

Cordeiro, Gabriela Oliveira Gomes; Barra, Cynthia
de Cássia Santos; Silva, Francimary Alves da
Hitupmã'ax: educação intercultural e atendimento diferenciado à saúde do povo maxakali
História, Ciências, Saúde-Manguinhos, vol. 27, núm. 1, 2020, Janeiro-Março, pp. 199-218
Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz

DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702020000100012>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386162892012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

Hitupmã'ax: educação intercultural e atendimento diferenciado à saúde do povo maxakali

*Hitupmã'ax: intercultural
education and specific health
care for the Maxakali people*

Gabriela Oliveira Gomes Cordeiroⁱ

ⁱ Professora, Bacharelado Interdisciplinar em Saúde/
Universidade Federal do Sul da Bahia.
Itabuna – BA – Brasil

orcid.org/0000-0001-5482-3975
gabigomes14@hotmail.com

Cynthia de Cássia Santos Barraⁱⁱ

ⁱⁱ Professora, Instituto de Humanidades, Artes e
Ciência e Centro de Formação em Tecno-Ciência e Inovação/
Universidade Federal do Sul da Bahia.
Itabuna – BA – Brasil

orcid.org/0000-0002-4308-0421
cynthiacsbarra@gmail.com

Francismary Alves da Silvaⁱⁱⁱ

ⁱⁱⁱ Professora, Instituto de Humanidades, Artes e Ciência e
Centro de Formação em Ciências Humanas/Universidade
Federal do Sul da Bahia.
Itabuna – BA – Brasil

orcid.org/0000-0002-1583-5903
francismarys@gmail.com

Recebido em 28 ago. 2017.

Aprovado em 19 mar. 2019.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702020000100012>

CORDEIRO, Gabriela Oliveira Gomes;
BARRA, Cynthia de Cássia Santos; SILVA,
Francismary Alves da Hitupmã'ax:
educação intercultural e atendimento
diferenciado à saúde do povo maxakali.
História, Ciências, Saúde – Manguinhos,
Rio de Janeiro, v.27, n.1, jan.-mar. 2020,
p.199-218.

Resumo

Este trabalho analisou um artefato (um livro de saúde) concebido pelo povo maxakali, denominado *Hitupmã'ax: curar* (2008). Tangenciado o projeto de produção do livro, o objetivo foi entender o processo de negociação da saúde pública no Brasil, dentro de uma perspectiva histórica e intercultural das epistemologias não ocidentais. Constatamos que a construção da obra maxakali representa um esforço para diminuir a distância da percepção e dos cuidados de saúde entre indígenas e não indígenas, e por essa via demonstramos a importância desse projeto intercultural para a efetivação de políticas públicas voltadas para o público indígena em geral e, especificamente, para a promoção da história, dos saberes e da cultura maxakali.

Palavra-chave: história da saúde
indígena; interculturalidade; maxakali.

Abstract

This study analyzed an artifact (a book on health) conceived by the Maxakali people, called Hitupmã'ax: curar (2008). Parallel to the project for the production of this book, the aim was to understand the negotiation of public health in Brazil from a historical and intercultural perspective of non-Western epistemologies. It was found that the construction of the Maxakali work represented an effort to bridge the gap in the perception of health and health care between indigenous and non-indigenous people. This was then used to demonstrate the importance of this intercultural project for the shaping of public policies for indigenous people in general and particularly for the promotion of the history, knowledge, and culture of the Maxakali people.

Keywords: history of indigenous health;
interculturality; Maxakali.



No passado colonial, o interesse pelas riquezas do Brasil acarretou uma ocupação violenta, que ignorou a complexidade cultural e o contexto em que viviam os povos nativos (Silveira, 2015). Complexidade contextual muitas vezes tida como mero “encontro de sociedades do Antigo e do Novo Mundo”, um eufemismo envergonhado, tal como aponta Manuela Carneiro da Cunha (2013, p.13). Sabe-se que os colonizadores produziram um processo histórico de espoliação de terras que causou grande impacto na vida dos povos indígenas, principalmente pela importante relação destes com a terra. Além disso, as novas doenças, como a varíola, fizeram muitas vítimas, já que os nativos não possuíam defesa contra as patologias desconhecidas (Cunha, 2013). Não obstante essa história se apresentar datada,¹ observa-se que o processo de dizimação permanece. Seria possível citar vários fatores que contribuem para a permanência desse processo de extermínio, a exemplo da baixíssima demarcação de territórios indígenas,² assim como os falhos sistemas de assistência à saúde dos povos indígenas, que são prestados com negligência e, na maioria das vezes, ignorando o tratamento culturalmente diferenciado (Martins, 2013) que é garantido pela Constituição, conforme Artigo 19-F, Capítulo V, lei 8.080:

Dever-se-á obrigatoriadamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional (Brasil, 1999).

É diante de um contexto histórico de longa duração, iniciado desde o dito eufemismo envergonhado do “encontro” de civilizações (Cunha, 2013), até recentes políticas de cidadania direcionadas aos povos tradicionais, que este estudo analisa um objeto específico – a publicação de um livro de saúde com perspectivação de autoria indígena – que, em nossa visão, ajuda a garantir uma especificidade e, no limite, pleiteia uma necessária diferença cultural ao povo maxakali no campo das políticas públicas de atenção à saúde. Vale mencionar que, sobre a cultura de um povo específico, a antropóloga Manuela Carneiro da Cunha (2009) discute os modos de apropriação do conceito de “cultura” por parte dos povos tradicionais e o uso desse conceito como categoria analítica e, sobretudo, instrumento de luta política decolonial. Quando trata dos regimes de conhecimento, a autora destaca:

Tratam o conhecimento tradicional sumariamente no singular, como uma categoria definida meramente por oposição ao conhecimento científico, sem contemplar a miríade de espécies incluídas sob o mesmo rótulo. Uma vez que o conhecimento científico foi tornado uno e universalizado, especula-se (e incluo aqui o sentido etimológico da palavra, que vem do espelhamento) a unidade do conhecimento tradicional. Como se o único só pudesse se defrontar com um outro único e não com a multiplicidade (Cunha, 2009, p.364).

A partir dessa crítica ao conhecimento único de atenção à saúde, como viés metodológico, analisaremos a experiência de produção bibliográfica intercultural que produziu o livro *Hitupmã'ax: curar*, sobre a saúde de um povo tradicional que vive atualmente no estado de Minas Gerais. A difícil relação entre a visão ocidental única e dominante de adoecimento, cura, saúde, e as especificidades do tratamento de povos indígenas, tal como o caso dos

maxakali, ficará evidente na análise da obra aqui proposta. Nossa hipótese de leitura é que o livro *Hitupmã'ax*, de autoria maxakali, interroga as práticas de atenção à saúde indígena, de uma só vez, por três vias: a cultural, a epistemológica e a política; e, nesse sentido, é objeto de interesse significativo para se compreender a história das práticas de atenção à saúde destinadas aos povos indígenas no Brasil. Antes de adentrar a análise do objeto específico deste estudo, contudo, contextualizaremos o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), com o qual o livro de autoria maxakali dialoga e se enreda epistemologicamente. Diante dessa reconstrução histórica inicial, acreditamos que por fim será possível entender melhor o funcionamento, os limites e alguns dos impasses do atual SasiSUS, estrutura que é afetada e que certamente afeta nosso objeto de estudo, o livro *Hitupmã'ax*. Tomamos a referida obra como via de ampliação de nosso modo de compreender os processos que buscam garantir a efetivação do direito constitucional aos saberes tradicionais, quando esses participam histórica e oficialmente dos protocolos orientadores de atenção à saúde destinada aos povos indígenas.

As conferências nacionais e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: o protagonismo de um povo de luta

O primeiro órgão direcionado ao cuidado indígena, o Serviço de Proteção aos Índios (SPI), de 1910, subordinado ao Ministério da Agricultura, possuía uma visão “assimilacionista” que pretendia enquadrar a população indígena na sociedade brasileira, assim como suas terras no sistema produtivo do país (Brasil, 2009). Apenas em 1967, com o fim do SPI e a criação da Fundação Nacional do Índio (Funai), a assistência prestada aos indígenas passou a incluir também a saúde. O novo órgão adotou o modelo das Equipes Volantes de Saúde (EVS), que eram constituídas por equipes multiprofissionais. No entanto, o alto custo das atividades desenvolvidas por essas equipes, a baixa eficiência de suas ações e a pouca valorização dos profissionais de saúde levaram o projeto ao fracasso (Santos et al., 2014). Em meio a esse cenário, uma crise institucional na Funai ficou evidente nos anos 1990. A intensa disputa do setor de saúde foi marcada por idas e vindas do controle da saúde indígena, ora pela Funai, ora pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa) (Santos et al., 2014). Entretanto, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, posteriormente, com a Lei Arouca, de 1999, a responsabilidade pela atenção à saúde dos povos indígenas ganhou nova configuração.

Com a implantação da lei 8.080 de 1990, que regulamentou a criação do SUS, o Ministério da Saúde passou a oferecer assistência à saúde de todos os cidadãos, sem distinções, o que antes era possível apenas aos contribuintes da Previdência Social (Menicucci, 2014). O SUS certamente foi um grande avanço na atenção à saúde brasileira, representa um novo paradigma de saúde pública, condizente com as concepções expressas na Constituição cidadã de 1988. No âmbito específico de atenção à saúde indígena, também representa um avanço, posto que, como qualquer cidadão brasileiro, os indígenas estariam, pelo menos em teoria, assegurados pelo SUS. Porém, há de se detalhar que não houve, de fato, a consolidação, em um primeiro momento, desse direito de modo diferenciado a cada cultura (Confalonieri, 1989), o que não impediu os indígenas de buscar aquilo que passou a estar garantido pela Constituição.

Durante a década de 1970, os povos indígenas enfrentaram grandes dificuldades e lutas por causa de seus territórios. Considerando-se a terra o maior símbolo da luta indígena, assim como sua base estrutural de sobrevivência, não haveria outro caminho senão o surgimento de movimentos de resistência. Dessa forma, observou-se, a partir disso, movimentos indígenas organizados. Nesse contexto, podemos ressaltar o incremento da participação política organizada. Assim, é de grande relevância citar o protagonismo indígena no cenário político no em 1983, quando elegeu o primeiro parlamentar indígena, Mário Juruna, um líder xavante. Logo em seguida, em 1986, com a oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS), que estabeleceu as bases para a criação do SUS, seguiu-se a primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI), o primeiro movimento que abriu espaços para o debate político a respeito da assistência à saúde indígena, em moldes do SUS. Com a Constituição de 1988, que assegurou legalmente a cidadania dos povos indígenas, foi possível consolidar os projetos de criação de um sistema público de saúde que também os atendesse. Tendo em vista a implantação do SasiSUS, em 1999, é relevante destacar, a partir da política participativa, ações no âmbito das demandas e conquistas. Nesse caso, é válido atentar para a principal ferramenta de discussões na saúde: as conferências nacionais de saúde indígena, pois “funcionam na avaliação e elaboração de diretrizes para a política de saúde nos níveis nacional, estaduais e municipais, e, em alguns lugares, locais” (Menicucci, 2014, p.88).

A CNPSI foi o primeiro evento que discutiu a saúde indígena nacional, e a discussão norteou questões como a política de cuidados primários em saúde e a necessidade de criação de um sistema de informação em saúde indígena. Na segunda CNSPI, realizada em 1993, houve a consolidação dos princípios e diretrizes do modelo de atenção diferenciado para a saúde do índio, devido às dificuldades de adequação do SUS às especificidades culturais indígenas. Com isso, e a partir do relatório final da segunda CNSPI, o médico e então congressista Sérgio Arouca elaborou o projeto de lei 63 de 1997, que se tornou a lei 9.836 de 1999, ou Lei Arouca. Assim, quase uma década após a criação do SUS, criou-se o SasiSUS, articulado ao SUS (ou acrescentando-lhe dispositivos) e estruturado pela Funasa, o que significou uma importante conquista política pautada pelos povos indígenas.

A Lei Arouca foi acompanhada por diretrizes criadas na Política Nacional de Assistência à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi), que estabeleceram condições para o seu cumprimento. O funcionamento dessa lei garantiu a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e reestruturou de modo considerável o sistema de atenção à saúde indígena no Brasil. É importante observar a distribuição geográfica dos 34 DSEIs, por exemplo, que foi organizada por territórios indígenas e não por estados da federação. A mesma lógica foi utilizada para alocação dos profissionais de saúde, distribuídos estratégicamente por critérios territoriais, tendo por base a ocupação geográfica das comunidades indígenas, e não necessariamente por estados (Silva, 2013). Os distritos abrangem vários estados e alguns deles são compostos por até três estados diferentes. Assim, a assistência à saúde funciona conforme uma rede de serviços de saúde integrada em cada DSEi, como ilustra a Figura 1.

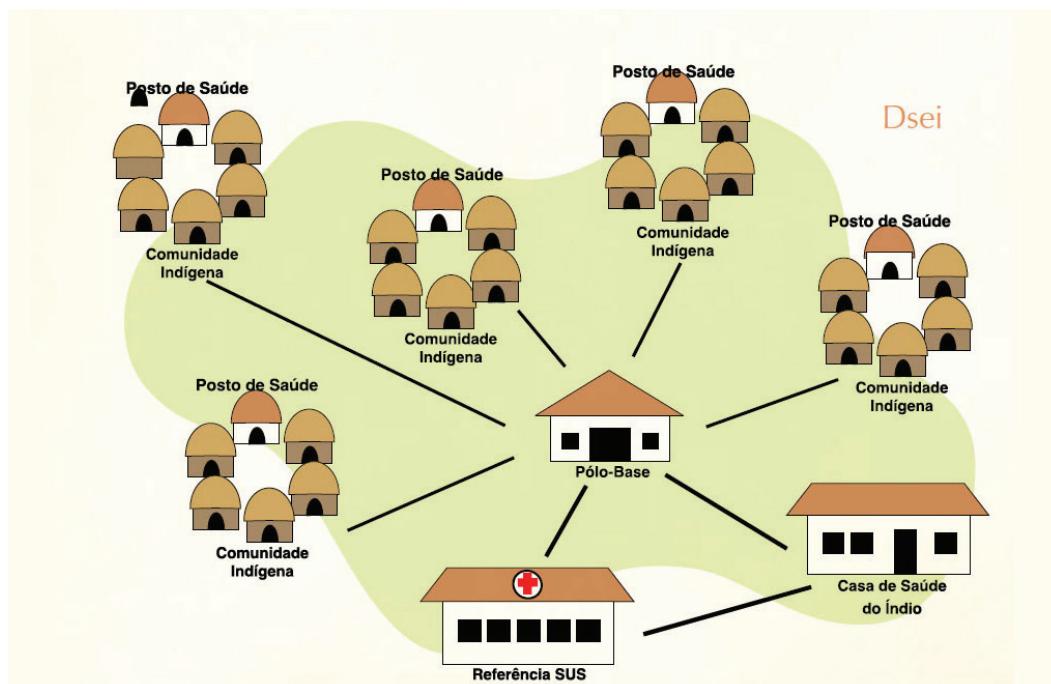


Figura 1: Organização dos DSEIs e modelo assistencial (Brasil, 2009, p.32)

Conforme a Figura 1 mostra, cada DSEI atende um conjunto de comunidades situadas nas proximidades, o que facilita o funcionamento dos serviços. A rede contém postos de saúde, um polo base, uma Casa de Saúde do Índio (Casai) e uma referência SUS articulada ao distrito em uma cidade próxima. Os postos de saúde ficam nas próprias comunidades, enquanto o polo base pode estar localizado na comunidade ou no município mais próximo; eles operam como unidades básicas de saúde, sendo os polos responsáveis pela capacitação de agentes de saúde indígena, bem como pelo encaminhamento de pacientes à rede SUS nas cidades. Dado esse encaminhamento, os pacientes são levados às Casais, que são as casas de apoio nas cidades, onde são acolhidos e orientados durante os tratamentos e consultas. Percebe-se, portanto, a nítida intenção de criação de uma estrutura diferenciada de atendimento aos povos indígenas, algo que só foi possível graças à luta e ao movimento político organizado desses povos, assim como ao reconhecimento dessa demanda pelo Estado, algo já garantido na Constituição de 1988.

Na sequência, durante a terceira CNSI, realizada em 2001, os participantes propuseram analisar e avaliar a implantação dos DSEIs. O destaque da terceira CNSI foi a participação ativa dos povos indígenas e profissionais de saúde, tendo como facilitador os equipamentos de tradução simultânea. Modelo de ação político-participativa que não cessou, como pode ser visto durante a quarta CNSI,³ realizada em 2006, e a quinta CNSI, realizada em 2013, as conferências nacionais contaram com a participação dos 34 distritos e foram antecedidas por reuniões locais e distritais.

A análise do funcionamento dos DESIs, tema de várias CNSIs, também considerou a transferência da gestão do SasiSUS da Funasa para o Ministério da Saúde, ocorrida em 2008. Essa transferência possibilitou o recebimento de recursos diretamente do Ministério da Saúde e acarretou maior autonomia de funcionamento dos DSEIs, uma reivindicação dos próprios indígenas (Ferreira, Portilho, Nascimento, 2013). Contudo, em uma análise histórica a contrapelo, embora tenha ocorrido um grande avanço na atenção à saúde indígena, sobretudo se considerarmos a completa inexistência de qualquer auxílio estatal programático em todos os anos anteriores, ainda é precária a condição de atendimento oferecida (Martins, 2013). As estruturas físicas apresentam precariedade e ainda há grande desvalorização dos profissionais de saúde, o que também contribui para a permanência de serviços pouco qualificados (Ferreira, Portilho, Nascimento, 2013). Na implantação do SasiSUS, já se viam obstáculos que possivelmente comprometeriam a qualidade dos serviços. A terceirização da assistência prestada pela Funasa, no início do Subsistema, por exemplo, causou grandes perdas dos princípios contidos na PNASPI.

Segundo Luiza Garnelo (2012), a multiplicidade de entidades envolvidas com a saúde indígena via terceirizações apresenta diversos propósitos, o que gera um conflito de interesses. Partindo-se para a questão operacional propriamente dita, a autora também aponta três pontos considerados problemáticos para o atendimento eficiente: os agravos, que muitas vezes poderiam ser resolutivos na atenção básica dentro das aldeias, são frequentemente levados aos hospitais sem grandes destaques para a cultura diferenciada em questão; há uma enorme inconsistência nos dados sobre a saúde indígena, prejudicando o planejamento em saúde; e, por último, há um alto índice de rotatividade de profissionais, o que enfraquece a relação entre agente de saúde e beneficiário durante os atendimentos. Percebe-se que, apesar de as diretrizes determinarem que a assistência à saúde indígena seja adequada à cultura diferenciada, esse quesito ainda se coloca como um grande obstáculo a ser superado durante os atendimentos (Diehl, Pellegrini, 2014).

Desse modo, diante da estrutura aqui apresentada de forma breve, a respeito do sistema de atenção à saúde indígena existente no Brasil, pode-se considerar o principal problema a ineficiência de seus serviços, em grande parte fruto do despreparo dos profissionais de saúde ao lidar com o público específico e diferenciado que é o indígena. Problema oriundo, também, da complexidade da estrutura do próprio sistema de saúde indígena. Muitas vezes, vê-se o desrespeito às particularidades da cultura indígena, que engloba ainda a saúde desses povos (Maxakali, 2008). Assim, diante do contexto aqui apresentado, os maxakali, indígenas brasileiros, produziram, em autoria coletiva e em contexto de formação intercultural (Licenciatura Intercultural Indígena – Universidade Federal de Minas Gerais), um livro que aborda os cuidados de saúde, mas não apenas de saúde *stricto sensu*,⁴ inerentes a seu povo. O livro, denominado *Hitupmā'ax: curar* (2008), terminou por servir, ao ser reduzido e adaptado a uma cartilha da Funasa, de manual de práticas de saúde aos não índios da região onde vivem os maxakali. Além disso, o “livro de saúde maxakali” apresenta aspectos específicos da cultura desse povo, que serão discutidos à frente. Todo esse movimento reforça o constante debate acerca das formas de atenção à especificidade da saúde dos povos indígenas, a partir das demandas, lutas e processos de resistência dos próprios. O caso aqui analisado, o livro de saúde *Hitupmā'ax: curar*, é parte desse processo de luta e resistência indígena.

Os maxakali e suas experiências com o universo da escrita autoral

De acordo com Silveira (2015), no período de colonização houve grande resistência por parte dos povos nativos à exploração de terras pelos brancos. Assim, as invasões se deram de forma violenta, com lutas intensas que levaram à dizimação de inúmeras etnias. A alternativa encontrada pelos grupos remanescentes foi a fuga para regiões ainda não exploradas pelos brancos. Com isso, as áreas então desocupadas (ou ocupadas só de maneira cíclica) foram afetadas, o que restringiu de modo geral os territórios de ocupação dos povos nativos. Após anos de conflitos, no governo de Artur Bernardes, início do século XX, houve uma doação aos maxakali de terras situadas entre as cabeceiras dos rios Jucuruçu e Itanhém. Com a criação do SPI em 1910, instalou-se um posto indígena no território maxakali, chefiado por Joaquim Fagundes. Entretanto, depois de conquistar a confiança dos indígenas, Fagundes os convenceu a se deslocarem para a Bahia, e com isso logrou vender essas terras a fazendeiros e produtores de cachaça da região. Durante uma forte epidemia de malária, que quase os dizimou, os maxakali voltaram para suas terras, porém descobriram o que havia ocorrido. Dessa forma, deu-se início a um intenso conflito entre fazendeiros e indígenas, com muitas consequências negativas para esse povo tradicional. Um dos principais prejuízos foi a derrubada de cerca de 80% da mata, impactando diretamente o cotidiano dos maxakali (Silveira, 2015).

Em 1940, uma das aldeias, a de Água Boa, foi demarcada e, logo depois, em 1956, a aldeia de Pradinho também teve seu território demarcado. Contudo, houve uma área não demarcada entre essas duas aldeias, ocupada por fazendeiros que mantinham uma relação hostil com os maxakali. A situação foi parcialmente resolvida com a homologação que unificou o território maxakali, em 1996. No entanto, um conflito interno entre 2003 e 2005 ocasionou a saída de duas famílias desse território, sendo criadas duas outras reservas: Aldeia Verde e Cachoeirinha, ambas em municípios fora do território maxakali (Silveira, 2015).

A área atual compreende quatro municípios, localizados no vale do Mucuri, em Minas Gerais. Três reservas constituem as terras indígenas dos maxakali:⁵ Água Boa e Pradinho, nos municípios de Santa Helena de Minas e Bertópolis, com aproximadamente 5.305,67 hectares de extensão; Aldeia Verde, situada no município de Ladainha, com cerca de 522,72 hectares de extensão; e Cachoeirinha, no município de Teófilo Otoni, com aproximadamente 606,19 hectares de extensão (Tugny, 2011). Segundo o Programa Povos Indígenas no Brasil, do Instituto Socioambiental (ISA), em 2010 a Funasa estimou uma população de 1.500 indígenas maxakali.

Segundo Barra (2010), a língua maxakali é proveniente do tronco linguístico macro-jê e se preserva como primeira língua nas aldeias, sendo a língua portuguesa pouco falada ou escrita pelos índios maxakali. Conforme Ferreira (2008), são poucos os falantes do português, sendo os melhores falantes, devido ao contato com os brancos, os professores e as lideranças indígenas, que servem de tradutores para o mundo externo. Na década de 1960, introduziu-se a técnica de escrita alfabetica na cultura maxakali, trazida pelos pesquisadores Harold e Francis Popovich, que tinham por objetivo a catequização. Desde então, a técnica da escrita alfabetica da língua maxakali é utilizada para o registro de narrativas, cantos e outros projetos (Barra, 2010, 2014).

É possível afirmar que a escrita alfabética representa uma importante ferramenta de empoderamento e autodeterminação para os maxakali. Após um longo processo de perdas, primordialmente de seu território, esse povo se apropriou da escrita como forma de manter inviolável sua maior riqueza: a sua cultura. É possível visualizar essa prática no texto de Ferreira (2008), quando é narrado um ritual feito por um pajé maxakali, que utilizou uma folha de papel com desenho de um animal, enquanto, originalmente, seria realizado com a presença física do animal. Nesse sentido, os maxakali tiveram êxito em vários projetos e produções interculturais, e com o ingresso nos cursos de formação na universidade, tiveram cinco livros publicados: *Mõnãyxop 'ägtuxyögtappet: o livro que conta histórias de antigamente; Úxuxetax, hämxekeägtus: geografia da nossa aldeia; Yämíyxopxohiyögtappet: livro de cantos rituais; Maxakali e Penähã: livro de Pradinho e Água Boa*, além do livro de saúde maxakali (p.62). Esse fenômeno é capaz de romper algumas fronteiras no entendimento do que são o ser e o pensar indígenas. Muito além das palavras, essas obras manifestam novos significados de mundo e não contam somente histórias, representam também a resistência e a força cultural do povo maxakali.

Historicamente, os maxakali são identificados como grupos de caçadores, coletores e seminômades, que dominavam grandes extensões da mata atlântica com grande variedade de espécies em sua flora e fauna (Silveira, 2015). Segundo Tugny (2011), os maxakali constam como um dos primeiros povos descritos por viajantes, que, por volta do século XIX, relatavam suas grandes habilidades dentro da mata atlântica: além do vasto conhecimento a respeito do território, transformavam o espaço conforme suas necessidades. Para esses povos, todo conhecimento está atrelado aos "yämîys", denominação quase equivalente a espíritos, no português. Portanto, em todos os aspectos da vida, os espíritos (como complexo cosmológico) norteiam as decisões e os processos dessa cultura, como descreve Ferreira (2008, p.66; destaque no original):

Os yämîys não se restringem somente à palavra, os yämîys estão escritos nas pinturas corporais, na dança, no canto, no 'pau de religião', no ritual de um modo geral, ou seja, nas mais diversas grafias. Eles também são animais, plantas, a água e o próprio maxakali.

Os maxakali acreditam que apenas em contato constante com os yämîys é possível se tornar humano, ou seja, ao longo da vida, devem aprender com os espíritos em uma longa jornada que se conclui com a morte (Barra, 2010). Percebe-se que a relação e a forma de pensar a vida e a morte, como também a cura e o adoecimento, seguem uma lógica diferente, o que torna o atendimento adequado em saúde, isto é, respeitoso e diferenciado, um desafio real a ser enfrentado.

Hitupmã'ax: curar

Como princípio, é preciso destacar que o processo de saúde e doença para o povo maxakali envolve uma série de elementos místicos e espirituais, isto é, agrupa valores e crenças presentes em sua cultura. Mais especificamente, como exposto na seção anterior, os yämîys representam o centro de todas as relações existentes na Terra, tanto de forma

física quanto em uma dimensão não física. Desse modo, o processo de construção do livro *Hitupmã'ax: curar* visou reduzir a distância entre a percepção em cuidado de saúde entre os maxakali e os não índios. Portanto, o chamado “livro de saúde” teve como proposta conceitual servir de manual aos profissionais de saúde, na tentativa de que estes compreendam as nuances envolvidas nesse complexo processo de saúde do povo maxakali e assim possam tratar com dignidade o público indígena. Conforme destacamos, essa é uma demanda dos povos indígenas diante do serviço oferecido pelo SasiSUS.

A obra *Hitupmã'ax: curar* foi realizada com base em um projeto de colaboração intercultural, isto é, a partir do trajeto acadêmico de estudantes maxakali, graduandos do curso de Formação Intercultural de Educadores Indígenas (Fiei/UFMG), numa atividade formativa desenvolvida de 2006 a 2008. A equipe não indígena foi constituída por estudiosos de várias especialidades: uma psicanalista e doutora em literatura comparada; uma mestranda em teoria da literatura; um doutorando em linguística; um doutorando em literatura brasileira; um artista e mestre em literatura brasileira; uma enfermeira, coordenadora da Casai do DSEI Minas Gerais/Espírito Santo; e um médico, do Ambulatório do Índio da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). A multiplicidade da equipe em contato direto com os maxakali certamente favoreceu o processo de escuta das demandas desse povo e contribuiu para a construção intercultural do objeto aqui analisado, de autoria dos próprios maxakali. Em conformidade com os indicadores elencados por Ana Lucia Pontes et al. (2015) para a melhoria na atenção à saúde indígena, pode-se dizer que a multiplicidade da equipe envolvida no projeto *Hitupmã'ax: curar* contribuiu para a adequação de tecnologias, a qualificação profissional (que é objetivo do livro) e favoreceu o protagonismo indígena de modo autoral e intercultural⁶ na produção da obra (Pontes et al., 2015). Protagonismo que, conforme aponta Esther Langdon e Eliana Diehl (2007), é imprescindível para a operacionalização da atenção diferenciada à saúde indígena.

A disposição estrutural da obra traz uma sequência de seções que permite o fluxo de compreensão por parte dos leitores, com os saberes indígenas e científicos, literalmente lado a lado, dispostos em colunas. Em sua composição, vale destacar o uso de paratextos que aprimoram a leitura, sobretudo as notas introdutórias, assim como a utilização de imagens de autoria maxakali que ilustram o texto. No início, além da composição da capa, ficha catalográfica e sumário, há os objetivos claramente descritos. Em dois textos, um da coordenadora do projeto, Maria Inês de Almeida, e o outro de autores maxakali envolvidos na produção do livro, observa-se uma espécie de resposta ao cenário dos últimos anos de funcionamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, no contexto do SUS, o que constitui também o objetivo fim do livro.

A produção de um livro de saúde dedicado a transmitir valores de uma cultura, para que sirva de manual ao correto tratamento dos maxakali, indica a presença do sistema de saúde nas comunidades tradicionais. Embora essa constatação seja vista como positiva, o livro aponta algumas falhas nessa relação que prejudicam o funcionamento adequado do sistema de atendimento à saúde indígena e, a partir disso, apresenta opções ao próprio sistema de saúde de como melhor proceder com o povo maxakali para alcançar êxito em suas ações. Essa espécie de treinamento intercultural dos agentes de saúde, treinamento que facilitaria a efetivação de um atendimento diferenciado, tem sido considerado, como vimos,

um dos maiores desafios para a melhoria do atual modelo de atenção à saúde indígena no Brasil (Diehl, Pellegrini, 2014), e é também o que consideramos o cerne da obra em questão.

Outro ponto significativo para nossa análise, fato ocorrido após a publicação da obra, foi a resposta do poder público, por meio da produção de uma cartilha da Funasa (Oliveira, Coloma, 2009). Essa resposta representa sobretudo que, por meio de produções como a do *Hitupmā'ax: curar*, pode haver maior visibilidade dos povos indígenas. Portanto, pode ser fundamental que tal caminho seja seguido, com mais publicações de autoria indígena no campo da saúde, para obter mais abrangência em todos os territórios indígenas pelo país. É importante destacar também que essa resposta do poder público é resultado direto da luta dos maxakali por um atendimento na área de saúde mais apropriado às especificidades de seu povo. No limite, e à semelhança da experiência relatada por Luciane Ouriques Ferreira (2013), estabelece-se assim, mais uma vez, um diálogo entre Estado e nação, via formas de melhorias de políticas públicas, e povos indígenas.

Seguindo a linha do projeto editorial da obra, em um primeiro contato com o conteúdo, temos a introdução ao tema central do universo místico dos maxakali: a seção “Espíritos”, que ratifica a importância dos yāmīys na cultura desse povo. Dessa forma, identifica-se a intenção de adentrar os objetivos da obra: apresentar a especificidade cultural profundamente ligada a todos os aspectos da vida desse povo, especificidades integradas sobretudo, mas não apenas, a aspectos de saúde. Confirma-se essa ideia a partir de um trecho da nota introdutória: “Por que abrir esse livro com “Espíritos”? / Porque os espíritos vão ensinar. / Porque aprendemos primeiro com os espíritos, aprendemos as estórias de nossos antepassados” (Maxakali, 2008, p.23).

Na sequência, no prefácio, escrito pelo médico Manuel Mindlin Lafer, do Ambulatório do Índio (Unifesp), tem-se uma breve descrição da disposição de extensa parte do livro em três colunas. O leitor pode então ler/observar três diferentes pontos de vista, nem sempre correspondentes, acerca da temática da saúde maxakali. A coluna intitulada “paisagem” se refere à oralidade e aos escritos maxakali, que podem não ser completamente traduzíveis em todos os momentos, ou seja, essa coluna abriga a percepção e a conceitualização dos próprios índios; a coluna “polimorfa mulher” registra diálogos da equipe com as narrativas de saúde maxakali, e por fim a coluna “microcosmos do homem” tem o intuito de aproximar os profissionais da área de saúde à temática do livro, viabilizando melhor compreensão do mesmo por parte dos profissionais do SUS. Esse modelo de escrita em colunas tem por base proposta teórico-metodológica presente na obra *Finita*, da autora portuguesa Maria Gabriela Llansol (2005, p.97), e permite que se tenha, ao mesmo tempo, e por meio de um só olhar, elementos distintos e pontos comuns entre três percepções diferentes. Em outras palavras, percebe-se que a estratégia editorial adotada oferece ao leitor uma exposição minuciosa, em colunas encadeadas e correlacionadas, do imprescindível processo de construção intercultural (Peruzzo, 2016; Silva, 2013; Langdon, Diehl, 2007; Novo, 2011): a percepção tradicional indígena sobre adoecimento e cura; o debate intercultural da equipe editorial que produziu o livro; e a “tradução” para o conhecimento médico ocidental, visando promover um atendimento diferenciado.

Ao longo das três colunas, ou três livros, como marcam os autores, discorre-se sobre as mais diversas problemáticas de saúde dentro da comunidade indígena, descrevem-se os

rituais envolvidos e de que forma se utiliza a medicina tradicional. E, nesse contexto, surgem questões que dizem respeito à assistência à saúde indígena, pois percebe-se, em muitos aspectos, que o tratamento culturalmente diferenciado, estabelecido por lei, não é cumprido. Pode-se aventar essa prerrogativa já no início da obra, quando os autores maxakali escrevem: “Este livro foi feito para mostrar a cultura Maxakali; para que toda a equipe que trabalha com a saúde indígena conheça nossa tradição” (Maxakali, 2008, p.12). Uma proposta de livro que é um manifesto, um livro que é, de partida, história da luta e resistência de um povo pelo viés da saúde indígena. Desde a proposta do livro até sua constituição editorial, nota-se a relação, a interpenetração das diferentes formas de pensamento e modos de vida, sempre com a marca indelével das atrocidades coloniais e, claro, das lutas indígenas. Constituição editorial que, no limite do entendimento antropológico, pode ser considerada um processo de transformação do ponto de vista do eu, da sociedade ocidental, a partir do reconhecimento do outro (Castro, 2002; Lévi-Strauss, 1989). A respeito da experiência oferecida ao leitor, a adaptação do livro à cartilha da Funasa, como se verá adiante, também demonstra a concretização da proposta inicial do projeto editorial do livro: a luta indígena por seu direito à saúde.

A primeira abordagem presente no livro engloba a fase de parto, puerpério e gestação.⁷ Nesse acontecimento, o marido divide a responsabilidade com a esposa, sendo assim, também participa de todos os rituais. No momento do parto, a esposa se reporta ao marido, que contata a parteira. Os maxakali não proíbem o parto cesáreo, porém, não o recomendam, pois pode causar esterilidade. Normalmente, as parturientes ficam em silêncio durante todo o parto, mas existem remédios tradicionais que aliviam as dores. Ao final do parto, o marido deve enterrar a placenta em qualquer local. O rito de resguardo requer uma restrição alimentar de carne vermelha, assim como: restrição de banho por vinte dias; restrição da cabeça sobre os braços em decúbito ventral e dorsal para a puérpera, e corte das unhas. Outra característica específica da cultura maxakali é a indicação de um intervalo mínimo entre uma gestação e outra. Em virtude da correta nutrição, por meio da amamentação, recomenda-se em torno de dois anos de intervalo, com isso são menores as probabilidades de se occasionar desnutrição infantil. Além dessas especificidades, chama atenção a discussão acerca do aborto.⁸ Não há proibição dessa prática na cultura maxakali, embora não seja recomendada. Entretanto, quando há casos de mulheres que não querem ter mais filhos, seja por problemas com a paternidade da criança ou por outros motivos, é permitido que se tome um tipo de mel abortivo. A partir de uma breve descrição de hábitos e restrições dessa cultura, já se observa a especificidade desse público quanto ao processo do nascimento. Assim, quando ocorrências são direcionadas ao SUS, eventualmente por complicações, é imprescindível que se tenha a sensibilidade de um atendimento que respeite a cultura.

Na sequência, discute-se o uso dos serviços de saúde na rede SUS: a realização de exames, parto cesáreo e cirurgias. Os maxakali são conscientes da importância do acompanhamento médico para a saúde. Desse modo, é permitido, por exemplo, exame ginecológico (prevenção), assim como pré-natal. No entanto, alguns episódios revelam barreiras para a plena realização desses processos, como ocorre na cidade de Governador Valadares: “As parteiras, minha mãe e as agentes de saúde estão reclamando, para que as meninas novas possam acompanhar

o pré-natal direitinho em Governador Valadares. Mas quando elas chegam lá, eles querem fazer a cesárea" (Maxakali, 2008, p.88). Vale relembrar aqui um ponto de dificuldade no atendimento em saúde dos povos indígenas, indicado por Garnelo (2012): questões que poderiam ser resolutivas na atenção básica dentro das aldeias se transformam em casos que frequentemente são levados aos hospitais sem mais destaques acerca da cultura diferenciada em questão. Do mesmo modo, é válido destacar na fala dos maxakali a justificativa para a permissão de vários procedimentos hospitalares, marca indelével do violento processo de colonização: antes do contato com os brancos, não havia muitas das doenças que hoje assolam as aldeias; portanto, é necessário esse acompanhamento (Maxakali, 2008).

Uma importante descrição do livro diz respeito ao cabelo e à etiologia da doença. O cabelo é a morada dos yāmīys, sendo assim, após os 7 anos de idade não se corta o cabelo da criança, e também se evita a lavagem. Segundo os maxakali, em tempos passados, os yāmīys viviam nas matas, mas, com o desmatamento, hoje vivem só nos cabelos. A etiologia da doença apresenta como se dá o processo de adoecimento e cura. Para esse povo, o adoecimento ocorre de algumas formas: pelo sonho com espíritos dos mortos (espíritos ruins) e também pela religião,⁹ como eles denominam. O processo de cura se dá pelo mesmo caminho pelo qual se adoece. Por exemplo, quando se sonha com espíritos ruins, é necessário relatar o sonho ao pajé, que combaterá esses espíritos pelos rituais correspondentes. A utilização da medicina dos brancos é sempre uma segunda opção. O povo maxakali detém o discernimento da necessidade ou não dessa intervenção, pois consegue diferir os processos de adoecimento. Nesse sentido, quando se tem um doente que não apresenta nenhuma relação com os espíritos, com a religião, ele é encaminhado ao hospital. Quando há a presença dos espíritos, a doença é tratada dentro da comunidade, com as pajelanças e remédios tradicionais.

Os rituais que envolvem os yāmīys englobam também: comida, canto, grito e pinturas. Cada espírito gosta de um tipo de comida, por exemplo: "Mōgmōka gosta de comer carne, gavião gosta de comer carne, e Kotkuphi gosta de comer carne" (Maxakali, 2008, p.126). Cada pessoa possui um canto, de acordo com seu yāmīy. Para pegar a comida, os yāmīys possuem gritos diferentes, assim como cada um possui sua pintura. Na comunidade há um local denominado kuxex, a casa de religião, onde os maxakali cantam para os yāmīys e os reúnem, porém, mulheres e crianças só participam dos rituais fora da kuxex, mas também participam dos rituais: "Toda mulher é mãe de ritual" (p.183). Para esse povo, em todas as coisas existem yāmīys, incluídos os fatores abióticos, como a terra.

A divisão de papéis entre homens e mulheres é acentuada na cultura maxakali: "E o professor de cultura homem vai ensinar para as crianças que religião abre a memória ... Na casa de professora. A menina. O canto de moça" (Maxakali, 2008, p.189). As funções de cada um são bem definidas ao longo de toda a vida e dos rituais. O homem, quando criança, passa por um ritual de iniciação: durante trinta dias fica na casa de religião, com o pajé, aprendendo sobre os espíritos da religião. A responsabilidade dentro da família é designada da seguinte forma: a mãe é responsável pelas filhas, e o pai, pelos filhos. Entre os trabalhos dos homens estão: fazer arco e flecha; buscar lenha; fazer casa; fazer roça; caçar; procurar remédio; e educar os filhos. Entre os trabalhos da mulher estão: fazer bolsa; fazer comida; buscar água; pescar; lavar roupa; arrumar casa; costurar; e educar as filhas.

O último assunto que se apresenta, na disposição em três colunas, como um dos principais problemas enfrentados pelo povo maxakali, é o alcoolismo. A bebida alcoólica foi introduzida na comunidade quando houve os primeiros contatos com os não índios. Nas negociações de terras, a bebida, sobretudo a cachaça, era utilizada como moeda de troca, e esse processo implicou um crescente problema de alcoolismo na comunidade indígena. Atualmente, muitos índios morrem jovens, o que interfere na cultura e nos rituais. Há consciência da gravidade do problema, de forma que, ao final do texto, faz-se um pedido de socorro: “Pedimos ajuda para cuidar de nossa saúde: fazer tratamento nas aldeias com remédio de branco, e o pajé também vai ajudar a fazer o tratamento com nosso ritual” (Maxakali, 2008, p.192).

A parte final do livro apresenta paratextos que constituem ferramentas importantes para os profissionais de saúde. Traz orientações para a realização de anamneses, assim como um glossário, um guia de pronúncia e um posfácio. Em “Anamneses” são identificadas as principais dificuldades no atendimento médico aos indígenas e são oferecidas ideias para uma melhor comunicação entre médico e paciente. O segmento está dividido em: adulto, gestante e puerpério e pediátrica. Uma grande dificuldade ainda é o idioma, pois muitos dos maxakali não dominam o português, o que prejudica o atendimento médico propriamente dito e também o levantamento de dados consistentes para o melhor planejamento de estratégias em saúde. Como indica Luiza Garnelo (2012), esse é um dos grandes obstáculos a superar. Outro aspecto relevante é a introspecção, característica desse povo, representando uma barreira quando se trata da interatividade no atendimento. É importante lembrar, ainda, o aspecto espiritual e místico que envolve essa cultura, e portanto o maior cuidado requerido. Em “Glossário” são apresentadas as traduções de alguns termos citados ao longo da obra, bem como a tradução dos nomes de algumas doenças. Em “Guia de Pronúncia” é oferecido um breve manual da fonética da língua maxakali, com o som das vogais e consoantes (iniciais e finais). Por fim, no “Posfácio” encontramos cinco textos, todos de colaboradores não indígenas, que tecem uma conclusão a respeito da obra, com análise do processo de escrita, de tradução e também uma possível prospecção de publicações semelhantes. Percebe-se, a partir de várias estratégias interculturais e editoriais adotadas em *Hitupmã'ax: curar*, a predominância daquilo que consideramos seu cerne principal: “Escrever um livro para ensinar a Funasa a cuidar dos maxakali” (Maxakali, 2008, p.256).

O “livro de saúde” e a atenção à saúde dos maxakali: epistemologias em diálogo?

Diante do caminho percorrido até aqui, é possível estabelecer algumas relações e problematizar questões. É importante questionar, por exemplo, uma série de pontos: a funcionalidade da saúde universal, definida como um direito constitucional; o tratamento culturalmente diferenciado, ou seja, as especificidades de cada cultura; as formas de entender e de não entender a saúde maxakali, seus processos de adoecimento e cura; e a apropriação do livro de saúde, com a produção de uma cartilha pela Funasa.

A própria construção do livro de saúde parece ter nascido a partir de uma reação ao atual cenário de saúde indígena:

Este livro nasce de uma demanda muito clara dos alunos-professores do Curso de Formação Intercultural para Educadores Indígenas (FIEI), Rafael Maxakali, Isael Maxakali e Pinheiro Maxakali: ‘Escrever um livro para ensinar a Funasa a cuidar dos maxakali.’ Se vamos escutar ou ler aí uma ‘intenção do autor’, podemos no mínimo perceber que, a princípio, este livro não aponta para uma certa direção: a de ser uma cartilha no âmbito de um programa de educação sanitária. Os maxakali, aqui, desejavam (e desejam) ensinar e não aprender (Maxakali, 2008, p.256).

Dessa forma, já se tem um problema no quesito saúde como direito universal: até que ponto esse direito tem sido respeitado no setor indígena? Pela lei, os povos tradicionais ganharam o direito à assistência diferenciada, mas na prática seus percalços estão longe do enunciado na Constituição. A partir dos objetivos da obra, confirma-se essa prerrogativa: “Nós, em nome da comunidade maxakali, queremos que a Funasa entenda a nossa cultura” (Maxakali, 2008, p.13). Portanto, assume-se a coexistência de duas realidades: uma pelo viés teórico, em forma de lei, e outra pelo contexto da vivência, relatada pelos próprios indígenas. Conforme mencionado, observa-se a importância da quinta CNSI, realizada em Brasília em 2015, que possibilitou o levantamento das atuais demandas indígenas nacionais, escritas no relatório geral. Por exemplo:

A Sesai/DSEI deve garantir a efetividade e a qualificação do atendimento de saúde com melhorias nas condições de estrutura física, insumos, acesso, logística, equipamento e recursos humanos capacitados em quantidade suficiente para que se possa dar cumprimento aos protocolos do Ministério da Saúde para Atenção Primária e da Política Nacional de Saúde Indígena, respeitando as especificidades de cada povo em conformidade com o Plano Distrital (Brasil, 2015, p.30).

A saúde maxakali, discutida ao longo do livro *Hitupmã'ax: curar*, traz a diversidade de elementos que a constitui, fazendo desse objeto uma obra de extrema complexidade e múltiplos sentidos. Com isso, podem-se depreender as incontáveis barreiras a que estão sujeitas as ações de saúde direcionadas ao público indígena. Dentro dos serviços, há uma gama de profissionais ainda não formalmente preparados para dialogar com os povos indígenas, a partir de suas singularidades (Diehl, Pellegrini, 2014). As estruturas parecem ainda não oferecer de modo adequado o atendimento às devidas demandas desse público, visto que a cultura dos povos indígenas é incomum à maioria dos profissionais, o que fragiliza o vínculo desses atendimentos (Martins, 2013). Nesse sentido, a existência de uma lei, com todas as suas especificidades, não atinge seu papel, mas de algum modo parece contribuir para que o problema se torne visível e legítimo como agenda de discussão no âmbito das políticas públicas no Brasil. É fato que, nas últimas décadas, a assistência à saúde alcançou a população indígena, mas de que forma a impactou? Houve um esforço para se fazer cumprir a legislação? Como um livro como *Hitupmã'ax: curar* pode ajudar a compreender melhor o estado atual do atendimento à saúde indígena?

Em vários momentos da obra, notou-se que há consciência, por parte da comunidade maxakali, da importância do acompanhamento médico. Porém, algumas situações relatadas contrastam/atenuam essa ideia: são relatados, em diferentes trechos do livro, casos de negligência em unidades de referência do SUS. Por exemplo, na cidade de Governador Valadares, as jovens grávidas passam pelo constrangimento de profissionais as pressionarem

a realizar o parto cesáreo;¹⁰ vale ressaltar que a cultura maxakali não recomenda essa prática, tendo em vista os prejuízos ao corpo e à saúde da mulher e de seu bebê. Nesse caso, embora se ofereça assistência à saúde das mulheres indígenas, deixa-se de cumprir um dos princípios que fundamentam esse atendimento: integridade e, sobretudo, respeito à cultura. Outro episódio citado relata a intolerância dessa assistência: o desrespeito ao ritual do resguardo em que uma das restrições ao casal (pais da criança) é a não ingestão de carne vermelha no período de puerpério. Quando ocorrem partos em hospitais, muitas vezes não se respeita essa restrição. Dessa forma, limitam-se as possibilidades de um diálogo intercultural e, mais uma vez, viola-se o direito do público indígena, tal como indica a legislação em vigor no Brasil.

Sabe-se que um livro como esse, escrito a partir de um desejo de encontro de culturas, não apenas se configura por meio da tradução de palavras, mas de tentativas de diálogo entre visões de mundo distintas e suas epistemologias (Barra, 2010). Dessa forma, a leitura desse livro parece requerer do técnico em saúde, além de sensibilidade, uma formação indigenista e intercultural, pois também transmite valores de uma cultura incomensurável ao saber técnico-científico. Com a obra é possível perceber algumas das nuances de pensar a saúde na visão maxakali e, consequentemente, melhor compreender os processos de adoecimento e cura para esse povo. O primeiro passo é a tentativa de entender a saúde como um caminho xamânico, em que se vai além de uma dada biologia, de uma dada medicina; é respeitar o fato cultural de que, além dos limites do visível, existe algo que interfere em toda a jornada de vida de um maxakali.

A motivação que reuniu tantos esforços para a publicação do livro se deu a partir de uma realidade: a angústia de um povo que passou por várias guerras, conflitos com o Estado e a sociedade nacional mas ainda continua vivo e resistente. A escrita representa um artefato que dá voz aos povos tradicionais. Dessa maneira, talvez essa obra tenha se originado por meio de um sonho, de dar chances ao mundo exterior de compreender de que forma lidar com os maxakali. E depois de lançada a publicação, em 2008, houve uma resposta: a incorporação do projeto a uma cartilha de saúde indígena da Funasa.

Entretanto, houve de fato uma apropriação da complexidade presente no livro por intermédio da cartilha? Partindo-se do argumento de que a publicação consegue se estruturar por meio de uma complexidade epistemológica e de um esforço de construção coletiva e intercultural, talvez não se tenha atendido à proposta da apropriação em si, embora essa produção represente uma devolutiva aos propósitos do livro. A seguir, exporemos algumas características formais da obra e da cartilha para melhor tratarmos esse ponto.

A partir do projeto físico do livro de saúde, percebe-se a grandeza de seus objetivos. Além do conteúdo principal, apresentado na forma de três colunas-livros, a obra oferece paratextos, que funcionam como um tipo de introdução ao tema ou ao universo maxakali. Nesse sentido, já se apresenta um aspecto faltante à produção da cartilha em sua editoração: a cartilha apresenta seu conteúdo de forma direta, com alguns assuntos selecionados do livro, e se limita a mostrá-los, não oferece textos de apoio que norteiem o assunto abordado. A cartilha é composta por 14 páginas e trata os temas de parto e resguardo maxakali. Seu conteúdo foi retirado do livro de saúde e adaptado com pequenas alterações. Assim, a partir de uma análise realizada com o livro e a cartilha, é possível traçar dois resultados

importantes e, ao mesmo tempo, paradoxais. A cartilha, como já descrito, sinaliza a existência de uma saúde indígena, e sua produção representa uma resposta à publicação de *Hitupmã'ax: curar*, contudo, há discordâncias relevantes entre os seus objetivos e os do livro.

Após análise da produção do livro de saúde, observa-se um grande esforço na tentativa de transmissão de pensamento. Os estudantes (professores em formação) maxakali descrevem claramente nas primeiras páginas seus objetivos: ensinar sua cultura. Para isso, utilizou-se um projeto editorial que englobou uma sequência e disposição lógica para o melhor entendimento dos leitores. Ou seja, a obra tenta transmitir uma visão de mundo, por meio de elementos que constituem o universo maxakali, e da concepção de vida para esse povo. E daí partem as discussões e problemáticas sobre a saúde indígena, configurando o diálogo intercultural. Diante dessa breve descrição do livro é possível perceber a discordância com a cartilha: as estruturações de ambos destoam, assim como os objetivos. A cartilha se restringe a dois assuntos abordados no livro (parto e resguardo), sem os contextualizar. Foi feito um recorte, com a finalidade de descrever essas duas questões e apenas apontar o que se deve ou não fazer durante esses processos. Portanto, embora se descreva na cartilha o desdobramento do sonho dos professores maxakali, não se pode afirmar que esse sonho tenha se desdobrado plenamente, pois não houve uma apropriação de fato da obra, e isso fica claro quando se lê na própria cartilha que seu objetivo fim é prático e não abarcador de pensamentos.

Em outras palavras, tal como alertou Manuela Carneiro da Cunha (2009, p.364), “uma vez que o conhecimento científico foi tornado uno e universalizado, especula-se ... a unidade do conhecimento tradicional. Como se o único só pudesse se defrontar com um outro único e não com a multiplicidade”. Procedeu-se a um reducionismo, possivelmente bem-intencionado, na busca de objetividade e de resultados rápidos no atendimento. Mas essa escolha dificulta a compreensão adequada e necessária para a garantia de direitos de cidadania na relação intercultural entre o eu e o outro, entre o branco ocidental e o indígena, posto que evita temas que os próprios maxakali indicaram como essenciais no livro. Esta é, afinal, a nuança mais importante para a relação entre culturas, possibilitar a compreensão de diversidades e evitar interpretações universalizantes do outro a partir do espelho de si próprio. Resta destacar que essa nuança que permite o diálogo intercultural, se evitada, reduzida ou descartada, constrói a base de tudo aquilo que pode ser entendido como legado da colonização violenta: exploração, expropriação, aculturação, conflito, extermínio. Assim, por mais que entendamos e reconheçamos os avanços na atenção à saúde do povo maxakali – representados aqui tanto pelo próprio SasiSUS quanto pela apropriação de parte do conteúdo do livro em formato de cartilha –, consideramos que ainda há um longo caminho a seguir no sentido de possibilitar de fato um diálogo intercultural no atendimento em saúde dos povos tradicionais.

Considerações finais

Em 2016, o Manifesto pela Defesa do SasiSUS foi marcado pela luta de indígenas de todo o país, que ocuparam a capital federal, em prol do subsistema e da manutenção de seus direitos à terra, motivados por propostas do governo de desmonte da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) e da Funai. Percebe-se, assim como no livro *Hitupmã'ax: curar*,

uma devolutiva do atual estado da questão indígena no Brasil: a reafirmação de existência de um povo, mas sobretudo a luta pelo direito à sua continuidade.

É perceptível que a pauta de saúde indígena tem sido discutida ao longo dos últimos anos, especialmente a partir da criação do SasiSUS. Apresentamos fatos que comprovam essa assistência prestada, como pôde ser observado com as produções do livro *Hitupmā'ax: curar* e da cartilha da Funasa (Oliveira, Coloma, 2009), embora essas produções apontem demandas não cumpridas pelo sistema de saúde. Nesse sentido, também se destaca a importância de publicações de autorias indígenas (livros de saúde), integradas ao diálogo intercultural, na direção de uma melhoria para as questões de saúde indígena, mas sobretudo para o bom convívio da relação entre duas visões de mundo. Portanto, assim como afirma Vania Maria Baeta Andrade (Maxakali, 2008), orientadora do livro de saúde, “o começo de um livro é precioso”, pois abre as portas para o início de outras produções. *Hitupmā'ax* segue nesse caminho e se apresenta como um “preciosíssimo começo”, já que a partir de sua escrita teceu objetivos que se prolongam em um extenso processo de produções de memória e saber e constantes aprendizados entre culturas, imprescindíveis à transmissão de conhecimentos a que se propõe essa obra.

O livro nos permite transitar e conhecer alguns dos aspectos de outra vivência, de múltiplos sentidos místicos e desconhecidos por nós. É especialmente estruturado em uma lógica de imersão, perceptível após sua leitura. É possível afirmar que é um privilégio aos que puderam ou podem ter contato com essa obra, pois, além de todas as informações acerca da saúde em si, puderam conversar com outra cultura. Para além de uma mera descrição, há um primeiro encontro com o diferente, com o outro. Portanto, a criação do livro se insere em um processo de interculturalidade, que perpassa o contexto de construção social da nossa sociedade. A importância de sua produção aparece como um instrumento de desconstrução, tendo em vista as condições pelas quais a sociedade é “ensinada” sobre os povos nativos. A educação formal ainda não informa de fato a respeito dos povos que aqui já viviam antes da colonização, mesmo com os avanços resultantes da lei 11.645 de 2008. Diante disso, resta afirmar que *Hitupmā'ax: curar* expõe aos profissionais de saúde, ao Estado brasileiro e à nossa cultura, em um movimento cultural, político e epistemológico, a luta contínua dos maxakali.

AGRADECIMENTO

Este trabalho contou com bolsa de iniciação científica pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia/UFSB.

NOTAS

¹ Uma bibliografia atualizada dos povos tradicionais, bem como da história do Brasil e de sua colonização, pode ser vista em Schwarcz, Starling (2015).

² Atualmente são conhecidas 701 áreas indígenas no país, sendo 478 homologadas/reservadas, 71 declaradas, 34 identificadas e 118 em identificação/restrição de uso a não índios. Além das diversas áreas não demarcadas, nos dois últimos governos brasileiros o número de homologações foi drasticamente reduzido: no período entre janeiro de 2011 e maio de 2016 foram realizadas apenas 21 homologações de terras indígenas (Demarcações, 201-).

³ Participaram da quarta CNSI cerca de 1.228 representantes, de mais de cem etnias (Brasil, 2007).

⁴ É preciso considerar, desde já, que os povos indígenas em geral, e os maxakali em específico, não fazem a divisão epistemológica realizada pelos povos “ocidentais”, a saber: conhecimento sobre a terra (agronômico, por exemplo), sobre os animais (veterinário, por exemplo), sobre a saúde (médico, por exemplo) etc. Diferentemente dessa divisão epistemológica disciplinar ocidental, os indígenas mantêm um sistema de conhecimento em que várias formas de conhecimento agem de maneira integrada, algo mais próximo do que chamaríamos de “transdisciplinar”, embora essa denominação preveja uma anterior fratura epistemológica não realizada pelos indígenas. Alguns autores falam, ainda, em uma “cosmovisão” ou uma “cosmologia” indígena (Albert, 2002) para caracterizar essa forma integrada de conhecimento dos povos tradicionais.

⁵ Conforme aponta Tugny (2011), embora os maxakali sejam classificados como um único grupo, eles possuem diferentes origens: o litoral da Bahia, a bacia do Jequitinhonha, os rios Mucuri, Buranhém, Jucuruçu (ou rio do Prado), Itanhém (ou rio Alcobaça) e alguns rios da região.

⁶ É importante destacar que, conforme apontam Pedro Pulzatto Peruzzo (2016), Silva (2013), Langdon, Diehl (2007) e Novo (2011), a experiência intercultural pode ser considerada peça-chave para a luta e conquista de reconhecimento, de fortalecimento dos direitos humanos dos povos indígenas.

⁷ Estudo recente sobre o mesmo tema, que é bastante relevante para populações com altos índices de mortalidade infantil, pode ser visto em Ferreira (2013).

⁸ Segundo Vieira (2010), “o aborto provocado no Brasil, devido à sua criminalização, pode ser considerado como inseguro e figura na lista das principais causas de mortalidade materna no país. O aborto oscila entre a terceira e a quarta causa de morte materna”.

⁹ Na cultura maxakali, o termo “religião” apresenta sentidos diferentes daqueles da cultura ocidental. Portanto, não é possível descrever com exatidão sua significância, mas se aproxima de um sinônimo de ritual e espíritos.

¹⁰ É importante destacar que o Brasil figura entre os países com os mais altos índices de cesarianas no mundo: 52% dos nascimentos. Entretanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda um índice de até 15% de nascimentos por esse procedimento (Nascer..., 2014).

REFERÊNCIAS

- ALBERT, Bruce.
O ouro canibal e a queda do céu: uma crítica xamânica da economia política da natureza (yanomani). In: Albert, Bruce; Ramos, Alcida Rita (Org.). *Pacificando o branco: cosmologias do contato no norte-amazônico*. São Paulo: Editora da Unesp. p.239-275. 2002.
- BARRA, Cynthia de Cássia Santos.
Literatura de autoria indígena e revitalização das línguas indígenas. In: Bonfim, Anari Braz; Costa, Francisco Vanderlei Ferreira da (Org.). *Revitalização de língua indígena e educação escolar indígena inclusiva*. Salvador: Empresa Gráfica da Bahia/EGBA. p.57-80. 2014.
- BARRA, Cynthia de Cássia Santos.
Kax'āmiy: autoria maxakali e diálogos interculturais. In: Correia, Heloisa; Kleppa, Lou-Ann (Org.). *Multiculturalismo e interculturalidade nos estudos de língua e literatura*. Porto Velho: Departamento de Línguas Vernáculas da Unir. p.26-47. 2010.
- BRASIL.
Ministério da Saúde. *Relatório final. 5^a Conferência Nacional de Saúde Indígena*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2015.
- BRASIL.
Fundação Nacional de Saúde. *Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena*. Brasília: Funasa. 2009.
- BRASIL.
Fundação Nacional de Saúde. *Relatório final: 4. Conferência Nacional de Saúde Indígena*, Rio Quente, 27 a 31 de março de 2006. Brasília: Funasa. 2007.
- BRASIL.
Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *Portal da Legislação*, Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm>. Acesso em: 10 nov. 2015. 1999.
- CASTRO, Eduardo Viveiros de.
A inconstância da alma selvagem e outros ensaios de antropologia. São Paulo: Cosac Naify. 2002.

- CONFALONIERI, Ulisses E.C.
O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. *Cadernos de Saúde Pública*, v.5, n.4, p.441-450. 1989.
- CUNHA, Manuela Carneiro da.
Índios no Brasil: história, direitos, cidadania. São Paulo: Claro Enigma. 2013.
- CUNHA, Manuela Carneiro.
“Cultura” e cultura: conhecimentos tradicionais e direitos intelectuais. In: Cunha, Manuela Carneiro. *Cultura com aspas e outros ensaios*. São Paulo: Cosac Naify. p.311-373. 2009.
- DEMARCAÇÕES...
Demarcações nos últimos seis governos.
Disponível em: <<https://pib.socioambiental.org/pt/c/0/1/2/demarcacoes-nos-ultimos-governos>>. Acesso em: 25 jul. 2016. [201-]
- DIEHL, Eliana Elisabeth; PELLEGRINI, Marcos Antonio.
Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Cadernos de Saúde Pública*, v.30, n.4, p.867-874. 2014.
- FERREIRA, Luciana Benevides; PORTILHO, Jorge Alberto; NASCIMENTO, Wanderson Flor.
A criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Ver – Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v.7, n.4, p.83-95. 2013.
- FERREIRA, Luciane Ouriques.
Medicinas indígenas e as políticas da tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz. 2013.
- FERREIRA, Rafael Otávio Fares.
Esta é a paisagem que o pensamento permite: textualidades indígenas. Tese (Doutorado em Literatura Brasileira) – Programa de Pós-Graduação em Letras: Estudos Literários, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2008.
- GARNELO, Luiza.
Política de saúde indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: Garnelo, Luiza; Pontes, Ana Lúcia (Org.). *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-Secadi. p.18-58. 2012.
- LANGDON, Esther Jean; DIEHL, Eliana E.
Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, v.16, n.2, p.19-36. 2007.
- LÉVI-STRAUSS, Claude.
O pensamento selvagem. Campinas: Papirus. 1989.
- LLANSOL, Maria Gabriela.
Finita. Lisboa: Assírio e Alvim. 2005.
- MARTINS, André Luiz.
Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2013.
- MAXAKALI.
Hitupmā'ax: curar. Belo Horizonte: Faculdade de Letras da UFMG; Cipó Voador. 2008.
- MENICUCCI, Telma Maria G.
História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.21, n.1, p.77-92. 2014.
- NASCER...
Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas-no-pais>>. Acesso em: 24 jul. 2016. 2014.
- NOVO, Marina Pereira.
Política e intermedialidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. *Cadernos de Saúde Pública*, v.27, n.7, p.1362-1370. 2011.
- OLIVEIRA, Roberto Carlos; COLOMA, Cláudio.
O parto e o resguardo maxakali. Cartilha. Brasília: Ascom-Funasa. 2009.
- PERUZZO, Pedro Pulzatto.
Direitos humanos, povos indígenas e interculturalidade. *Revista Videre*, v.8, n.15, p.11-25. 2016.
- PONTES, Ana Lucia de Moura et al.
O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.20, n.10, p.3199-3210. 2015.
- SANTOS, Ricardo Ventura et al.
Políticas e sistema de saúde no Brasil. *Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil*, v.3, p.33-55. 2014.
- SCHWARCZ, Lilia Moritz; STARLING, Heloisa Murgel.
Brasil: uma biografia. São Paulo: Companhia das Letras. 2015.
- SILVA, Cleonice Barbosa da.
Profissionais de saúde em contexto indígena: os desafios para uma atuação intercultural e dialógica. *Antropos – Revista de Antropologia*, v.6, p.3-36. 2013.

SILVEIRA, Katia Pedroso.
Ensino de ciências e tradição maxakali:
construindo relações em busca de um mundo
comum. Tese (Doutorado em Educação) –
Programa de Pós-Graduação em Educação,
Conhecimento e Inclusão Social, Universidade
Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2015.

TUGNY, Rosângela Pereira de.
Escuta e poder na estética Tikmu'um Maxakali. Rio
de Janeiro: Museu do Índio. 2011.

VIEIRA, Elisabeth Melon.
A questão do aborto no Brasil. *Revista Brasileira
de Ginecologia e Obstetrícia*, v.32, n.3, p.103-104.
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n3/a01v32n3.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2016.
2010.

