

# Um papel de fronteira e seus (não) espaços – Os Agentes Indígenas de saúde do Alto Xingu<sup>1</sup>

Marina Pereira Novo<sup>2</sup>

Mestranda do PPGAS UFSCar – São Carlos

## Resumo

A participação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) em contextos de saúde intercultural – ou de intermedicalidade (FOLLÉR, 2004) – é ainda muito pouco discutida, restringindo-se, na maior parte dos casos, à exposição dos modelos biomédicos que subjazem aos projetos de atenção à saúde, colocados em prática tanto nos cursos de formação dos AIS (e, conseqüentemente, na maneira como decorre sua atuação direta nas aldeias) quanto na atuação dos profissionais não indígenas nas áreas indígenas. Todavia, poucos pesquisadores se preocuparam em apresentar de que forma esta interação entre profissionais de saúde não índios e os Agentes Indígenas de Saúde se dá na prática. O que me proponho a fazer neste trabalho é, por meio da apresentação de casos concretos colhidos em campo, problematizar a figura do AIS do Alto Xingu e seu papel dentro das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena.

O debate proposto neste trabalho tem como pano de fundo, o processo de criação de um subsistema específico para a atenção à saúde indígena, que tem como princípio fundador, a noção de *atenção diferenciada*. Uma vez que os Agentes de saúde são entendidos como elos de ligação entre os sistemas tradicionais e a biomedicina oficial, tornam-se parte fundamental do modelo de política pública de saúde instituído. Utilizo, neste sentido, a noção de fronteira para definir a ambigüidade e as contradições contidas nesta figura central para o discurso público: os Agentes Indígenas de Saúde.

**Palavras-chave:** Agentes Indígenas de Saúde, atenção diferenciada, Alto Xingu

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado na 26ª. Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 01 e 04 de junho, Porto Seguro, Bahia, Brasil.

<sup>2</sup> Pesquisadora da FAPESP e vinculada ao projeto “Sistemas terapêuticos indígenas e a interface com o modelo de atenção à saúde: diferenciação, controle social e dinâmica sócio-cultural no contexto alto xingano” financiado pelo CNPq (processo 401240/2005-3), sob a coordenação da Prof. Marina D. Cardoso (PPGAS/PPGCSO/UFSCar).

## Introdução

A criação do papel de Agentes Indígenas de Saúde/AIS e sua decorrente formação são processos que ocorrem de acordo com as determinações da Organização Mundial de Saúde que datam de final da década de 1970<sup>3</sup>, visando à ampliação da cobertura dos serviços primários de saúde para os povos indígenas. A implementação desta política de saúde para povos indígenas no Brasil teve amplo apoio de setores governamentais, além de instituições não governamentais (ONGs e Universidades) que atuam na área da saúde. Todavia, a efetivação desta política não está isenta de contradições, como pretendo mostrar ao longo deste texto.

A inserção dos AIS em contextos de interculturalidade e de intermedicalidade é ainda muito pouco discutida, restringindo-se na maior parte dos casos, à exposição dos modelos biomédicos que subjazem aos projetos de atenção à saúde colocados em prática tanto nos cursos de formação dos AIS (e, conseqüentemente na maneira como decorre sua atuação direta nas aldeias) quanto na atuação dos profissionais não-indígenas em áreas indígenas. Todavia, poucos pesquisadores se preocuparam em apresentar de que forma esta interação entre profissionais de saúde não índios e os agentes indígenas de saúde se dá na prática e de que forma se constroem os espaços de atuação, de legitimidade e poder nesta relação<sup>4</sup>.

O debate proposto neste trabalho tem como pano de fundo, segundo as diretrizes das políticas públicas nacionais, a noção de *atenção diferenciada* no âmbito da saúde e suas distintas concepções e apropriações. Minha intenção aqui será apresentar alguns dados colhidos durante minha pesquisa de campo realizada no Alto Xingu, que ilustrem esta situação intercultural, problematizando a partir disso, o papel que os AIS assumem dentro deste modelo, bem como o processo de formação a que são submetidos e que acarreta em uma inserção ambígua destes agentes nas equipes de saúde multidisciplinar – responsáveis pelos atendimentos na região.

## Uma apresentação geral do Alto Xingu

O Parque Indígena do Xingu (PIX) é uma reserva federal criada em 1961 e que abrange uma área de aproximadamente 2.750.002 hectares. Situa-se no norte do Estado do Mato Grosso, em torno dos principais formadores do rio Xingu – rios Ronuro, Culuene,

---

<sup>3</sup> Cf. Política de Cuidados Primários de Saúde descritos na Declaração de Alma-Ata, (Oms, 1978).

<sup>4</sup> Cf., por exemplo, Dias-Scopel, 2005, Erthal, 2003, Langdon, et al., 2006.

Curisevo e Batovi – afluente do rio Amazonas. É uma região de transição ecológica, entre o cerrado do Planalto Central e a Floresta Amazônica.

Em seus aspectos sócio-políticos, o PIX 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 forma de organização sócio-política, estabelecendo relações inter e intratribais pelas quais estas sociedades se definem, podendo-se falar em um *sistema cultural* (BASSO, 1973) ou uma *comunidade moral* (HECKENBERGER, 2001). Para Heckenberger, a sociedade xinguana 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. Compõem a região do Alto Xingu, nove povos distintos que podem ser divididos em quatro grupos de acordo com sua variação lingüística: línguas da família Aruak – Yawalapiti, Mehinaku, Waurá; línguas do tronco Tupi – Kamayurá e Aweti; e línguas da família Karibe – Kalapalo, Kuikuro, Nahukuá, Matipu<sup>5</sup>.

O modo de vida destes povos se modificou intensamente desde a criação do PIX, com o surgimento e o crescimento das cidades e fazendas em seu entorno, com a introdução em seu cotidiano de novos hábitos de convivência e de alimentação, criando desta forma, novas demandas das comunidades indígenas por bens e serviços advindos da sociedade nacional e dentre eles, os serviços biomédicos<sup>6</sup>. Como forma de suprir (ainda que parcialmente) a estas demandas, uma das principais estratégias adotadas atualmente nas políticas públicas é a capacitação de pessoas oriundas dos agrupamentos indígenas para atuarem na área da saúde. Esta estratégia aparece como uma forma de garantir a participação comunitária na formulação dos projetos de atenção à saúde, além de garantir também um atendimento que seja condizente com os princípios constitucionais de direito à diferença e ao mesmo tempo de acesso integral aos serviços de saúde, além de suprir (mais uma vez parcialmente) uma grande deficiência de profissionais existente nas áreas indígenas.

---

<sup>5</sup> Atualmente, segundo informações do DSEI Xingu, a população alto xinguana é de cerca de 2720 pessoas, distribuídas em 27 aldeias.

<sup>6</sup> Utilizo neste trabalho 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.

## **O (não)espaço do Agente de Saúde no Alto Xingu**

Não existe uma legislação específica para os AIS, sendo estes enquadrados na categoria mais geral de Agentes Comunitários, o que dificulta muitas vezes uma negociação específica a respeito de suas condições de trabalho e formação. O papel do Agente Comunitário de Saúde surge nas discussões a respeito das políticas públicas de saúde a partir da declaração feita na conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, realizada em Alma-Ata em 1978, patrocinada pelo OMS. 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). Dentro desta perspectiva, os agentes comunitários são considerados uma parte fundamental na efetivação de políticas de saúde básica, na medida em que há uma pressuposição de que estes agentes realizariam a intermediação entre os saberes locais e a prática médica ocidental e garantiriam, desta forma, a participação das comunidades nas propostas colocadas em prática pelas agências governamentais na área da saúde. Além disso, por meio do trabalho destes agentes, pretende-se estender o atendimento primário de saúde a todas as populações consideradas periféricas com relação ao sistema médico oficial.

No Brasil, os agentes comunitários têm seu reconhecimento legal como profissionais da saúde no ano de 2002, através da lei nº 10.507/2002, posteriormente revogada e substituída pela lei nº. 11.350 de outubro de 2006, atualmente em vigor. De acordo com esta legislação existente, a atuação dos Agentes de saúde caracteriza-se pelo exercício das atividades de prevenção e promoção de saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, de acordo com as diretrizes do SUS de busca do acesso universal e igualitário às ações e serviços para prevenção e promoção de saúde, através da participação comunitária, o chamado “controle social” (LANGDON, et al., 2006). Ao mesmo tempo, na medida em que compõem as equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) atuantes nos Distritos Sanitários especiais, os AIS são concebidos como

um 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 AIS enquanto “elos de ligação” e, muitas vezes como “tradutores” entre diferentes sistemas terapêuticos pode ser problematizada, na medida em que estes agentes nem sempre possuem espaços determinados de atuação – prática verifica-se com

muito mais frequência a função de “transmissor” dos conhecimentos e práticas biomédicas às comunidade. As comunidades das quais têm origem e onde atuam, as lideranças e chefias, ou mesmo a equipe de saúde à qual pertencem possuem diferentes expectativas 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.

Os dados aqui apresentados foram colhidos durante pesquisa de campo realizada em diferentes momentos entre os anos de 2006 e 2007. Nestas viagens acompanhei a atuação dos AIS diretamente em algumas aldeias, além de diversos momentos de interação entre estes agentes e a equipe multidisciplinar de saúde indígena/EMSI, seja nas aldeias, seja no pólo-base Leonardo. Pude também acompanhar o quarto módulo do curso de formação de AIS no Alto Xingu que acontece atualmente, organizado pelo DSEI, tendo a chance de conviver e conversar com a quase totalidade de AIS do Alto Xingu.

É possível observar nas aldeias alto xinguanas, que a procura e a utilização dos recursos biomédicos está condicionada a diversos fatores, que vão desde a proximidade e a conseqüente facilidade ou não de acesso a estes bens – o que se verifica com a alta procura por profissionais no pólo-base de pacientes provindos das aldeias muito próximas a este; outro fator importante são os recursos às praticas e técnicas curativas nativas, através da utilização tanto de raízes, ervas e demais remédios e eméticos, ou mesmo do trabalho dos pajés. É comum, portanto, como já registrado em diversos outros grupos sul - ameríndios, uma utilização concomitante da biomedicina e do sistema terapêutico nativo, remetendo a distintos níveis explicativos que muitas vezes se sobrepõem durante o processo de adoecimento e de escolha de tratamentos. Neste texto, o recorte que faço é especificamente a respeito da utilização da medicina ocidental, na medida em que é neste contexto que os AIS são acionados e cobrados por ambas as partes (comunidades e EMSI).

#### *AIS: atribuições e práticas*

O trabalho dos AIS nas aldeias envolve diversas tarefas contidas na “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, através do cumprimento dos horários de medicação, passando pelas visitas domiciliares, além de ser o responsável pela “hora da saúde”, momento diário em que os AIS se comunicam com os enfermeiros do Posto Leonardo e da CASAI de Canarana pelo rádio, momento onde é realizada boa parte dos encaminhamentos. Os AIS devem ainda entregar relatórios mensais dos atendimentos e procedimentos realizados, que são utilizados com a finalidade de facilitar a organização de

um banco de dados a respeito das condições de saúde da população em geral e que deveriam nortear os encaminhamentos das políticas de saúde na região.

No entanto, muitas vezes sua atuação nas aldeias não cumpre com estas determinações, inclusive devido à falta de pessoal qualificado para realizar tarefas mais específicas e que não caberiam aos AIS – já que a maior parte das aldeias não possui técnicos ou enfermeiros, somente AIS – o que impede também que se efetive a pressuposta supervisão constante da atuação destes agentes. Uma das atividades considerada fundamental para sua atuação e para garantir um atendimento primário diferenciado que, no entanto, não é realizada regularmente em praticamente nenhuma das aldeias das que visitei é a de visitas domiciliares. Seja por motivos de disputas políticas internas, por incompreensão das razões destas visitas, ou pela real falta de necessidade – uma vez que não é imprescindível que se faça visita familiar para que se cumpra com os princípios determinados pela Funasa de “identificar as famílias expostas à situação de risco” (FUNASA, 2005) – são poucos os AIS 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”.

Uma reclamação constante que pode ser ouvida e verificada nas visitas às aldeias e que interfere diretamente na atuação dos AIS é a falta de material e recursos para os atendimentos e encaminhamentos, refletindo um aparente descaso da Funasa e do DSEI. Somente duas aldeias até o momento possuem postos de saúde definitivos, construídos em alvenaria e com uma infra-estrutura básica (em uma destas aldeias esta construção foi realizada pela prefeitura do município ao qual pertence a aldeia); nas demais aldeias o atendimento é feito em postos construídos com uma estrutura de madeira e cobertura de palha, nos moldes das casas tradicionais, o que gera muitas reclamações, já que os ventos e as chuvas causam grandes estragos em sua cobertura com frequência, danificando os materiais e medicamentos que ficam ali estocados; em outras aldeias nem este posto provisório existe, sendo usada a casa dos AIS como local de armazenamento dos materiais e medicamentos, e mesmo de atendimento a pacientes. Além da estrutura física dos postos, algumas aldeias não possuem rádio, elemento fundamental para a comunicação com o Posto Leonardo, sendo a principal forma de “supervisão” e de suporte do trabalho dos AIS por parte da equipe de saúde. Muitos dos rádios e outros materiais de uso fundamental nos postos de saúde das aldeias, como inaladores e geradores de energia são presentes de turistas, descaracterizando a

atuação da Funasa e a desobrigando de certos compromissos fundamentais determinados pela legislação<sup>7</sup>.

*“Eu tenho dificuldade aqui, é falta de material. Não tem aparelho de pressão, fita métrica, não tem... Não tinha, agora que eu ganhei de presente um inalador”*. Falas como esta de um AIS são comuns externalizando uma relação com estes equipamentos marcada pela “doação”. Na medida em que estes materiais de uso coletivo para a saúde são vistos como “presentes” – e às vezes o são de fato –, acabam sendo manipulados e mesmo monopolizados por famílias de prestígio (as famílias dos caciques)<sup>8</sup> que os adquirem através de suas relações de “amizade”, seja com políticos locais, antropólogos ou mesmo turistas que vistam a região. Na medida da necessidade, estes materiais são coletivizados, o que é interpretado, todavia, como uma “generosidade” por parte da pessoa (ou família) que o “detém”, corroborando com a compreensão local do ideal de chefia enquanto pessoas gentis, de “fala boa” e que não negam o que lhes é pedido. Esta utilização política (no sentido mais amplo do termo) destes materiais, por sua vez, contrasta com a visão e as expectativas da Funasa e da ONG prestadora de serviços que os consideram bens puramente técnicos, o que muitas vezes gera situações de incompreensão e cobranças mútuas, assim como ocorre com relação ao papel do AIS.

A concepção do AIS como um técnico (por parte da Funasa e da ONG conveniada responsável pelas ações de saúde) também gera conflitos, na medida em que estes agentes são considerados desqualificados para o trabalho na saúde EMSI (e muitas vezes também pelas comunidades<sup>9</sup> – isso no que diz respeito à procura pelos serviços biomédicos, foco deste artigo) muitas vezes devido à formação incipiente<sup>10</sup>. É estabelecida desta forma, uma relação hierárquica entre os diversos profissionais que atuam na área indígena, que contraria os princípios que envolvem a constituição de uma equipe multidisciplinar, sinalizando a subordinação dos AIS ao restante da equipe<sup>11</sup>. Na prática, os AIS são tratados tanto pelos profissionais não-indígenas quanto pelas comunidades nas quais atuam, enquanto auxiliares desqualificados em relação ao restante da equipe – uma vez que o modelo biomédico

---

<sup>7</sup> Para as atribuições da Funasa, DSEI e entidades conveniadas, cf. Brasil, 2004, portaria n.70.

<sup>8</sup> A estrutura política – no sentido das esferas de distribuição de poder e status – alto xinguna pode ser definida em termos de constantes disputas entre distintas facções – que são agrupamentos em torno de pequenos chefes que tem como função, legitimar a posição deste chefe (cf. FIGUEIREDO, 2006). Estas disputas faccionais, por sua vez, giram em torno do controle do acesso a bens que necessariamente devem circular de acordo com uma lógica própria de distribuição e redistribuição através das redes de reciprocidade. Os caciques são vistos como “distribuidores de bens” de acordo com o ethos local que afirma a primazia da generosidade e da afabilidade relacionadas à “boa fala”, o que acaba por reger a relação que se estabelece com os bens (para esta discussão, cf. Viveiros De Castro, 1977).

<sup>9</sup> O que parece não ser exclusividade do Alto Xingu, conforme apontam Langdon, et al., 2006.

<sup>10</sup> Os AIS estão passando por um processo de formação atualmente, coordenado pelo DSEI e que deve ser concluído até meados de 2009.

<sup>11</sup> Situação semelhante à descrita por Geórgia Silva entre os Atikum no sertão pernambucano (Silva, 2007).

privilegia os critérios de formação – não possuindo qualquer poder de decisão sobre o encaminhamento das ações curativas e preventivas.

Porém, esta não é a única razão pela qual os AIS são desvalorizados dentro de suas comunidades, sendo muitas vezes descritos como “preguiçosos” ou “incompetentes”. Os próprios AIS percebem que a população indígena não valoriza o trabalho com a saúde e reconhecem as dificuldades que enfrentam.

*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).*

Esta fala de um AIS representa de forma significativa alguns conflitos inerentes ao papel do AIS, quando afirma, por exemplo, que “a aldeia não tem preocupação com a saúde”, fazendo uma referência a uma noção de saúde, vinculada diretamente ao conceito biomédico e às noções a ele vinculadas de higiene e cuidados, e não às concepções nativas de saúde e atenção. O que se percebe 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 AIS e as comunidades muitas vezes recorrem às práticas de cuidado tradicionais, criando uma teia hierárquica no processo de escolha de tratamentos como se percebe no caso descrito 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 AIS da aldeia. A casa deste AIS é vizinha à casa onde me hospedei e, por isso, era possível escutar o bebê chorando 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 “IRA<sup>12</sup> 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

---

<sup>12</sup> Infecção Respiratória Aguda.

“mais calmo”. Mais dois dias se passaram sem que houvesse nenhuma mudança significativa 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 ta muito frio. Tem que fazer fogueirinha à noite*” foi o que o AIS me disse a respeito da recomendação.

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* (fala da enfermeira responsável pelo caso).

Pode-se perceber através deste relato a complexa teia de relações hierárquicas que se estabelecem neste contexto de intermedicalidade. Não há 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 de diferentes tratamentos ao longo do processo de adoecimento. Para a biomedicina, pautada em diagnósticos técnicos através da afecção de sintomas, esta possibilidade múltipla de itinerários terapêuticos torna-se problemática, criando uma interação complexa entre estes dois sistemas de saúde. Esta capacidade de junção de modelos explicativos está presente, contudo, na exegese nativa. As diferentes técnicas de tratamento e cura são utilizadas com referência a distintos planos explicativos de causalidade da doença, possibilitando que sejam utilizadas de forma conjunta e, muitas vezes, complementar. Desta forma, pode-se problematizar o papel (e a importância) dos AIS enquanto “técnicos de saúde”, como pretende o modelo implementado pela Funasa sendo, por outro lado foco de constantes disputas políticas por parte das lideranças e caciques locais.

#### *Posição de disputa: o controle e o acesso a bens e serviços*

Existe uma grande distância entre as expectativas do trabalho do AIS por parte dos diversos atores relacionados à sua atuação e formação. A Equipe multidisciplinar de saúde

indígena/EMSI prioriza o papel pedagógico dos AIS como transmissores e tradutores dos conhecimentos biomédicos às aldeias, enquanto que as comunidades os enxergam como 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<sup>13</sup> e intermediadores na distribuição da “cota de combustível da saúde” para as aldeias – combustível este, utilizado para as mais diversas finalidades e não somente “para a saúde”.

Além dessa questão, as contradições relacionadas à introdução de cargos assalariados nas aldeias também gera conflitos. 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 da própria comunidade, sendo ocupados em grande parte por pessoas diretamente ligadas às parentelas das lideranças, garantindo desta forma, o controle do acesso e da distribuição<sup>14</sup> destes bens.

*O cacique tinha me afastado, não queria mais 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 Kalapalo).*

Esta situação reforça não apenas o fato discutido anteriormente de os AIS reproduzirem um discurso exógeno, ao dizer, por exemplo, que “o cacique não pensa, não preocupa [com a saúde]”, mas também apresenta uma situação muito clara de disputa entre diferentes interesses (e possivelmente “facções”) dentro das aldeias. A permanência ou não dos AIS em seus cargos está submetida ao interesse direto dos caciques e das lideranças, tornando-se elemento de negociação constante.

É possível notar, portanto as grandes dificuldades e conflitos existentes na atuação dos Agentes Indígenas de Saúde no Alto Xingu, percebidos pelas lideranças como fontes de acesso a bens “brancos”, e pela EMSI como elementos técnicos importantes na atenção

---

<sup>13</sup> Um dos termos na língua karib kalapalo que me informaram que pode ser utilizado para se referir aos AIS é *kimbutatene*, que significa “quem dá remédio”, “quem conhece remédio”. O mesmo termo também é utilizado para falar dos raizeiros.

<sup>14</sup> Reforço que não se trata de *acumular* bens, mas sim efetivamente do *controle do acesso* aos bens e, conseqüentemente de sua distribuição, reforçando o caráter “doador” dos caciques

primária à saúde nas aldeias. Desta maneira, estes agentes podem ter sua posição neste contexto definida como uma “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 AIS possuem um *status* específico no sentido de que esta posição que ocupam é fonte de constantes disputas por parte das lideranças, pelo controle e o acesso a certos bens na relação que se estabelece entre os índios e os não-índios, possibilitando a demarcação de diferenças étnicas e a explicitação de conflitos. O papel do AIS é portanto, muito mais do que um “elo entre os serviços de saúde e a comunidade indígena”, uma fonte de disputas políticas neste processo de negociação constante de identidades e espaços de intervenção que ultrapassam as “questões de saúde”.

## **O curso de formação de Agentes Indígenas de Saúde**

A formação de Agentes indígena 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 1999. Durante todo o período em que a EPM esteve responsável pela atenção à saúde no Alto Xingu esta formação permaneceu incipiente, devido à falta de regularidade dos cursos realizados que priorizavam temas relacionados às patologias mais frequentes na área, com enfoque sobre a prevenção e as ações emergenciais; além disso, a ausência de profissionais atuantes em quantidade suficiente para poder supervisionar e auxiliar nas atividades dos AIS também colaborou para as reclamações a respeito de sua formação.<sup>15</sup>

A Funasa, através do DSEI Xingu é a atual responsável pelo curso de formação de AIS que teve início no ano de 2006 e está previsto para se encerrar em meados de 2009. O curso de formação foi inicialmente programado para atender 35 AIS 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 AIS do início do curso até hoje pode ser explicado por algumas questões: o fato de ter sido acordado entre a ONG responsável pelos atendimentos de saúde através de convênio com o DSEI Xingu e o Conselho Local de Saúde<sup>16</sup> que só seriam contratados AIS que estivessem acompanhando o curso de formação desde o início; o aumento do número de aldeamentos na região nos últimos anos devido a desmembramentos

---

<sup>15</sup> Sobre a formação de AIS nesse período, cf. Mendonça, 1996.

<sup>16</sup> O Conselho local de saúde é a instância responsável pelo controle social dentro do Alto Xingu. Formado por representantes indígenas, tem como função principal realizar o acompanhamento e a avaliação das ações de saúde desenvolvidas no âmbito das aldeias e do Pólo-base. Para mais informações a respeito do controle social, cf. Brasil, 2002a, Garnelo; Macedo; Brandão, 2003, Garnelo; Sampaio, 2003, Langdon; Diehl, 2007.

de aldeias maiores, aumentando conseqüentemente a demanda por novos AIS 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 AIS.

Até a presente data já ocorreram quatro dos sete módulos previstos<sup>17</sup>. 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” (FUNASA, 2005), que 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, 2002b).

Todavia, esta programação de conteúdos não prevê distinções relativas, por exemplo, às diferenças existentes nas condições sanitárias e de saúde existentes nas diversas populações indígenas espalhadas ao longo do território nacional, desconsiderando também a necessidade específicas de atuação dos AIS nos atendimentos primários, relativas às distintas condições de trabalho. No Alto Xingu, por exemplo, os AIS acabam sendo obrigados a realizar tarefas que não são de sua competência – e que, portanto não constam na programação dos cursos prevista pela Funasa – em função da ausência de profissionais nas aldeias para supervisionar seus trabalhos. Estes conteúdos “extras”, todavia, acabam sendo trabalhados nos cursos, uma vez que são considerados fundamentais pelos profissionais responsáveis pela formação e pelos atendimentos. Os instrutores do curso solicitaram ao MEC a publicação de um livro produzido com um compêndio dos conteúdos trabalhados nos três primeiros módulos, tendo uma resposta negativa exatamente devido à constatação de que os conteúdos desenvolvidos “não condizem com a atuação dos AIS”. Uma das representantes do MEC que discutiu esta questão com o DSEI e com os AIS afirmou que

*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.*

---

<sup>17</sup> 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 AIS em nível fundamental, através de uma parceria com a Secretaria de educação do estado do Mato Grosso.

Apesar desta concepção do trabalho dos AIS por parte das agências governamentais, os profissionais responsáveis pelo curso argumentam que esta formação técnica é necessária para a realidade do Alto Xingu e os próprios AIS requisitam esta formação, na medida em que, muitos deles pretendem, inclusive, continuar a formação através de cursos técnicos depois do término destes módulos. No meu entender, todavia, a sobrevalorização do conhecimento técnico faz com que os profissionais (inclusive os AIS) 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 dentro dos 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 é o elo entre nós né, 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 teria 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. (Fala de uma das enfermeiras da EMSI e instrutora do curso de formação de AIS).*

Além desta desvalorização do papel específico do AIS e da necessidade de uma formação mais técnica, existem outras questões que considero importantes ressaltar a respeito do curso de formação. Com relação aos conteúdos transmitidos e trabalhados, uma vez 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, torna-se ainda mais complexa a possibilidade de uma “convivência complementar” entre diferentes esquemas lógicos de significação a respeito de noções como saúde, corpo e doença proposta pela legislação referente à saúde indígena, bem como a efetiva participação dos AIS 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. O que pode ser percebido portanto, é 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 AIS em determinadas situações (por exemplo ao afirmarem a “despreocupação

com a saúde”) e as concepções nativas referentes a estes processos e que estão relacionadas a todo o sistema sócio-cosmológico alto xinguanos.

Como exemplo desta “convivência complexa”, em um dos momentos do módulo sobre 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, na medida em que consideram o corpo como um elemento em constante processo de fabricação através 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). Desta forma, fala-se na existência de “grupos de substância” no sentido de grupos que compartilham destas substâncias acima citadas e que, portanto, são considerados como pertencentes a uma mesma matriz corpórea e por isso os comportamentos de um interferem diretamente sobre os corpos dos demais, especialmente na relação entre pais e filhos (SEEGER, DA MATTA, VIVEIROS DE CASTRO, 1979). 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 o nascimento desta, podendo se tornar em um enorme perigo 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 e não passíveis de reelaborações e (re)incorporações. Para tentar “convencer” os AIS 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 pessoa. Cada espermatozóide é um espermatozóide. Eu nasci do espermatozóide do meu pai com o óvulo da minha mãe. (...). Todo mundo aqui foi assim. E se tapar o meu nariz, quem vai morrer sufocado sou eu, não é ela, que é outra pessoa. (...). 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. (Fala de uma das instrutoras durante aula sobre o uso da camisinha. Os destaques são meus).*

Percebe-se nesta fala a total 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 foucaultiano<sup>18</sup> 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. Considero fundamental nesta argumentação ressaltar o fato de os profissionais contratados para atuar na EMSI no Alto Xingu não possuírem nenhum tipo de formação antropológica, ou mesmo algum acompanhamento, uma vez que não há nenhum antropólogo contratado nem pela ONG conveniada, nem pelo DSEI que possa fornecer este suporte aos profissionais.

Outro problema enfrentado neste curso é com relação à língua portuguesa. Considerando-se a grande variedade lingüística na região, torna-se inviável realizar um curso que envolva índios provindos 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 compreendem o conteúdo que lhes é transmitido. “*Às vezes não entendo português, eu fico perdido*”, “*É muito difícil falar português, entender a palavra*”. Estas falas de dois AIS são representativas desta situação, ilustrando 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.

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). Os conhecimentos tradicionais são tratados como “crendices”, como pude notar em outro momento do curso. Quando se falava a respeito das práticas tradicionais de sexualidade, os AIS diziam que os pais os aconselham a não manter relações sexuais muito jovens, especialmente durante o período de reclusão porque isso

---

<sup>18</sup> Cf. Foucault, 1987, [1979] 2007.

interromperia seu crescimento e desenvolvimento, uma vez que “a perda de sêmen enfraquece”. A explicação da instrutora sobre este fato foi 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 é coisas que é passado 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 [a 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’ (Fala de enfermeira e instrutora do curso de formação de AIS).*

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 é 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”.

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 remédio teria a mesma função do pajé”. Esta instrumentalização através da “cientificização” do trabalho dos pajés (ou mesmo das raízes e ervas utilizadas nas terapêuticas tradicionais) 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, 1991). As práticas xamânicas são toleradas pelos profissionais de saúde sendo, entretanto, vistas como “misticismo ineficaz” cujos resultados, quando aparecem, são vinculados a efeitos psicossomáticos. É muito difícil perceber estes profissionais relativizando a biomedicina e seus princípios, mantendo uma atitude de hierarquização de valores, ressaltada anteriormente, desqualificando os conhecimentos e práticas locais.

Estes valores biomédicos transmitidos, por sua vez, são reproduzidos pelos AIS, mas também são feitas reelaborações de acordo com a estrutura lógica do pensamento e da cosmologia local, como se percebe na fala de um AIS durante o curso “*Na raiz, deve ter anticorpos que a gente não vê*”.

## **Considerações finais**

De acordo com o material exposto ao longo deste texto, é possível notar as imensas dificuldades que ocorrem na implantação do modelo de atenção diferenciada proposto pela Constituição Federal e implementada através dos projetos de saúde da Funasa, especialmente no que diz respeito a uma “convivência complementar” entre diferentes práticas terapêuticas no contexto de intermedicalidade.

Os Agentes indígenas de Saúde têm papel fundamental nesta política uma vez que representam um vínculo possível entre estes diferentes modelos de atuação o que, todavia, não se efetiva, uma vez que sua formação acaba por privilegiar somente os elementos provenientes da medicina ocidental descaracterizando completamente seu papel de intermediação e mesmo de tradução. Não pretendo aqui desvalorizar os esforços da equipe responsável pela formação e pelo acompanhamento do trabalho dos AIS e pelos atendimentos nas aldeias, mas sim de repensar o *modelo* de atuação que tem sido proposto e as condições de implementação dessas políticas atualmente.

Neste sentido, é importante ressaltar que, apesar das propostas de implantação de modelos de atenção à saúde indígena virem acompanhadas de um discurso de participação comunitária (e aqui, mais uma vez entra a figura do AIS), o que se observa são práticas impositivas do modelo biomédico, sem haver espaço para a construção de conhecimentos e de práticas conjuntas, relegando desta forma as populações indígenas ao papel de usuários do sistema de saúde oficial. Ao mesmo tempo, a utilização política deste espaço pelas lideranças entra em conflito com a utilização técnica dos bens e serviços biomédicos, tornando esta relação ainda mais complexa.

É preciso então que se faça uma reavaliação criteriosa dos impactos deste modelo de atendimento à saúde, levando-se em consideração as demandas e as necessidades específicas desta população, bem como seus reflexos na cultura e na organização sócio-política das aldeias alto xinguanas, considerando-se as distintas concepções e utilizações deste espaço eminentemente político das ações de saúde.

## Bibliografia

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

BRASIL. *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. 2a edição. Brasília: Ministério da Saúde/Funasa, 2002a.

\_\_\_\_\_. *Portaria n. 254*. Ministério da Saúde: de 31 de janeiro, 2002b. Disponível em: [www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br). Acesso em: 01/03/2008.

\_\_\_\_\_. *Portaria n. 70*. Ministério da saúde: de 20 de janeiro, 2004. Disponível em: [www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br). Acesso em: 19 de março de 2008.

BUCHILLET, D. *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia* Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia. Belém: CEJUP, 1991.

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).

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.

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* Vigiar e Punir. Petrópolis: Vozes, 1987.

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

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

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C. *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

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, jan-fev, 2003.

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

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.

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.

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

SEEGER, A.; DA MATTA, R.; VIVEIROS DE CASTRO, E. B. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. *Boletim do Museu Nacional*. Rio de Janeiro, v. 32, p. 2-19, 1979.

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

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.

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.