

Sobre obstrução intestinal, ingá e o espírito do veado: algumas reflexões sobre a relação interétnica entre indígenas e profissionais do Projeto Xingu

Karine Assumpção
Doutoranda em Antropologia Social
Universidade Estadual de Campinas
karine.assumpcao@gmail.com

RESUMO

Neste trabalho, convido-os a refletir sobre as relações de cura em saúde indígena a partir do relato do Dr. Douglas Rodrigues, médico que trabalha há quase quatro décadas com populações indígenas. Com base em sua narração de um trabalho terapêutico, realizado paralelamente a um pajé xinguano, abordar-se-á o limiar entre salvar vidas e salvar (respeitar) a diversidade cultural. Este relato ocorreu durante minha pesquisa de mestrado junto ao Projeto Xingu, um programa de extensão do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina (Universidade Federal de São Paulo), existente desde 1965 e presente prioritariamente na Terra Indígena Xingu (região centro-oeste do Brasil). Com base nos ensinamentos tirados de experiências como a narrada por Douglas, foi possível notar que os profissionais há mais tempo no Projeto transitam de um a outro lado dessa limiaridade através do conceito ampliado de saúde e de bem-estar (cultural), compartilhando códigos que os ajudam a controlar equívocos e negociar curas. Pelo Projeto Xingu ser pioneiro na realização de ações e formações em saúde indígena no Brasil, colaborando com a criação do Subsistema de Saúde Indígena brasileiro de 1999, e por seu caráter permanente e engajado, insta refletir sobre as experiências e aprendizados acumulados por esse grupo. Essa reflexão contribui para o debate sobre as possibilidades e limites do compartilhamento da cura e para reforçar olhares mais matizados sobre os profissionais da saúde que atuam nestes contextos.

Palavras-chave: Relação de cura; Projeto Xingu; Saúde Indígena.

Início

Estamos em São Paulo, em uma sala repleta de fotos e artefatos dos povos que vivem na Terra Indígena Xingu (TIX), localizada na região noroeste do Estado do Mato Grosso (região centro-oeste do Brasil). Essa Terra Indígena (TI) foi criada em 1961¹ e possui atualmente uma população de, aproximadamente, 6100 indígenas (ISA, 2013),

pertencentes a dezesseis povos distintos, com aldeias espalhadas pelas microrregiões conhecidas como Alto, Médio, Baixo e Leste da TI (divisa com a TI Wawi). Na região do Alto Xingu estão localizadas aldeias de onze povos (Aweti, Kalapalo, Kamaiurá, Kuikuro, Matipu, Mahinako, Nahukuá, Naruvoto, Trumai, Wauja e Yawalapiti), os quais compõem o chamado “complexo cultural alto xinguno”, compartilhando rituais e realizando casamentos entre si, embora mantenham línguas e especialidades diferentes (SANTOS E COIMBRA JR., 2001; FRANCHETTO E HECKENBERGER 2001). Já no Médio, Baixo e Leste Xingu estão, majoritariamente², os povos que viviam dispersos pela região (Ikpeng, Kawawete, Kĩsêdjê, Tapayuna e Yudja) – e alguns, como os Kĩsêdjê e Ikpeng, eram inimigos dos povos do Alto – e foram transferidos ou se transferiram para a área da TIX após sua criação (FERREIRA, 1994; LIMA 2005).

Nas fotos pregadas na sala, algumas em preto e branco, pessoas e épocas diferentes registram a longevidade das ações desenvolvidas desde 1965 pelo Projeto Xingu, um programa de extensão do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina (Universidade Federal de São Paulo). Inicialmente restrito a um apoio verticalizado (campanhista) às ações de assistência à saúde dos indígenas da TIX e com uma abundante produção científica sobre o contexto, o programa foi transformando sua práxis conforme mudanças internas (novos membros) e externas (criação da Fundação Nacional do Índio e Constituição Federal de 1988, por exemplo) se sucediam (BARUZZI E JUNQUEIRA, 2005; ASSUMPÇÃO, 2014). Com isso, os membros há mais tempo no Projeto – como passarei a mencioná-lo daqui em diante – participaram ativamente das lutas pela reforma sanitária do país, anos 80, pela criação do Sistema Único de Saúde, em 1990, e pelo seu Subsistema de Saúde Indígena (SASISUS), em 1999. Assim, o programa tornou-se reconhecido pela sua longevidade e compromisso na área, e atualmente realiza formações sobre saúde indígena por todo o país (Ibidem).

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

É nesse ambiente que o Dr. Douglas Rodrigues, médico que trabalha há quase quatro décadas com populações indígenas e um dos atuais coor-

denadores do Projeto, segue relatando e lembrando suas histórias. Ele iniciará o relato de um atendimento realizado em aldeia, logo quando começou a atuar na TIX, no qual trabalhou em paralelo a um conhecido pajé³, termo semelhante à xamã, bastante utilizado no Xingu por indígenas e não indígenas.

Em linhas gerais, o termo pajé designa aqueles que conseguem ver outros seres como eles se veem (como humanos) sem se tornarem presa, ou seja, sem ter sua perspectiva capturada, mas sim exercendo a função de mediador, de um “diplomata cosmopolítico” (VIVEIROS DE CASTRO, 2008). Eles buscam, com isso, “interpretar o inusitado, conferir ao inédito um lugar inteligível, uma inserção na ordem das coisas” (CARNEIRO DA CUNHA, 2009). Em suma, ser um pajé é ser tradutor em meio a diferentes pontos de vista (Ibidem), o que em casos de adoecimento se traduz pela tentativa de restabelecer o equilíbrio das relações alteradas. Entretanto, vale ressaltar, que esta é uma categoria genérica, que “apaga uma série de distinções significativas que são importantes em quase todas as sociedades indígenas. É comum não haver em línguas indígenas uma palavra única que abranja os vários especialistas agrupados pelo termo ‘pajé’” (Ibidem, p.342).

O artigo será desenvolvido, assim, seguindo a ordem como os acontecimentos foram apresentados pelo médico para que possamos, primeiro, refletir sobre sua narração e interpretação dos fatos e percebermos seus feitos e afetos diante das ações de seus interlocutores indígenas. Logo, o ponto de vista privilegiado neste texto será o do médico, mesmo quando aquilo que se está narrando é o processo de cura efetivado pelo pajé. Em seguida, buscar-se-á entender como essa situação contribuiu para a construção dos princípios ideológicos do trabalho desenvolvido pelo Projeto Xingu em aldeias, e como este contribui para a reflexão sobre a práxis do Subsistema de Saúde Indígena.

Concomitantemente, o objetivo será pensar, a partir da relação de cura retratada, as possibilidades e limites do compartilhamento da cura em contextos intermédicos, os quais envolvem negociações e mediações políticas constantes e que extrapolam o adoecimento e a cura de alguém(ns) (FOLLER, 2004). O intuito será, ao final, reforçar olhares mais matizados sobre os profissionais da saúde que atuam nestes contextos.

Há, por alguma razão, obstrução intestinal

Acompanhemos a história de Douglas. Ele inicia seu relato da seguinte forma:

Fui chamado para atender uma menina de uns nove anos que estava com a barriga um pouco distendida. Examinando a criança, conclui tratar-se de uma

obstrução intestinal, que significa: por alguma razão entope o seu intestino, normalmente por um bolo de lombrigas, caroço ou cabelo. Iniciei o tratamento padrão com vermífugos e óleo mineral para ajudar a desfazer a formação, e o pajé estava também trabalhando, fumando, e tudo mais (Douglas, entrevista, 23/07/2013, São Paulo).

Neste trecho, caso eu não tivesse mencionado anteriormente o contexto em que conversei com este médico, não haveria qualquer indício de que a menina em questão era indígena – com exceção da última frase, na qual aparece a figura do pajé. O médico disse que a examinou, formulou um possível diagnóstico - me traduziu o que obstrução intestinal envolveria – e como interveio para restabelecer o bem-estar e saúde daquela pessoa.

Estaríamos diante de um representante da biomedicina⁶ e suas investigações para decifrar a doença, uma abstração pautada em uma “regularidade que nunca se repete exatamente igual” (CAMPOS, 2002, p.10)?

Sim e não. Faz-se necessário perceber que apesar da existência dessa abstração autorizar um profissional de saúde a intervir em casos concretos de adoecimento, há problemas “quando este Ser da Doença substitui completamente o Ser realmente existente e perde-se a capacidade de se operar com a singularidade de cada caso” (Ibidem). Quando isso acontece, a doença é tida como objeto cuja existência é autônoma e manifesta por lesões específicas, que seriam, por sua vez, consequências desencadeadas por uma causa ou causas múltiplas (CAMARGO JR., 2005, p.181), que devem ser corrigidas por algum tipo de intervenção concreta (Ibidem, p.186).

Mas Douglas trabalha há décadas com povos indígenas e outras concepções de cura. Haveriam diferenças entre ele e outro médico representante da biomedicina? Se observássemos apenas a definição etiológica sobre a doença da menina atendida, provavelmente as diferenças seriam pequenas. Mas na práxis médica (CAMPOS, 2002), que mescla essa definição com a prática médica através do relacionamento e comunicação com a pessoa doente, a experiência do médico do Projeto e sua posição político-ideológica é singular, como constataremos até o fim deste relato.

Existem inúmeras abordagens sobre as diferenças internas da biomedicina. Camargo Jr. (2005), por exemplo, observa que a ciência médica moderna (teoria) e a “arte de curar” (p.180), como nomeia a parte mais prática da clínica, são muitas vezes desconexas ou paradoxais, gerando o que o autor chama de “um agregado irregular de disci-

plinas no qual muitas das noções fundamentais são implícitas, levando ao surgimento de contradições insuperáveis no seu interior e na sua relação com a prática” (Ibidem.). Tal constatação explicaria, segundo ele, a não uniformidade existente nas ações dos representantes da ciência biomédica, ou seja, os profissionais da saúde. Entretanto, atesta também que, por mais divergente que pareçam, há noções em comum, inauditas.

Outros, como Laurell (1982), agregam a essa constatação da não uniformidade uma análise histórica e social do processo saúde-doença-atenção, que permite perceber a prevalência das necessidades dos dominantes, “que se expressam como se fossem as necessidades da sociedade em seu conjunto” e “condicionam um ou outro conceito de saúde e doença” (p.9). Segundo ela, na sociedade capitalista, por exemplo, o conceito de doença está centrado na biologia individual e esse caráter parcial dos trabalhos não permite ampliar o conhecimento, senão em algumas áreas, deixando outras ocultas (p.10).

Com essa mesma ênfase, Campos (2002) critica a consequência desse tipo de concepção, que gera a noção de “Doença total”, roubando toda a subjetividade da pessoa doente. Isso porque “uma enfermidade perturba, transforma e até mata Sujeitos, contudo, apenas raramente, liquida com todas as demais dimensões da existência de cada um” (p.5). Assim, o autor propõe projetos terapêuticos amplos, que explicitem objetivos e técnicas da ação profissional e que reconheçam o papel ativo do enfermo em luta e em defesa de sua saúde, em geral, interligada, com a saúde de outros de sua sociabilidade (p.9). Ou seja, ele defende uma clínica ampliada, resultante de uma síntese dialética entre o sujeito e sua doença. Contudo, considerando esses elementos dialéticos, assim como discutimos o conceito de doença, o de sujeito também necessita de atenção.

Desde Mauss (2015) sabemos que a noção de pessoa é uma categoria fundada na experiência social, ou seja, uma construção coletiva que oferece um significado ao vivido. Assim, a ideia de uma pessoa como fenômeno natural/biológico está inserida no imaginário ocidental contemporâneo, sustentada pela biomedicina (LE BRETON, 2011), tanto quanto a sócio-lógica da construção da pessoa ameríndia está apoiada em uma fisio-lógica da fabricação de seus corpos, o que torna a pessoa e o corpo entidades simbólicas e não cindidas (SEEGER et al, 1987). As diferenças de concepções se tornam facilmente notáveis em ações de saúde que envolvem relações de cura intermédicas.

Na interação que vivenciei entre os grupos indígenas do Baixo, Médio e Leste Xingu e pessoas atreladas ao Projeto Xingu, por exemplo, observei que ser um profissional da saúde, que sente, estuda, ensina e discute as características de um bom profissional para lidar com a saúde indígena, não é sinônimo de deixar suas concepções e motivações ocidentais de cura. Abandoná-las seria uma má prática e irresponsabilidade, que se traduziria em posturas omissas (CAMPOS, 2002), e não em um profissional diferenciado. Assim, os profissionais há mais tempo envolvidos nesse contexto agem munidos de sua medicina, sem que precisem utilizá-la conforme os protocolos convencionais, mas sem negá-los. Eles tentam, inclusive, adaptá-los para o contexto em que trabalham.

Com isso, atitudes tradicionalmente repreensíveis, como fumar ou andar descalço em chão sujo, a partir de um conceito de bem-estar e de satisfação psicológica, são ressignificadas por esses profissionais, entrando no campo da defesa da diversidade cultural. Assim, o fumo do pajé é considerado seu instrumento de trabalho e o contato direto com a terra faz parte da educação das crianças. Esses profissionais se mantêm preocupados com os diagnósticos e tratamentos biomédicos, mas também com a subjetividade e bem-estar dos sujeitos indígenas (ASSUMPCAO, 2014).

Assim, voltando ao trecho inicial do relato do Douglas, sua menção de que “o pajé estava também trabalhando, fumando, e tudo mais” (Entrevista, 23/07/2013, São Paulo) é o primeiro passo para entendermos melhor a relação de cura estabelecida. Olhando apressadamente o início do seu relato sobre o caso da menina, poder-se-ia enxergar uma insensibilidade dele para com outras concepções e, conseqüentemente, outras formas de cura. Isso porque sabemos que noções diferentes de pessoa e corpo influenciam diretamente o reconhecimento de certos sintomas como uma doença (LANGDON, 2005), bem como os diagnósticos possíveis (aceitáveis), a escolha e a avaliação do tratamento, gerando situações patológicas e itinerários terapêuticos variados para se chegar ao mesmo fim: a cura (DUARTE, 2003). Porém, após a reflexão anterior sobre os conceitos de doença e sujeito, nota-se que essas diferenças de noções estão presentes também na biomedicina⁷.

Logo, a informação sobre o pajé, que aparece quase como um detalhe nesse início da narrativa, é fundamental para a análise da situação como um todo: Douglas realizava seus procedimentos ao mesmo tempo em que o pajé. A criança não foi atendida à tarde em seu consultório – ou no posto de saúde – e à noite pelo cuidador indígena,

por exemplo. Tampouco ele priorizou encaminhá-la para realizar exames na cidade, o que dificultaria outros tratamentos. Em seu relato não há uma relação de protagonista e auxiliar dentro de um mesmo procedimento de cura. Ele trabalhava e o pajé também, cada um refletindo sobre o caso e interagindo com a criança a sua maneira.

Farei uma rápida contextualização para tentar demonstrar a importância desse detalhe. A partir da década de 1980, os profissionais envolvidos com o Projeto Xingu resolveram modificar o modelo campanhista de atendimento⁸ e fortalecer a atenção primária à saúde, estruturando-a em âmbito local. Com isso, eles estreitaram os laços com a população local e se aproximaram dos cuidadores tradicionais, que seriam os pajés, rezadores e parteiras – no contexto do Xingu. A história aqui narrada data desse período, pois ocorreu nos anos iniciais de trabalho do Douglas na região. Desde então, a noção que os membros do Projeto têm de respeito aos povos indígenas se pauta pela máxima “respeitar não é se manter distante, mas é observar, ouvir, dialogar e, se possível, fazer junto” (Fala de uma profissional do Projeto – S.M., entrevista, 06/09/2013, São Paulo).

Ademais, a grande maioria dos indígenas e não indígenas com quem conversei (ASSUMPCÃO, 2014) apontam Douglas como o precursor de tal comportamento que, segundo ele, começou a ser feito mais por curiosidade pessoal, “algo intuitivo”, do que por achar que assim criaria uma relação de respeito e isso seria “bem visto”: “Então, eu perguntar para o pajé ‘o que você acha?’ Eu o valorizo. Não faço isso para valorizá-lo, mas é um efeito, e as pessoas veem isso” (Douglas, entrevista, 23/07/2013, São Paulo). E assim, movido pela sua curiosidade, o médico interagiu com os indígenas desde a alimentação até a pajelança, algo que deu corpo àquela noção de respeito citada anteriormente e que se tornou uma espécie de valor do Projeto Xingu, sendo transmitido a cada novo profissional que integra a equipe.

Com essa relação mais próxima estabelecida, os profissionais passaram a presenciar as pajelanças e procedimentos diversos das relações de cura indígenas, como o trabalho das parteiras e os conhecimentos dos raizeiros – acumulando muitas histórias como as que animam este artigo (ASSUMPCÃO, 2014).

Há, também, feitiço do espírito do veado

Assim, médico e pajé trabalhavam lado a lado para tentar curar a menina, mas isso não significa que concebiam o processo da mesma forma, nem que trabalhavam

juntos, no sentido de realizarem uma só ação a quatro mãos. Por exemplo, com o passar do tempo e a falta de resposta aos tratamentos feitos na menina, Douglas relembra: “Eu já estava pensando que, caso não melhorasse, teria que retirá-la de área.” (Entrevista, 23/07/2013, São Paulo).

Dessa vez, outra opinião apressada ou não familiarizada com aquele contexto poderia enxergar negligência do médico ao retardar a transferência da menina para um centro hospitalar, com mais estrutura (tecnologia) para salvar a vida daquela paciente. Logo, precisaremos expandir o olhar para fora da relação médico-pajé-menina para compreendermos um pouco mais esse universo das relações intermédicas do Xingu, inserido no Subsistema de Saúde Indígena brasileiro. Se ele decidisse retirá-la, a negociação de curas, como opto chamar esse tipo de situação (ASSUMPCÃO, 2014), poderia ficar mais complicada, pois tal decisão dificultaria ou interromperia os procedimentos do pajé.

As concepções biomédicas de saúde e doença, que estão atreladas às concepções de pessoa e corpo da sociabilidade dos profissionais de saúde, trabalhadas no item anterior, estão presentes não só nas ações dos profissionais de saúde do Projeto Xingu, como também nas políticas de saúde estatais e leis internacionais de direitos humanos e à saúde – incluindo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (ASSUMPCÃO, 2009). Logo, certas expectativas, regulamentos e ideologias transpassam as relações imediatas entre doente e profissional de saúde não indígenas.

Os membros do Projeto atuam com base na noção de Clínica ampliada, considerando os aspectos subjetivos dos sujeitos doentes, sem se afastarem dos conhecimentos biomédicos, em especial a epidemiologia. Isso significa que em seus diagnósticos e práxis médica, baseiam-se em determinados sintomas previamente classificados como característicos de uma doença nomeada pela biomedicina internacional, representada pela Organização Mundial de Saúde e, dentre outros, seu Código Internacional de Doenças. Nesse caso, não há espaço para arriscar, modificando suas práticas com a justificativa de respeito à outras medicinas, ou devido às barreiras culturais intransponíveis.

Durante o mestrado, optei por participar das viagens da equipe do Projeto, motivadas geralmente para vacinar, mas também para realizar oficinas culinárias e formações de agentes indígenas de saúde (ASSUMPCÃO, 2014). Pude notar, como Kelly (2009), que a relação dos indígenas com as equipes de saúde são pautadas por uma noção de direito aos serviços de saúde e atendimento biomédico, com cobranças e

controle sendo exercidos pelos indígenas. Em algumas aldeias a passada da equipe de saúde se tornava um evento, em outras nem tanto, mas era nítido que qualquer esboço de ação que destoasse do esperado poderia gerar conflitos – como vacinar em uma parte distinta do corpo ou não medicar alguém com dor (ASSUMPCÃO, 2014).

Ademais, notei que os indígenas do Xingu com os quais o Projeto se relacionava não esperavam que os profissionais da saúde se tornassem indígenas e adotassem ou interferissem nos procedimentos dos pajés – algo similar ao que Morgado (1994) aborda sobre a resistência dos Wayana-Aparai em aceitar a prescrição biomédica de chás ao invés de pílulas, entendendo o primeiro como “coisa de índio” (p.53). Ou seja, quando profissionais de saúde ultrapassam sua função e interferem na resolução de algumas doenças sem se mostrarem dispostos a primeiro entender, para depois tentar atender à demanda local, são expostas as contradições, o conflito imanente a esse tipo de relação.

Entretanto, os membros do Projeto contam sobre casos em que, por conta do vínculo já estabelecido, conseguiram negociar adaptações para que ambos, profissional biomédico e pajé, pudessem tratar o mesmo paciente. São exemplos dessa interação a enfermeira ir até a casa do recém-nascido para dar vacina, pois é perigoso para a criança circular pela aldeia, ou ainda levar o pajé, junto com o paciente, para um centro de referência mais especializado de biomedicina - ou ainda a situação que estamos acompanhando neste texto. Assim, a maleabilidade necessária em situações como essa não é só exigida do médico, mas também do pajé, que se dispõe a sair da aldeia junto com o paciente, por exemplo, para seguir com seu tratamento.

Não digo que com essas atitudes os profissionais se tornem imunes aos conflitos, mas sim que buscam estabelecer uma relação menos desigual, exatamente pela consciência de quão autoritária e dominadora pode ser a cultura ocidental e sua ciência e medicina. Eles possuem uma postura crítica à biomedicina sem deixarem de ser excelentes representantes dela. Com isso, caso Douglas concluísse ser arriscado manter a menina na aldeia, seria necessário iniciar um processo de negociação com familiares, pajés e demais lideranças, sendo possível diferentes desfechos conforme os sujeitos envolvidos.

Entretanto, isso não ocorreu e a menina não foi retirada da aldeia, pois

De repente, após um transe provocado pelo uso do tabaco e chamamento aos espíritos, o pajé e seus ajudantes saíram correndo em direção à mata. Após uns cinco minutos, a menina deu um gemido mais forte e evacuou

uma grande quantidade de sementes de um fruto chamado ingá. De imediato seu abdome voltou à normalidade, melhoraram os vômitos e as cólicas abdominais. Quase que ao mesmo tempo, o pajé e seus ajudantes retornaram da mata, trazendo uma pequena trouxinha amarrada com embira, que havia sido desenterrada pelo pajé justamente no pé de um grande ingazeiro. A explicação veio em seguida. Tratava-se de um sortilégio feito pelo espírito do veado, que aprecia o ingá e é brincalhão, com o intuito de castigar a ousadia da menina, que entrara sozinha na mata para apanhar seus frutos prediletos. Então ele fez feitiço para ela comer ingá com caroço, porque criança nessa idade não come mais caroço, já sabe tirar (Douglas, entrevista, 23/07/2013, São Paulo).

Surgia, assim, mais um sujeito envolvido nesse processo: o espírito do veado, que estaria, como sugere Fausto (2002), predando o sujeito-ativo da menina ao fazê-la comer diferentemente das crianças de sua idade – lembrando que canibalismo e alimentação estão sempre em relação nas sociedades indígenas aqui tratadas. Nesses casos, segundo o autor, a doença seria como percebemos “a predação familiarizante dos animais” (p.13). Não aprofundarei a discussão sobre as relações de canibalismo e comensalidade na Amazônia por agora, mas sinalizo o entendimento desse constante pêndulo da predação do sujeito-ativo e transformação deste em objeto-passivo (e pacífico) existente também no Xingu (FRANCHETTO e HECKENBERGER, 2001).

O momento de cura da menina fez com que ações que ocorriam em paralelo se sucedessem e se encadeassem de forma a contrariar os mais céticos. O médico, entretanto, não denotou desmerecimento pelos fatos e explicações relacionados com as ações do pajé. Nesse momento, sua narrativa seguiu com a mesma entonação e expressão de quando relatou seus procedimentos. Vindo de um representante da biomedicina, esse comportamento se destaca.

Por algum tempo, eu acreditei que seria visto como certo elogio falar a determinado profissional, como o Douglas, quão diferente era sua forma de pensar sobre eventos como este, ou que seu procedimento destoava dos médicos e enfermeiras que me atendem nas instituições hospitalares urbanas, os quais me examinam de forma rápida e objetiva. Mas, para a minha surpresa, esse comentário era recebido sem muita honra. Em seguida, respondiam-me com uma afirmação da cientificidade de seus procedimentos e de como todas suas ações eram cientificamente comprovadas como eficazes pelas mais recentes pesquisas biomédicas.

Foi assim também ao entrevistar Douglas que, além disso, conhece conceitos

antropológicos como o mito do bom selvagem (MONTAIGNE, 1984) e a noção de aculturação (RIBEIRO, 1982). Percebo que nessa conversa, e em outras que tive com ele e os demais profissionais da saúde do Projeto, havia uma preocupação em não reproduzir esses estereótipos, e demonstrar certo conhecimento das discussões antropológicas. Preocupavam-se em afirmar que eram bons profissionais da saúde, e não profissionais da saúde bons, bondosos, ou que civilizariam os indígenas, que os ensinariam a cuidar da saúde.

Ao invés de encontrar pessoas encantadas pelas experiências únicas que o convívio com outra cultura proporciona – de certa forma, essa era a minha expectativa inicial –, encontrei uma equipe de pessoas apegadas à organização e valores do serviço que vivenciavam no Xingu. Buscavam se mostrar atrelados ao formato engajado de serviço, e não, de maneira altruísta ou religiosa, às populações com quem trabalham. Sua postura ideológica se transformou, ao longo dos anos, em um compromisso ético-político do Projeto: saber que outros conhecimentos existem e são tão importantes quanto o científico. Se aproximar desses outros conhecimentos é o passo seguinte.

O limiar entre salvar vidas e salvar (respeitar) a diversidade cultural

Assim, logo após relatar os fatos, Douglas procurou expressar sua interpretação sobre o ocorrido:

Então quer dizer, coincidência, né? Claro que o óleo que eu dei ajudou a tirar, mas o quanto foi o meu óleo e o quanto foi o feitiço que ele desenterrou? Eu não sei. Não adianta eu querer dar uma explicação biomédica para algo que é formado em outros paradigmas, o que eu posso dizer é que na hora que o pajé foi tirar o feitiço, a menina eliminou o que estava obstaculizando. Eu sabia que era algo do tipo, só não sabia que era ingá (Douglas, entrevista, 23/07/2013, São Paulo).

É interessante notar que ele verbaliza sua ação como uma ajuda e não como o que, de fato, teria curado a menina. E conclui: “Então o meu diagnóstico estava correto, e o do pajé também, e resolveu” (Douglas, entrevista, 23/07/2013, São Paulo).

Portanto, na situação relatada, o médico não se preocupou em desmentir ou traduzir as explicações dadas pelo pajé, pois se conformou com o desfecho final de cura, e com o sentido que aquele final fazia aos seus interlocutores. Logo, sua medicina não precisou nem ser negada, nem ser defendida, e duas importantes conclusões podem emergir. Primeiro, tanto nos tratamentos com óleos e remédios, como nos processos

de cura por meio da pajelança, os pacientes podem melhorar, algo almejado tanto por pajés quanto pelos profissionais biomédicos envolvidos com a saúde indígena.

Uma segunda conclusão seria que a prioridade dos procedimentos e conhecimentos biomédicos não é passivamente incorporada pelos indígenas, que demonstram seu protagonismo neste como em outros eventos, podendo inverter a ordem das prioridades. Douglas mencionou em sua entrevista que o referido pajé foi quem abriu muitos caminhos para ele no Xingu, que o inseriu em diversas situações. A partir disso, podemos sugerir a existência de certa intencionalidade desse pajé em se associar ao médico. Como Carneiro da Cunha (2009) observa, é possível que essa associação fizesse parte de seus esforços de construção de sentido frente aquele novo sujeito (Douglas). Ademais, associar-se ao médico poderia também incrementar sua reputação de tradutor e diplomata entre vários mundos. Esse pequeno esboço na direção de uma análise multidimensional expressa o que considero ser o caminho a ser percorrido para analisar os processos de negociação de cura afim de compreender as relações intermédicas em saúde indígena, essencialmente (cosmo)políticas.

Muitos dos profissionais que hoje estão no Projeto Xingu se mantiveram por anos atuando em aldeias por aprenderem a agir de forma diferenciada em situações conflituosas, trabalhando com um conceito ampliado de saúde. Esse aprendizado, entretanto, demanda tempo, vínculo, pressupõe conflitos e paciência para gerar alguns acordos, que tornam possíveis certos “códigos compartilhados” (MONTEIRO, 2006) entre profissionais da saúde não indígenas e pajés. Entendo que esses códigos estariam mais próximos de regras de etiqueta para o bom convívio e, com base na teoria da “mediação cultural” (Ibidem.), focar nas relações que subjazem esses processos favoreceria a percepção das características históricas e conjunturais da produção desses códigos e dos espaços de produção de interação.

Os códigos compartilhados não transparecem necessariamente o que os sujeitos pensam ou o que eles fazem quando não estão preocupados em utilizá-los. Logo, é necessário cautela na utilização desse conceito como sinônimo de geração de entendimento (GEERTZ, 1998 apud MONTEIRO, 2006), pois pode dificultar a percepção da tradução inerente a esse compartilhamento. Compreendendo-os como parte de processos de tradução,

A tradução tem por objeto manter a consciência de que existem diferentes referentes sob cada representação. Ela deve recordar que o mundo de coisas e

eventos é, na realidade, um mundo de homônimos e ações, que não podemos perder de vista que (...) por trás de um acidente como uma picada de cobra, pode haver um agente, tipicamente, um xamã inimigo (KELLY, 2009, p. 288).

Assim, as traduções, intrínsecas aos processos de comunicação presentes nas relações intermédicas entre indígenas e não indígenas, carregam consigo equívocos, que podem ser controlados - como argumenta Viveiros de Castro (2004) sobre o perspectivismo indígena - ou não controlados, quando falta consciência de que eles existem, resultando em traduções literais e extensão de simbolizações, sem afetação pelos significados dos outros (KELLY, 2009).

Voltando-nos a história que anima este artigo, é perceptível que Douglas tem a consciência da inexorável presença dos equívocos quando admite que não conseguirá dar uma explicação satisfatória a algo fora de seus paradigmas. Ele demonstra saber que aquela coincidência muito provavelmente não será identificada dessa forma por seus interlocutores. Assim, ele utiliza os códigos compartilhados que amenizam os conflitos, como atender a menina lado a lado com o pajé, ou concluir seu relato enfatizando que ambos os diagnósticos estavam corretos.

Profissionais como este médico, que passam por situações como a descrita nesse texto e aprendem a mediar as negociações políticas intrínsecas à elas, começam a enxergar o limiar entre salvar vidas e salvar (respeitar) a diversidade cultural. Assim, não é raro ouvir os profissionais do Projeto dizerem “eu não curo, quem cura é o pajé”, ou que “o meu diagnóstico estava correto, e o do pajé também” (Douglas, entrevista, 23/07/2013, São Paulo), sem que isso os deslegitime naquele contexto. Também já presenciei um pajé xinguano pedir uma pílula analgésica para dar à pessoa que recebeu seus cuidados e isso não o tornou menos pajé ou um pajé desacreditado. Todos continuaram pela casa comentando sobre seus feitos, enquanto a agente indígena e eu voltávamos para a casa da equipe de saúde, para pegar o tal remédio.

Assim, os profissionais atrelados ao Projeto Xingu somam aprendizados advindos tanto de experiências próprias quanto da intensa orientação e formação ideológica que recebem desde a primeira viagem a Terra Indígena Xingu (ASSUMPCÃO, 2014). Com o acúmulo dessas experiências em saúde indígena, eles transitam de um a outro lado dessa limiaridade através do conceito ampliado de saúde e de bem-estar (cultural), os quais possibilitam utilizar

argumentações médicas para cuidar da diversidade cultural, sem descuidar da sua ética clínica, buscando a síntese entre sujeito e doença (CAMPOS, 2002).

Esses profissionais tornam-se, assim, exímios mediadores políticos: aprendem quais códigos utilizar com os indígenas, o que torna suas ações mais bem aceitas, assim como não desconsideram os códigos da burocracia governamental, das políticas públicas e da biomedicina, sendo requisitados pelas organizações dos serviços públicos e cursos de formação no país pelos acúmulos que possuem no tema, como mencionado anteriormente.

Considerações finais

Com base nas reflexões levantadas a partir do relato de Douglas, conclui-se que a manutenção da autoridade e eficácia curativa da medicina indígena teria se tornado um código compartilhado da relação intermédica que analisei entre Projeto Xingu e povos indígenas do Xingu. Nessa relação, as populações indígenas e os profissionais ligados ao Projeto, no movimento concomitante de acessar seus códigos e incorporar alguns códigos alheios, conforme a conjuntura política, elaboram códigos compartilhados que facilitam seus trabalhos de cura. Se os profissionais do Projeto ganham mais autoridade e respaldo dos indígenas para realizarem ações paliativas e de prevenção é porque também não priorizam protagonizar a cura, que é verbalizada como sendo dos cuidadores tradicionais.

Tratam-se de mediações políticas realizadas em situações concretas de relações intermédicas de cura e de performances que cada um desses agentes realiza em momentos como esses. Os biomédicos não deixam de curar nem os médicos indígenas deixam de prevenir ou realizar ações paliativas, mas não são esses os aspectos enfatizados na relação intermédica analisada.

Notas

1. Inicialmente a área foi demarcada como “Parque Nacional do Xingu”, renomeada em 1978 como “Parque Indígena do Xingu” - após uma década de inexistência legal, apesar de sua manutenção física – e em 1990 passa a ser chamada de Terra Indígena do Xingu, como as demais demarcações indígenas que ocorreram no país com o passar dos anos. Esta nova denominação segue a distinção categórica entre parques, enquanto reservas ambientais, e terras demarcadas, que preveem a presença de agrupamentos humanos em sua área. Esta é a nomenclatura utilizada, atualmente, pelos povos indígenas da região.
2. Há algumas poucas aldeias Waurá, Kamaiurá, Trumai e Kalapalo na região.
3. Opto por não mencionar o nome do pajé e sua etnia para evitar a vinculação deste artigo com algum

povo xinguano específico e também para não confundir o relato do médico com uma descrição [etnográfica ou densa] do xamanismo praticado por este povo. Saliento apenas que o referido pajé era bastante conhecido no Xingu e que o caso que anima este artigo ocorreu na região do Alto Xingu, no início dos anos 80.

4. Esse trabalho é simpático à análise das formas de enunciação e do “discurso de Outrem” de Bakhtin, 2006. Entretanto, farei aqui apenas uma etnografia da narrativa, sem aprofundar em um debate linguístico.

5. Saliento que vivenciei outras experiências em campo, acompanhando este e outros profissionais do Projeto em seus trabalhos realizados entre 2010 e 2013 que reforçam como as atitudes desse médico se tornaram premissas do Projeto (ASSUMPÇÃO, 2014).

6. Este trabalho é simpático à terminologia da antropologia da saúde, que considera todos os sistemas de cura, ou de saúde-doença-atenção, como médicos, sendo a biomedicina entendida aqui como a forma diagnóstica e terapêutica predominante dentro da medicina ocidental contemporânea. A opção por esta denominação deve-se ao fato de esta refletir a vinculação desta forma de “racionalidade médica” com o conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da biologia (CAMARGO JR., 2005).

7. Entendendo que biomedicina, assim como sociedade, é uma abstração generalizante que cria uma totalização dada a priori (CARNEIRO DA CUNHA, 2009).

8. Até então as ações do Projeto Xingu eram mais campanhistas, com equipes de médicos e afins viajando para a TIX quatro vezes ao ano, geralmente em períodos de férias das aulas na UNIFESP.

Referências

ASSUMPÇÃO, Karine. AIDS e políticas públicas: epidemia, populações indígenas e vulnerabilidades. *Relatório Final* de pesquisa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal de São Paulo, 2009.

_____. Negociando curas: um estudo das relações entre indígenas e profissionais do Projeto Xingu. *Dissertação* (Mestrado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2014.

BARUZZI, RG., JUNQUEIRA, C (Orgs). *Parque Indígena do Xingu*. Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem, 2005.

BAKHTIN, Mikhail. *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMARGO JR., Kenneth R. A Biomedicina. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 15 (supplement): 177- 201, 2005. Disponível em: (http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312005000300009&lng=en&nrm=iso). Acesso em 21: Mar. 2018.

CAMPOS, Gastão W de S. *A clínica do sujeito*: por uma clínica reformulada e

ampliada. In: Saúde Paidéia. São Paulo, Editora Hucitec, 2002. Disponível em: (<http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>). Acesso em: 27 dez 2017.

CARNEIRO DA CUNHA, Manuela. Xamanismo e tradução: pontos de vista sobre a Floresta Amazônica; “Cultura” e cultura: conhecimentos tradicionais e direitos intelectuais. In: *Cultura com aspas*. São Paulo: Cosac Naify, 2009.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.173-183, 2003. Disponível em: (http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232003000100013&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 Mar. 2018.

FAUSTO, Carlos. Banquete de gente: comensalidade e canibalismo na Amazônia. *Mana*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.7-44, Out. 2002. Disponível em: (http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010493132002000200001&lng=en&nrm=iso). Acesso em : 27 Dec. 2017.

FAVRET-SAADA, Jeanne. Ser afetado. *Caderno de Campo*, São Paulo, v.13, n. 13, p. 155-161, 2005. Disponível em: (<http://www.revistas.usp.br/cadernos-decampo/article/view/50263/54376>). Acesso em: 21 mar. 2018.

FERREIRA, Mariana Kawall Leal (Org.). *Histórias do Xingu*: Coletânea de depoimentos dos índios Suyá, Kayabi, Juruna, Trumai, Txucarramãe e Txicão. São Paulo: Núcleo de História Indígena e do Indigenismo da USP e FAPESP, 1994.

FOLLER, Maj-Lis. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. L., e GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde dos Povos Indígenas*: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

FRANCHETTO, Bruna e HECKENBERGER, Michael (Orgs.). *Povos do Alto Xingu*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

KELLY, José Antonio L. “Os Encontros de Saberes”: equívocos entre índios e Estado em torno das políticas de saúde indígena na Venezuela. *ILHA*, Florianópolis, v. 11, n. 2, p. 265-302, 2009. Disponível em: (<http://dx.doi.org/10.5007/2175-8034.2009v11n1-2p265>). Acesso em: 21 mar. 2018.

LANGDON, Esther. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: BARUZZI, R. G. e JUNQUEIRA, C. (Orgs.). *Parque Nacional do Xingu: saúde, cultura e história*. São Paulo: Terra Virgem, 2005.

LAURELL, Ana Cristina. A saúde-doença como processo social. *Revista Latinoamericana de Salud*, México, v. 2, p. 7-25, 1982.

LE BRETON, David. Medicina e medicinas: de uma concepção do corpo a concepções do homem. In: *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis: Vozes; 2011.

LIMA, Tania S. *Um peixe olhou para mim: o povo Yudjá e a perspectiva*. São Paulo: Ed. UNESP: ISA; Rio de Janeiro: NuTI, 2005.

MAUSS, Marcel. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de “eu”. In: *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

MONTAIGNE, Michel de. Dos canibais. In: *Os pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, p. 100-106, 1984.

MONTEIRO, Paula. Índios e missionários no Brasil: para uma teoria da mediação cultural. In: MONTEIRO, P. (Org.). *Deus na Aldeia: missionários, índios e mediação cultural*. São Paulo: Globo, 2006.

RIBEIRO, Darcy. Colocando o problema. In: *Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1982.

MORGADO, Paula. O Pluralismo Médico Wayana-Aparai: a intersecção entre a tradição local e a global. *Cadernos de Campo*, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 41-69, 1994. Disponível em: (<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v4i4p41-69>). Acesso em: 21 mar 2018.

SANTOS, Ricardo V. e COIMBRA JR., Carlos E.A. “Parece feito por um molde único”: cultura, sociedade e bioantropologia no Alto Xingu. In: FRANCHETTO, B. e HECKENBERGER, M. (Orgs.). *Povos do Alto Xingu*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

SEEGER, A.; DA MATTA, R.; VIVEIROS DE CASTRO, E. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In: PACHECO DE OLIVEIRA, J. (Org.). *Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: UFRJ/

Karine Assumpção

Marco Zero, 1987.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. Perspectival Anthropology and the Method of Controlled Equivocation. *Tipiti*, v.2(1), p. 3–22, 2004. Disponível em: (<https://digitalcommons.trinity.edu/tipiti/about.html>). Acesso em: 21 mar 2018.

_____. Xamanismo transversal: Lévi-Strauss e a cosmopolítica amazônica. In: QUEIROZ, R. de C. e NOBRE, R. F. (Orgs.). *Lévi-Strauss: leituras brasileiras*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

Intestinal obstruction, ingá and the spirit of the deer: some reflections on the healing relations between indigenous and professionals of the Xingu Project

Abstract

In this paper, I invite you to reflect on healing relationships in indigenous health based on the account of Dr. Douglas Rodrigues, a doctor who has worked with indigenous populations for nearly four decades. Based on his narration of a therapeutic work, done simultaneously with a Xingu's pajé work, this paper will address the threshold between saving lives and save (respect) the cultural diversity. This report was part of my ethnography carried out with the Xingu Project, an extension program of the Preventive Medicine Department of the Escola Paulista de Medicina (Universidade Federal de São Paulo), which has existed since 1965 and is present primarily in the Xingu Indigenous Land (central-western region of Brazil). Based on learnings from narratives like the one told by Douglas, it was possible to note that the professionals in the Project for a longer time transit from one side to another of this threshold by the extended concept of health and (cultural) well-being, sharing codes that helps them to control misunderstandings and negotiate healing. Due to the Xingu Project being pioneer on actions and training in indigenous health in Brazil, collaborating with the creation of the Subsystem of Attention to Indigenous Health in 1999, and due to its permanent and engaged nature, its needful the reflection about the experiences and learnings gathered by this group. This reflection contributes to the discussion about the possibilities and limits of sharing of healing and to reinforce more multidimensional views of health professionals which works on those contexts.

Keywords: Healing Relationships, Xingu Project, Indigenous Health

Recebido em 12 de abril de 2017.
Aceito em 25 de fevereiro de 2018.