

O Protagonismo de Mulheres Kaingang em Itinerários Terapêuticos no Sul do Brasil como Subsídio para Reflexões sobre a Atuação de Profissionais de Saúde em Contextos Interculturais¹

Ari Ghiggi Junior – UFSC/Brasil

Palavras-Chave: Saúde Indígena; Interculturalidade; Autoatenção.

Introdução

Neste trabalho abordo alguns pontos desenvolvidos etnograficamente em minha tese de doutorado defendida em 2015. Parto da constatação que as mulheres Kaingang são as primordiais condutoras dos itinerários terapêuticos oriundos da Terra Indígena Xapecó, oeste de Santa Catarina. Significa dizer que são elas as responsáveis por (re)avaliar constantemente o desenrolar dos processos de saúde, enfermidade e atenção e desenvolver estratégias para viabilizar tratamentos para os mais diversos tipos de enfermidades quando o foco são os grupos domésticos. Os trânsitos, agenciamentos e articulações dos diferentes recursos terapêuticos localmente tidos como referenciais nos fazem encarar os processos de autoatenção como esferas de empoderamento das mulheres. Este pano de fundo nos ajuda a refletir sobre a Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e o papel dos profissionais de saúde que atuam em contextos interculturais, sugerindo que atitudes mais dialógicas nas suas rotinas de trabalho perpassam pelo estímulo da autonomia dos grupos locais no tratamento dos problemas de saúde que enfrentam.

Os indígenas Kaingang fazem parte do tronco linguístico Macro-Jê e juntamente com os Xokleng formam o grupo dos Jê-Meridionais. Representam hoje a 3ª maior população indígena do Brasil, com mais de 37.000 indivíduos (Ibge, 2012). Estão localizados desde o estado de São Paulo até o Rio Grande do Sul e distribuídos em 32 áreas indígenas, 7 destas no oeste do estado de Santa Catarina. As diversas pressões fomentadas desde o século XIX em nome das diferentes frentes econômicas de exploração, ocupação e colonização da região resultaram na redução da Terra Indígena Xapecó de 50.000 hectares – decretados no início do século XX (D’angelis e Fokê 1994) – para 16.283 hectares (Isa, 2020). Sua atual configuração interna está

¹ Trabalho apresentado na 32ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 30 de outubro e 06 de novembro de 2020.

estabelecida em 13 aldeias com uma população total de cerca de 6000 habitantes (Funai apud Isa, 2020). A aldeia Sede, a mais populosa, possui cerca de 1500 pessoas e representa o centro da TIX. É nela que se concentram algumas instituições burocráticas como o posto da FUNAI, uma escola de ensino básico completo, o ginásio de esportes em formato de tatu, a casa da cultura, uma escola de ensino infantil, um campo de futebol e um posto de saúde relativamente bem equipado. Outras instituições que chamam a atenção na aldeia Sede são as igrejas, das quais pelo menos 10 são denominações evangélicas e apenas uma é católica – quase todas localizadas na rua principal a poucos metros de distância umas das outras.

A TIX está localizada no interior dos municípios de Ipuçu e Entre Rios, distante mais ou menos 30 Km da cidade de Xanxerê, 70 Km da cidade de Chapecó e cerca de 540 Km da capital do estado, Florianópolis. A proximidade dos centros urbanos regionais está associada às dinâmicas de circulação dos indígenas pelos municípios vizinhos e dos não indígenas pelo interior da reserva segundo as mais diversas finalidades. Vendedores de produtos alimentícios e utensílios domésticos, profissionais do setor de educação e da saúde, dirigentes das igrejas evangélicas ou mesmo parentes não indígenas que vivem nos arredores fazem parte do cotidiano das aldeias. Por parte dos indígenas da TIX, além dos deslocamentos rotineiros pelo setor público de saúde e, em casos mais esporádicos, pela educação superior privada, existem interesses por serviços básicos oferecidos nas cidades, como corte de cabelo, aquisição de produtos de higiene, brinquedos, roupas ou outros utensílios domésticos e eletrônicos.

A circulação dos indígenas pela região está associada a estratégias de subsistência frente a situação socioeconômica precarizada em que vivem. Grande parcela da população recebe auxílios governamentais como a *bolsa família*, outros poucos se alimentam com o que conseguem plantar em hortas e cultivos de pequena escala, mas, para a maioria das famílias os gêneros alimentícios básicos, como a carne de frango, o feijão e o arroz, ainda precisam ser adquiridos fora da aldeia através de recursos particulares (Bloemer e Nacke, 2009; Oliveira, 2009). Assim, a procura por empregos é uma das principais motivações para sua presença nas cidades do entorno. Na maioria das vezes atuam realizando serviços subalternos, como pedreiros ou roçadores para a preparação de terra para lavouras nos arredores da TIX, no caso dos homens, e empregada doméstica ou babá, no caso das mulheres. Como a região em questão é polo nacional da produção de suínos e aves, tem aumentado o número de

indígenas que optam por vender a força de trabalho em frigoríficos da região que necessitam de larga escala de produção (Primi, 2013). Os índios também são contratados temporariamente para trabalhar em lavouras sazonais de maçã ou milho em outras localidades do estado. Algumas pessoas ainda aventuram-se em viagens mais longas estabelecendo-se nas periferias de cidades maiores, como Chapecó, Florianópolis ou Curitiba, trabalhando em empregos que exigem pouco ou nenhum nível de escolaridade. Poucos indígenas buscam sustento administrando pontos comerciais informais no interior da TIX, as chamadas *bodegas*, onde revendem doces, picolés, refrigerantes ou gêneros alimentícios mais urgentes que também são adquiridos nas cidades vizinhas. O artesanato também é fonte de renda apenas para uma minoria de famílias da TIX que cotidianamente vendem balaios, cestos, arcos e flechas nas cidades do entorno. Exceto os funcionários de frigoríficos que utilizam transporte das empresas e aqueles poucos que possuem automóvel próprio, a maioria dos deslocamentos para as cidades próximas pelos habitantes da TIX é feito por ônibus de transporte coletivo que passam diariamente o interior de algumas aldeias.

A presença indígena nos municípios de Ipuacu e Entre Rios afeta diretamente o universo da política local e indica intensa participação de Kaingangs nos setores administrativos ligados à prefeitura destas cidades. Em toda eleição municipal existe uma quantidade razoável de Kaingangs concorrendo a cargos de vereador, prefeito ou vice-prefeito. Existe, portanto, grande investimento em negociações em torno da tolerância por parte da população não indígena para conquista da participação Kaingang nesta esfera – que também está refletida na grande quantidade de eleitores indígenas.

No contexto regional, os Kaingang lidam cotidianamente com os preconceitos que marcam as relações com os habitantes do entorno. É comum que os brancos taxem os indígenas de sujos, bêbados ou vagabundos. Os índios também são chamados de “bugres”, uma categoria altamente pejorativa que reforça as representações externas acerca de um suposto processo aculturativo, afinal, “não são índios, são bugres”. Por parte dos indígenas também existem diversas queixas quanto aos brancos dizendo, por exemplo, quando estão na TIX “não comem a comida, não entram nas casas e nem bebem a água”. Para os índios, a sovínice dos brancos é uma regra, pois, “nunca querem compartilhar nada e cobram por tudo que fazem”.

Esta breve descrição ajuda a entender parte do processo de exclusão incorporado pelos Kaingang ao longo da história de contato, além de situar os agravos nas condições de pobreza e da luta pela sobrevivência. São aspectos como estes que, em termos gerais,

justificam a consideração dos indígenas como populações epidemiologicamente vulneráveis no Brasil. Em termos constitucionais e ideais, o estado deveria atuar no desenvolvimento de ações para responder aos seus problemas sociais e de saúde, o que definitivamente não acontece principalmente frente ao atual contexto de retrocesso no campo das políticas públicas brasileiras. As atitudes governamentais de desmonte deliberado do Sistema Único de Saúde (SUS) (Paim, 2018; Castro et al, 2019), associadas ao crescente volume de discursos de ódio disseminados deliberadamente contra os povos indígenas, incentivam o descaso e minam os direitos e o acesso destas populações às atividades terapêuticas oficiais, essencialmente biomédicas, levando à reprodução continuada das condições de subalternidade.

A visão crítica da atenção à saúde aqui pretendida, portanto, evita uma leitura colecionista que essencializa sistemas médicos como sistemas culturais estanques, mas sim, os toma como marcados pela estratificação social onde a biomedicina ocupa status dominante sobre as práticas não científicas (Frankenberg, 1980; Singer, 1990; Baer et al, 1986, Menéndez, 2009). Considerar as relações de hegemonia e subalternidade é fundamental para entender os contextos indígenas brasileiros e latinos, uma vez que o acirramento das contradições no campo da atenção à saúde atua como motor para o florescimento de práticas heterodoxas como forma de resistência contra hegemônica. As alternativas que proliferam junto às populações subalternas remetem à retomada de práticas tradicionais como forma de construção da própria identidade grupal, principalmente entre populações indígenas. Além do mais, o pluralismo médico prospera para medicalizar aquilo que a medicina capitalista não consegue atingir (Singer, 1990). Neste sentido, trata-se de encarar a heterogeneidade dos contextos e práticas terapêuticas como emergentes num campo de disputas, sem perder de vista uma atitude precavida em relação a a-historicidade dos processos de saúde/enfermidade/atenção e a valorização da possibilidade de autonomia dos indígenas (Menéndez, 2009; Langdon e Cardoso, 2015; Langdon e Ghiggi Jr, 2018).

Portanto, as situações de exclusão, estimulando a emergência de terapêuticas diversificadas, relegam ao contexto Kaingang uma positividade importante dada na habilidade desenvolvida para a elaboração de estratégias para lidar com os processos de saúde/enfermidade/atenção no exercício de diálogo com os diferentes atores e recursos terapêuticos disponíveis localmente. As formas de resistência, as atuações criativas e transformadoras dos agentes subalternos nos remete a noção de agência – *agency* – como a “capacidade de atuar” dos sujeitos. Para Ortner (2007), a cultura constrói atores

sociais particulares e a vivência prática reproduz e transforma seus valores, uma relação dinâmica entre as práticas de pessoas reais e as estruturas da sociedade, da cultura e da história. A noção de projeto qualifica a agência como ação intencionalizada ativa que de alguma forma se diferencia das práticas de rotina. A agência está situada em diferentes regimes de poder, ou seja, tem a ver com resistência ou dominação, estabilização ou desestabilização das relações de poder. Ou seja, o agente não é livre, ele joga com outros agentes e muitas vezes de modos desiguais. As metas não estão dadas num vazio social e não há como controlar totalmente os contextos para atingir fins projetados. São possibilidades de agência nos locais onde o poder deixa lacunas que podemos conceber a emergência de ações para resistência.

Uma forma de iluminar esta dimensão nos processos de saúde/enfermidade/atenção, em termos metodológicos, é a partir dos estudos de itinerários terapêuticos. Estes têm ocupado na última década, no Brasil, lócus de destaque em abordagens da antropologia e áreas afins que consideram aspectos socioculturais do campo da saúde (Maluf et al, 2020). Segundo Buchillet (1991), a sequência de passos percorridos por sujeitos enfermos e sua família, remetem a compreensões e ações que articulam os registros de causa e efeito das doenças, desde a preocupação do diagnóstico primário a partir da experiência do grupo doméstico, passando pela escolha dos tratamentos utilizados e pelas constantes (re)avaliações dos sintomas e das eficácias terapêuticas utilizadas. Langdon (1994) reforça que os aspectos socioculturais e visões de mundo guiam os processos de adoecimento e tentativas para sua reversão, sublinhando que os itinerários terapêuticos são marcados por diferentes intenções e negociações entre os atores neles envolvidos.

A compreensão dos processos de saúde/enfermidade/atenção considerando as relações entre as condições estruturais, as dinâmicas das culturas e a agência social nos faz desdobrar a concepção de itinerário terapêutico através do conceito de autoatenção de Menéndez (2009). Sua abordagem dos contextos de atenção à saúde valoriza a autonomia dos sujeitos e grupos domésticos a partir da descrição do que estes fazem, usam e dizem sobre o cuidar dos seus padecimentos:

Definimos como *autoatenção* as representações e práticas que a população utiliza tanto individual quanto socialmente para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, suportar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais, embora eles possam ser os referenciais dessa atividade. A autoatenção implica decidir a autoprescrição e o uso de uma terapêutica autônoma ou relativamente autônoma, e abarca representações e práticas geridas pelos sujeitos e grupos,

em face de seus padecimentos, inclusive as induzidas, prescritas ou propostas por curadores das diferentes formas de atenção, mas que em função de cada processo específico, das condições sociais ou da situação dos sujeitos, resulta que uma parte desse processo de prescrição e uso ganhe autonomia, pelo menos em termos relativos (MENÉNDEZ, 2009, p. 48).

A autoatenção é a primeira atividade que o microgrupo realiza. É a partir do que acontece na autoatenção, na evolução do padecimento, que o sujeito e seu microgrupo decidem *consultar ou não* curadores profissionais. O itinerário terapêutico implica na possibilidade de reavaliação constante do processo de enfermidade e nas mudanças de terapêuticas. Os próprios membros do grupo doméstico agem em torno do problema diagnosticando e avaliando a doença, gerenciando seus desdobramentos, recursos econômicos e culturais do grupo, infraestrutura de serviços, etc. A autoatenção é um processo estrutural porque implica a ação mais racional, em termos culturais, de estratégia de sobrevivência e inclusive de custo/benefício não só econômicos, mas de tempo por parte do grupo. Neste sentido, são as atividades dos sujeitos e grupos domésticos que geram a maioria das articulações entre as diversas formas e saberes mediante seus usos, superando supostas incompatibilidades e antagonismos em função da busca de uma solução pragmática para seus problemas. A autoatenção é sempre parte de um processo amplo que inclui não só os atos dos sujeitos e microgrupos, mas também leva em conta os referenciais terapêuticos, os diferentes curadores e recursos que intervêm no processo de saúde/doença/atenção como atores relevantes. Autoatenção pode ser compreendida como uma esfera de empoderamento através da qual os sujeitos e grupos domésticos destacam sua capacidade de ação, de criatividade para encontrar soluções. É um mecanismo de potência para afirmação de micropoderes e validade de saberes.

A análise aqui apresentada é fruto da minha experiência de trabalho de campo com os Kaingang da TIX desde 2003 (Ghiggi Jr, 2006 e 2010; Ghiggi Jr e Langdon, 2013 e 2014), em especial a partir da pesquisa para a tese de doutorado em Antropologia Social realizada entre agosto de 2013 e fevereiro de 2015 (Ghiggi Jr, 2015)². Em termos metodológicos, trata-se de etnografia que visou, entre outras coisas, mapear os recursos terapêuticos, enquanto atores relevantes para os Kaingang habitantes da TIX, a partir dos itinerários terapêuticos percorridos e referenciados por sujeitos e grupos domésticos no decorrer de processos de saúde/enfermidade/atenção. Desta

² Agradeço o apoio do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Brasil Plural, da Capes e do CNPq para realização do doutorado e da pesquisa de campo – que conta com parecer favorável da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) nº 256.216.

forma, foi possível perceber um contexto regional plural e heterogêneo marcado pela presença de diversas tradições médicas e terapêuticas emergentes (Ghiggi Jr, 2018).

A compreensão dos itinerários terapêuticos percorridos pelos Kaingang da Terra Indígena Xapecó se dá, portanto, em contextos de disparidades, de conflitos, de descontinuidades e, principalmente, de relações de poder típicas dos processos interétnicos. Da mesma forma, remete a emergência de práticas terapêuticas criativas e transformadoras, utilizadas como forma de resistência e até mesmo sobrevivência da população local. Não interessa aqui descrever exaustivamente as representações das doenças experimentadas para entender como opera a dicotomia causa-efeito em cada diagnóstico ou em cada problema de saúde enfrentado pelos Kaingang da TIX. O que quero chamar a atenção é que as situações aqui apresentadas permitem elucidar aspectos sociológicos do campo local de atenção à saúde, identificando atores relevantes e demonstrando a articulação de recursos terapêuticos pelos sujeitos e grupos domésticos que deles se utilizam. Desta maneira creio que é possível elucidar o empoderamento das mulheres Kaingang ao guiarem os processos de autoatenção exibindo seu protagonismo na articulação dos recursos terapêuticos referenciais.

Explorarei adiante o desenrolar de um evento de enfermidade vivenciado pelos membros da mesma família, que habitavam um mesmo terreno e compartilhavam discussões, negociações e decisões mais imediatas sobre diversos aspectos cotidianos que incidiam sobre o próprio grupo. Composto este grupo temos a matriarca Roberta, uma senhora de cerca de 90 anos, viúva, que morava sozinha numa casa muito pequena ao lado das casas de sua filha Nena e Nédio. Nena era casada com Peri, possuíam idade entre 40 e 50 anos e viviam numa casa de dois cômodos com seus 4 filhos (uma menina de 11 anos e três rapazes com mais de 18 anos).

Itinerário Terapêutico e Enfermidades de Alta Complexidade Biomédica

É fato que a biomedicina e, mais especificamente, os *serviços oficiais de saúde* ocupam um lugar privilegiado entre as opções de atenção à saúde percorridas pelos Kaingang da TIX. Entretanto, é difícil fazer uma lista completa das motivações que levam os indígenas ao posto de saúde ou a outras instituições.

Quando os índios procuram o posto de saúde em casos de enfermidade agudos, as soluções dadas pelos profissionais tendem a ser rápidas a fim de sanar os sintomas. Por outro lado, alguns programas de saúde são oferecidos no posto da aldeia Sede e

possuem certa adesão dos indígenas, por exemplo, campanhas de vacinação, os acompanhamentos pré-natais com gestantes e a distribuição de leite em pó são referenciais para a população local. Existem também os programas para enfrentamento de doenças crônicas, como a hipertensão e o diabetes, dado no controle e distribuição de medicamentos e na elaboração de grupos de discussão para educação das condutas de vida dos indígenas.

Outra motivação que movimenta a procura pelo posto de saúde pelos indígenas é a oferta de consultas com o médico e o dentista. Estas ocorrem em dias específicos da semana mediante agendamentos tendo em vista que estes profissionais não estão presentes diariamente. Esta ausência do médico, principalmente em situações de emergência, faz com que um dos principais papéis dos profissionais, enfermeiros e técnicos de enfermagem seja a mediação para o deslocamento dos indígenas ao hospital regional São Paulo em Xanxerê para avaliações mais aprofundadas.

Aqui, entretanto, gostaria de relatar com mais detalhes outro tipo de situação que acontece sob a intermediação dos serviços oficiais, ou seja, as ocasiões mais esporádicas quando os indígenas necessitam de tratamentos para enfermidades qualificadas como de *Alta Complexidade*. Doenças que exigem cirurgias de grande porte, ou mesmo tratamentos rádio e quimioterápicos, estão no rol de indicações que fazem os indígenas terem uma relação mais duradoura com a biomedicina e circular pela rede do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma mais ampla e intensa. Assim, do ponto de vista dos sujeitos, estas enfermidades tendem a ser de caráter duradouro e comumente remeterem a reflexões sobre aspectos existenciais e à consideração de questões cosmológicas de fundo para entender e agir sobre os problemas vivenciados. Também, envolvem a participação de uma gama maior de atores significativos nas resoluções dos problemas.

Apresento abaixo o caso de *Nena* e de seu filho *Betinho*, que necessitou de uma cirurgia cardíaca, para mostrar uma situação de busca por procedimentos de alta complexidade pelos habitantes da TIX. No período de gestação de Betinho, Nena já era mãe de dois meninos. Ela afirma que durante a gravidez fez todo o acompanhamento pré-natal no posto de saúde do centro do município de Ipuacu e também recebeu auxílio das irmãs da Pastoral da Saúde/Criança³, que monitoravam as gestações de todas as aldeias da TIX como forma de controle dos nascimentos. Concomitantemente, por

³ A *Pastoral da Saúde* é um organismo de ação social ligado a setores assistencialistas da igreja católica. Iniciou suas atividades na TIX por volta de 1993 e desenvolve algumas atividades, como plantio de hortas comunitárias e o incentivo ao uso de ervas medicinais. A pastoral produz a “farmácia de fitoterápicos” fabricando tinturas, sabonetes, pomadas e xaropes para enfermidades leves.

incentivo da sua mãe, Dona Roberta, Nena alega ter feito uma dieta específica utilizada pelos “índios antigos” para que as mulheres grávidas tivessem uma boa gestação e garantissem o bom desenvolvimento do bebê, como por exemplo, a ingestão de todos os alimentos que a mãe sentisse vontade de comer no período – sob pena da criança nascer com manchas na pele estampando o formato dos alimentos desejados e não ingeridos.

Como os processos de gestação e parto têm sido altamente medicalizados entre os Kaingang da TIX, todas as crianças da localidade acabam nascendo no Hospital Regional São Paulo no município de Xanxerê. A situação de Nena não foi diferente, que pariu todos os seus filhos naquele local. Assim, no dia em que iniciou o trabalho de parto para dar à luz Betinho, ligou para o motorista indígena que conduzia uma das viaturas do serviço de saúde para que a levasse ao Posto de Saúde de Ipuacu para verificação pelas enfermeiras acerca da necessidade de sua condução ao hospital. Nena conta que sentiu que o trabalho de parto se desenvolveria naquele dia e, após a avaliação positiva pela equipe de saúde, foi enviada para Xanxerê onde seriam dados os encaminhamentos para o parto. Esta dinâmica é comum na TIX, estabelecendo uma espécie de controle pelos serviços oficiais de saúde sobre os nascimentos de crianças e o acompanhamento da parturiente. É sabido, também, pelos relatos de outras mulheres indígenas, que a maioria dos partos lá executados são cesarianas.

Nena não me contou como foi seu parto, mas enfatizou que não pode retornar para casa porque os médicos perceberam que a criança estava com algum problema no coração ao verificarem seus batimentos cardíacos. Nena conta que a Betinho lhe parecia saudável, mas, os médicos teriam julgado necessário interná-la na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal para observação durante alguns dias. Como Nena não podia permanecer no local pelo tipo de internação, foi acolhida na *casa do oeste*, uma instituição não governamental que recebe parentes de pessoas em tratamento no hospital.

Depois de alguns dias Nena retornou à sua casa com o bebê, pois o quadro foi considerado estável pelos médicos. Na TIX retomou as atividades de casa normalmente. Por insistência da sua mãe, passou a realizar um tipo de resguardo, ou seja, durante quarenta dias estava “proibida de colocar os pés para fora de casa”. Apesar disso, não era poupada das outras tarefas domésticas como preparar a comida, lavar a roupa ou limpar a casa – além de tomar conta das crianças neste espaço.

O caso de adoecimento do bebê ainda permanecia em aberto. Como medida paliativa foi indicado o uso de medicamento alopático (cujo nome não tive acesso), uma

injeção que deveria ser aplicada no posto de saúde de Ipuacu duas vezes ao mês até que o problema tivesse algum encaminhamento. Nena teve que acompanhar a criança durante um bom tempo até que se desenrolassem as burocracias para tratamento em outro hospital especializado.

Mais ou menos 6 meses depois do nascimento da criança, Nena e Betinho foram encaminhados para Florianópolis para avaliações no Hospital Infantil Joana de Gusmão. Lá foram feitos novos exames e foi reforçada a necessidade de uma cirurgia na criança ainda nos primeiros anos de vida para almejem por algum sucesso. Como o quadro do menino era estável, não havia motivos para ficarem fora de casa por mais tempo. Precisavam ainda encontrar o local que pudesse oferecer a cirurgia via SUS, assim, permaneceriam “na fila” para o agendamento do referido procedimento. Deveriam, por orientação médica, continuar utilizando o medicamento alopático até que a cirurgia fosse agendada. Retornando à TIX, a criança passaria a ser acompanhada pelo médico do posto de saúde de Ipuacu e, eventualmente, pelos médicos do hospital São Paulo.

O desenvolvimento da criança nos primeiros meses de vida foi também acompanhado pela Pastoral da Saúde/Criança em conjunto com as enfermeiras do posto de saúde da aldeia Sede da TIX. Basicamente este acompanhamento dizia respeito ao controle de pesagem e à vacinação – que ocorriam igualmente com todas as crianças da TIX. Nestas pesagens, segundo Zena, Betinho aparentemente teria se desenvolvido excepcionalmente bem.

Paralelamente, a mãe de Nena, dona Roberta, como uma importante *remedeeira*⁴ localmente referenciada, fez uma *promessa*⁵ em favor de Nossa Senhora Aparecida para promoção da recuperação da criança. Em troca da sua melhora, a velha teria oferecido recursos para realização de uma festa em homenagem à Santa na casa da família de Dona Marisa, uma *curandiera*⁶ da aldeia Cerro Doce da TIX. A família de Dona Marisa

⁴ *Remedeeira* é uma categoria de agente terapeuta que possui conhecimento sobre a preparação de chás com os *remédios do mato* que sabem avaliar corretamente sintomas e obter maior eficácia com esta prática.

⁵ *Promessa* é uma prática católica popular utilizada para tratar de algum infortúnio que acomete os sujeitos ou simplesmente para manter a boa saúde. A promessa relaciona uma oferta à algum santo do panteão católico em troca do tratamento desejado. Estabelece-se uma relação de obrigação de retribuição por parte do devoto. Caso o pedido seja atendido o evento é interpretado como uma graça alcançada, fortalecendo a fé naquele santo como dotado de poderes terapêuticos. É comum na TIX seja ofertado o feitiço de uma festa em homenagem ao santo a quem se está recorrendo. A festa é o momento de compartilhar alimentos e exacerbar a fé nas práticas do catolicismo popular.

⁶ Os *curendeiros* são terapeutas ligados ao catolicismo popular que possuem guias espirituais que podem ser incorporados voluntariamente em rituais denominados *trabalhos*. Nestes, os guias receitam chás com ervas medicinais, efetuam benzimentos, ou atuam em *cirurgias espirituais*. Geralmente os

era muito conhecida por realizar festejos para santos durante o calendário católico e, também, era uma família com quem dona Roberta mantinha um contato íntimo – por ser oriunda daquela localidade e ocuparem-se de atividades religiosas comuns.

No processo de espera e incerteza sobre o que aconteceria com o filho mediado pelo SUS, Nena passou a frequentar uma igreja evangélica na aldeia Baixo Samburá. Lá passou a orar veementemente para pedir que Deus intercedesse e que escolhesse o melhor caminho para o filho. Depois de algumas semanas, mesmo contrariada pelo marido e filhos, Nena converteu-se a esta religião e passou a seguir os preceitos da *doutrina evangélica*⁷.

Quando o menino completou um ano e meio, Nena foi chamada no posto de saúde de Ipuçu. Lá explicaram que finalmente tinham conseguido, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, agendar a cirurgia do coração que ele necessitava. Esta ocorreria dentro de 6 meses na cidade de Pato Branco, no estado vizinho do Paraná, a cerca de 90 Km de distância de Ipuçu. Este fato foi altamente comemorado pela família. Nena interpretou como uma obra de Deus após a sua entrada para a igreja evangélica. Roberta interpretou como uma obra de Nossa Senhora Aparecida.

Com 2 anos de idade Betinho e Nena foram até a cidade de Pato Branco realizar a cirurgia. Nena diz que a cirurgia teria sido bem sucedida graças a sua devoção à religião evangélica. Durante a estadia na cidade paranense, Nena foi auxiliada pela assistência social do hospital da localidade para conseguir um local para dormir enquanto o menino se recuperava na UTI neonatal. Ficou hospedada em uma casa de apoio, gerida por uma ONG, que recebia familiares de pacientes do hospital. Duas semanas após o procedimento cirúrgico, e a critério do médico, puderam retornar para casa.

Uma das principais preocupações da avó de Betinho, após seu retorno, era pagar a promessa que havia feito para melhora do menino. Chegando a data de 12 de outubro daquele ano, a festa ofertada foi financiada por dona Roberta para Nossa Senhora Aparecida. Mesmo praticando na época a religião evangélica, Nena participou da festa católica pra agradecer a graça alcançada com o restante da sua família.

curandeiros vivem episódios dramáticos em determinada época de sua vida que demarcam o momento que passaram a assumir tal condição.

⁷ *Doutrina evangélica* diz respeito a uma série de regras. Em torno da corporalidade remeta à utilização de vestimentas específicas (calças e camisas sociais para os homens e saias para as mulheres) e cortes de cabelo (cabelo comprido e amarrado como “rabo de cavalo” para as mulheres, e curto com a barba bem feita para os homens). Em relação a aspectos comportamentais proíbe a participação em jogos, bailes e consumo de bebidas alcoólicas.

Mesmo após a melhora da criança Nena continuou frequentando a igreja evangélica por opção própria e por entender que a situação havia se concretizado pela intervenção divina. Tal episódio passou a ser rememorado publicamente nos cultos evangélicos como testemunho do poder de Deus. Nena buscava que outros membros da família a acompanhassem pelo caminho de conversão religiosa, mas, o que acontecia de fato eram críticas por parte da mãe por ter deixado de lado a tradição católica.

Durante o crescimento da criança foram feitos acompanhamentos regulares no posto de saúde de Ipuacu e no hospital São Paulo em Xanxerê. Foram também necessárias algumas visitas à Florianópolis para novas avaliações, realizadas com o auxílio financeiro e logístico da Secretaria de Saúde de Ipuacu.

Segundo Nena, o desenvolvimento do filho foi excelente e nada teria sido constatado como irregular com o menino. Apesar desta experiência dramática, Nena conta que Betinho é um jovem muito saudável e, aparentemente, nenhuma sequela teria se apresentado até seus 18 anos de idade. Tive a mesma impressão quando convivi com ele durante a pesquisa de campo.

Nena aponta que até aquele momento os médicos do Hospital São Paulo não haviam interrompido o tratamento, aparentemente preventivo, utilizando a injeção supracitada (da qual não tive acesso ao nome e nem mesmo os indígenas sabiam maiores informações). Na época, a orientação médica era de que a substância fosse aplicada mensalmente no posto de saúde de Ipuacu. Como era uma prática que requeria adesão por parte de Betinho e sua mãe, nem sempre era seguida de forma regular. Enquanto Nena fazia de tudo para que o rapaz fosse ao posto de saúde nos dias indicados pela equipe médica, Betinho não parecia ter tanta preocupação alegando que não sentia nada de errado com funcionamento de seu coração. Assim, quando a mãe não podia acompanhá-lo, não fazia questão de ir até o local sozinho. Dizia sentir vergonha dos atendentes do posto de saúde e somente comparecia quando tinha outro tipo de interesse que o levava até o centro da cidade.

Este caso demonstra que a esfera dos serviços públicos torna os trânsitos para cidades maiores inevitáveis a depender do tipo de problema enfrentado pelos indígenas. A intermediação da Secretaria Municipal de Saúde, que autorizam o deslocamento e mediam a localização de vagas na rede do SUS para os usuários indígenas, é essencial nos procedimentos de Alta Complexidade. Neste sentido, semelhantemente a outras cidades pequenas do interior de Santa Catarina, e principalmente da região oeste, as secretarias investem numa estrutura específica para lidar com viagens de pacientes.

Apesar de existirem carros, vans, ambulâncias e motoristas que trabalham nestes deslocamentos, os pacientes ainda têm que arcar com os outros gastos de hospedagem e com alimentação. Neste sentido, os indígenas que não tem condições mínimas precisam contar com mais auxílios da secretaria de saúde, de outras entidades de assistência social ou de organizações não governamentais que amparam populações de baixa renda.

As condições precárias de algumas famílias esbarram nos problemas estruturais mais amplos, demonstrando que a atenção à saúde não diz respeito apenas à experiência corporal individual, expressa pelos profissionais de saúde na sua justificativa de necessidade de formas invasivas para recuperação dos pacientes. Os profissionais reconhecem as limitações do sistema, como os entraves burocráticos característicos para acesso da população vulnerável ao SUS, mas não cansam de alegar a falta de responsabilidade dos sujeitos em não praticarem adequadamente as diretrizes fornecidas para a continuidade dos tratamentos.

Estas condições, associadas a aspectos socioculturais locais, fomentam a procura por outras saídas para os problemas e, conseqüentemente, a experimentação de outras interpretações dos estados de adoecimento. A ótica religiosa é muito quando da procura pelas causas últimas das enfermidades, a qual não se dá por encerrado com o término da experiência dita secular. As divergências de interpretações retomam, de certa forma, a discussão sobre a eficácia dos tratamentos e colocam em cheque a avaliação meramente instrumental. Neste contexto, marcado por especulações e atitudes aparentemente contraditórias, as atuações da biomedicina são avaliadas como importantes pelas famílias Kaingang mesmo quando a utilizam paralelamente a outras estratégias para sanar os problemas.

Considerações finais

A lista de enfermidades pode ser extremamente ampla quando partimos dos itinerários terapêuticos entre os Kaingang da TIX. Não foi minha intenção fazer um inventário das doenças, mas sim, explorar as trajetórias deste grupo doméstico para evidenciar alguns atores relevantes aos processos de saúde/enfermidade/atenção vivenciados localmente. Para isto, levamos em conta que as singulares experiências de enfermidade estão imersas em processos mais amplos e duradouros de construção da exclusão dos Kaingang no cenário regional, que marcam o campo de atenção à saúde e trazem implicações sérias para o cotidiano dos indígenas. Neste sentido, é certo que os

anos de contato, negociação, fricção ou interação entre as populações que se estabeleceram no oeste de Santa Catarina confluíram para as atuais possibilidades terapêuticas a serem utilizadas pelos Kaingang, dentre elas a medicina do estado e uma série de conhecimentos populares associados a diferentes saberes e tradições médias.

Dada a significativa gama de possibilidades terapêuticas e explicações sobre os processos de saúde e doença, a etnografia dos itinerários na TIX mostra que, do ponto de vista dos sujeitos, a lógica do processo de saúde e doença está mais ligada à reavaliação, reorganização, reformulação e ressignificação de experiências de enfermidade – e negociação constante dos significados – do que com a manutenção de uma noção de saúde ou cura unívoca. Portanto, neste contexto emergente é improdutiva a classificação das formas de atenção à saúde a partir de dicotomias como indígenas/não indígenas ou tradicionais/biomédicas.

Portanto, na TIX os processos de saúde/enfermidade/atenção, além de heterogêneos, remetem a um nível pragmático do ponto de vista dos sujeitos e grupos domésticos, onde os modelos de atenção à saúde são mais bem compreendidos como mapas para orientação da ação do que dogmas a serem seguidos cegamente. A avaliação constante dos recursos disponíveis e do estado de saúde dos enfermos torna fundamental o processo estrutural associado ao exercício da autonomia denominado autoatenção. Este trânsito pelos diversos recursos terapêuticos significa agência articulando modelos de atenção, incorporando ou negando as diversas práticas médicas disponíveis, onde a finalidade é a própria sobrevivência ou, como quer Menéndez, a reprodução biossocial do grupo. Neste sentido, do ponto de vista da procura terapêutica, este trabalho corrobora com diversos outros dados já levantados por outros na TIX e região.

Numa leitura mecânica da relação hegemonia/subalternidade entre os modelos de atenção à saúde, a autoatenção poderia ser concebida como possibilidade de subversão ao papel dos serviços oficiais de saúde, que buscam cercear a autonomia pela impessoalidade do aparato burocrático e controle das ações e processos terapêuticos a partir da biomedicina. Contudo, como se trata de um processo estrutural, a autoatenção remete a uma observação holística por parte dos sujeitos na consideração de diversos aspectos socioculturais relevantes a fim de ajustar constantemente a avaliação do que deve ser subvertido ou apropriado. Em outras palavras, na relação entre sujeitos e grupos domésticos e demais atores relevantes, os itinerários terapêuticos acompanhados na TIX deixam claro que a autonomia assume diversas facetas e têm como base outros

tipos de relações para além da resistência à formalidade dos serviços médicos oficiais. Autoatenção num contexto emergente também deve considerar a influência e intervenção de outros agentes próximos aos sujeitos e grupos domésticos fomentando também relações de troca e reciprocidade.

Superando a ideia de que os recursos terapêuticos estão dados num mapa de opções bem determinadas, o engajamento de parentes ou vizinhos a partir da autoatenção torna interessante uma aproximação dos itinerários terapêuticos a uma ideia geral de redes sociais. Emirbayer e Goodwin (1994) formulam que redes sociais não são estruturas formais e permanentes, mas, emergentes de processos de interação mediados culturalmente. Os processos de (re)produção das redes sociais baseiam-se em aspectos de intencionalidade, de elaboração de projetos e de relações de poder e, portanto, são constantemente rearticuladas e transformadas a partir da agência dos sujeitos. Desta forma, e do ponto de vista dos sujeitos e grupos domésticos, a rede poderia ser compreendida como um campo de possibilidades emergente e em retroalimentação diretamente proporcional ao investimento na agência.

Corroborando com alguns trabalhos recentes no Brasil, que têm focado na temática do empoderamento das mulheres indígenas em diversas esferas de atuação política (Schild, 2016; Rocha, 2014; Gibram, 2012), percebemos que a autoatenção está fundamentalmente associada ao papel das mulheres Kaingang voltado para articulação de redes terapêuticas. Na maioria dos casos observados, são elas as principais agentes na hora de tomar as decisões e acompanhar os caminhos a serem percorridos em processos de saúde/enfermidade/atenção. Semelhante ao que Bott (1976) aprecia em seu trabalho sobre família e rede social, o papel das mulheres aqui é fundamental na mediação entre o grupo doméstico e os processos que envolvem atores externos. Portanto, são as atuações das mulheres, a fim de obterem bons resultados, entremeadas pelas relações de poder, troca e reciprocidade que estabelecem formas de acesso e de circulação pelos diversos recursos terapêuticos.

A temática da saúde como mote de análise do engajamento dos indígenas em dinâmicas de circulação amplas também pode ser atrelada à consideração dos processos saúde/enfermidade/atenção como situações de liminaridade que denotam zonas fronteiriças férteis para dialogicidade. Aqui, o papel das mulheres assume certo relevo na atuação voltada ao gerenciamento dos fluxos de comunicação e negociação das estratégias de atenção à saúde. Hannerz (1997) sugere que fluxos de informação são organizadores de composições sociais marcados por constantes mobilidades, onde os

atores sociais trabalham para sua administração num complexo multivocal, polifônico e distributivo com relação às informações. Poder, prestígio e autoridade estão relacionados às agências sociais que elaboram estratégias de gestão em redes de interação sociocultural com fronteiras fluídas, reordenadas processualmente a partir dos próprios contextos interativos.

Tomar os agenciamentos das mulheres no campo da atenção á saúde gerindo fluxos comunicativos em zonas fronteiriças aponta para o que Shane Greene (1998) conceituou como intermedicalidade, ou seja, o contexto de pluralismo médico encarado como fruto de negociações entre agentes no desenrolar de projetos imersos em regimes de poder. Desta perspectiva, os sistemas médicos são híbridos, de caráter dinâmico e forma emergente que agem sintetizando e incorporando elementos, práticas e cosmologias diversas. Follér (2004) avança e denomina como “zonas de contato” os espaços onde se constituem processos de diálogo entre os vários modos de conhecimento sobre saúde e enfermidade presentes em determinado contexto sociocultural. Dessa forma, a intermedicalidade poder ser tomada como uma zona fronteira dada na coexistência de diferentes tradições médicas, entre as quais ocorrem confrontos, oposições, conflitos, reapropriações, ressignificações e fusões de elementos e técnicas a partir da agência.

Ferreira (2015) pontua que a intermedicalidade “constitui a forma assumida pela interculturalidade no campo da saúde indígena” (pág. 228). A autora avalia que a proposta de Atenção Diferenciada, presente na PNASPI (Brasil, 2002), contém em seu âmago a noção de interculturalidade pelo fato de explicitar a necessidade de articulação dos serviços médicos com os saberes e práticas tradicionais e considerar a participação indígena na elaboração e gestão da saúde. Em termos amplos, para ela, o discurso da interculturalidade estaria pautado por dois vieses. Um de tipo funcional, que remeteria à interlocução para resolução de um problema comunicativo voltado a resolver os riscos e incompreensões linguísticas e culturais. E outro de tipo prescritivo, associado a um projeto de transformação social voltado para a construção de relações simétricas e dialógicas, pautadas no reconhecimento mútuo e respeito à diferença. A segunda opção seria o viés mais coerente com a proposta da Atenção Diferenciada, pois, colocaria em diálogo as diversas epistemologias que norteiam processos de saúde e enfermidade em contato. Entretanto, é um consenso na literatura da saúde indígena brasileira que a perspectiva funcional da interculturalidade ainda é a hegemônica no campo das políticas públicas, entendida e praticada como um meio de adaptar e adequar as mensagens

sanitárias dos profissionais de saúde aos contextos locais. Deste ponto de vista, Ferreira conclui que não é interculturalidade que está operando, mas um multiculturalismo neoliberal que não questiona e nem transforma as relações assimétricas de poder entre o estado e as populações indígenas, pois, ao resolver a coexistência de traços culturais diversos, valoriza a cultura hegemônica e subalterniza e marginaliza as outras culturas tomadas como exóticas.

Em suma, a abertura para a diversidade de linguagens e vozes que constituem o contexto intermédico que entremeia os itinerários terapêuticos percorridos pelos Kaingang, que possibilita a movimentação e circulação dos sujeitos pelos recursos disponíveis e a articulação das práticas e saberes terapêuticos, reforça a centralidade do papel das mulheres e aponta para a presença de processos mais profundos de construção da pessoa voltados ao desenvolvimento deste tipo de habilidade. Estes trânsitos por diversas linguagens e espaços terapêuticos não representam, entretanto, quaisquer problemas com relação aos critérios relativos ao pertencimento étnico pela perspectiva indígena. Tendo que a busca por recursos neste contexto envolve saberes, práticas e atores diversos, podemos pensar a emergência de redes terapêuticas que perpassam a TIX como uma problematização da circunscrição étnica e cultural como base metodológica para estudos no campo da saúde indígena.

Percorrer os itinerários terapêuticos permitiu demonstrar que a articulação dos diversos recursos terapêuticos pelos indígenas no desenrolar dos processos de saúde/enfermidade/atenção não é mera consequência do contato interétnico que relega aos indígenas Kaingang o polo passivo, pois, a partir do processo estrutural de autoatenção fica saliente a emergência do protagonismo das mulheres na busca de soluções pragmáticas. Foi em favor de uma avaliação muito mais ampla e autônoma dos problemas de saúde que procurei argumentar que a autoatenção é um mecanismo básico de empoderamento que precisa ser levado a sério. Significa dizer que, para além de entender os modos que estas articulações se dão no contexto em questão, é preciso tratar tal mecanismo como elemento chave para as reflexões sobre uma política de atenção à saúde que efetivamente respeite os anseios e decisões dos povos indígenas de forma a não limitá-los a orientações que reforcem a essencialismos étnicos ou culturais.

Desta forma, é clara a necessidade de superação da insistência sobre a diferença cultural que oculta a produção de desigualdade social. Como tenho argumentado, seguindo orientação de Menéndez (2009), para ultrapassar a dicotomização entre saberes biomédicos e tradicionais os profissionais que servem os serviços oficiais de

saúde deveriam tomar uma posição mais simétrica e dialógica voltada ao estímulo intencional do processo de autoatenção. Em suma, assumindo que mesmos conceitos, processos e sujeitos sociais podem ser articulados por tendências diversas e até opostas entre si, seria possível suplantando impossibilidades epistemológicas e respeitar as configurações culturais emergentes sem julgá-las como certas ou erradas.

Referências

BAER, Hans; SINGER, Merrill; JOHNSEN, John. Introduction: Toward a Critical Medical Anthropology. *Social Sciences and Medicine*, Vol. 23, No. 2, pp. 95-98, 1986.

BLOEMER, Neusa Maria Sens e NACKE, Aneliese. A precarização de políticas públicas e suas repercussões na auto-sustentação dos Kaingang do oeste catarinense. In: *Ilha – Revista de Antropologia*. Programa de Pós Graduação em Antropologia Social UFSC. v 10, nº 1, Florianópolis, 2009.

BOTT, Elizabeth. *Família e rede social*. Rio de Janeiro (RJ): F. Alves, 1976.

BRASIL. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª Ed. Brasília: FUNASA/Ministério da Saúde, 2002.

BUCHILLET, Dominique. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: BUCHILLET, Dominique (org). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi: Edições CEJUP, 1991.

CASTRO, Márcia C; Adriano Massuda; Gisele Almeida; Naercio Aquino Menezes-Filho; Monica Viegas Andrade; Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha; Rudi Rocha; James Macinko; Thomas Hone; Renato Tasca; Ligia Giovanella; Ana Maria Malik; Heitor Werneck; Prof Luiz Augusto Fachini; Rifat Atun. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. In: *The Lancet*. Volume 394, ISSUE 10195, P345-356, July 27, 2019.

D'ANGELIS, V. R. & FOKÂE, V. F. Série Documento: Toldo Imbú. In: *Cadernos do Centro de organização da Memória Sócio-Cultural do Oeste de Santa Catarina – Ceom*. Chapecó. SC, 1994.

EMIRBAYER, M e Jeff Goodwin. Network Analysis, Culture and the problem of Agency. *The American Journal of Sociology*, Vol. 99, Nº 6, May 1994, 1411-1454.

FERREIRA, L. O. Interculturalidade e Saúde Indígena no Contexto das Políticas Públicas Brasileiras. In: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. (orgs.) *Saúde Indígena: Políticas Comparadas na América Latina*. Florianópolis, Ed. Da UFSC, 2015.

FOLLÉR, Maj-Lis. Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E.J, GARNELO, L. (org) *Saúde dos povos*

indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa: ABA, 2004.

FRANKENBERG, R. Medical anthropology and development: a theoretical perspective. *Social Science & Medicine. Medical Anthropology*, v. 14B, n. 4. 1980.

GHIGGI JR, Ari. Representações e Práticas no Tratamento de Infortúnios entre os Kaingang Crentes da Aldeia Sede da Terra Indígena Xaçecó. Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências Sociais. UFSC. 2006.

_____. Estudo etnográfico sobre alcoolização entre os índios Kaingang da Terra Indígena Xaçecó: das dimensões construtivas à perturbação. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2010.

_____. Uma abordagem relacional da atenção à saúde a partir da Terra Indígena Xaçecó. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

_____. Trayectorias y articulaciones de una sanadora kaingang en Santa Catarina, Sur de Brasil. In: *Desacatos - Revista de Ciencias Sociales*. n 58, pp. 34-49, 2018.

GHIGGI JR, Ari; LANGDON, Esther Jean. Controle Social como Autoatenção: Estratégias Kaingang diante os abusos das Bebidas Alcoólicas. In *Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais*. Maximiliano Loiola Ponte de Souza, org. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2013.

_____. Reflections on intervention strategies with respect to the process of alcoholization and self-care practices among Kaingang indigenous people in Santa Catarina State, Brazil. *Cad. de Saúde Pública*, vol.30, n.6, pp. 1250-1258, 2014.

GIBRAM, Paola Andrade. Política, parentesco e outras histórias kaingang: uma etnografia em Penhkár. Florianópolis. 201 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. 2012.

GREENE, Shane. The shaman's needle: development, shamanic agency and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist*. Washington D.C, v.25 n.4 p 634-658, 1998.

HANNERZ, Ulf. Fluxos, fronteiras, híbridos: palavras-chave da Antropologia Transnacional. In: *Mana*, 3:7-39. 1997.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os indígenas no censo demográfico: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2012. On-line: <https://indigenas.ibge.gov.br/images/indigenas/estudos/indigena_censo2010.pdf>. Acesso em: agosto de 2020.

ISA – Instituto Socioambiental. Terra Indígena Xaçecó: Povos e Demografia. On-line: <<http://ti.socioambiental.org/pt-br/#!/pt-br/terras-indigenas/3906>>. Acesso em Agosto de 2020.

LANGDON, E. J. Representações de Doenças e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. In: SANTOS, R. V. & COIMBRA JR., C. E. A. (orgs.) Saúde e Povos Indígenas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. (orgs.) Saúde Indígena: Políticas Comparadas na América Latina. Florianópolis, Ed. Da UFSC, 2015.

LANGDON, E. J. ; GHIGGI JR, Ari. Engajamento antropológico e políticas públicas: a formação de redes interdisciplinares em saúde indígena. In: Rosana Castro; Cíntia Engel; Raysa Martins. (Org.). Antropologias, Saúde e Contextos de Crise. 1ed. Brasília: Sobrescrita, p. 109-125, 2018.

MALUF, Sonia Weidner, Érica Quinágua Silva, Marcos Aurélio da Silva. Antropologia da saúde: entre práticas, saberes e políticas. In: BIB, São Paulo, n. 91, pp. 1-38, 2020.

MENÉNDEZ, Eduardo L. Sujeitos, Saberes e Estruturas: Uma Introdução ao Enfoque Relacional no Estudo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2009.

OLIVEIRA, Philippe Hanna de Almeida. Comida forte e comida fraca: alimentação e fabricação dos corpos entre os Kaingáng da terra indígena Xaçecó (Santa Catarina, Brasil). Florianópolis, SC, 2009. 142 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2009.

ORTNER, Sherry. Poder e Projetos: reflexões sobre a agência. In: GROSSI, M; ECKERT, C; FRY, P. (Org.). Conferências e diálogos: saberes e práticas antropológicas. Brasília: ABA; Blumenau: Nova Letra, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. Thirty years of the Unified Health System (SUS). Ciênc. saúde coletiva, vol.23, n.6, pp.1723-1728, 2018.

PRIMI, Lilian. Índios na Linha de Produção: Frigoríficos buscam mão de obra em aldeias para trabalho com alto índice de doenças. In: Caros Amigos, a.17, n.197, 2013.

ROCHA, Cinthia Creatini da. 'Bora vê quem pode mais': uma etnografia sobre o fazer política entre os Tupinambá de Olivença (Ilhéus, Bahia). 2014. 303 p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2014.

SCHILD, Joziléia Daniza Jagso Inacio Jacobsen. Mulheres Kaingang, seus caminhos, políticas e redes na TI Serrinha. 2016. 195 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2016.

SINGER, Merrill. Reinventing Medical Anthropology: Toward a Critical Realignment. Social Science and Medicine. Vol. 30, Nº2, 1990.