

Expectativas emergentes: a inserção do agente indígena de saúde Xokleng na equipe multiprofissional de saúde indígena*

Raquel P. Dias-Scopel**
Esther Jean Langdon***
Daniel Scopel****

Resumo: O objetivo deste texto é evidenciar algumas expectativas da relação entre o Agente Indígena de Saúde e a Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena de modo a contribuir criticamente para a compreensão das formas de como este agente se insere na atenção primária oferecida no interior das áreas indígenas. Estas considerações resultaram de uma etnografia realizada entre os Xokleng de Santa Catarina, SC, Brasil, no ano de 2004. Os resultados obtidos demonstraram que: 1) a inserção do Agente Indígena de Saúde na Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena é limitada por uma hierarquia pautada na formação biomédica acadêmica e técnica; 2) na comunidade, sua inserção é condizente às formas de sociabilidade do grupo; 3) há alguns conflitos entre uma lógica técnico-burocrática e uma ética nativa emergente em um contexto interétnico.

Palavras-chave: Agente Indígena de Saúde, Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, índios Xokleng.

Abstract: This paper aims to show what the Indian Health Agent and the Indigenous Health-care Multiprofessional Team expect from each other, so as to have a critical approach in understanding on how this agent gets inserted into the primary health care services being provided to the Indians in their native land. The present study is part of an ethnography conducted on the Xokleng Indians who lives in the state of Santa Catarina, Brazil, in 2004. Findings pointed out: 1) the insertion of the Indian Health Agent into the Indigenous Health-care Multiprofessional Team is limited by a hierarchy based on academic and technical graduation in biomedicine; 2) in the Indian community, his insertion goes according to native group sociability patterns; 3) there are some conflicts between a techno-bureaucratic logic and a native ethics which emerge from an interethnic context.

Key words: Indian Health Agent, Indian Primary Health Care subsystem, Xokleng Indians

* O artigo discute dados etnográficos apresentados na dissertação de mestrado de Dias-Scopel, defendida no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2005, sob a orientação da Dra. E. Jean Langdon. Dias-Scopel contou com o apoio Financeiro do CNPq no período do estudo, por meio de uma bolsa de mestrado. A pesquisa de campo foi financiada pela FAPES-Fundação de Apoio à Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado de Santa Catarina por meio do projeto: O Subsistema de Atenção à Saúde do Índio em Santa Catarina (Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul) – o papel do Agente Indígena de Saúde e a articulação entre as práticas da medicina tradicional e a biomedicina, coordenado pela Dra. Esther Jean Langdon/UFSC, em que participaram também a Dra. Eliana Elisabeth Diehl/UFSC e Dr. Flávio Braune Wiik/UFSC (Ver Langdon et. al. 2006).

** Antropóloga (Ms), pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane, CPqLMD, Manaus, Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Indígena GPSI/CPqLMD, Manaus, Brasil e do Núcleo de Estudos sobre Saúde e Saberes Indígenas NESSI/UFSC.

raquel.scopel@amazonia.fiocruz.br
*** Antropóloga (Dra.), professora do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil. Coordenadora do Núcleo de Estudos sobre Saúde e Saberes Indígenas NESSI/UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Indígena GPSI/CPqLMD, Manaus, Brasil.

**** Antropólogo (MS), membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Indígena GPSI/CPqLMD, Manaus, Brasil

Introdução

Na década de 1990, a atenção à saúde dos povos indígenas passou por uma reestruturação administrativa, técnica e organizacional. Esse movimento teve origem nas avaliações produzidas por um conjunto de atores sociais, entre estes, indígenas, acadêmicos e funcionários do governo, sobre as experiências anteriores de cuidados à saúde das populações indígenas do Brasil, realizadas, inicialmente, pelo extinto Serviço de Proteção ao Índio (SPI) e, posteriormente, pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) que apontavam ações descontínuas e um quadro sanitário e epidemiológico insatisfatório (Langdon e Rojas, 1991; Langdon, 2001a; Garnelo et al., 2003; Dias-Scopel, 2005). A Reforma Sanitária Nacional, ocorrida na década de 1980, juntamente com a I e II Conferências Nacionais de Saúde Indígena (respectivamente, 1986 e 1993) desenharam um conjunto de diretrizes fornecendo as condições políticas e técnico-administrativas para a construção de um modelo diferenciado de assistência à saúde dos povos indígenas. As diretrizes deste modelo diferenciado vêm corroborar os princípios de acesso universal à atenção primária acordados na Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde de Alma-Ata, em 1978, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Esse modelo diferenciado de assistência operacionalizou-se na forma de um subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS), através da criação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) pelo Ministério da Saúde (MS) e sua agência executora, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Em 1999, foram organizados 34 DSEI sob a coordenação e gestão da FUNASA com a responsabilidade de fornecer atenção primária no interior das áreas indígenas. A FUNASA, entre muitos motivos como, por exemplo, seu restrito quadro de recursos humanos, optou por terceirizar a execução dos serviços de atenção primária no interior das aldeias por meio de convênios com outras entidades governamentais e não-governamentais (Langdon, 2001b; Garnelo *et al.*, 2003). Desde então, a atenção à saúde das populações indígenas brasileiras vem seguindo um modelo organizado através de uma rede de serviços de hierarquia crescente, definida pela complexidade do serviço. As ações de atenção primária são executadas no interior das áreas indígenas pelas Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI), responsáveis por realizar visitas periódicas nas aldeias. A EMSI vem sendo contratada e coordenada por Organizações Não Governamentais (ONGs) ou pelos Municípios. Estas EMSIs estão organizadas a partir do pólo-base, cuja estrutura física pode ou

não se localizar no interior das áreas indígenas. O pólo-base é a primeira referência de maior complexidade, responsável pela extensão da cobertura de um “[...] conjunto definido de aldeias, com seus respectivos postos e agentes de saúde...” (Garnelo *et al.*, 2003, p.49), responsável também por administrar, controlar e organizar as ações desenvolvidas dentro das aldeias.

De acordo com a organização prevista no subsistema, os casos que não podem ser resolvidos no interior das áreas indígenas e nos pólos-base e/ou que exijam serviços de maior complexidade (por exemplo, exames laboratoriais, consulta de especialistas ou internações), deverão ser encaminhados para a rede do SUS (Brasil, 2002). Este modelo assistencial, portanto, envolve não só diferentes esferas do governo – federal, estadual e municipal – como também ONGs, exigindo uma articulação entre os diferentes níveis de serviços – ambulatorial, postos de saúde, hospitalar, entre outros. O cenário político-sanitário brasileiro de cobertura da atenção primária à saúde das populações indígenas envolve, também, um conjunto heterogêneo de atores sociais, detentores de saberes e formação acadêmicas diversos. Esse é o caso da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) que é composta por médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes indígenas de saneamento (AISAN) e agentes indígenas de saúde (AIS).

Esta articulação entre diversos agentes institucionais certamente poderia ser objeto de um estudo centrado nas estratégias de articulação e gestão, desenvolvidas para gerar e manter um fluxo contínuo de informação, visto que isso pode implicar diretamente sobre a produção de indicadores de saúde e nas realizações de ações eficientes e eficazes de referência e contra-referência dos pacientes indígenas. Todavia, nosso objetivo, neste artigo, refere-se a uma outra escala de relações, focalizadas no reconhecimento das especificidades étnicas e suas implicações na construção de um diálogo possível. Sublinha-se que este diálogo, no contexto das relações interétnicas, como afirma Cardoso de Oliveira (2005, p.32), acontece não entre “pares”, mas entre “ímpares”, ou seja, entre sujeitos cujas relações estão permeadas por posições assimétricas de poder e *status*, num contexto em que emergem lógicas diversas e éticas conflitantes. A proposta deste artigo é evidenciar algumas expectativas da relação entre o Agente Indígena de Saúde (AIS) e a Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) de modo a contribuir criticamente para a compreensão das formas de como este agente se insere na atenção primária oferecida no interior das áreas indígenas.

É importante destacar que entendemos cultura como “estruturas de significado através dos quais os homens dão forma a sua experiência” (Geertz, 1978, p.135). A cultura é dinâmica, “centrada no ator” e se expressa “na interação social, onde os atores comunicam e negociam significados” (Langdon, 2003, p.96). Dessa forma, as expectativas destes atores sociais não são dadas *a priori*, não são fixas nem homogêneas, não são estáticas nem impessoais, ao contrário, seus significados emergem através da interação entre atores sociais envolvidos em um contexto específico (Geertz, 1978), constantemente elaborados na “ação social” (Weber, 2001).

No contexto da atenção primária à saúde dos povos indígenas, o AIS e seu papel foram concebidos e introduzidos a partir de experiências pontuais. Citamos, por exemplo, o caso do combate e controle do cólera na região amazônica no início da década de 1990, em que a atuação dos AIS foi central para o controle dos surtos epidêmicos (Erthal, 2003). Trata-se, portanto, de um papel relativamente novo. Ao considerarmos o processo de concepção e introdução do papel do AIS como um fenômeno social e histórico, destaca-se que este papel tem sido constantemente re-elaborado em sua atualização nas práticas cotidianas. Este papel social é emergente frente a expectativas também emergentes na interação social. Estas expectativas sobre o papel do AIS, do ponto de vista dos indígenas e da EMSI, tornam-se explícitas em contextos específicos do contato interétnico, cujos sentidos e significados atribuídos constituem, ao mesmo tempo, juízos e experiências pessoais de cada ator e valores das sociedades indígena e nacional. Assim, além das expectativas individuais dos próprios AIS, outras expectativas surgem neste processo de interação. No contexto da atenção primária, expectativas sobre o papel do AIS emergem na atuação dos profissionais de saúde em que valores da sociedade não-indígena são expressos nas avaliações sobre as atividades do AIS. Igualmente, outras expectativas emergem na relação entre o AIS e os indígenas da Terra Indígena Laklãnõ.

Os dados aqui apresentados resultam da etnografia realizada entre o povo Xokleng (grupo Jê meridional), da Terra Indígena Laklãnõ (TIL)¹, localizada no Alto Vale do Itajaí, no Estado de Santa Catarina, Brasil. A pesquisa de campo estendeu-se por um período de sete meses, entre 15 de fevereiro a 18 de setembro de 2004. A permanência efetiva nas aldeias somou um período de cinco meses e meio. Através da observação participante, entrevistas semi-estruturadas, conversas informais e um grupo focal foi possível acompanhar, conversar e entrevistar os AIS em suas atividades desenvolvidas nos postos de saúde e nas visitas

domiciliares; as atividades dos demais membros da EMSI que atuam dentro da TIL, em especial, os médicos e auxiliares de enfermagem; os Conselheiros de Saúde Local, os membros da TIL indígena e os atores sociais acima citados.

Atualmente a TIL abriga sete aldeias, com um território de aproximadamente 14.156 hectares, estendendo-se pelos municípios de José Boiteux e Victor Meireles. Segundo o senso do DSEI realizado em 2000, moram na TIL 1.530 indígenas, sendo, a grande maioria, do grupo Xokleng, alguns Kaingang, poucos Guarani e “cafuzos” (conforme categorias classificatórias utilizadas pelos Xokleng). Tanto os Xokleng quanto os Kaingang, ali residentes, são bilíngües em sua grande maioria (falam o “idioma Xokleng” e o português). A pesquisa de campo foi realizada em cinco aldeias: Sede, Pavão, Coqueiro, Figueira e Palmeira e não incluem os Guarani que, no momento da pesquisa, residiam em outras aldeias. Portanto, os dados aqui apresentados refletem uma análise sincrônica do contexto destas aldeias e colocam em diálogo os AIS e demais membros da EMSI que estavam atuando no convênio de 2003-2004.

Iniciaremos situando o cenário macro-político brasileiro tendo, como ponto de partida, documentos formulados no interior do Ministério da Saúde (1996, 1999 e 2002, especificamente), que serviram de base, entre outros, para regulamentar a atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e a formação de AIS. Em seguida, apresentaremos dados do contexto micro-político da atenção primária oferecida ao povo Xokleng.

Princípios da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Dentre as estratégias de intervenção enunciadas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Brasil, 2002), pode-se sublinhar, ao menos, um *princípio ideal* norteador e uma *diretriz de ação* preconizados para orientar a atuação dos DSEI e da EMSI na promoção da atenção básica à saúde das populações indígenas. O princípio ideal recomenda promover uma *atenção diferenciada* sensível às diversidades culturais e condições de vida, ou seja, um serviço capaz de resguardar o acesso universal e que contemple as especificidades sócio-culturais dos grupos, seus “saberes e práticas” sobre saúde, doença e cura (Brasil, 2002, p. 18).

Esse *princípio ideal* enuncia uma articulação entre, ao menos, dois “saberes e práticas” diferentes sobre saúde/doença/cura (biomédico e

indígena), orientando as estratégias de ação para atenção primária à saúde que se realiza num dado contexto intercultural (entre atores representantes do Estado Nacional e das Sociedades Indígenas).

O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas. A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas (Brasil, 2002, p. 18).

A *diretriz de ação* preconizada na PNASPI (2002) prescreve a formação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) na expectativa de se criar meios de participação ativa da comunidade no processo de gestão, avaliação, mas, especialmente, de promoção dos serviços de saúde. Nesta última atividade, o AIS foi concebido como parte fundamental na prestação da atenção primária, figurando como um elo de comunicação entre comunidade e serviços de saúde e entre “saberes e práticas” (biomédico e indígena).

A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não (Brasil, 2002, p. 15).

Foi em 1996 que a Coordenação de Saúde Indígena (FUNASA) elaborou o documento “Formação de Agentes Indígenas de Saúde: propostas de diretrizes”. Esse documento apresenta uma proposta de conteúdos e metodologias que devem nortear os cursos de formação e capacitação dos AIS, contendo recomendações para esforços interinstitucionais para realizar cursos e viabilizar o reconhecimento do AIS enquanto uma categoria profissional (Brasil/Ms/Funasa/Cosai, 1996). Em 1999, com o objetivo de reforçar a normatização das atividades desenvolvidas pelos AIS, é apresentado, por esses mesmos órgãos, uma proposta de implantação do “Programa de Agentes Indígenas de Saúde”, uma espécie de cartilha com conteúdos e metodologias a serem trabalhadas nos cursos de formação e capacitação dos AIS, priorizando sua articulação e inserção institucional no DSEI e na EMSI (Brasil/Ms/Funasa/Cosai, 1999)

Em termos gerais, a concepção do papel do AIS tem por parâmetro o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Este aponta para um personagem que, pertencendo à comunidade na qual atua, poderia informar a equipe médica quanto às necessidades específicas de sua comunidade, problemas de saúde de maior ocorrência e desenvolver ações de educação em saúde. O papel do agente de saúde, seja indígena ou não, foi concebido como personagem-chave na tentativa de expandir os serviços de atenção pri-

mária à saúde. Projeto que teve seu referencial na Conferência Internacional de Alma-Ata (OMS), no ano de 1978, visando metas de extensão da cobertura da atenção primária e integral a custo acessível (Silva e Dalmaso, 2002; Langdon *et al.*, 2006).

De acordo com as diretrizes dos programas de formação e capacitação elaborados com intuito de normatizar o perfil e atribuições dos AIS, consolidados na PNASPI (Brasil, 2002), o AIS deve ser um membro autóctone e ser indicado pela comunidade em que vai atuar (Brasil/MS/Funasa/Cosai, 1996 e 1999). Na organização dos serviços de saúde direcionados à atenção primária, o AIS é um membro da EMSI. Ainda, segundo as normas dos cursos de formação, o AIS deve ser capacitado para promover e atualizar a proposta informada pelo Modelo de Atenção Diferenciada à Saúde dos Povos Indígenas (Brasil, 2002). Em outras palavras, ao AIS cabe promover a inclusão e articulação entre os “saberes e práticas” direcionadas aos cuidados à saúde e doença compartilhado por seu grupo e os “saberes e práticas” da biomedicina. Para tanto, a formação prescrita ao AIS deve, em termos gerais, abranger conhecimentos técnico-clínicos biomédicos, resgate e valorização dos conhecimentos médicos tradicionais e informações sobre a política e a forma de organização do sistema de saúde indígena e do SUS (Brasil/MS/Funasa/Cosai, 1996 e 1999).

O agente indígena de saúde deve ser capacitado para prestar assistência à saúde a todos os membros de sua comunidade [...] devendo desenvolver prioritariamente ações de vigilância em saúde, prevenção e controle das doenças por meio de visitas domiciliares, atividades educativas individuais, familiares e coletivas e ações de assistência primária à saúde, sob supervisão e acompanhamento de profissionais de saúde capacitados para exercerem essa função (instrutores-supervisores), lotados nas equipes de saúde dos distritos sanitários. (Brasil/MS/Funasa/Cosai, 1999, p.7).

Para tanto, a capacitação dos AIS deve contemplar por meio de “metodologia participativa”:

[...] dependendo das especificidades culturais de cada etnia, a discussão sobre medicinas tradicionais e a relação no processo saúde-doença, cura e morte na visão cosmológica da própria comunidade, reconhecendo-as, respeitando-as e recuperando-as. (Brasil/MS/Funasa/Cosai, 1996, p. 10).

[...] noções básicas sobre as doenças prevalentes: etiologia, determinação das doenças, meios de transmissão, diagnóstico e tratamento; noções básicas de Vigilância Epidemiológica; [...] técnicas de enfermagem; primeiros socorros [...](Brasil/MS/Funasa/Cosai, 1996, p. 13).

De maneira geral, essa capacitação deve dispor aos AIS “saberes e práticas” biomédicos, porém, complementando os “saberes e práticas”

médicas indígenas, como uma forma de instrumentalizá-los nas ações de saúde educativas/preventivas dentro das aldeias. De acordo com Mendonça (2005), esta atividade de educador em saúde é que constitui o AIS como um elo entre as comunidades indígenas e o sistema de saúde e um potencial mediador entre sua cultura e a sociedade envolvente.

Mas, como estas políticas, princípios e diretrizes se atualizam e são incorporadas na atuação dos agentes empíricos em suas ações concretas?

Em consonância com as características e objetivos da formação de AIS é que podemos pensar a estratégia da diretriz de ação como uma extensão do princípio ideal da “atenção diferenciada”. Sobretudo, é importante observar que a inserção e atuação dos AIS, como membros da EMSI, na prestação da atenção primária, carece de debates e reflexões².

Os Serviços de Saúde na Terra Indígena Laklãnõ (TIL)

Os serviços de atenção primária na TIL, até meados do ano de 2006, eram coordenados pelo DSEI-Interior Sul. Atualmente, este distrito foi extinto, pois houve uma reorganização administrativa que alterou a abrangência territorial dos DSEIs da Região Sul. Nessa nova organização, a TIL situa-se sob área de abrangência do DSEI-Sul. Embora esta mudança seja importante, não temos dados sobre as novas implicações decorrentes da reorganização dos serviços de atenção. Mesmo com a reorganização, permanece a sede administrativa do DSEI-Sul em Florianópolis (Capital do Estado de Santa Catarina).

A rede de serviços do SUS para atendimento aos indígenas da TIL, nos casos de alta complexidade, abrange unidades de saúde localizadas no Estado de Santa Catarina nas cidades de José Boiteux, Vitor Meireles, Ibirama, Rio do Sul, Presidente Getúlio, Blumenau, Lages, Florianópolis, Itajaí e a Casa do Índio, CASAI, no Estado do Paraná.

A atenção primária realizada na TIL. é administrada pelo pólo-base localizado na cidade de José Boiteux. Este pólo-base fica em área urbana e fora da TIL. Está distante, aproximadamente, 16 km das aldeias mais próximas. O acesso é realizado por estradas não pavimentadas.

Na época da pesquisa de campo, em 2004, toda a EMSI era contratada pela ONG Projeto Rondon, instituída pela Associação Estadual dos Rondonistas de Santa Catarina (Langdon *et al.*, 2006), em convênio com a FUNASA, firmado a partir de 2002. Compunham a EMSI na TIL. naquele ano os seguintes funcionários:

Profissional	N.
AIS	07*
AISAN	04
Médico	02
Dentista	01
Enfermeiro	01
Auxiliar de enfermagem	06
Auxiliar de Dentista	01
Motorista	06
Total	28

* Distribuição segundo sexo: 01 AIS homem, 06 AIS mulheres, convênio 2003-2004.

O Pólo-Base dispõe de “uma agenda de atividades” correspondente às funções de cada cargo para cada membro dessa equipe. Segundo a ONG Projeto Rondon, a carga-horária de trabalho dos AIS e AISAN é de 44 horas semanais, enquanto os demais membros da equipe (médico, dentista, auxiliar de enfermagem e funcionários do Pólo-Base) são contratados por 40 horas semanais.

Em 2004, de acordo com nossos dados, a atenção primária realizada nos postos de saúde localizados no interior das aldeias era feita apenas no período matutino. Em cada uma das sete aldeias havia uma estrutura física que servia como posto de saúde. Três destes postos tinham como estrutura um espaço improvisado em escolas ou em casa alugada. Os dois médicos da EMSI que atuaram naquele ano atendiam, no máximo, vinte pacientes por manhã cada um. Número insuficiente para a demanda dos indígenas na maior parte das vezes. O atendimento médico estava organizado por município, embora a organização dos DSEIs independa das divisões municipais. O médico atendia duas aldeias, pertencentes ao município de Victor Meireles, enquanto a médica cobria as cinco aldeias restantes, pertencentes ao município de José Boiteux. A rotina dessa médica se orientava por um roteiro diário que acabava por estabelecer um itinerário semanal. Dessa forma, suas atividades, no interior da área indígena, eram feitas um dia da semana em cada aldeia, na parte da manhã. Por exemplo, toda segunda-feira na aldeia Pavão, toda terça-feira na aldeia Figueira, e assim por diante até cobrir as cinco aldeias. A rotina do médico era percorrer as duas aldeias numa única manhã, o que era feito dividindo o atendimento em dois períodos, um, das 7h30 até 10h, outro, das 10h30 às 12h, aproximadamente.

A médica que atendia a maior parte das aldeias relatou o impasse ocorrido logo que chegou para trabalhar na TIL: “eles [indígenas] chegavam e apontavam o remédio que queriam, Sulfa, Diclofenaco...”. Esse fato desencadeou um conflito inicial, posteriormente superado, entre a médica e os indígenas. O desconforto da médica pode ser compreendido a partir da frustração de sua expectativa na relação com os pacientes. O modelo biomédico da relação médico/paciente pressupõe que é o médico quem prescreve medicamentos e exames. No ápice da crise, pensou em abandonar o cargo, mas foi aconselhada pelas lideranças indígenas a permanecer. Em suas palavras, aprendeu a “ter jogo de cintura”, “saber negociar, trocar” e “tratar bem”, uma atitude mais dialógica em substituição a uma atitude de “imposição da sabedoria da medicina”.

A expectativa inicial da médica reflete características centrais da relação médico-paciente, que se configura em uma relação assimétrica de saberes e poderes, pautada em uma formação acadêmica (Menéndez, 1994, 2003, 2005; Frankenberg, 1980). Esta expectativa individual reflete um modelo de ação mais amplo, social, que se configura como uma relação de “hegemonia e subalternidade” na prática dos serviços de saúde (Menéndez, 1994, 2003, 2005).

Algumas considerações sobre a atenção primária realizada no interior das aldeias surgiram durante a pesquisa de campo. Uma delas é que essa não era suficiente para abarcar toda a demanda, implicando, então, no constante deslocamento dos indígenas, para fora da TIL, com o propósito de realizarem a assistência primária na rede de referência do SUS. Por sua vez, esse fato desvelou outras duas implicações, intimamente relacionadas: 1) as dificuldades e preconceitos sofridos pelos indígenas quando da recorrência a rede do SUS; 2) a falta de uma articulação interinstitucional entre DSEI e os serviços do SUS nos municípios.

Dentre os motivos para a deficitária atenção primária prestada no interior das aldeias, pode-se destacar o número fechado de pacientes a serem atendidos em dia de consulta, realizada em cada aldeia numa única manhã. Soma-se a isso a inexistência de um horário fixo de trabalho dos médicos e sua efetiva assiduidade, ainda que causadas por fatores diversos (condições da estrada, disponibilidade de condução, transição de renovação de convênio, etc.). Por fim, mas não menos importante, a falta de preparo dos profissionais não-índios da EMSI para atuarem num contexto etnicamente diferenciado. Esta capacitação, segundo a médica, seria um “treinamento específico da cultura indígena” (Xokleng) para todos os membros da EMSI, fato prescrito nas diretrizes da Política Nacional de Atenção dos Povos Indígenas:

A capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deverá ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde [...] (Brasil, 2002, p. 16)

Essa questão da capacitação dos membros não-indígenas também foi evocada com frequência na fala dos indígenas Xokleng, lideranças e AIS, que afirmam: “*tem que saber trabalhar com o índio*”. É necessário conhecer o “*sistema do índio*” (AIS).

O AIS e a EMSI - perspectivas e expectativas diferenciadas

Nos dias de hoje, a TIL tem um Cacique-Presidente que representa todas as aldeias. Cada uma das sete aldeias tem também o seu Cacique. Eles são eleitos ao cargo através do voto direto, processo do qual todo membro acima de 16 anos e cadastrado na área indígena pode participar. Disso, resulta a eleição de sete Caciques Locais e um Cacique-Presidente, cujos mandatos duram três anos.

No período em foco de análise, havia um AIS para cada aldeia. Na TIL os AIS, que estavam atuando no convênio 2003-2004, foram indicados pelos Caciques Locais de suas respectivas aldeias. A partir de dados genealógicos, levantados junto aos próprios AIS, foi possível observar que das cinco aldeias, *locus* da pesquisa, em três delas os AIS têm relação explícita de parentesco, consanguíneo ou afim, com o cacique de sua aldeia. Uma das AIS era filha e outras duas eram esposas dos caciques da aldeia.

Tanto os profissionais do DSEI-Interior Sul, quanto do pólo-base e da EMSI, viam este parentesco negativamente e suas especulações sobre esse fato, implicitamente, referiam-se a uma suposta inexperiência dos indígenas em processos democráticos. Não achamos esta explicação adequada, especialmente se considerarmos que os Xokleng participam de processos eleitorais, tanto como eleitores, quanto como candidatos e têm uma longa história de negociação política nas áreas da educação e demarcação de terras indígenas.

É importante observar as implicações êmicas envolvidas na incorporação dessas formas de organização, gestão, promoção e avaliação dos serviços de saúde. Não se pode desconsiderar a importância das formas de organização social, pois estas formas de organização são elaboradas e re-elaboradas coletivamente e constituem os “modelos de” e “modelos para” a ação (Geertz, 1978). Em outras palavras, compõem o referencial a partir do qual se parte para pensar, agir, refletir, articular e, até mesmo, criar.

A análise das genealogias mostrou que, das cinco AIS, duas não possuíam relação de parentesco com o cacique. Uma delas estava atuando desde 1999. Não obtivemos dados referentes aos critérios de sua indicação e sua relação de parentesco com o cacique que estava no comando na época de sua indicação. Todavia, para a outra AIS que não era nem filha, nem esposa do cacique, verificamos uma interessante situação que segue o modelo êmico (nativo) de organização social. Esta AIS era uma não-indígena (“branca”), casada com um indígena que era pastor da igreja. Veremos que sua indicação para o cargo segue os mesmos critérios que subjazem a indicação de um parente.

Há nas interações sociais entre os Xokleng uma operação reguladora dos laços de reciprocidade, a qual está inscrita em um cenário onde ocorrem disputas e/ou alianças locais que, por sua vez, regulam e organizam as relações entre parentes consangüíneos, afins e não-parentes. Este operador dos laços de reciprocidade entre as famílias-extensas conformaria uma espécie de relação triádica (Urban, 1978 apud Namem, 1994) entre parentes/afins/não-parentes, em que: “...a relação de consangüinidade implica solidariedade política, afinidade implica aliança política, e não-parentesco implica antagonismo potencial” (Namen, 1994, p.19). Sublinha-se que as alianças e disputas são operadores dinâmicos, constituidores de corpos políticos antagônicos em nível local.

Em sua tese de doutorado, Wiik (2004) demonstra a justaposição de um outro operador, regulando as relações de sociabilidade e de reciprocidade entre os diversos corpos políticos através da troca de “substâncias”. Segundo o autor, a comunhão espiritual, orientada pelas noções e os princípios de “co-substancialidade”, constitui os laços de reciprocidade que norteiam a formação de grupos sociais e políticos entre os Xokleng e a percepção de si mesmos como um “grupo distinto” (Wiik, 2004).

Na década de 1950, ocorreu uma conversão coletiva dos Xokleng ao Cristianismo Pentecostal. Essa conversão influenciou nas formas de identificação da alteridade e auto-identificação. Hoje, a categoria “crente” é mais um diacrítico que compõe a identidade Xokleng. Ser “crente” é participar e cumprir determinadas práticas cotidianas coletivamente, portanto, um fenômeno social de inclusão e exclusão que opera por meio da partilha de atividades e certas formas de pensar e se comportar (Wiik, 2001; 2004). Nesse sentido, as relações sociais orientadas pela “co-substancialidade” influem nas estratégias de incorporação e utilização dos serviços de saúde. Por exemplo, ao se admitir que, através da co-substancialidade, os Xokleng encontram meios para realizar uma manobra de “[...] incorporação e transformação gradual de um parente não-

consangüíneo (afim) em parente, promovendo o afim a um *status* de parente social” (Wiik, 2004, p. 4)³. Pode-se agora compreender porque a AIS não-indígena, sem laços de consangüinidade com o cacique de sua aldeia, fora indicada para o cargo. O cacique é crente e a AIS, como dissemos, é a esposa do pastor de sua aldeia.

Não se está aqui questionando a legitimidade destes processos de indicação, mas chamando a atenção para o fato de que esta legitimidade é construída pelos indígenas, através de formas complexas de organização social, não apreensíveis à primeira vista. Sublinha-se que os indígenas têm também formas próprias de controle social que seguem as relações entre os corpos políticos desta sociedade. Porém, o fato dos caciques indicarem os AIS propicia desconfortos entre os funcionários do pólo-base e membros da EMSI que afirmam: “AIS é o maior problema porque é um cargo político e não técnico, incapacitado e sem compromisso oficial com a função” (membro da EMSI).

Essa opinião gerou, podemos dizer, uma tentativa de subordinação do processo comunitário de indicação dos AIS a um processo técnico-burocrático. Procurando contornar a indicação de um parente para o cargo de AIS, o DSEI-Interior Sul, juntamente com a ONG Projeto Rondon, formularam uma nova estratégia. A partir de 2003, foi solicitado que se indicassem duas pessoas por aldeia, as quais passaram, então, por um processo de seleção realizado através da aplicação de uma prova.

A indicação de parentes dos caciques para cargos de AIS aparece nas relações interétnicas, entre Xokleng e não-índios, como um impasse decorrente de expectativas diversas: “uma lógica técnica” e uma “lógica comunitária” (Garnelo, 2003b, p. 162). Enquanto os serviços de saúde esperavam que uma lógica técnico-burocrática, imparcial, orientasse a escolha dos AIS, o que se viu operar é uma “lógica comunitária”, como uma ética nativa norteando os princípios e dinâmicas de indicação dos sujeitos. As dinâmicas de escolha e atuação dos AIS, conforme a práxis nativa, não é exclusividade do povo Xokleng. Garnelo (2003b) encontra semelhante fenômeno entre o povo Baniwa, no Estado do Amazonas, cujas formas nativas de exercício político que organizam as relações de poder entre as *sibs* e fratrias orientam também sua relação com o mundo não-indígena e as formas de apropriação de bens.

É preciso alertar que a indicação de parentes não é sinônimo de sujeitos desqualificados ou descompromissados, pois, de qualquer maneira, independentemente de sua forma de escolha, contrapõe-se a falta de cursos de capacitação e formação para os AIS atuantes. Essa falta de

cursos de formação e capacitação tem duas implicações: 1) nas avaliações dos membros da EMSI é o que tem causado repercussões diretas para um reforço das assimetrias de “saberes e práticas” entre o AIS e o resto da equipe; 2) para os AIS é uma das dificuldades em exercer suas funções frente os demais habitantes da TIL.

Ser ou não capacitado era um questionamento que todos os atores sociais ponderavam. Entretanto, os critérios e pontos de referência para avaliar o desempenho dos AIS divergem de acordo com aquele que avalia.

Dos sete AIS da TIL, apenas três passaram por um curso de formação e capacitação. Esses são os que estavam na função de AIS desde o ano de 1999 ou 2000, pois até o ano de 2005 foi oferecido um único curso com essa finalidade, o qual ocorreu no ano de 2001⁴. Os AIS também não fizeram referência a qualquer capacitação contínua. Segundo os AIS que participaram do curso de capacitação, os assuntos tratados referiram-se a: “ervas medicinais (como prepará-las); como visitar, como que entrar numa casa, como conversar”. Destacaram, também, o aprendizado sobre “medicamento e prevenção de verminose” e sobre o uso e preparo da “multimistura” (suplemento alimentar para crianças).

Os demais AIS que não passaram por um curso de capacitação, quatro deles que iniciaram suas atividades no convênio 2003-04, ao relatarem sobre como foi assumir o cargo de AIS, afirmaram que tiveram apenas uma orientação quanto: a) uma agenda de atividades; b) uma breve explicação sobre a visita domiciliar, sobre como chegar na casa e conversar.

Quando eu comecei a trabalhar, não falaram nada, só foi contratado né, e quem na época trabalhava no Pólo-Base [como chefe do P.B] era o enfermeiro [...] que deu uma orientação assim, sabe, do básico pra gente né, e eu por aquilo ali eu fui fazendo e aprendendo e o que eu sei né, eu vou fazendo na aldeia, mas não que eu tive curso (AIS).

De fato os AIS da TIL, em sua maioria, estavam exercendo suas funções sem terem realizado um curso de capacitação. Os AIS estavam conscientes deste fato e, mesmo aqueles que um dia realizaram uma capacitação, exprimiam as dificuldades de desempenhar sua função:

De vez em quando tá mudando as coisas, né, então era bom assim a gente tá junto participando, de vez em quando tá mudando as coisa, tá mudando, e a gente tá assim, tá sempre por fora dos assuntos né, daí vem fazer uma pergunta [estava se referindo aos seus pares da comunidade indígena] assim, daquele tipo que tá, da cena dos outros agentes não-índio e a gente por fora dos assuntos completamente, daí a gente faz o que pode né, do jeito da gente (AIS).

Nesse sentido, a avaliação sobre o desempenho dos AIS, segundo eles próprios e alguns membros da TIL, residia sobre o domínio de saberes do “mundo dos brancos”. Em outras palavras, apontavam para a apropriação e incorporação de “saberes e práticas” da biomedicina, com interesse especial por atividades específicas à área de saber da enfermagem, tais como: aferir a pressão, aplicar injeção e medir a temperatura; também o “AIS tem que saber escrever e ler português”. Vale ressaltar que dois AIS estavam cursando o curso Técnico de Enfermagem, em Ibirama, por iniciativa e recursos próprios.

Por sua vez, o discurso dos profissionais da EMSI e do pólo-base em suas avaliações do desempenho dos AIS destacava o cumprimento das funções e tarefas previstas na “agenda de atividades”, disponibilizada pelo pólo-base. Dentre todas as atividades previstas nesta agenda, algumas tinham maior importância para o procedimento de suas avaliações: realizar visitas domiciliares; cadastrar e atualizar as famílias das aldeias; preencher Relatório Mensal das Atividades (“Consolidado”).

A visita domiciliar, prescrita pelo pólo-base, determina que os AIS devem visitar todas as casas de sua aldeia, uma vez por mês. Segundo os AIS, deveriam fazer parte da visita domiciliar: 1) o cadastramento das famílias, através da coleta do nome, idade, sexo e aldeia dos moradores de uma casa; 2) uma conversa entre AIS e moradores da casa para saber se alguém precisa realizar consulta médica e os motivos dessa. Quando não havia nenhuma enfermidade, o AIS preenchia sua ficha registrando apenas “visita domiciliar”, porém, caso houvesse, discriminava o que se passava e, em seguida, procurava comunicar a enfermeira para fazer o “encaminhamento”; 3) avisar e lembrar de datas marcadas para realização de consultas especializadas ou a realização de qualquer exame na rede do SUS; 4) realizar o acompanhamento dos “doentes em tratamento” (os exemplos citados foram hipertensão e diabetes), para fazer um controle sobre o uso de medicamento, um monitoramento para verificar se estavam tomando corretamente a medicação; 5) a entrega de exames e medicamentos, já prescritos na receita médica, mas que não estavam disponíveis no momento da consulta e devem vir do Pólo-base e, 6) cadastro de nascimentos e óbitos.

Em toda visita domiciliar os AIS deveriam levar consigo uma ficha de cadastro para registrar suas atividades e as demandas da população, bem como coletar a assinatura do morador, destacando a data da visita. Ao final de cada mês, os dados coletados deveriam ser compilados no formulário “Consolidado”.

A respeito desta visita domiciliar, as falas dos funcionários do pólo-base e dos demais membros não-indígenas da EMSI eram uniformes: “não dá para confiar nos dados que as AIS mandam para cá, eles não fazem as visitas e depois inventam os dados para preencher o consolidado e o relatório”. Paradoxalmente, durante o grupo focal realizado, ao discutir sobre a importância do “Consolidado”, os AIS responderam: “seria importante, se eles olhassem, saberiam o que a gente tá fazendo” (AIS). E ainda questionaram:

[...] pra que anotar tudo aquilo e mandar pra eles, eu acho que se eles olhasse, aquilo que, aqueles papéis que a gente manda pra eles, eu acho que eles iam tá informado né, ia tá sabendo qual é a nossa necessidade aqui né, é pra tá informado (AIS).

Quando questionados sobre a visita dos AIS as casas da aldeia, os moradores da TIL afirmavam: “o trabalho do agente de saúde é andar, fazer visitas, mas nem o enfermeiro, nem o AIS vão nas casas, não fazem a visita rotineira, de controle, apenas quando chamamos.” (Membro da TIL). Ou, ainda, “vez em quando tá fazendo visita, pergunta se tem alguém doente, se alguém queria ir no médico” (Membro da TIL).

Durante os sete meses de pesquisa de campo, as oportunidades para acompanhar os AIS, em sua visita domiciliar, foram muito restritas. De certa forma, os próprios AIS revelaram que não realizavam suas visitas domiciliares dentro do período estipulado (mensal). Nas entrevistas evocaram que “deviam” realizar visitas para acompanhar os doentes em tratamento, isto é, fazer um monitoramento do uso de medicamentos; entrega de exames ou remédios. Mas, os AIS, sem exceção, enumeravam a grande distância a ser percorrida a pé, necessária para passar em todas as casas, como empecilho para fazer todas as visitas domiciliares previstas. “Eles lá em Florianópolis ainda acham que a aldeia é aquele circulozinho, que tá todo mundo ali naquela voltinha, né [...] a pé não dá hoje” (AIS).

Ainda que os AIS não realizassem a visita domiciliar com periodicidade mensal, foi muito comum ver os moradores das aldeias dirigirem-se até a casa do AIS para pedir “*enh nhó vacotá nem*” (me dá um remédio), para saber se o médico viria no dia da consulta, se a “toyota” ou “carro da saúde” ia descer até a cidade, se o exame ou consulta especializada já havia sido marcado, ou solicitar ao AIS que se dirigisse até certa casa para ver como estava algum doente.

Através da observação em campo verificou-se a dinâmica de redes informais de comunicação como forma de se tomar conhecimento das questões de saúde, doença, cura e sobre os serviços de atenção primária,

que se sobrepõem ao critério impessoal, à lógica da cobertura de todas as casas e de periodicidade da visita domiciliar, tal como é concebida pelos profissionais de saúde e prescrita na agenda de atividades do AIS. As informações dentro da TIL, possuem dinamicidade e circulam com eficiência, capaz de promover a própria visita domiciliar. Ou seja, o AIS situa-se em um nó das redes de comunicação sobre eventos de saúde e doença dentro da aldeia de tal forma que é possível ao AIS administrar suas atividades a partir das informações que dispõe em seu cotidiano.

Nosso objetivo, aqui, não é verificar se os AIS realizavam a visita ou não como tarefa a ser cumprida, mas de reconhecer que outros fatores, tão ou mais importantes, operam e guiam seu trabalho. De fato, quando solicitados, os AIS se dirigiam até as casas dos indígenas, em outras situações, os moradores iam até estes. Como ressaltamos, as relações de parentesco, consangüinidade e afinidade, são estruturantes na sociedade Xokleng. Este processo social de construção dinâmica do parentesco também se desenrola através dos padrões de residência, não apenas da coresidência, mas na organização e distribuição das casas em cada aldeia. O que estamos chamando a atenção é que o paradigma urbano das noções de casa e domicílio, não pode ser simplesmente transposto para a realidade Xokleng. Isto tem implicações diretas na forma como foi concebida esta visita domiciliar realizada pelo AIS nos moldes do trabalho do ACS.

Considerações Finais

Através das descrições apresentadas, é possível identificar a existência de conflitos de expectativas e interesses que emergem no contexto das relações interétnicas entre profissionais de saúde não-indígenas e indígenas. Apesar dos princípios norteadores e das diretrizes preconizados na Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas, tais conflitos de expectativas emergem da oposição entre uma lógica técnico-burocrática e uma ética comunitária condizente com a visão de mundo, cosmologia, dinâmicas e relações sócio-políticas Xokleng. É necessário que se vislumbre a ambigüidade do contexto em que o AIS está inserido, seja como representante da EMSI, seja como membro da sociedade indígena. Os profissionais da EMSI vêem o AIS como um cargo técnico, porém, é importante que se reconheça o AIS como ator em seu contexto cotidiano, envolto em redes de relações de afetos e desafetos (Sáez, 2005) que também o situam como um ator político em sua sociedade.

Observou-se que os funcionários da administração do pólo-base e os membros da EMSI (médicos, enfermeiros, dentista e auxiliar de enfermagem) tendem a articular sua relação com o AIS e os indígenas da TIL através da lógica técnico-burocrática, seja nos critérios de escolha dos AIS, seja na orientação e atribuição das atividades prescritas a estes. Estes processos culminaram na aplicação de provas de admissão e na pressão sobre os indígenas para que a escolha do AIS seja feita por eleição direta, desconsiderando o papel político que a função de AIS assume dentro das aldeias e as formas próprias da organização social indígena que implicam na escolha dos AIS e nas formas de controle social. Sobre a orientação e atribuição das atividades prescritas aos AIS, a lógica técnico-burocrática tem-se revelado através das expectativas destes profissionais, quanto à periodicidade da realização da visita domiciliar e o preenchimentos de formulários comprobatórios de sua realização. Isto demonstra que, apesar do princípio norteador da atenção diferenciada, ao invés de relativizar sua posição frente ao outro, a reação do serviço de saúde é burocratizar a relação interétnica incrementando sua assimetria. Não se trata de questionar a burocratização em si, mas sua imposição.

Verificou-se que a apropriação e usos dos serviços de saúde entre os indígenas da TIL e, também, pelo AIS, faziam-se por meio de estratégias que contemplavam e condiziam com suas dinâmicas sócio-políticas e sua visão de mundo. Em outras palavras, percebeu-se que os serviços de saúde oferecidos pela Estado-Nacional foram incorporados na sociedade Xokleng, tornando-se parte de seu cotidiano, porém assumindo significados próprios da perspectiva indígena.

A visita domiciliar é mais que o acompanhamento dos doentes e distribuição de medicamentos. Segundo a agenda de atividades, trata-se, também, de “identificar as famílias expostas à situação de risco” ou, como dizem os AIS, “pra conversar, se tem alguém doente, se quer consultar”. Sublinha-se que estas notícias podem chegar ao AIS através das redes informais de comunicação e troca de informações do cotidiano da TIL que circulam entre os moradores das aldeias. Ter conhecimento de alguém doente, algum nascimento ou óbito são notícias de um saber comum, público, que aparecem como informações que permeiam o cotidiano das aldeias.

Recaem sobre o AIS diversas expectativas, de um lado da EMSI e de outro da sociedade indígena, cada qual com seu próprio parâmetro de avaliação do trabalho. Há sempre o perigo da função do AIS Xokleng ser reduzida a de distribuidor de remédios e de informante de data das consultas e exames, que se mostra como uma tendência estrutural que o

afasta da EMSI. Em uma tendência oposta, do ponto de vista dos indígenas e do próprio AIS, sua função é percebida como de um mediador entre os indígenas e os serviços de saúde, impulsionando e exigindo sua inserção ativa na EMSI, na medida em que é ao AIS que os indígenas recorrem para fazer inúmeras solicitações e reclamações, obter informações, etc. Isso se reflete no anseio dos AIS em capacitar-se e, em alguns casos, especializar-se como auxiliar de enfermagem.

Os Xokleng, ao avaliarem os serviços de saúde destacavam: “eles [não-indígenas] não sabem lidar com índio Xokleng” ou ainda “tem que saber trabalhar com índio”. Esse “saber trabalhar” para os Xokleng expressa uma fundamentação norteadora de suas avaliações quanto à interação entre índios e não-índios, no contexto dos serviços de atenção à saúde.

Nesse sentido, segundo as expectativas dos indígenas da TIL, as competências da EMSI (incluindo todas as categorias profissionais: médico, dentista, auxiliar de enfermagem e AIS), devem contemplar duas áreas de conhecimento distintas, mas complementares. De um lado, esperam que os membros não-indígenas da EMSI estejam capacitados para atuação intercultural, que tenham conhecimento sobre as dinâmicas sócio-políticas e saberes e práticas médicas indígenas. De outro lado, os indígenas esperam que os membros indígenas da EMSI tenham uma capacitação voltada aos saberes e práticas biomédicas. A competência dos membros da EMSI e sua legitimidade residem na habilidade que articula, ao mesmo tempo, campos de conhecimento institucional/formal e étnico, conformando atividades necessariamente dependentes de uma formação e capacitação específica, a qual deve ser extensiva. O AIS, enquanto membro da sociedade indígena, assinala:

Toda a equipe podia ter né, esse curso de capacitação, médico, tudo, tudo, por que só nós. Nós já conhecemos nossos índios, eles podem ter pra como trabalhar com o índio, como conversar com o índio, porque é difícil dos índios pegar confiança, é difícil eles conversar (AIS).

Precisamos assinalar as limitações do argumento que construímos durante o texto. Não é o nosso objetivo avaliar ou averiguar os desempenhos ou dedicação da EMSI e AIS na realização de suas atividades na atenção primária, pois tratamos de questões pontuais, especialmente sistematizadas para ressaltar um aspecto específico da realidade social, das experiências vividas e dos valores que subjazem estas relações. Para cumprir os objetivos propostos no texto, não demos ênfase àqueles pontos em que estas relações encontram pontos de convergência, cooperação, afinidades e objetivos comuns. Embora tenhamos levantado certos

aspectos que opõem uma lógica técnico-burocrática a uma ética nativa, estas não podem ser tomadas como categorias estáticas, reificadas e estanques. Ao invés disso, pretendemos apontar para a importância de repensar estas categorias, considerando o contexto específico de cada grupo étnico, de maneira a resguardar o princípio da “atenção diferenciada”. Para a efetividade desta “atenção diferenciada”, portanto, é necessário o diálogo constante entre partes com interesses, expectativas e pontos de referências diversos, considerando a probabilidade de convergências e consensos e não somente divergências e confrontos.

Notas

¹ Oficialmente denominada Terra Indígena Duque de Caxias-Ibirama (SANTOS, 1973). Optamos por chamá-la de Terra Indígena Laklãnõ seguindo a atual preferência adotada pelos Xokleng. Laklãnõ significa “aquele que mora, está debaixo do sol”. Para um mapeamento histórico e etnográfico sobre os Xokleng recomenda-se a leitura de Henry (1964), Urban (1978), Silvio Coelho dos Santos (1996; 1978), Namen (1994), Wiik (2004), Loch (2004) e Dias-Scopel (2005).

² Ainda é incipiente a publicação sobre a experiência de formação e atuação dos AIS. Encontramos, atualmente, apenas algumas publicações com esses objetivos, em especial, sobre a experiência dos AIS no Parque Indígena do Xingu (Mendonça, 1996, 2005; Oliveira, 2005). E sobre AIS Tikúna, no Alto Solimões, (ERTHAL, 2003). Sobre o AIS em Santa Catarina ver Langdon et al. 2006.

³ Nas palavras do autor: “[...] gradual incorporation and transformation of non-consanguineal kin (affines) as kin, providing affines with a status of social kin [...]” (WIİK, 2004, p. 4).

⁴ Segundo dados do DSEI-Interior Sul, o curso foi: “Capacitação Módulo Introdutório e 1º Módulo para AIS e Auxiliar de Enfermagem”, realizado na cidade de Chapecó-SC, no período de 03/12 a 14/12/2001.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. Coordenação de Saúde do Índio. *Formação de agentes indígenas de saúde*. Brasília, Abril de 1999.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação de Saúde do Índio. *Formação de agentes indígenas de saúde: proposta e diretrizes*. Brasília, Julho de 1996.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. Identidade étnica, reconhecimento e o mundo moral. In: *AntHropológicas*, ano 9, v. 16(2) p. 9-40. Recife, 2005.

DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva. *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*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – PPGAS/UFSC, Florianópolis, 2005.

ERTHAL, Regina M. de Carvalho. A formação do agente de saúde indígena Tikúna no Alto Solimões: Uma Avaliação Crítica. In: COIMBRA, C. e SANTOS, R. (Orgs.) *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas do Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

FRANKENBERG, Ronald. Medical Anthropology and Development: A Theoretical Perspective. In: *Social Science and Medicine* v. 14B. Great Britain: Pergamon Press Ltd, 1980, p. 197-207.

FUNASA. Ministério Da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Relatório Final da II Conferência nacional de saúde das populações indígenas*. Brasília, 1993.

GARNELO, Luiza. et al. *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil*. Brasília: OPAS, 2003, p. 120.

GARNELO, Luiza. *Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os baniwa do Alto Rio Negro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003b, p.257.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LCT, 1978.

HENRY, Jules. *Jungle people: a kaingang tribe of the highland of Brazil*. New York: Vintage Books, USA, 1994.

LANGDON, Esther Jean e ROJAS, Blanca Guilhermina. Saúde: Um fator ignorado numa situação de mudança rápida – a situação da Área Indígena de Ibirama (SC). In: SANTOS, Sívio Coelho dos (Org.) *A barragem de Ibirama e as populações atingidas na Área Indígena*. Documento Denúncia – Boletim de Ciências Sociais. Florianópolis: UFSC, 1991, p. 51/65-89

LANGDON, Esther Jean; DIEHL, Eliana; WIIK, Flávio B.; DIAS-SCOPEL, Raquel P. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: A experiência em Santa Catarina, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 12. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, pp. 2637-2646.

LANGDON, Esther Jean. A Tolerância e a Política de Saúde do Índio no Brasil: São Compatíveis os Saberes Biomédicos e Saberes Indígenas? In: GRUPIONI, Luis Donisete; VIDAL, Lux; FISCHMANN, Roseli (Orgs.). *Povos indígenas e tolerância: construindo práticas de respeito e solidariedade*. São Paulo: EDUSP, 2001a, p.157-66.

_____. Nova política de saúde indígena no Brasil: preocupações antropológicas sobre o conceito de “Atenção Diferenciada”. In: *Encontros teológicos - Revista do ITESC*, ano 16, n. 2. Florianópolis, 2001b, p.118-31.

_____. Cultura e processos de saúde e doença. In: JEOLÁS, Leila Sollberger; OLIVEIRA, Marlene de (Orgs.). SEMINÁRIO CULTURA, SAÚDE E DOENÇA. *Anais...* Londrina: Ministério da Saúde; Universidade Estadual de Londrina e Secretaria Municipal de Ação Social/Prefeitura Municipal de Londrina, 2003, p. 91-107.

LOCH, Silvia. *Arquiteturas Xokleng Contemporâneas: uma introdução à Antropologia do Espaço na Terra Indígena de Ibirama*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – PPGAS/UFSC, Florianópolis, 2004.

- MENDONÇA, Sofia Beatriz Machado de. *O agente indígena de saúde no parque indígena do Xingu*. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - PUC-SP. São Paulo, 1996.
- MENDONÇA, Sofia Beatriz Machado de. O Agente Indígena de Saúde do Parque vigilância à saúde Indígena do Xingu: Reflexões. In: BARUZZI, Roberto e JUNQUEIRA, Carmen (Orgs.). *Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história*. São Paulo: UNIFESP/Terra Virgem, 2005, p. 227-46.
- MENÉNDEZ, Eduardo. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones práctica. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 8 (1). Rio de Janeiro, 2003, p.185-208.
- _____. *La enfermedad y la Curación ¿qué es la medicina tradicional?*. Alteridades 4 (7). Cidade do México, 1994, 71-83.
- _____. Intencionalidad, Experiencia y Función: La articulación de los Saberes Médicos. *Revista de Antropologia Social*, 14. Madri, 2005, 33-69.
- NAMEN, Alexandro Machado. *Botocudo: uma historia de contacto*. Florianópolis: UFSC/FURB, 1994.
- OLIVEIRA, Lavínia Santos de Souza. O Agente Indígena de Saúde do Parque Indígena do Xingu: Perspectivas de Formação e Trabalho. In: BARUZZI, Roberto e JUNQUEIRA, Carmen (Orgs.). *Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História*. São Paulo: UNIFESP/Terra Virgem, 2005, p. 247-58.
- SANTOS, Silvio Coelho dos. *Índios e brancos no Sul do Brasil: a dramática experiência dos Xokleng*, Florianópolis: Edeme, 1973.
- _____. *Sobre a organização social dos Xokleng*. Florianópolis: UFSC, 1996.
- _____. *O homem índio sobrevivente do Sul: Antropologia Visual*. Porto Alegre: Guaratuja, 1978.
- SAEZ, Oscar Calávia. La Barca que Sube y la Barca que Baja. Sobre el Encuentro de Tradiciones Médicas. *Antropologia em primeira mão* n. 80. Florianópolis: PPGAS/UFSC, 2005.
- SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Silvia W. *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- URBAN, Greg. *A model of shokleng social reality*. Tese (Doutorado em Antropologia) - U.of Chicago. Chicago, 1978.
- WEBER, Max. Conceitos Sociológicos Fundamentais. In: *Metodologia das Ciências Sociais*, Parte 2. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 399-429.
- WIJK, Flavio. Contato, Epidemias e Corpo como Agentes de Transformação: Um Estudo sobre a AIDS entre os Índios Xokleng de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de saúde pública*, 17(2). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001, p. 397-406.
- WIJK, Flávio B. *Christianity converted: an ethnography analysis of the Xokleng Laklanõ Indians and the transformations resulting from their encounter with pentecostalism*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - University of Chicago. Chicago, 2004.

Recebido em 17 de agosto de 2007.

Aprovado para publicação em 12 de setembro de 2007.