analyzes the relationships that emerge from the work of professionals of the Brazilian More Doctors Program in the indigenous health of Tocantins, from the contact of these professionals with the Akwẽ /Xerente people. It was used the reports of professionals and Xerente indigenous, collected in the indigenous area where they work and in the new spaces that arise due to the dynamics of the Program. From this contact zone between professionals and indigenous, new forms of relationship emerged. Factors such as the permanence of professionals, adequate training and availability were important for the interaction of these professionals with the community, contributing to a more symmetrical relationship. On the other hand, the

historical process of relationship between the Xerente and the surrounding society was a facilitator of this relationship.

Keywords: Xerente, Brazilian More Doctors Program, indigenous health.

## **LA INTERFAZ ENTRE SALUD INDÍGENA Y EL PROGRAMA MÁS MÉDICOS PARA BRASIL EN TOCANTINS: UN ANÁLISIS A PARTIR DEL PUEBLO XERENTE**

### **Resumen**

Este artículo describe y analiza las relaciones emergentes de la actuación de los profesionales del Programa Más Médicos para Brasil en la salud indígena de Tocantins, a partir del contacto de estos profesionales con el pueblo Akwẽ /Xerente. Se utilizan los relatos de los profesionales y de indígenas Xerente, recogidos en el área indígena donde actúan y en los nuevos espacios que surgen de la dinámica del Programa. De esta zona de contacto entre profesionales e indígenas emergieron nuevas formas de relación. Factores como la permanencia de los profesionales, formación adecuada y disponibilidad fueron importantes para la interacción de los profesionales con la comunidad, contribuyendo a una relación más simétrica. Por otro lado, el proceso histórico de relación de los Xerente con la sociedad circundante constituyó un elemento facilitador de esa relación.

Palabras clave: Xerente; Programa Más Médicos; Salud Indígena

Rogério Ferreira Marquezan  
E-mail: rfm@uft.edu.br

Odair Giralдин  
E-mail: giraldin@uft.edu.br

## INTRODUÇÃO

O objetivo desse trabalho é trazer à tona uma temática ainda pouco conhecida e discutida no âmbito da saúde indígena, que é a interface entre o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMPB) e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a partir do contexto do contato entre os profissionais do Programa e o povo Akwẽ-Xerente, no estado do Tocantins. Implementado pela Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013 como uma política de melhoria de acesso da população aos serviços de atenção básica à saúde, o PMMPB envolve ações de provimento de médicos para os locais onde historicamente há carência desses profissionais, além de ações no campo da formação médica, como a reestruturação das diretrizes curriculares dos cursos de medicina, ampliação do número de vagas nos cursos de graduação em medicina e nos programas de residência médica de Medicina de Família e Comunidade (entre outras especialidades) e ainda, melhoria da infraestrutura através da alocação de recursos para reformas de unidades de saúde nos municípios que aderiram ao Programa. É necessário frisar que, no âmbito do PMMPB, a atuação dos médicos se dá necessariamente em conjunto com o restante da equipe de saúde, e exclusivamente no nível da atenção básica, correspondendo a ações de prevenção e promoção de saúde em consonância com as políticas de saúde vigentes.

Como se pode perceber, o Programa não nasce com foco específico na saúde indígena. No entanto, a experiência da atuação dos profissionais

vinculados ao PMMPB em área indígena constituiu um terreno fértil para fomentar discussões acerca da política de atenção diferenciada à população indígena ao desvelar um rico espaço de trocas culturais possíveis entre os profissionais e os indígenas atendidos.

Dentre os três eixos de atuação (provimento emergencial, educacional e estrutural), o PMMPB ficou mais conhecido pelo eixo de provimento emergencial, que consistiu nas medidas para suprir demandas de acesso à atenção primária em saúde da população brasileira através da oferta de profissionais médicos. Historicamente, o problema de fixação de médicos em áreas de difícil acesso afeta não só o Brasil como vários outros países. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS 2010) mostram que há uma concentração de profissionais nos grandes centros, e uma carência desses profissionais no interior. Na saúde indígena, além da dificuldade de fixar profissionais, há ainda as singularidades da atenção diferenciada, o que nos remete à discussão aqui proposta.

Vários estudiosos têm apontado dificuldades de diversas ordens em relação a efetivação da atenção diferenciada à saúde indígena no modelo de saúde pública vigente. Castellani (2012:21) destaca as críticas dos indígenas ao subsistema de atenção diferenciada em relação à falta de materiais e recursos, bem como a baixa resolutividade e a reivindicação, por parte dos usuários indígenas e seus apoiadores, de uma maior participação na gestão do subsistema.

Outro ponto crítico é a formação dos profissionais para atuar na saúde indígena. Diehl & Pellegrini (2014), apontam a deficiência na formação profissional para atuar no contexto interétnico e a escassez de pesquisas sobre o tema, assim como Silva (2013:32) ressalta o desafio à formação de profissionais de saúde para atuar junto às comunidades indígenas, uma vez que esses têm que conviver com diferenças de visão de mundo, línguas e costumes. Segundo a autora:

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

A efetiva participação nos processos decisórios também constitui um desafio. Diehl & Langdon (2015:215) argumentam que, apesar da política de atenção diferenciada ter criado espaços para a participação das organizações e comunidades indígenas, a forma que esses espaços foram organizados com base em pressupostos diferentes do modo de organização dos indígenas, não deixa claro a dimensão do exercício pleno e autônomo dos povos indígenas na garantia dos seus direitos. Ainda no quesito da participação no processo de gestão, Rodrigues & Mendonça (2015) apontam que o controle social posto como instância de participação nas políticas públicas por si só não garantiria uma efetivação dos direitos das comunidades indígenas, sendo possível, inclusive, constituírem espaços de ampliação da relação de do-

minação caso não reconheçam os valores e formas de organização próprios dessas comunidades. Esse argumento é corroborado por Garnelo & Sampaio (2003:312) ao afirmar que:

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

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

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

A interface entre o modelo biomédico e as práticas culturais constituem também um dos desafios. Em relação a esse aspecto, Barros (2002) discute as limitações do modelo biomédico pela dificuldade de incluir questões psicológicas e socioculturais no itinerário terapêutico devido à lógica cartesiana

implícita no modelo. Garnelo & Langdon (2005:137) enfatizam a existência de múltiplos modelos terapêuticos ligados à diferentes formas de organização social que os sustentam e ressaltam que:

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

A título de exemplo das dificuldades que ocorrem na relação entre os diferentes sistemas de atenção à saúde, Gadelha (2014) descreve uma situação em que uma criança indígena da etnia Tukano fora atendida na rede de saúde após ser mordida por uma cobra, tendo sido necessária a atuação do Ministério Público no sentido de garantir a integração das práticas tradicionais ao tratamento, demonstrando a dificuldade de se aliar ainda as práticas culturais ao modelo biomédico<sup>1</sup>. Por outro lado, como lembra Langdon (2005:10), “O fato das medicinas indígenas terem essa visão mais ampla de doença e cura não implica que sua cultura e seu modo de ver o mundo apresentem obstáculos para a percepção da eficácia de nossos tratamentos.”

Coimbra-Jr. & Santos (2000) abordam as deficiências no campo da pesquisa

<sup>1</sup>Nota das editoras: a esse respeito, ver artigo de João Paulo de Lima Barreto neste volume.

em saúde relacionadas às questões étnico-raciais e chamam a atenção para a necessidade de uma agenda que considere as múltiplas interfaces dos efeitos da dimensão étnico-racial sobre a saúde.

Apesar das dificuldades, é importante lembrar que, conforme descreve Nascimento (2010) ao analisar as transformações históricas na construção da identidade indígena no Brasil, a partir do século XX as mudanças na esfera política e social ampliaram as possibilidades e ferramentas para que diferentes grupos sociais obtivessem maiores espaços de transmissão cultural e reconhecimento social. Consideramos que o PMMPB se insere nesse contexto ao trazer em seu escopo uma estruturação de novos espaços institucionais com funções delimitadas, agregando a esses espaços atores cuja função explicitada é de operacionalizar as ações previstas na política de saúde.

Alguns desses espaços, que serão descritos a seguir, emergem a partir de uma característica fundamental do programa, que são as ações de fortalecimento da integração entre ensino e serviço no campo da saúde. Dessa forma, constituem-se as seguintes “zonas de contato” (conceito que será explorado adiante) criadas a partir do PMMPB: a) Supervisão acadêmica *in loco*; b) Encontros de supervisão local-regionais e, especificamente no nosso caso, o Congresso Tocantinense do Programa Mais Médicos Para o Brasil, realizado em outubro de 2016, em Palmas-TO, pela Universidade Federal do Tocantins; c) local de prática (aldeias ou unidades de saúde).



A supervisão acadêmica é regulamentada pela portaria do Ministério da Educação nº 585, de 15 de junho de 2015 e consiste na visita mensal *in loco* aos profissionais médicos que atuam pelo programa, realizadas por supervisores que são médicos preferencialmente com experiência na Atenção Básica e que estão vinculados à uma Instituição Supervisora através de um tutor, constituindo uma rede de apoio ao profissional do PMMPB. As Instituições Supervisoras em sua maioria são universidades, mas também podem ser secretarias municipais de saúde, que operacionalizam o processo de supervisão. No Tocantins, a coordenação do processo de supervisão está à cargo da Universidade Federal do Tocantins. Compete à supervisão acadêmica:

“[...] por meio de um conjunto de ações e dispositivos, singularizar a vivência dos médicos participantes do Projeto, ofertando suporte para o fortalecimento de competências necessárias para o desenvolvimento das ações da Atenção Básica.” (Brasil 2015:11).

Além do processo de supervisão pedagógica, um dos diferenciais dos profissionais que atuam na saúde indígena pelo PMMPB é o fato de que, obrigatoriamente, cursam uma especialização em saúde indígena em modalidade semipresencial, ofertada pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) em parceria com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e o PMMPB.

Desse modo, o Programa constituiu novos espaços dialógicos entre o campo de prática e o espaço da formação profissional, pois as questões empíricas

colocadas a partir da prática dos médicos no atendimento aos indígenas passou a ser objeto de discussão no ambiente de ensino e vice-versa.

Os encontros de supervisão locais constituem outros espaços associados ao PMMPB. Considerados uma modalidade de supervisão acadêmica, têm como diferencial constituírem um espaço coletivo, no sentido de que visam integrar os vários profissionais que estão atuando pelo programa em uma dada região, em torno de uma temática comum, fomentando discussões e busca de soluções, com participação de outros atores envolvidos no campo da saúde, como gestores e profissionais da equipe de saúde. Considerando o contexto da saúde indígena, foram realizados dois encontros locais da saúde indígena nos anos de 2015 e 2017, ambos sediados em Palmas-TO.

Em 2016 foi realizado o Congresso Tocantinense Mais Médicos para o Brasil, no qual a saúde indígena teve um papel de destaque com a realização de uma roda de conversa em que participaram gestores da saúde indígena em nível estadual, profissionais de saúde, médicos atuantes pelo PMMPB, supervisores, professores do curso de medicina e antropólogos. Nesse momento o programa estava completando três anos, que foi o tempo inicialmente estipulado para sua duração (posteriormente prorrogado), e o objetivo no contexto do Congresso foi avaliar as ações dos profissionais no estado. Os discursos e intencionalidades revelados nesse contexto foram bastante significativos e serão analisados adiante.



Além disso, obviamente, o espaço onde se dá de forma mais eloquente a relações entre os atores do campo da saúde indígena é exatamente o local de prática, seja nas aldeias ou nas unidades de saúde. É onde se dá o encontro marcado pela necessidade pungente de solução dos males que afligem o corpo. Corpo esse, que é entendido de forma diversa por aqueles que curam (seja o pajé ou o médico) e também pelos que precisam ser curados.

É diante desse cenário complexo que procuraremos analisar aquilo que emergiu, ou que até mesmo deixou de emergir, a partir das relações estabelecidas pelo PMMPB.

### **OS AKWĒ/XERENTE FACE AOS SISTEMAS DE SAÚDE**

Os primeiros trabalhos etnográficos sistematizados sobre os Xerente são atribuídos à Curt Nimuendajú e David Maybury-Lewis. O primeiro, data da década de 1940 e o segundo, da década de 1960. Nimuendajú reuniu suas observações, a partir de sua permanência com os Xerente em duas ocasiões durante os anos 30, na obra *The Serente* (1942). Essa descrição etnográfica serviu de base para compreensão da organização social dos Xerente durante muitos anos. Nimuendajú caracterizou a organização social AkwĒ/Xerente como marcada pelo princípio da dualidade expresso por duas metades: Siptato e Sdakra, cada uma composta por três clãs patrilineares e exogâmicos.

A história do contato dos Xerente com a população circundante na região do antigo norte goiano teve início no século XVIII, com a instalação de núcleos urbanos ligados a mineração (Giralдин & Silva 2002). A principal experiência vivenciada na relação com os Xerente naquele século foi o deslocamento de parte desse povo para o aldeamento de São José do Duro, como uma forma de garantir segurança para a prática da garimpagem na região das vilas de Monte do Carmo e Pontal.

No século XIX a relação perpassou um período marcado pelo desejo dos Xerente em preservar suas terras e seu modo de vida, que dura até meados do século, havendo em decorrência uma série de conflitos armados. A partir de então, a relação se desenrola num processo de aldeamento que se desenvolveu na segunda metade do século, quando se deu a criação do aldeamento Piabanhás (origem da atual cidade de Tocantínia). Algumas consequências advieram desse processo, tais como redução populacional, relação mais intensa com a cultura circundante e consequente incorporação de aspectos dessa cultura, incluindo a influência da religião católica e da educação escolar. Nesse sentido, o povo Xerente que habita hoje a margem direita do rio Tocantins, entre os municípios de Tocantínia, Rio Sono e Pedro Afonso, constitui um povo que viveu um processo de intenso contato com os não-indígenas. Tal processo foi doloroso, e somente nas décadas de setenta e noventa do século XX parte de seu território tradicional foi demarcado como terra indígena (Figura 1). Desde então,

o povo Akwẽ/Xerente experimentou um crescimento populacional, bem como uma ampliação do número de aldeias. De acordo com o DSEI Tocantins, em 2015 eram 65 aldeias e 3.180 indígenas na região.

Ao longo desse processo, os Xerente têm vivido diferentes experiências com o sistema de atenção à saúde. No

começo dos anos 2000 a Associação Indígena Xerente (AIX) assinou convenio com a FUNASA para gerenciar os recursos da saúde indígena entre os Xerente. Em 2006 foi inaugurado o Centro de Ensino Médio Xerente no interior da Terra Indígena, onde foi criado o curso de técnico em enfermagem em 2010, sendo a primeira turma formada em 2013.

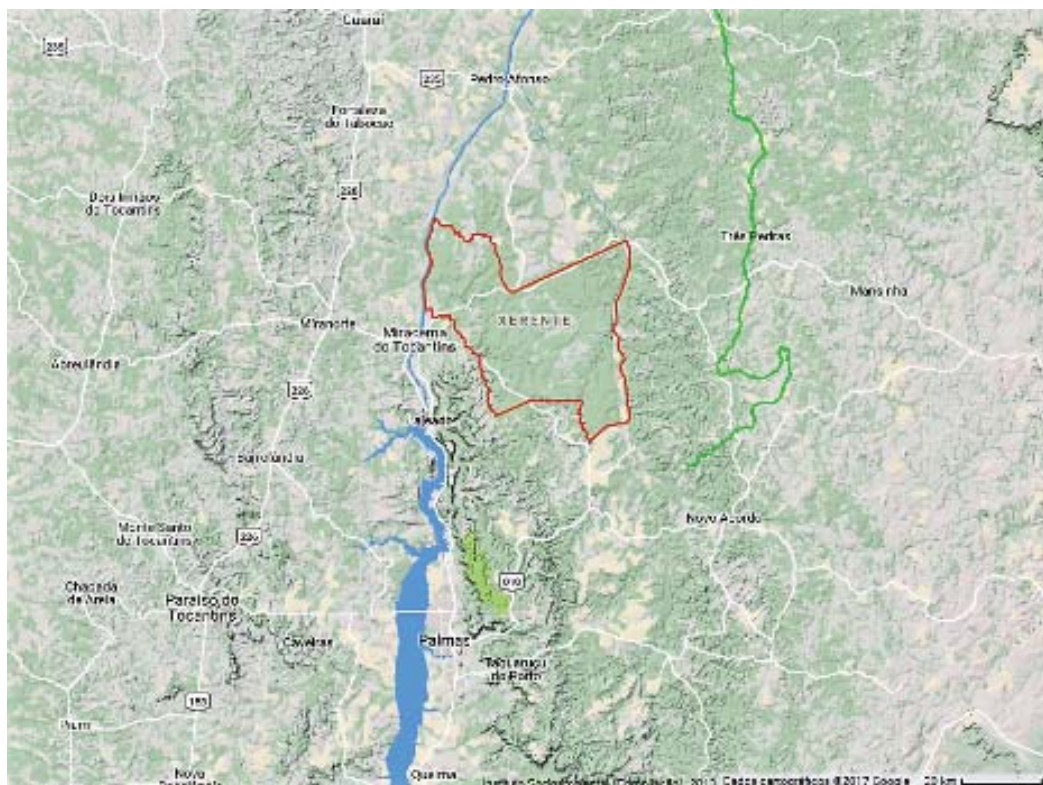


Figura 1. Localização da terra indígena Xerente no Tocantins (Fonte: Google Maps)

## PERCURSO TEÓRICO E METODOLÓGICO

Em nossa análise é importante considerar o que sugere Kleinman (1980), ao distinguir três alternativas de assistência à saúde em sociedades complexas: a informal, a popular e a profissional. Esses modelos possuem meios próprios de explicar e tratar as doenças,

como também de definir quem cura e quem é o paciente, além de especificar como ambos devem interagir em seu encontro terapêutico. Nesse sentido, os conhecimentos e práticas mobilizados individual ou coletivamente em resposta aos episódios de doença, são chamados “Sistemas de atenção à Saúde”. Valemo-nos também da conceitualização de Langdon e Wilk (2010:179),

que define “sistema cultural de saúde”, como a dimensão simbólica que se tem sobre saúde, incluindo os conhecimentos, percepções e cognições utilizadas para definir, classificar e explicar a doença; e “sistema social de saúde”, composto pelas instituições relacionadas à saúde, bem como os profissionais que nelas atuam e suas relações de poder e regras de funcionamento.

Langdon e Wilk (2010), chamam a atenção para o fato de que o sistema de atenção à saúde, enquanto modelo conceitual e analítico, não é uma realidade em si para os grupos sociais com os quais se convive ou estuda. Porém, esse modelo auxilia a sistematização e compreensão dos diversos elementos experimentados de forma complexa e subjetiva, seja em nossa sociedade ou em outras que não nos são familiares. Assim, nos utilizamos desse construto analítico para lançar reflexões acerca das interfaces entre o PMMPB e a saúde indígena, a partir da experiência com o povo Akwẽ /Xerente.

É necessário compreender que o que aqui denominamos sistema social de saúde configura-se, para além dos arranjos institucionais, um campo de constante disputas de poder envolvendo de um lado o Estado e, de outro, os povos indígenas. Aqui nos remetemos ao conceito de *campo* de Bourdieu (1989), no sentido de agentes sociais com posições em disputa em torno dos símbolos que garantem uma determinada representação e uma narrativa empoderadora. Isso, obviamente, tem implicações para a resultante desse sistema, ou seja, os serviços de saúde efetivamente pres-

tados, bem como acarreta mudanças nas percepções daqueles que participam dessa organização social acerca do campo da saúde, seja como profissionais, seja como usuários do sistema.

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

Sahlins (1987) nos traz à luz o conceito de *indigenização da modernidade* ao refletir sobre as transformações culturais ocorridas em grupos locais através da articulação com os sistemas ocidentais modernos. No âmbito de nossa discussão esse processo se dá pela incorporação dos discursos oficiais aos interesses culturalmente situados. Desse modo, num jogo dialético, o valor instituído oficialmente passa a ser interpretado por aqueles a quem se destinam, a favor dos seus interesses culturais, criando novas representações acerca do fenômeno *saúde*.

Por outro lado, ao discutir a emergência do tradicional como objeto das políticas públicas, Ferreira (2013:38) advoga que a relação dialética entre Estado e seus subordinados, no caso, os indígenas, produz o que a autora denomina *híbridos culturais* que representam novas normas que emergem dessa relação passando a constituir “[...]novos locais

de cultura, que tendem a fugir do controle administrativo governamental.”

Nesse contexto, a despeito das estruturas de poder simbólico e administrativo do Estado que tenderiam a estabelecer uma *ordem gnosiológica* (Bourdieu 1989:10), o que se verifica é um cenário que possibilita o agenciamento dos atores indígenas levando a novas formas de interação entre os sistemas.

Assim, como assevera Ferreira (2013:31),

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

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

políticas públicas de modo que se sobressaia sua visão de mundo.

Temos então uma relação entre Estado-nação e seus subordinados que se dá no campo das políticas públicas, visando de um lado estabelecer uma dominação e um homogeneização e, de outro, a prevalência dos interesses individuais ou coletivos (nos casos das comunidades indígenas e outros grupos não-hegemônicos) dos agentes sociais.

Um dado importante à essa altura é que todos os médicos atuantes em área indígena no período de realização desse estudo eram de nacionalidade cubana. Isso se deve à própria dinâmica do Programa e também ao histórico desinteresse dos médicos brasileiros em atuar junto a população indígena. Ressalta-se que durante a implementação do PMMPB todas as vagas foram ofertadas inicialmente à médicos brasileiros; uma vez não preenchidas, foram oferecidas aos médicos brasileiros formados no exterior, para, somente então, recrutar profissionais de Cuba através de um termo de cooperação internacional firmado entre o governo brasileiro e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Findado esse processo, o resultado foi 100% das vagas referentes à atenção básica na saúde indígena no estado do TO preenchidas por profissionais intercambistas cooperados, denominação que recebem os profissionais de Cuba que atuam no Brasil pelo PMMPB.

Ao colocar sob sua égide profissionais de nacionalidade estrangeira e povos indígenas, o Estado estabelece um cenário complexo e heterogêneo, que



tende a extrapolar seu controle simbólico e administrativo, resultando em novas possibilidades advindas do processo de *indigenização da modernidade*.

Abordando a questão da indigenização da modernidade no tocante ao campo interétnico da saúde indígena, Ferreira; (2013:42) afirmou que:

“[...]pode-se dizer que o fenômeno de indigenização da modernidade, ao ser constitutivo do campo interétnico da saúde indígena, o transforma em uma zona de contato intermédica, na qual a medicina científica e os sistemas sóciomédicos indígenas interagem na prática e na teoria – local fronteiro que propicia a emergência de medicinas indígenas híbridas.”

Apesar de enfatizar o campo da saúde indígena como interétnico e constitutivo de medicinas indígenas híbridas, ao considerar a medicina ocidental como “científica” e os sistemas culturais de saúde indígenas como “sóciomédicos” a autora incorre no risco de que se compreendam ambos os sistemas de forma hierarquizada, supervalorizando a perspectiva biomédica em detrimento dos sistemas indígenas. A compreensão das relações interétnicas no campo da saúde indígena é uma agenda relativamente recente da produção antropológica no Brasil. Até o início da década de 1990 a produção etnográfica é marcada por temas clássicos da antropologia como xamanismo, ritual e cosmologia. De 1990 em diante, a partir do processo de democratização do país e da ampliação no número de pós-graduações, verifica-se um incre-

mento significativo da produção de dissertações e teses relacionadas ao tema da saúde indígena. De 2000 a 2010 percebe-se uma confluência dos estudos para temáticas centradas em dois eixos principais:

“1. as reflexões sobre o processo do adoecimento e cura, bem como as práticas relacionadas aos itinerários terapêuticos, frequentemente englobadas por recortes etnológicos, dentre os quais se sobressaem as noções de corpo e pessoa; e 2. as análises das relações políticas nas quais se inserem os conflitos na assistência à saúde indígena, seja por suas ambiguidades na atribuição de responsabilidades aos diferentes atores políticos envolvidos, seja pelas análises dedicadas ao processo atual de distritalização com a inclusão de figuras-chave do controle social indígena.” (Teixeira & Silva 2013:35-37)

As transformações de ordem política e administrativa do país contribuem para a necessidade de outros olhares e novas formas de pensar (Fontão & Pereira 2017:1172). Especificamente no âmbito do PMMPB alguns modelos analíticos devem ser acionados para se compreender a realidade apresentada pela pesquisa, especialmente aqueles que dialogam com a interação entre indígenas e serviços de saúde (Pellegrini 2004; Kelly, 2015)

A partir dessa realidade propusemos um estudo descritivo da relação dos profissionais do PMMPB e os Akwẽ /Xerente, a partir de dados documentais e etnográficos coletados entre os anos de 2016 e 2017. Do ponto de vista documental as infor-

mações foram extraídas dos registros em áudio de duas reuniões de supervisão locorregionais conduzidas no âmbito da Universidade Federal do Tocantins e da roda de conversa sobre saúde indígena realizada no Congresso Tocantinense Mais Médicos Para o Brasil, em outubro de 2016. As informações sobre a percepção dos indígenas acerca do programa foram extraídas do documentário “Mais Médicos no Tocantins” bem como da vivência em campo do pesquisador, durante o período de 2016 a 2017, na aldeia Salto Kripé, em Tocantínia.

Numa perspectiva dialética, nossa descrição ora perpassa a percepção de profissionais envolvidos com a saúde, ora perpassa a visão indígena. A intenção é desvelar significados e possibilidades que revelem mudanças, ainda que sutis, na relação entre práticas biomédicas e tradicionais no campo da atenção diferenciada.

A partir das observações em campo na comunidade Akwê /Xerente e em cenários de práticas em saúde, buscou-se desvendar algumas nuances e significados relacionados à interface do Programa Mais Médicos no Tocantins e a saúde indígena, bem como desvelar o potencial ainda não explorado dessa recente política.<sup>1</sup> Particularmente, analisaremos como os espaços criados a partir da implantação do PMMPB possibilitaram novas formas de relacionamento no campo da saúde a partir do contato entre os profissionais vinculados ao Programa e os indígenas da etnia Xerente.

## ETNOGRAFIA DE UMA ZONA DE CONTATO

A discussão tecida até aqui remete ao conceito de *zona de contato* preconizado por Mary Louise Pratt (1992) e descrito por Follér (2004:6) como:

“[...]espaço dos encontros coloniais, o espaço no qual povos antes separados pela geografia e história entram em contato e estabelecem relações contínuas, sendo que estas geralmente envolvem condições de coação, desigualdade radical e conflito intratável”.

Construído a partir de uma visão crítica sobre a perspectiva da colonização eurocêntrica, o conceito de *zona de contato* nos remete ao processo de colonização que os povos ameríndios atravessaram ao longo dos últimos séculos. Assim como nos lembra Quijano (2005), toda a lógica colonialista eurocêntrica se deu no sentido de criar uma dominação sobre os corpos, que na sua visão se dá pela criação do conceito de *raça*, o qual atendia ao interesse de expansão e consolidação do capitalismo europeu. Porém, é o próprio Quijano que aponta também os movimentos de reação contra a lógica colonizatória, demonstrando que os processos de dominação não se dão sem que se desencadeie uma resistência, seja por atos de violência, seja por mecanismos de adaptação e tradução cultural como meio de sobrevivência.

Colocados em perspectiva, portanto, os conceitos de zona de contato, hibridação cultural e indigenização da modernidade podem ser vistos como complementares, e se aplicam ao nosso contexto de análise uma vez que, ao

considerarmos os elementos criados pelo PMMPB, constatamos que eles surgem a partir de um processo histórico (colonização, desenvolvimento do capitalismo colonial, homogeneização da visão biomédica, carência de profissionais de saúde) e culmina numa resultante de traduções culturais em jogo no contato de indígenas e médicos cubanos que atuam com o povo Xerente do Tocantins, no nosso nível de análise.<sup>2</sup>

Se considerarmos o cenário de prática da atenção básica na saúde indígena podemos inicialmente imaginar a relação que ocorre na “ponta” do serviço como a zona de contato mais direta. Ou seja, as aldeias e unidades de saúde nas quais são realizados os atendimentos são onde, de fato, ocorrem os encontros entre os atores desse processo. Porém esse cenário em particular está intimamente ligado ao contexto que o precede. É preciso lembrar que o profissional que atua na saúde indígena está ligado a um subsistema de atenção diferenciada com características próprias que interferem e determinam, em parte, o seu fazer. Toda a organização logística, administrativa e financeira para a execução das ações da atenção básica está vinculada aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que são responsáveis por articular não somente a execução, como a formação dos profissionais envolvidos. Assim, por exemplo, para chegar à aldeia o médico depende do transporte agendado pelo DSEI. Seu tempo de permanência nas aldeias é determinado pela organização logística de transporte o que às vezes constitui um fator limitante.

Esse subsistema, por sua vez, está integrado ao Sistema Único de Saúde que deve complementar os atendimentos à população indígena. Dessa forma, no sentido mais amplo, a *zona de contato* perpassa também a própria relação entre a política pública de atenção à saúde indígena e a visão tradicional. Delineado o contexto no qual se observa o desenrolar de uma nova realidade trazida pelo contato dos indígenas com os médicos do PMMPB, é possível descrever e refletir sobre alguns elementos etnográficos dessa *zona de contato*.

A fala de uma gestora de nível estadual feita no Congresso Mais Médicos para o Brasil no Tocantins mostrou-se expressiva em relação ao significado da presença dos profissionais do PMMPB na saúde indígena. Preocupada com o fim do período de permanência dos profissionais em área após os três anos iniciais previstos, ela indaga aos profissionais como eles haviam conseguido melhorar os índices de mortalidade infantil<sup>3</sup>. A fala nos revela um distanciamento na relação entre quem gere e quem cuida, ou seja, apesar de demonstrar interesse em compreender a atuação, falta a vivência na realidade do cenário de prática. Aqui entende-se um processo de mudança significativo nas relações de poder. Uma relação onde o gestor passa de “determinante” para “determinado” uma vez que o profissional médico está empoderado pelo seu fazer. E ainda que os indígenas não estejam diretamente presentes nesse contexto a relação de poder foi modificada através do contato entre médicos e indígenas.



Voltando à indagação de como haviam conseguido melhorar os índices de mortalidade infantil, um dos médicos atuantes relata a importância de se compreender o modo de vida dos povos assistidos e se integrar, para só então poder recomendar ações muitas vezes simples, mas que surtem efeito. Revela que no início, ao chegar na aldeia era comum as mulheres se esconderem e não permitirem ser consultadas, mas que com a aproximação essa realidade mudou. Outros relatos dão conta da disponibilidade desses profissionais em se integrar à comunidade. Um médico descreve que estar entre os índios exige que faça parte da vida deles. Como exemplo, cita uma situação onde estavam construindo uma casa na aldeia, e ele, naquele momento, se propôs a ajudar carregando terra e ajudando a cavar os buracos para fixação dos esteios da construção.

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

diente em que quanto maior a distância da aldeia em relação a cidade costuma incorrer em um domínio menor da língua portuguesa, sobretudo para as mulheres e crianças.

Os relatos tanto de indígenas como de profissionais do PMMPB dão conta de que a língua inicialmente constituiu uma barreira para a comunicação entre eles, porém essa barreira tende a ser superada com a ajuda dos indígenas que atuam na saúde como enfermeiros, técnicos em enfermagem e os agentes indígenas de saúde.

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

Em relato colhido por Silva *et al.* (2015:1012) observa-se que “Segundo o médico, em seu país, é comum cursos de atualização sobre o uso de plantas

em tratamentos terapêuticos e, na própria graduação, eles já têm um grande contato com essa área do conhecimento.” O relato ilustra como, a partir da valorização da medicina tradicional, esse profissional passou a ser reconhecido pela comunidade, possibilitando uma aproximação fundamental para o desenvolvimento do seu trabalho ali. O relato continua com a afirmação de que a partir desse episódio a história se espalhou pelas aldeias vizinhas e as pessoas começaram a se interessar pela prática do médico.

Durante a roda de conversa sobre saúde indígena realizada no Congresso Tocantinense Mais Médicos, o papel dos Agentes Indígenas de Saúde é destacado por um médico como de fundamental importância com a função de serem eles os detentores da cultura local e ao mesmo tempo transitarem nos espaços institucionais, e ainda por intermediar a comunicação em função de dominar as duas línguas (português e Akwẽ). Nesse espaço, uma técnica da secretaria de saúde destaca que o sentimento por parte da equipe de saúde de que o médico efetivamente compõe a equipe favorece o planejamento em conjunto que possibilita o desenvolvimento de ações mais efetivas no campo da atenção básica em saúde. Conforme destaca Garcia (2017:285), “A acessibilidade, primeiro contato e a própria longitudinalidade do cuidado em saúde são estabelecidos como elementos estruturais e processuais na modificação da relação médico-usuário, podendo inclusive favorecer a produção de vínculos.

Na fala de um profissional médico

brasileiro, anteriormente ao PMMPB a atuação na saúde indígena era vista como “um bico” pelos médicos, o que é evidenciado por Pereira et al (2016), ao relatar que no período de 2013 e 2014, o PMMPB proveu cem por cento dos médicos da saúde indígena nos 34 Distritos Sanitários Indígenas no Brasil, totalizando 294 profissionais atuantes no subsistema de atenção à saúde indígena à época. Dessa presença mais próxima do profissional médico na comunidade indígena emerge uma nova significação da sua atuação por parte dos Xerente, que passam a ver os médicos como integrantes do processo de cuidado e menos distante do que anteriormente, quando eram vistos como figuras ausentes das aldeias. Isso contribui para a ressignificação do profissional médico em relação às relações de poder estabelecidas a partir da relação mediada pelas visões distintas de saúde.

### O Contato e as Possibilidades de Cura

Ainda que fuja ao nosso objetivo discutir conceitos de *saúde*, situamos em lados diametralmente opostos a visão da cosmologia Xerente e da medicina ocidental biomédica. Entre os Xerente e outros ameríndios, a doença costuma ser entendida como a ação de um agente subjetivo que atua sobre o corpo, tornando o sujeito doente (Viveiros de Castro 2004). Curar, então, é agir sobre esse agente subjetivo causador de doença removendo-o do corpo adoentado. Já do ponto de vista biomédico, a visão usual que se apresenta é do binômio saúde x doença, situando nesse *locus* o corpo “biologizado”.

Nos relatos obtidos em campo uma reivindicação frequente é de maior acesso à medicação, já que ela é vista como eficaz no combate aos sintomas do adoecimento, segundo a maioria dos Akwẽ/Xerente. A partir de um relato de um pai Xerente, cujo filho recém-nascido precisara passar por uma intervenção cirúrgica, o que acarretou a necessidade de um longo período de internação, ouvimos o seguinte relato: “no dia que eu cheguei lá tudo que eles falavam eu concordava, depois eu fui aprendendo, entendendo melhor e eu vi que quando era alguma coisa errada eu tinha que falar.” Indagado sobre que tipo de coisa errada, ele afirma: “ah... tipo o remédio já ia logo pra ele, não passava por mim antes. Tinha que brigar pra ser bem atendido”.

O bom atendimento é atribuído principalmente ao fornecimento adequado de medicamentos, já que os nexos causais das doenças os médicos nem sempre alcançam, por seu desconhecimento dos seres e a diplomacia cósmica de que participam os Xerente. Nesse contexto, a medicação passa a constituir ao mesmo tempo uma representação de acesso ao serviço de saúde, mas também a emergência de uma relação assimétrica entre aqueles que fornecem o medicamento, e os que necessitam dele. Tal compreensão vai ao encontro do que descreve Ferreira (2013:43) ao apontar que “a expansão da biomedicina afeta a relação com os outros modelos de atenção vigentes, subalternizando-os”. Para a autora, um dos efeitos dessa relação é que a medicalização assume um caráter colonizador de corpos e de subjetividades.

Por outro lado, esse processo de objetivação não ocorre de maneira passiva, o que se faz notar pela posição do pai no relato acima, que ao se perceber “mal atendido” passa a agir de maneira diferente, reivindicando um “bom atendimento”.

Da mesma forma, em conversa com um Xerente na aldeia, ao relatar sobre seu tratamento para uma hérnia com indicação cirúrgica, reclamava que os médicos (ressalta-se que esse relato não se refere aos profissionais do PMM-PB, mas do atendimento recebido no hospital) diziam que ele precisava ser operado, mas que para isso precisava tomar os remédios para controle de pressão alta. Porém, ele desejava que os médicos receitassem um remédio que solucionasse o problema da hérnia sem a necessidade de intervenção cirúrgica. Mesmo compreendendo a relação entre a medicação como uma etapa intermediária (controle da pressão arterial) para a cura (cirurgia), ele não desejava ser submetido à cirurgia. Interpretamos sua posição devido à perspectiva de agenciamento da doença compreendida como uma subjetivação atuando sobre seu corpo. O processo da cura, portanto, passaria por uma ação intersubjetiva para a retirada do agente causador da doença. Nessa perspectiva, o remédio poderia ser o meio pelo qual se retiraria o agente causador da doença, como faria um pajé Xerente. Esse relato sugere que a comunicação entre os atores foi prejudicada diante das diferentes perspectivas da doença e da cura.

Os relatos a seguir foram extraídos do documentário “Mais Médicos no To-

cantins” (2017) produzido em parceria pelos cursos de medicina e jornalismo da Universidade Federal do Tocantins. Um dos médicos destaca a importância do curso de especialização para a atuação na saúde indígena:

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

Nesse caso, o desvelar de um “novo mundo” representado pela compreensão da organização cultural dos indígenas, significou para o profissional de saúde a possibilidade de melhorar a realização do seu trabalho, ao invés de ser percebido como dificuldades interpostas pelo contexto.

De outro lado, um pajé (*sekma*) relata:

“Nossa cultura que nós aprendemos de pajé não igual à do médico, porque nós olhando pra pessoa e pro corpo a gente vê a doença e o que faz pra curar, a gente tira. Não é assim com o médico, nós não faz. Aí, se eu não tô dando conta, eu já falo praquele dono da pessoa<sup>4</sup> que tá doente, eu falo, não! Não tô dando jeito, não tá dando certo. Despacho pro médico. Só isso!”

Fica evidente que do contato entre os sistemas social e cultural de saúde emerge a possibilidade de respeito mútuo e colaboração, desde que estabelecido um processo favorável de comunicação. Obviamente, isso não seria o suficiente dado todo o contexto sócio

histórico que antecede esse contato, mas na relação entre os profissionais do PMMPB e os indígenas Xerente, a capacidade de estabelecer uma relação menos assimétrica mostrou-se um diferencial. Considerando a relação entre os sistemas de atenção à saúde como uma via de mão dupla, a capacidade de adaptação dos Xerente também se mostra relevante. Traduções locais e incorporações singulares do discurso oficial figuram processos pelos quais se dá a *indigenização da modernidade*. Ainda na fala do pajé referindo-se aos médicos:

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

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

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

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar as interfaces produzidas pelo contato de profissionais do PMMPB com o povo Akwẽ-Xerente nos revelou um mundo de significados inacabados, ainda em construção. Trata-se de uma realidade constituída historicamente a partir de um processo colonizatório que perpassa por várias fases e que nos conduz até a essa experiência recente do PMMPB que ainda está se desenrolando no seu território. Os profissionais intercambistas cooperados que atuam pelo Programa inicialmente permaneceriam no Brasil por três anos. Entretanto, pela evidente necessidade dos serviços desses profissionais no momento atual da saúde no país, esse período pôde ser prorrogado pelo mesmo tempo inicial, totalizando seis anos de permanência. Nessas articulações institucionais, alguns médicos foram substituídos, mas outros permaneceram, como no caso dos que atuam junto ao povo Akwẽ-Xerente. Durante nosso estudo, ficou evidente que um fator primordial para uma relação favorável entre profissionais e os indígenas é o tempo disponível que esses profissionais têm para se adaptar ao novo cenário, se familiarizar com a cultura local, melhorar a comunicação, enfim, se integrar à comunidade em que estão atuando. Apesar de permanecerem em contato com a comunidade, conforme aponta Silva *et al* (2015:1010) “o número de médicos alocados na aldeia representa uma quantidade insuficiente frente às necessidades dos Akwẽ-Xerente”. Isso revela que apesar de permane-

cerem em contato com a comunidade, esse contato não é tão frequente quanto poderia e deveria ser, em função do grande número de aldeias (65) atendidas por apenas dois profissionais médicos.

Além do tempo de permanência em contato com a comunidade, o processo de formação emerge como um fator preponderante. O suporte teórico aos profissionais através da especialização em saúde indígena revelou-se muito importante nesse contato. Através dela foi possível desmistificar a imagem pré-concebida que os profissionais tinham dos índios. Somada à disponibilidade desses profissionais em abarcar a saúde indígena como uma *missão* (termo utilizado por eles para designar o tempo de permanência no Brasil), as resultantes são novas zonas de contato, que, nesse caso, pareceu favorecer a ambos.

Por fim, há que se destacar a habilidade política e afetiva dos Akwẽ-Xerente em se relacionar com o mundo. Assim como fazem outros povos do tronco linguístico Macro-Jê, após manter contato estreito e permanente com as pessoas de uma aldeia, certamente o chegante receberá um nome indígena que o coloca como membro de um dos clãs e em relação inclusiva com a vida da comunidade. Assim, quando profissionais prestadores de serviços (médicos, professores, motoristas, enfermeiros, etc.) se dispõem a interagir de maneira simétrica com a população, certamente será bem recebida e abre-se grande possibilidade de relação dialógica e frutífera entre as partes.



## NOTAS

<sup>1</sup> O temo “recente” aqui se refere à implementação do Programa Mais Médicos que se deu em 2013. Porém há que se ressaltar que o mesmo se integra como estratégia de fortalecimento da política nacional de atenção básica (PNAB), que por sua vez está vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), o qual se integra ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que são políticas advindas dos desdobramentos da Constituição de 1988.

<sup>2</sup> O atendimento aos Xerente pelos médicos cubanos se dá no nível da atenção básica, o qual será nosso recorte nesse estudo. Porém, o atendimento em nível hospitalar, via de regra, é realizado por profissionais brasileiros.

<sup>3</sup> A gestora primeiramente relata melhoras ocorridas nos indicadores de mortalidade infantil no estado do Tocantins, ressaltando que o índice havia sido “puxado” pela diminuição da mortalidade infantil entre as crianças indígenas.

<sup>4</sup> Na cultura Xerente há sempre alguém que deve ser um responsável por outra pessoa. Por exemplo, um pai será o responsável pelos filhos. Na sua falta, o filho mais velho é o responsável. Mas vale dizer que será sempre uma relação hierárquica por ordem do mais velho para o mais novo. Assim, um irmão mais novo não pode ser responsável pelo irmão mais velho. Nem um filho ser responsável pelo pai.

## REFERÊNCIAS

Barros, J. 2002. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico. *Saúde e Sociedade* 11:67–84.

Bernardes, A. G. 2011. Saúde indígena e políticas públicas: alteridade e estado de

exceção. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 15:153–164.

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

Brasil. 2013. Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 22 out.

\_\_\_\_\_. 2015 Ministério da Educação. Portaria. Nº 585, de 15 de junho de 2015. Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2015; 16 jun.

Castellani, M. R.. 2012. Subsistema de Saúde Indígena: Alternativa bioética de respeito às diferenças. Dissertação de Mestrado, Departamento de ciências da saúde- Universidade de Brasília. Brasília.

Coimbra-Jr., C. E. A.; Santos, R. V. 2000. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 5:125–132.

Diehl, E. E.; Langdon, E. J. 2015. Transformações na Atenção à Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um Contexto Indígena Brasileiro. *Universitas Humanística*, 80:213-236.

Diehl, E. E.; Pellegrini, M. A. 2014. Saúde e povos indígenas no Brasil: O desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Cadernos de Saúde Pública* 30:867–874.

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

Follér, M.L. 2004 “Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indíge-

- nas e profissionais de saúde”. in: *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Editado por Langdon EJ, Garnelo L. pp. 129-148 Rio de Janeiro: Editora ContraCapa.
- Fontão, M.A.B.; Pereira, E.L. 2017 Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. *Interface - comunicação, saúde, educação*. 21:1169-1180.
- Gadelha, L. F. P. L. 2014. *A Articulação dos Sistemas Tradicionais e Clássicos de Medicina na Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – uma Análise da Atuação do Ministério Público Federal no Caso da Criança Indígena da Etnia Tukano – Alto Rio Negro – Amazonas*. Disponível em < [http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/documentos-e-publicacoes/artigos/docs\\_artigos/a-articulacao-dos-sistemas-tradicionais-e-classicos-de-medicina-na-atencao-a-saude-dos-povos-indigenas-2013-uma-analise-da-atuacao-do-ministerio-publico-federal-no-caso-da-crianca-indigena-da-etnia-tukano-2013-alto-rio-negro-2013-amazonas/view](http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/documentos-e-publicacoes/artigos/docs_artigos/a-articulacao-dos-sistemas-tradicionais-e-classicos-de-medicina-na-atencao-a-saude-dos-povos-indigenas-2013-uma-analise-da-atuacao-do-ministerio-publico-federal-no-caso-da-crianca-indigena-da-etnia-tukano-2013-alto-rio-negro-2013-amazonas/view)>. Acesso em: 21 out. 2017.
- Garcia Jr., C. A. S. 2017. *Produção de vínculos: a relação entre médicos cubanos e usuários do Sistema Único de Saúde a partir do Programa “Mais Médicos”*. Porto Alegre : Rede UNIDA.
- Garnelo, L.; Langdon, J. 2005. A Antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In. *Críticas e atuantes: Ciências Sociais e humanas em saúde na América Latina*. Editado por: Minayo, M. C.S. e Coimbra Jr. C. E. A. pp. 136–56. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Garnelo, L.; Sampaio, S. 2003. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na Região Norte do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 19:311–317.
- Giddens, A. 1991. *As consequências da modernidade*. São Paulo: Unesp
- Giraldin, O.; Silva, C.A.Da. 2002. Ligando Mundos: Relação Entre Xerente e a Sociedade Circundante No Século Xix. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi*. 18:1–16.
- Kelly Luciani J.A. 2015 Uma etnografia de ponta a ponta: o Ministério da Saúde e os Yanomami do Amazonas, Venezuela. In: *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. Editado por: Langdon E.J. Cardoso; M.D. pp. 279-306. Florianópolis: Ed. da UFSC.
- Kleinman, A. 1980. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley (CA): University of California Press.
- Langdon, E. J. 2005. A Construção Sociocultural da Doença e Seu Desafio para a Prática Médica. In. *Parque Indígena do Xingu. Saúde, Cultura e História*. Editado por: Baruzzi, R. G.; Junqueira, C. pp. 115–133 São Paulo: Terra Virgem.
- Langdon, E. J.; Wilk, F. B. 2010. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 18:173–181.
- Mais Médicos no Tocantins. 2017. Direção: Carlos F. M. F. Documentário produzido pelos Cursos de jornalismo e Medicina. disponível em <<https://youtu.be/Uj1TuZs37I8>>. Acesso 19 out. 2017. Palmas: Universidade Federal do Tocantins.
- Nascente, L., S. 2010. Da política e construção da identidade nacional : os índios na história do Brasil. *Revista Litteris*. V.6.
- Nimuendajú, C. 1942. *The Serente*. Los Angeles: The Southwest Museum..
- Organização Mundial Da Saúde. 2010. *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations*. Genebra: World Health Organization.
- Pellegrini M. 2004 As equipes de saúde diante das comunidades indígenas: refle-



- xões sobre o papel do antropólogo nos serviços de atenção à saúde indígena. In: *Saúde dos povos indígenas: Reflexões sobre antropologia participativa*. Editado por: Langdon E.J, Garnelo L. pp. 233-243. Rio de Janeiro: Contracapa/Associação Brasileira de Antropologia.
- Pereira, L. L., Santos, L. M. P., Santos, W., Oliveira, A., Rattner, D. 2016. Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013-2014. *Rural and Remote Health*, 16(1): 3616.
- Quijano, A. 2005. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: *A colonialidade do saber. Eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Editado por: Edgardo, L. pp. 227–278. Buenos Aires: CLACSO.
- Rodrigues, D.; Mendonça, S. 2015. *O Controle Social na Saúde Indígena: Pontos para Reflexão*.
- Sahlins, M. 1997 O “pessimismo sentimental” e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um “objeto” em via de extinção (parte I). *Mana: Estudos de Antropologia Social*. 3:41-73.
- Silva, C. B. Da. 2013. Profissionais de saúde em contexto indígena: Os desafios para uma atuação intercultural e dialógica. *ANTROPOS - Revista de Antropologia*. 6:113–157.
- Silva, R. P. Da; Barcelos, A.C.; Hirano, B.Q.L.; Calafete, J.M.S.; Soares, T.O. 2015. A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa Mais Médicos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 19:1005–1014.
- Teixeira C.C, Silva C.D. 2013. Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação. *Anuário Antropológico*. 1:35-57.
- Viveiros De Castro, E. 2004. Perspectivismo e Multinaturalismo na América indígena. *O Que Nos Faz Pensar*. 18:225–254.
- Welch, J. R. 2014. Fórum: saúde e povos indígenas no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 30:851–854.