

**SOFIA BEATRIZ MACHADO DE MENDONÇA**

**MUDANÇA E PERMANÊNCIA NO MODO DE VIVER, COMER E  
ADOCER ENTRE OS KHISÊDJÊ: TECENDO NOVAS PRÁTICAS,  
SABERES E SIGNIFICADOS**

Tese apresentada à Universidade Federal  
de São Paulo – Escola Paulista de  
Medicina, para obtenção do Título de  
Doutor em Ciências.

São Paulo

2021

**Sofia Beatriz Machado de Mendonça**

**MUDANÇA E PERMANÊNCIA NO MODO DE VIVER, COMER E  
ADOECER ENTRE OS KHISÊDJÊ: TECENDO NOVAS PRÁTICAS,  
SABERES E SIGNIFICADOS**

Tese apresentada à Universidade Federal  
de São Paulo – Escola Paulista de  
Medicina, para obtenção do Título de  
Doutor em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Paulo Gomes  
Pereira

São Paulo

2021

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Prof. Antonio Rubino de Azevedo,  
Campus São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Mendonça, Sofia Beatriz Machado de

Mudança e Permanência no modo de viver, comer e adoecer entre os  
Khisêdjê: tecendo novas práticas, saberes e significados. / Sofia Beatriz  
Machado de Mendonça. - São Paulo, 2021.

xxiv, 265f.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista  
de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: Change in and permanence of the way the Khisêdjê  
live, eat and fall ill: interlacing new practices, knowledge and meanings.

1. Saúde Indígena. 2. Saúde Coletiva. 3. Antropologia e Saúde.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**

**ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**Chefe do Departamento:**

Prof(a). Dr(a). Rosemarie Andreazza

**Coordenadora do Curso de Pós-Graduação:**

Prof(a). Dr(a). Zila Van Der Meer Sanchez Dutenhefner



**Sofia Beatriz Machado de Mendonça**

MUDANÇA E PERMANÊNCIA NO MODO DE VIVER, COMER E ADOECER  
ENTRE OS KHISÊDJÊ: TECENDO NOVAS PRÁTICAS, SABERES E  
SIGNIFICADOS

Presidente da Banca:

Prof. Dr. Pedro Paulo Gomes Pereira

---

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Anthony Seeger

Department of Ethnomusicology, University of California Los Angeles (UCLA), USA

---

Prof. Honoris Causa Ailton Alves Lacerda Krenak

Universidade Federal de Juiz de Fora/MG

---

Prof(a) Dr(a) Carmen Sylvia de Alvarenga Junqueira

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

---

Prof(a) Dr(a) Betty Mindlin

Pesquisadora Independente

---

Data da aprovação: 26 de agosto de 2021

## Dedicatória



Fonte: BIRAL, Eduardo (1988).  
**Figura 1. Imagem da festa do rato, Aldeia Ricoh.**

Aos meus pais, Mario e Zezé (*in memoriam*), que me gestaram, conceberam e *construíram* com muito amor e carinho,

Aos meus queridos Douglas, Mario e André, que me inspiram e me ensinam, que me fizeram mulher, mãe e companheira de viagem nessa vida.

Aos meus parentes Khisêdjê, que sempre me mostraram um caminho para seguir com passos firmes. Ensinaram-me a dançar, brincar e ouvir *khumba* de outro modo.

## Agradecimentos

Ao meu querido e amado companheiro de vida, Douglas, que me acompanhou e cuidou nas diferentes fases de criação, alucinação, devaneios, insights ao longo do processo de escrever esta tese.

Agradeço ao meu filho Mario pelo carinho, companheirismo e por me incentivar a ir além, sempre!

Agradeço ao meu filho André que, com muita paciência, me ajudou a “*manter a mente quieta, a espinha ereta e o coração tranquilo...*” e por acreditar no meu potencial e no meu modo de trilhar o caminho.

Agradeço profundamente ao Professor Baruzzi (*in memoriam*), eterno mestre, que tirou os óculos para conversar comigo, me ouvir, me aconselhar e me acompanhar em toda a minha trajetória.

A toda a equipe e a cada companheiro do Projeto Xingu, pelo carinho, cumplicidade, por toda a construção coletiva que compartilhamos nesses anos de saúde indígena. A Mariana, Vanessa, Pablo, Rosana, Karine, Lavínia, Evelim, Clayton, Vânia, Juliana, Hélio, André, Sidnei, D. Maria e Larissa.

Agradeço especialmente à querida Bimba, grande companheira, de longa e fecunda caminhada, dos tempos de Estela, Biral e muitos companheiros, pelo trabalho de campo e reflexões compartilhadas.

À Ana Maria, querida companheira de trabalho, pela dedicação e carinho.

À Lalucha, pelo carinho e disponibilidade em me ajudar com a sistematização dos dados de pesquisa.

À Carmen Junqueira, por acreditar em mim, sempre! Minha referência de vida e de luta, embaralhando a doçura e o picante. Agradeço pelos momentos preciosos compartilhados ao longo da vida, em campo e nas longas conversas regadas a amor, criação, delírio e cumplicidade.

À Betty Mindlin, pela delícia dos encontros, carinho e disposição eterna de troca de ideias e afetos.

Ao Ailton Krenak, querido companheiro de jornada, dos tempos do *aqui* e *acolá*, até os dias de hoje, em casa e na Serra do Cipó. Agradeço pelas reflexões que me

viraram de ponta cabeça para aprender a enxergar diferente. Conversas ao vento, conversas em tempo.

Ao Professor Anthony Seeger, a quem admiro há muitos anos, desde os encontros musicais no Diauarum, nos idos da década de 90, pela disponibilidade de escuta e troca de ideias sobre o movimento e a vida dos Khisêdjê.

Ao meu orientador, Pedro Paulo, que se dispôs a me acompanhar e orientar nessa viagem. Agradeço pelas conversas, pelas provocações, por me puxar dos rodamosinhos em que me enfiava trazendo a distância necessária para que eu pudesse ir adiante.

Aos professores e colegas do Departamento de Medicina Preventiva pelo acolhimento, cumplicidade durante essa jornada e em nome das lutas compartilhadas.

Agradeço imensamente aos meus parentes Khisêdjê, que sempre me acolheram com carinho, respeito e me deram um nome belíssimo e forte, Ngajtákhátxi. Agradeço pela oportunidade de pensar a vida e escrever, arriscar estratégias, comemorar conquistas, dançar e cantar juntos.

## **Epígrafe**

*O estudo dos índios brasileiros pode nos conscientizar de aspectos de nossa própria sociedade sobre os quais tendemos a refletir muito pouco. Através da análise dos índios brasileiros somos forçados a nos considerar a partir de um ponto de vista diferente... uma espécie de espelho através do qual o leitor possa refletir sobre certas características de sua própria sociedade, bem como a dos próprios índios.*

Anthony Seeger (1980, p. 13)

*Nada é permanente, exceto a mudança.*

Heráclito de Éfeso

## Resumo

Nas últimas décadas, o mundo tem assistido a uma epidemia das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Vários estudos relacionam esse fato ao aumento do consumo de alimentos multiprocessados e ao sedentarismo das sociedades modernas. Quando analisamos o perfil epidemiológico entre os povos indígenas em vários países, a situação é mais grave. Estudos revelam que a presença das DCNT é ainda maior que a encontrada entre não indígenas. Durante os últimos anos, foram realizados estudos de prevalência de síndrome metabólica, obesidade e dislipidemias, revelando alto risco para as doenças cardiovasculares, DM2 e HAS entre os povos indígenas do Xingu. Particularmente entre os Khisêdjê, foram realizados estudos no período de 1999-2000, 2010-2011, identificando um aumento significativo desse risco ao longo de 10 anos. Neste projeto, nos propomos a aprofundar o estudo sobre as mudanças no modo de viver, trabalhar e comer entre os Khisêdjê, e procurar entender como eles percebem e vivenciam estas mudanças e o aparecimento das novas doenças. A abordagem é majoritariamente qualitativa e constituem estratégias de pesquisa: a observação participante, diários de campo, entrevistas semiestruturadas e abertas junto aos Khisêdjê. O período de observação e análise foi de 2010 a 2019, embora tenha retomado relatórios e vivências de campo anteriores entre eles, desde a década de 80. Toda a investigação teve como referência a *pesquisa participante* (WALLERSTEIN, 2018) com a construção coletiva do conhecimento e práticas, socializando e trocando saberes. Em relação aos desdobramentos dessa investigação, é possível pensar em duas vertentes. Uma delas tem a ver com a experiência da atenção diferenciada, no contexto da saúde indígena, do SASISUS, e a produção de conhecimento e prática no campo da saúde coletiva. Os resultados desse trabalho podem auxiliar no conhecimento dos determinantes socioculturais relacionados às doenças crônicas não transmissíveis, dar pistas para a confecção de políticas públicas mais adequadas que considerem a especificidade dos povos indígenas.

A outra vertente está relacionada com o envolvimento e implicação dos sujeitos na produção da saúde, na prevenção e na possibilidade de modificar o rumo destas novas doenças.

## Abstract

Over the last decades, the world has witnessed an epidemic of noncommunicable diseases (NCDs). Several studies relate this fact to the increase in the consumption of ultra-processed products and to the sedentarism of modern societies. When the epidemiological profile of indigenous peoples in many countries is analyzed, the situation is more serious. Studies show that the occurrence of NCDs is even more frequent than the occurrence detected among non-indigenous peoples. Over the last years, studies on the prevalence of metabolic syndrome, obesity and dyslipidemia have been conducted and high risks for cardiovascular diseases, Type 2 Diabetes Mellitus and Systemic Arterial Hypertension among the indigenous peoples in the Xingu Indigenous Park have been identified. Studies concerning particularly the Khisêdjê from 1999 to 2000 and from 2010 to 2011 indicated a significant increasing risk over ten years. This project has the purpose of examining in more detail the changes in the way of living, working and eating among the Khisêdjê and it seeks to understand how they notice and undergo these changes and the incidence of new diseases. The analysis is primarily qualitative and the research methods are: participant observation, field journals, semi-structured and unstructured interviews with the Khisêdjê. The observation and analysis period was from 2010 to 2019, even though reports and field experience dated back to the 1980s have also been taken into account. The whole investigation used *participatory research* as source of reference, with collective knowledge and practices construction, socializing and exchanging expertise. In regard to the developments of this investigation, it is possible to consider two strands. One of them is related to the experience of the differentiated health care in the context of the indigenous peoples' health, the SASISUS (acronym in Portuguese for Subsystem of Indigenous People's Health Care), and the knowledge construction and practice in the field of collective health care. The findings of this study might assist with the knowledge of sociocultural determinants related to noncommunicable diseases, suggest ideas to formulate more effective public policies that take into consideration the specificity of indigenous peoples. The other strand is connected with the involvement of persons promoting

health, disease prevention and the possibility of altering the way these new diseases might develop among the Khisédjê.



## Lista de figuras

Figura 1. Imagem da festa do rato, Aldeia Ricoh .....	v
Figura 2. Autora, Sofia Mendonça, em reunião de Conselho Distrital .....	31
Figura 3. Imagem da Aldeia Khikatxi, TI Wawi, 2019 .....	46
Figura 4. Evolução do território destinado ao Parque Indígena do Xingu desde sua criação, em 1961 .....	47
Figura 5. Trajetória dos Povos Indígenas trazidos para o PIX .....	51
Figura 6. Mapa localizando as aldeias no Parque Indígena do Xingu e Terra Indígena Wawi, 2011 .....	52
Figura 7. Desmatamento no Parque Indígena do Xingu de 2000-2007 .....	53
Figura 8. Mapa das aldeias do povo Khisêdjê no TI Wawi e Parque Indígena do Xingu, 2021 .....	57
Figura 9. Imagem da Aldeia Khikátxi, 2021 .....	58
Figura 10. Coordenação do Projeto Xingu e alunos de extensão da UNIFESP, etapa de pesquisa-ação entre os Khisêdjê, 2010 .....	65
Figura 11. Festa do Rato, Aldeia Ricoh, 1988 .....	66
Figura 12. Mapa da Terra Indígena Wawi, 2018 .....	67
Figura 13. Canoa na beira do Rio das Pacas, Aldeia Ngojwêre, 2010 .....	68
Figura 14. Mãe e filho durante Pesquisa-ação, Aldeia Ngojwêre, TI Wawi, 2011 ....	75
Figura 15. Criança Khisêdjê escovando os dentes no Rio das Pacas, Aldeia Ngojwêre, TI Wawi, 2003 .....	77
Figura 16. Liderança Khisêdjê na Aldeia Ngojwêre, Polo Wawi, 2003 .....	81
Figura 17. Mapa da Terra Indígena Wawi, 2018 .....	91
Figura 18. Agente Indígena de Saúde explicando resultados da Pesquisa-ação sobre DCNT entre os Khisêdjê, Aldeia Ngojwêre, TI Wawi, 2011 .....	102
Figura 19. Oficina de culinária, Pesquisa-ação entre os Khisêdjê, TI Wawi, 2011 .	104

Figura 20. Oficina de culinária, Pesquisa-ação entre os Khisêdjê, TI Wawi, 2011	.104
Figura 21. Oficina de culinária, Pesquisa-ação entre os Khisêdjê, TI Wawi, 2011	.105
Figura 22. Oficina de culinária, Pesquisa-ação entre os Khisêdjê, TI Wawi, 2011	.105
Figura 23. Acompanhando produção do sal de aguapé, TI Wawi, 2011	.....106
Figura 24. Acompanhando produção do sal de aguapé, TI Wawi, 2011	.....106
Figura 25. Acampamento para acompanhar o processamento do sal de aguapé, 2011	.....107
Figura 26. Acampamento para acompanhar o processamento do sal de aguapé, 2011	.....107
Figura 27. Acompanhamento do processamento do sal de aguapé, queima, 2011	.....108
Figura 28. Acompanhamento do processamento do sal de aguapé, filtragem, 2011	.....108
Figura 29. Cozimento e secagem do sal de aguapé, 2011	.....109
Figura 30. Roda de Conversa sobre a Pesquisa-ação, Aldeia Khikatxi, 2019	.....112
Figura 31. Visitando as roças, Pesquisa-ação Aldeia Ngojwere, 2011	.....120
Figura 32. <i>Ngrwa Rêni</i> , Corrida de Toras, durante o isolamento dos Khisêdjê na Pandemia de Covid-19, Aldeia Khikátxi, 2020	.....134
Figura 33. <i>Ngrwa Rêni</i> , Corrida de Toras, durante o isolamento dos Khisêdjê na Pandemia de Covid-19, Aldeia Khikátxi, 2020	.....134
Figura 34. Corrida de Flechas, durante o isolamento dos Khisêdjê na Pandemia de Covid-19, Aldeia Khikátxi, 2020	.....135
Figura 35. Corrida de Flechas, durante o isolamento dos Khisêdjê na Pandemia de Covid-19, Aldeia Khikátxi, 2020	.....135
Figura 36. Festa de final de ano em isolamento durante a pandemia da Covid-19, 2020/2021	.....137
Figura 37. Festa de final de ano em isolamento durante a pandemia da Covid-19, 2020/2021	.....137
Figura 38. Fábrica de fazer brancos, professor Kaxinauá, 2013	.....155

Figura 39. <i>Mendijê Wik-hrõntá</i> , Casa das Mulheres, Aldeia Ngojwêre, TI Wawi 2010 .....	161
Figura 40. Aldeia Khikátxi, 2021 .....	161
Figura 41. Entardecer na Aldeia Khikátxi, 2021 .....	193
Figura 42. Oficina de culinária entre os Khisêdjê, 2011 .....	195
Figura 43. Tawarawana pelos Khisêdjê, 2003 .....	210

## **Lista de tabelas**

Tabela 1. Descrição do número e porcentagem de indígenas Khisêdjê avaliados segundo o período de coleta e as variáveis sociodemográficas, antropométricas e clínico-laboratoriais. PIX e TI Wawi, 1999 a 2019 .....	99
---	----

## Lista de quadros

Quadro 1. Dimensão territorial do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu .....	46
Quadro 2. Povos do Parque Indígena do Xingu, segundo tronco e família linguística e o ano de ingresso na área, 1975 .....	50
Quadro 3. Aldeias do Povo Khisêdjê e população por sexo, TI Wawi, 2020 .....	66
Quadro 4. Bens de consumo por categoria e quantidade, Aldeia Khikátxi, 2019 .....	90
Quadro 5. Bens de consumo por categoria e quantidade, Aldeia Khikátxi, 2019 ..	159
Quadro 6. Nível de Segurança Alimentar das casas da Aldeia Khikátxi, considerando pontos de corte da EBIA adaptada, 2019 .....	177

## Lista de Gráficos

- Gráfico 1. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade entre os Khisêdjê, TIX e TI Wawi, 1985 a 2019 .....100
- Gráfico 2. Prevalência de DM2, PAA e hipertrigliceridemia entre os Khisêdjê, TIX e TI Wawi, 1985 a 2019 .....100

## **Lista de abreviaturas, siglas e símbolos**

<b>ABS</b>	Atenção Básica à Saúde
<b>AEI</b>	Auxiliar de Enfermagem Indígena
<b>AIS</b>	Agente Indígena de Saúde
<b>AISAN</b>	Agente Indígena de Saneamento
<b>AISB</b>	Agente Indígena de Saúde Bucal
<b>AIK</b>	Associação Indígena Khisêdjê
<b>ATIX</b>	Associação Terra Indígena do Xingu
<b>CA</b>	Circunferência Abdominal
<b>CASAI</b>	Casa de Apoio à Saúde Indígena
<b>CNPq</b>	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<b>CONEP</b>	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CISI</b>	Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>DIASI</b>	Divisão de Atenção à Saúde Indígena
<b>DM2</b>	Diabetes mellitus Tipo 2
<b>DNCT</b>	Doenças Crônicas não Transmissíveis
<b>DSEI Xingu</b>	Distrito Sanitário Especial Indígena Xingu
<b>EBIA</b>	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
<b>EMSI</b>	Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena

<b>EPM</b>	Escola Paulista de Medicina
<b>ESP</b>	Escola de Saúde Pública
<b>FIOCRUZ</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>FUNAI</b>	Fundação Nacional do Índio
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>HSP</b>	Hospital São Paulo
<b>HU/UNIFESP</b>	Hospital Universitário da UNIFESP
<b>IFMT</b>	Instituto Federal de Mato Grosso
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>ISA</b>	Instituto Socioambiental
<b>NASI</b>	Núcleo de Atenção à Saúde Indígena
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONGs</b>	Organizações não governamentais
<b>PIX</b>	Parque Indígena do Xingu
<b>PMM</b>	Programa Mais Médicos
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNAPSI</b>	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
<b>PNUD</b>	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
<b>RT</b>	Responsável Técnico
<b>SASISUS</b>	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde
<b>SEDUC/MT</b>	Secretaria Estadual de Educação de Mato Grosso



<b>SES/MT</b>	Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso
<b>SESAI</b>	Secretaria Especial de Saúde Indígena
<b>SM</b>	Síndrome Metabólica
<b>SPDM</b>	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TIX</b>	Território Indígena do Xingu
<b>UAPI</b>	Unidade de Atenção Primária Indígena
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UNIFESP</b>	Universidade Federal de São Paulo
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## Sumário

Dedicatória .....	v
Agradecimentos .....	vi
Epígrafe .....	viii
Resumo .....	ix
Abstract .....	x
Lista de figuras .....	xii
Lista de tabelas .....	xv
Lista de quadros .....	xvi
Lista de gráficos .....	xvii
Lista de siglas e abreviaturas .....	xviii
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>22</b>
1.1 A costura dos capítulos: um alinhavo.....	24
<b>2 TRAJETÓRIA DA AUTORA... TRAVESSIA .....</b>	<b>27</b>
<b>3 A PERGUNTA E OS OBJETIVOS DA PESQUISA .....</b>	<b>32</b>
3.1 Pergunta da pesquisa .....	32
3.2 Objetivos .....	32
<b>4 TECENDO A COLCHA DE RETALHOS: UMA COSTURA ENTRE INTUIÇÕES, PERCEPÇÕES E MÉTODOS .....</b>	<b>33</b>
4.1 O desenho da pesquisa .....	35
4.2 Um pouco mais sobre as estratégias do trabalho de campo .....	36
4.3 O processo de construção do percurso metodológico .....	38
4.4 O Projeto matriz – Novos problemas de saúde: avaliação do perfil nutricional e metabólico dos índios do Parque Indígena do Xingu .....	42
<b>5 O TERRITÓRIO, SUAS GENTES E SUAS HISTÓRIAS – O LUGAR DE ONDE FALAMOS .....</b>	<b>46</b>
5.1 Território de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu ..	46
5.2 Parque Indígena do Xingu e Terra Indígena Wawi .....	47
5.2.1 Parque Indígena do Xingu .....	47
5.2.2 Impactos do processo de colonização e avanço do agronegócio .....	52
5.2.3 Terra Indígena Wawi .....	56

5.3 O Projeto Xingu – Escola Paulista de Medicina / UNIFESP .....	58
<b>6 QUEM SÃO OS KHISÊDJÊ? .....</b>	<b>66</b>
6.1 Um pouco de sua história... .....	68
6.2 Mito e História .....	69
6.3 O modo de viver e o ciclo da vida .....	71
6.4 O ciclo da vida .....	72
6.5 Gestação, parto e nascimento .....	73
6.6 Cuidados com as crianças pequenas .....	75
6.7 Os jovens: A construção do corpo em novos tempos e novos quereres .....	77
6.8 Envelhecer .....	80
<b>7 O CAOS E A ORDEM: A DOENÇA E A REORDENAÇÃO DA VIDA .....</b>	<b>82</b>
7.1 O subsistema de atenção à saúde indígena – o mapa de cuidado e itinerário terapêutico entre os Khisêdjê .....	82
7.1.1 O caso do DSEI Xingu .....	87
7.1.2 O mapa de cuidado entre os Khisêdjê .....	90
7.1.3 Qual é o itinerário terapêutico usual dos Khisêdjê? .....	92
7.2 A presença das Doenças Crônicas não Transmissíveis: o olhar da biomedicina e a percepção dos Khisêdjê .....	94
7.2.1 O que mudou? .....	96
7.2.2 Resultados do rastreamento clínico e laboratorial para SM, HAS, DM2 e dislipidemia .....	99
7.2.3 Conversando sobre a vida, sobre os alimentos de fora e as novas doenças em 2010 e 2011 .....	102
7.2.4 Retomando a conversa, em 2019 .....	112
7.2.5 Como os Khisêdjê pensam as doenças novas – <i>me sá ndywy</i> .....	113
7.3 Como os Khisêdjê enfrentaram a grande epidemia – COVID-19? .....	123
7.3.1 E na prática... o que aconteceu? O que tem acontecido? .....	128
7.3.2 Outras leituras sobre a Pandemia .....	137
7.4. O que mudou? O que está mudando e os preocupa?.....	141
7.4.1 Partejar e parir.....	144
7.4.2 O aprendizado dos jovens .....	147
7.4.3 Memórias ficaram pelo caminho .....	150

7.4.4 Mudaram os assuntos da roda de conversa na <i>ngá</i> , casa dos homens...	152
7.4.5 Educação escolar... novos tempos, novos quereres...	153
7.4.6 Sobre o dinheiro e a economia interna	155
7.4.7 Os espaços da aldeia	159
7.4.8 O indivíduo e o coletivo	162
7.5 Fome ou sobrevivência? Como se mede a segurança alimentar?	163
7.5.1 Encruzilhadas	168
7.5.2 Como medir a fome e a insegurança alimentar entre os Povos Indígenas?	169
7.5.2.1 Histórico e estudos	169
7.5.2.2 Construção de instrumentos para coleta de dados	172
7.5.2.3 Sobre o uso da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar adaptada para essa pesquisa	173
7.5.3 Inquérito Alimentar	175
7.5.4 EBIA adaptada	176
<b>8 CONSIDERAÇÕES E POSSÍVEIS DESDOBRAMENTOS: O DIÁLOGO COMO ESTRATÉGIA DE TRANSFORMAÇÃO</b>	<b>188</b>
<b>9 CODA – MIMETIZANDO PARA SE DIFERENCIAR: UMA CONVERSA COM AILTON KRENAK</b>	
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>211</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>221</b>
Apêndice I – Aspectos éticos	221
Apêndice II – Termo Individual de Consentimento Livre e Esclarecido	222
Apêndice III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	225
Apêndice IV – EBIA – Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. Adaptação para os Povos do Xingu	228
Apêndice V – Levantamento socioeconômico	230
Apêndice VI – Levantamento Situação Alimentar	238

<b>ANEXOS .....</b>	<b>241</b>
Anexo I – Parecer Consustanciado CEP .....	241
Anexo II – Parecer Consustanciado CONEP .....	254

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o mundo tem assistido a uma epidemia das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como a síndrome metabólica, dislipidemias, doenças cardiovasculares, obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Vários estudos relacionam esse fato ao aumento do consumo de alimentos industrializados, multiprocessados e ao sedentarismo das sociedades modernas em todas as faixas etárias. Muitos países já consolidaram a transição nutricional e epidemiológica; outros estão em processo, como é o caso do Brasil.

Quando analisamos o perfil epidemiológico entre os povos indígenas ou originários, como são chamados em vários países, a situação é ainda mais grave, pois estudos revelam que a presença das DCNT é maior que a encontrada entre não indígenas (VIEIRA FILHO, 1978; KNOWLER, 1978; BARTHA, 1973; BENNET, 1971; COHEN, 1954; DOEBLIN, 1969; DREVETS, 1965; JOHNSON, 1964; WEST, 1974; NISWANDER, 1969; MOURATOFF, 1967; NEEL, 1971). Entre os povos indígenas no Brasil, podemos dizer que esta transição está em curso, mas com características próprias. As doenças transmissíveis ainda têm um peso elevado nas taxas de mortalidade geral e infantil. Ao mesmo tempo, nos últimos anos, estudos revelam o aumento rápido das DCNT com impacto significativo na morbimortalidade, configurando o que Frenk, em 1991, chamou de “polarização epidemiológica” (FRENK, 1991).

Alguns estudos entre povos indígenas brasileiros apontam para uma relação entre as mudanças no modo de viver e o aparecimento da síndrome metabólica, obesidade e outras doenças associadas como a Diabetes Mellitus (DM2) e Hipertensão Arterial (HAS) (COIMBRA, 2002; 2004; LOURENÇO, 2008; SALVO, 2009; WELCH, 2009; DAL FABRO, 2014; MAZZUCCHETTI, 2014). A maioria deles se propõe a fazer um diagnóstico da situação, revelando a prevalência da síndrome metabólica, dislipidemias, obesidade, DM2 ou HAS, atribuindo este aumento à introdução de alimentos industrializados, ao sedentarismo, à monetarização da economia local e à ocidentalização da vida.

Em conversas com indígenas e profissionais de saúde em diferentes Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) do país, temos observado um aumento significativo das DCNT e uma associação intuitiva às mudanças no modo de viver, trabalhar e comer destes povos. Na maioria dos DSEI também é colocada a questão da inclusão, em massa, dos povos indígenas nos benefícios sociais como Bolsa Família, auxílio-maternidade, aposentadoria, cestas básicas, entre outros, a partir de uma política pública universalista que não considera a especificidade sociocultural e o seu impacto entre os povos indígenas, particularmente entre os aldeados. Este impacto ainda é uma incógnita, pois poucos são os estudos sobre esse tema, tendo em vista a celeridade com que esses benefícios chegaram em área nos últimos anos (TRONCARELLI, 2017). Entre os povos do Xingu é possível verificar como foi se alterando o perfil epidemiológico ao longo das últimas décadas por conta do *Projeto Xingu*, programa de extensão da Escola Paulista de Medicina, que desenvolve atividades de atenção, ensino e pesquisa na área desde 1965. Foi realizado um estudo internacional multicêntrico, INTERSALT<sup>1</sup>, na década de 80, em que os povos do Xingu foram estudados e, na ocasião, não foi detectado nenhum caso de hipertensão arterial ou diabetes mellitus (CARVALHO, 1989). Ou seja, foi possível marcar uma época, um ponto zero, em que não existiam casos de doenças crônicas. O que mudou?

Ao final da década de 80 e durante a década de 90, foram identificados casos de hipertensão arterial, principalmente entre os Kaiabi, que vinham de um longo contato com seringueiros e a dieta ocidental antes de entrarem no Xingu, e dois casos de DM2. Já na virada do século, começaram a ser diagnosticados os casos de desnutrição entre menores de 5 anos e idosos, ao mesmo tempo casos de obesidade entre os jovens e adultos, homens e mulheres. Nesse período, já era visível a incorporação de alguns itens da dieta ocidental como o café, açúcar, sal, óleo, arroz e macarrão. Nos anos 2000, aumentaram os casos de HAS e DM2. Interessante observar que eles começaram a aparecer em aldeias que tinham mais acesso à comida industrializada, onde estavam as escolas e a merenda escolar, onde se faziam cursos de formação e capacitação. Durante os últimos anos, estudos realizados pelo Projeto Xingu entre vários povos xinguanos revelaram uma alta

<sup>1</sup> Intersalt foi um estudo internacional, multicêntrico, que avaliou a presença de eletrólitos na urina e sua relação com a pressão arterial (CARVALHO et al. Blood Pressures in Four Remote Populations. *Hypertension*, v. 14, n. 3, September 1989).

prevalência de síndrome metabólica, obesidade e dislipidemias, apontando um alto risco para as doenças cardiovasculares, DM2 e HAS. Particularmente entre os Khisêdjê, esses estudos, realizados entre 1999-2000 e 2010-2011 (SALVO, 2009; MAZZUCCHETTI, 2014), verificaram um aumento do risco cardiometabólico ao longo de 10 anos. Em abril de 2019, já no contexto deste estudo – *Mudança e permanência no modo de viver, comer e adoecer entre os Khisêdjê: tecendo novas práticas, saberes e significados* –, foi realizada mais uma etapa de pesquisa-ação entre os Khisêdjê, que será relatada mais adiante.

Diante do contexto descrito, neste projeto, nos propomos a aprofundar o estudo sobre as mudanças no modo de viver, trabalhar e comer entre os Khisêdjê, moradores da Terra Indígena Wawi, e procurar entender como eles percebem essas mudanças. Para eles, mudou de fato o modo de viver e ser Khisêdjê? Na interpretação dos Khisêdjê, existe uma associação entre o modo como estão se alimentando, trabalhando e vivendo com estas novas doenças?

Em geral, os alimentos do não índio entram nas dietas locais sem regras de consumo. Em todas as sociedades, particularmente as indígenas, existem regras e classificações para o consumo de alimentos. Estão sendo elaboradas novas regras para o consumo destes alimentos que vêm de fora?

O que vamos buscar aqui será compreender como os Khisêdjê percebem este processo, com quais mudanças de comportamento e suas consequências se preocupam, como acomodam as mudanças e se reorganizam olhando para o comer, adoecer e a construção da pessoa.

### 1.1 A costura dos capítulos: um alinhavo...

Na montagem dos capítulos, procurei organizar a tese de modo que o leitor pudesse entrar no cenário, no contexto – *Introdução*; conhecer de onde vim e de onde olho e penso – *Trajetória da autora*; a *Pergunta da pesquisa* e seus *Objetivos*. Em seguida, apresento o percurso metodológico e qual a bagagem teórica eleita para dar sustentação a toda a investigação – *Tecendo a colcha de retalhos: uma costura entre intuições, percepções e métodos*.

Para compor o cenário, parto do *Território, suas gentes e suas histórias*, identificando atores sociais e institucionais que interagem e produzem saúde e



doença naquele território. *O Território de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu, o Parque Indígena do Xingu, sua história e seus desafios. O Projeto Xingu da Escola Paulista de Medicina, da Universidade Federal de São Paulo, uma história de muitas gerações, uma construção que acompanhou os dilemas da extensão ou comunicação, do papel da universidade como reprodutor social ou inovador, da imposição ou do diálogo, da produção hegemônica do saber ao encontro de saberes. Quem são os Khisêdjê? Um pouco de sua história. O modo de vida Khisêdjê. A identidade como processo, as lutas e a trajetória em busca do território ancestral. O modo de viver e o ciclo da vida entre os Khisêdjê.*

Outro tema fundamental para pensar o adoecimento e o seu enfrentamento é a configuração da atenção à saúde no território. *O subsistema de atenção à saúde indígena, rede de autoatenção e itinerário terapêutico entre os Khisêdjê.* Neste capítulo, a ideia é 1) discorrer sobre as ideias, a teoria e a prática do sistema de saúde indígena; 2) observar a desconstrução do modelo de atenção proposto para o subsistema de atenção à saúde indígena, a medicalização e o descolamento da ideia da atenção diferenciada; 3) mapear os serviços de saúde disponíveis no território, o modelo biomédico com sua artilharia de procedimentos, exames laboratoriais e, principalmente, os exames de imagem, que têm feito de refém os Khisêdjê; 4) analisar a rede de autoatenção e o itinerário que percorrem os doentes e seus familiares dentro e fora da aldeia para diagnosticar, tratar e curar os seus males.

Em seguida, em *O caos e a ordem: a doença e a reordenação da vida*, trabalho a doença como desordem, como desequilíbrio, apresentando dados relacionados às doenças crônicas não transmissíveis em três momentos diferentes, analisando os dados a partir da trajetória dos Khisêdjê e as mudanças no modo de viver e comer. Neste capítulo, discuto também o modo como os Khisêdjê percebem e enfrentam as doenças, crônicas e agudas, com os temas – *A presença das doenças crônicas não transmissíveis: o olhar da biomedicina e a percepção dos Khisêdjê* e *Como os Khisêdjê enfrentaram a grande epidemia – COVID-19?* Durante a construção dessa tese, fomos atropelados pela COVID-19 e a reação dos Khisêdjê em relação à pandemia foi exemplar e trouxe uma série de reflexões a respeito da doença aguda e crônica entre eles.

No trabalho de campo, nas rodas de conversa e entrevistas, ficou evidente como a percepção da mudança, para além da sua associação com as novas doenças, era uma visão limitada da pesquisa. Ficou clara a necessidade de compreender outros aspectos da vida que mudaram e os preocupam – *O que mudou? O que está mudando e os preocupa?* Foi imperativo pensar a mudança em seu contexto mais geral, da sociedade, da sua organização e das relações entre a sociedade Khisêdjê e a sociedade ocidental.

Ao longo do caminho, outros temas emergiram e a questão da sazonalidade dos alimentos se destacou, até para justificar a entrada dos alimentos de fora. Em algumas aldeias, de diferentes povos com os quais trabalhamos nesses últimos anos a fome apareceu e levantou um alerta sobre a segurança e a soberania alimentar. Foi importante falar sobre isso no capítulo *Fome ou sobrevivência? Como se mede a segurança alimentar?*

Como considerações, em *O diálogo como estratégia de transformação*, proponho um capítulo final para falar sobre a possibilidade de diálogo entre saberes e de transformação das práticas para o enfrentamento dos problemas de saúde em sua perspectiva ampliada. Nesse capítulo, a ideia foi entrelaçar campos do conhecimento como a antropologia e a saúde coletiva para produção de saúde nos diferentes territórios, bem como propor uma estratégia participativa, que compreende a implicação dos sujeitos em busca de melhor qualidade de vida sem perder sua essência e sua identidade.

Para arrematar a costura, trago uma conversa com Ailton Krenak, a partir de sua arguição durante minha qualificação, em março de 2018: *Mimetizando para se diferenciar: uma conversa com Ailton Krenak*.

## 2 TRAJETÓRIA DA AUTORA... TRAVESSIA

Nasci em uma família de formação humanista. Fui batizada pelo Padre Lebret, economista humanista, mentor de meu pai. Minha mãe, a penúltima de uma família portuguesa de 13 filhos, enfrentou resistência e preconceito para entrar na Universidade de São Paulo e se formar, uma das pouquíssimas mulheres, médica, psiquiatra e, posteriormente, psicanalista. Meu pai, engenheiro civil, urbanista, trabalhava com planejamento urbano e transporte coletivo e, em seus últimos anos, com a investigação de energias alternativas. Sempre estiveram presentes em minha vida os valores relacionados à justiça social e à equidade. Com 15 anos, ganhei de meu pai o meu primeiro exemplar do livro *Pedagogia do Oprimido*, de Paulo Freire (FREIRE, 2011). Fiz parte das equipes de alfabetização de Paulo Freire em algumas comunidades da Zona Sul de São Paulo, produzindo inclusive alguns cadernos de educação popular em saúde. Ainda adolescente, viajei para alguns rincões do Mato Grosso e Minas Gerais no contexto das missões do Colégio Santa Maria. Nestas viagens, entrei em contato com pessoas que produziam saúde, o barro, a cerâmica, o fuso e a confecção dos fios de algodão, a produção das colchas de retalho, e com o adoecimento, o tétano neonatal, a Doença de Chagas, o amarelão e a barriga d'água. Durante minha formação, um dos filósofos que me chamou atenção e com que me identifiquei foi Heráclito, justamente porque falava do mundo em transformação e movimento contínuo (SOUZA, 1996).

Entre na Escola Paulista de Medicina em 1978 e, no final desse primeiro ano, meu padrinho Alain Moreau me levou para conhecer uma área indígena em Mato Grosso – na época, era um só Mato Grosso. A área era na Serra da Bodoquena, onde conheci os Kadiweu, Terena e os Garani Kaiowa. Situações extremamente distintas no modo de ser e viver. Esta visita já me dava pistas do que me fascinava, as diferentes formas de se organizar em sociedade e ler o mundo.

Em 1980, nas férias de meu 3º ano de medicina, fui para Tefé, no Amazonas, fazer um estágio por minha conta, para conhecer aquela realidade. Minha Tia Lolota fazia parte de uma congregação religiosa que tinha uma casa em Tefé. Fiz os contatos, os combinados e lá fui eu para os rincões do Amazonas. Lá conheci Tefé,

Fonte Boa, ribeirinhos, indígenas e não indígenas. Ex-soldados da borracha, médicos e alunos do Projeto Rondon, Tabatinga, enfim... Entrei em contato com o imenso território líquido do Amazonas. Fiz meu primeiro parto no hospital das irmãs, o primeiro diagnóstico de Malária, alertando o médico do Projeto Rondon sobre a epidemiologia local. Segui distribuindo remédios para hanseníase entre os ribeirinhos junto com a Enfermeira Canadense D. Fernande.

Em 1980, já frequentava o grupo dos alunos do Projeto Xingu, participando de reuniões e encontros sobre saúde e antropologia, política indígena e indigenista, movimentos sociais e o movimento indígena. Fiz minha primeira viagem para o Xingu em 1981, constituindo uma equipe para fazer um inventário do que existia de equipamentos no Parque Indígena do Xingu, um apoio ao Ministério do Interior. Não era uma viagem normal da equipe de saúde do Projeto Xingu, mas entrei em contato com vários povos indígenas diferentes e pude ver que não existem “índios”, mas Povos Indígenas como os Kaiapó – Mebengokre, naquela época chamados Txucarramae, os Kaiabi, os Yudjá, antes chamados Juruna, os Ikpeng, antes chamados Txicão. Enfim, fui conhecendo diferentes povos, com personalidades muito diferentes. Desde então, passei a fazer viagens ao Xingu, algumas vezes por ano, todos os anos, assumindo diferentes papéis na equipe de campo: ora como secretária, como médica, professora, cozinheira, ora como chefe de equipe e coordenadora de cursos e projetos.

Desde a primeira vez em que estive no Xingu, tive a sensação de estar em outra dimensão da vida. Como se eu pudesse me descolar de meu mundo e observar, de outro lugar, as escolhas que fizemos enquanto sociedade, os caminhos que trilhamos. Muito diferente do que vi entre os indígenas. Um outro modo de ser e se perceber no mundo. Outra organização social, outras línguas, outra comida. Outro modo de usar o tempo. Outros modos de interpretar o adoecimento e de cuidar. Uma coisa me chamou muito a atenção, o se perceber coletivo. Tudo que se faz, que se aprende, que se vive tem como referência o coletivo. Muito diferente da nossa sociedade capitalista e individualista.

O conviver com outras culturas me fez perceber a importância da comunicação e da tradução. Esta foi uma questão crucial em minha formação médica, na relação médico-paciente, na relação com as pessoas. Será que me fiz entender? Será que eu entendi o que eles estão me dizendo o tempo todo? Que

abismo é esse entre o meu pensamento, minha prática e o pensamento e prática deles? Então fui fazer o mestrado em Antropologia. Pelas mãos de Carmem Junqueira, me aventurei no campo da Antropologia. Carmem me emprestou outros óculos para enxergar o que se passava nestas relações interculturais. O que estava no pano de fundo? E perceber que a relação *colonizador x colonizado, opressor x oprimido* que estava impregnada em todo o cenário me perturbou, mas me colocou em outro lugar. Carmem me apresentou a Georges Balandier, antropólogo francês considerado o pai da Antropologia Política. Balandier me colocou literalmente no “Poder em Cena” (BALANDIER, 1982). Este é um dos autores que alimentou meus pensamentos e reflexões e está presente em todo o presente texto. Terminei o mestrado nos idos de 1995 e mergulhei novamente na prática. Nos cursos de formação de agentes indígenas de saúde, auxiliares de enfermagem, gestores em saúde indígena, buscando interagir no espaço entre culturas, na construção de ferramentas de diálogo entre os saberes...

Lembro-me de uma situação curiosa quando fui fazer entrevistas com mulheres Metuktire, sobre a alimentação das crianças, nos idos de 1985. Eu estava fazendo a entrevista acompanhada de Maria Elisa, que era a professora que morava naquela aldeia e trabalhava com aquele povo há alguns anos. Comecei a perguntar para uma mulher Metuktire, que estava com a criança no colo, como eram os cuidados com as crianças, quando se introduziam outros alimentos além do leite materno... e, de repente, ela começou a rir... E falar na língua com outras mulheres que estavam por perto... Eu perguntei para a Elisa o que tinha acontecido e o que ela estava falando. Elisa me disse que ela estava rindo porque *“que tipo de mulher eu era que não sabia [o que era óbvio] cuidar de uma criança?”*. Aquela observação mexeu muito comigo. De alguma maneira, me mostrou nossa distância. Eu tinha vindo de outro lugar, muito diferente, para não saber como se faz... e como se deve fazer as coisas. Foram anos de aprendizado, e ainda são. A todo o encontro me surpreendo. Um outro momento interessante foi o que um agente de saúde me disse, já no curso de auxiliar de enfermagem, depois de termos trabalhado juntos por muitos anos. No meio de uma conversa de avaliação de indicadores de saúde, sobre a queda da mortalidade infantil e a importância do trabalho deles, como agentes de saúde, falando sobre o papel deles, os objetivos da formação deles para

enfrentar os grandes problemas de saúde e doença, ele disse “*Puxa... Acho que agora nós estamos nos aproximando de verdade...*”.

Durante toda minha graduação, que foi marcada por períodos de greve por melhores condições de ensino e trabalho de profissionais de saúde, funcionários, alunos e docentes, estive indo e vindo do Xingu. Fiz a residência médica em Medicina Preventiva e Social, no Departamento de Medicina Preventiva. Nesse período, fui várias vezes ao Xingu, acompanhando as mudanças do entorno do Parque – novos vilarejos, municípios; o desmatamento; a descaracterização do cerrado e sua transição com a floresta amazônica; a invasão de madeiras; os garimpos na vizinhança; a ocupação desenfreada da monocultura; as estradas cortando caminhos, a lama, os buracos, o asfalto; os caminhões de toras, um atrás do outro, caminhões de soja e outros grãos; os silos nacionais e, mais recentemente, internacionais; os moradores do Xingu indo e vindo da cidade; a arrumação de estradas por onde iam e vinham pessoas, mercadorias e doenças; a monetarização da economia e a ocidentalização da vida; os espaços de conversa mudados para a frente das televisões. Muita coisa mudou, e os desafios de viver, conviver e sobreviver são outros.

Um dos povos com os quais me aproximei, com que, de alguma maneira, me identifiquei e convivi foi o Povo Khisêdjê, antes chamado Suya. Ganhei uma família e um nome: “Ngajtákhátxi – mulher do cocar grande”. Sempre senti entre eles uma vontade de escuta, de tradução e afeto bilateral.

A minha trajetória como mulher também foi legitimada no Xingu. Nas primeiras vezes em que fui para lá, era solteira e, depois de alguns anos, me casei, inclusive lá, na aldeia Kuikuro. O fato de casar já me deu um outro status e mudou o modo de se relacionarem comigo. Quando tive meus filhos e cheguei a ir grávida a campo foi outra mudança de status. Minha relação com eles mudou novamente. Como se eu fosse mudando de papel social, cumprindo uma trajetória reconhecida por eles.

Esse vínculo com a prática, com o território, me afastou do ambiente da academia.

Uma das frentes de trabalho que juntou as pontas soltas do meu pensamento e prática foi a invenção de espaços de diálogo, de conversa em campo. Nas aldeias, ou nos postos indígenas onde juntavam várias etnias, mobilizar as pessoas e

assuntos foi muito potente. Era como tirar as histórias da paisagem e nos debruçar sobre elas para ouvir, compreender e saber – *khumba* – como dizem os Khisêdjê. Lançar perguntas e ouvir outros modos de perceber e lidar com os problemas foi muito forte e garantiu a construção coletiva do enfrentamento da desnutrição, do câncer do colo do útero, ou do uso abusivo de bebidas alcoólicas. Juntar a investigação quantitativa às metodologias qualitativas, implicando todos os sujeitos da pesquisa, funciona, aproxima, cria vínculo e transforma. Trabalhar com *metodologias colaborativas e não extrativistas* (FASANELLO, 2018) é revolucionário.

Em todos os momentos do trabalho de campo surgem perguntas... questões... necessidade de reflexão, buscar a teoria... a vontade de aproximar da academia... ou levar a academia para perto da sociedade, o que me agrada mais.

Toda essa trajetória me levou, até os dias de hoje, a refletir sobre a vida, sobre o que mudou e como eles percebem esse processo.

Está feito o convite.



Fonte: MELLO, Hélio (Acervo Projeto Xingu, 2003).

**Figura 2. Autora, Sofia Mendonça, em reunião de Conselho Distrital.**

### **3 A PERGUNTA E OS OBJETIVOS DA PESQUISA**

#### **3.1 Pergunta da pesquisa**

Como os Khisêdjê percebem e incorporam as mudanças no seu modo de viver, trabalhar, comer e como interpretam e enfrentam as novas doenças?

#### **3.2 Objetivos**

Este projeto de pesquisa tem como objetivo geral compreender como os Khisêdjê percebem, incorporam e reinterpretam as mudanças no modo de viver e sua relação com as novas doenças.

Os objetivos específicos, por sua vez, são:

- Identificar as percepções e interpretações dos indígenas em relação às mudanças no modo de viver;
- Identificar as percepções e interpretações dos indígenas em relação ao processo de adoecimento pelas novas doenças como obesidade, dislipidemias, diabetes mellitus e hipertensão arterial;
- Identificar mudanças no modo de se alimentar, mudanças nas regras e introdução de novos produtos, relacionando-as com situações de insegurança alimentar;
- Identificar e registrar a construção de estratégias de enfrentamento dos novos problemas de saúde.



## 4 TECENDO A COLCHA DE RETALHOS: UMA COSTURA ENTRE INTUIÇÕES, PERCEPÇÕES E MÉTODOS

O desenho metodológico deste estudo foi sendo construído ao longo do tempo de ir e vir das viagens a campo, da leitura da realidade em diferentes momentos, da análise dos documentos, relatos e informações de campo e de pesquisas bibliográficas relacionadas aos Khisêdjê e aos temas subjacentes.

Durante o processo de construção desta tese, minha preocupação sempre foi como eleger um método, uma abordagem que pudesse dar visibilidade aos diferentes pontos de vista relacionados ao tema. Qual método poderia dar conta desse desafio? Qual será a medida da mudança no modo de viver que associa corpos às novas doenças? A visão biomédica positivista é suficiente para captar as associações que os povos indígenas fazem sobre o adoecimento?

A opção foi trabalhar com uma costura de diferentes estratégias de abordagem qualitativas e quantitativas, procurando ouvir os atores sociais que atuam no espaço intercultural, diferentes modos de interpretar e compreender o processo de mudança e/ou transformação pelo qual vivem os Khisêdjê a partir do recorte do processo saúde-doença, como propõe Minayo (2014).

O arcabouço teórico que sustentou minha argumentação ao longo de toda essa construção tem como referência os campos da antropologia e da saúde coletiva.

A interpretação dos textos e a leitura do jogo de forças em cena, a percepção da mudança e reordenação tiveram como referência a antropologia política de Georges Balandier sobre o movimento e como *ordem* e *desordem* não se separam:

A consciência da desordem está viva e cria reações contrárias, hesitações. Para alguns, o passado (depositário da tradição) e mesmo o arcaico (fator de permanência e do universal) relacionam-se à ordem, revelam o que está solidamente demarcado, propõem os repertórios ou guias necessários a uma orientação, segundo a qual este tempo poderia ser explorado, interpretado, organizado. Para outros, a confusão e a instabilidade diminuem o peso da ordem pré-estabelecida, fermentam o novo e abrem caminho a uma liberdade nova e fecunda: a desordem torna-se criadora... Ordem e desordem não se separam (BALANDIER, 1997, pp. 10-11).

Outra leitura imprescindível foi a de Anthony Seeger, que estudou profundamente e acompanha os Khisêdjê por décadas. Seus livros e artigos foram fundamentais para perceber a identidade dos Khisêdjê como uma construção contínua, compreender a sua trajetória em busca de seu território e como foram agregando elementos da natureza, dos outros povos indígenas e dos estrangeiros não indígenas à sua cultura.

O exame do caso Suya pode chamar nossa atenção para a natureza processual da identidade étnica em geral... Os Suya percebem suas relações com outras sociedades como um acréscimo gradual de novos traços culturais, um processo que também se evidencia em seus mitos... As identidades étnicas e a 'integração' cultural são processuais e de contexto em vez de princípios irreversíveis ou de estados (SEEGER, 1978, pp. 157-158).

No campo da antropologia médica e da saúde, Menendez (2009) e Langdon (2014) ajudaram-me a ler o cenário da interface entre as concepções de saúde e doença, a construção sociocultural do adoecimento, da autoatenção, intermedicalidade e a biomedicina. A respeito da construção sociocultural da doença, Jean Langdon nos diz:

As discussões contemporâneas na antropologia... são tentativas de conceituar os processos de saúde e doença onde o biológico esteja articulado com o cultural. A doença não é um evento primariamente biológico, mas é concebida em primeiro lugar como um processo vivido cujo significado é elaborado através dos contextos culturais e sociais, e, em segundo lugar como um evento biológico. A doença não é um estado estático, mas um processo de interação que requer interpretação e ação no meio sociocultural, o que implica uma negociação de significados na busca da cura (LANGDON, 2014, p. 1024).

Sobre a perspectiva da rede de autoatenção, para Menéndez:

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 (MENÉNDEZ, 2009, p. 48).

Acerca de seu fundamento, este estudo se justifica pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os determinantes socioculturais do processo de adoecimento entre os povos indígenas, particularmente no que se refere às doenças

crônicas não transmissíveis. Vários estudos revelam a imensa vulnerabilidade biológica, ecológica, social, política e econômica a que estes povos estão sujeitos em sua relação com a sociedade envolvente, o que necessariamente se reflete em sua condição de saúde e no enfrentamento de novas doenças, sejam elas epidêmicas ou endêmicas, agudas ou crônicas.

Portanto, o estudo inclui como referência o campo da saúde coletiva, em suas diferentes dimensões, à medida que me propus a estudar o fenômeno da saúde e doença em uma população enquanto um processo sociocultural, no caso, de um povo indígena. Procurei, nesse sentido, compreender a forma como a sociedade percebe a doença, identifica suas necessidades e elabora estratégias de enfrentamento dos problemas e analisar os problemas de saúde, particularmente os problemas crônicos a partir de uma perspectiva coletiva, contextualizando o processo histórico e a relação do grupo com a sociedade envolvente e não como um problema situado no corpo biológico do indivíduo.

Se entender a saúde como um objeto de interesse da sociedade, ou seja, como o conjunto de ações e movimentos que ela promove para se manter saudável, vai retirá-la conceitualmente, da tutela médica – [das ciências da conduta] – para ampliar fronteiras. E aí se incluem tanto a medicina e a saúde pública assim como todos os temas de relevância que recobrem o universo de uma sociedade saudável. Ou seja, serão seu objeto de reflexão teórico-prática as condições de vida que interferem nas condições de saúde; as políticas públicas e sociais do setor e intersetoriais; os vários sistemas terapêuticos, incluindo-se a atenção em todos os níveis; e por fim, os valores e crenças que dão suporte aos limites da tolerância e vulnerabilidade da sociedade frente ao que afeta sua saúde individual e coletivamente (MINAYO, 1998, p. 35).

#### 4.1 O desenho da pesquisa

O desenho da pesquisa tem caráter descritivo, contemplando o cenário, o contexto e os atores sociais em movimento. Apresenta e localiza os Khisêdjê, sua trajetória de luta, sua história, sua cultura e seu modo de viver. É exploratório porque vai examinar experiências e vivências anteriores, acompanhar processos, comparar e analisar situações do cotidiano. E ainda tem um caráter de intervenção, pois a ideia foi escutar, mobilizar e implicar os sujeitos em rodas de conversa, entrevistas e oficinas de culinária vinculadas a processos educativos visando à construção de formas dialógicas que permitam a transformação das práticas e o enfrentamento dos problemas de saúde percebidos.

O que é método qualitativo? O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2014, p. 57).

Na pesquisa qualitativa, a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados é essencial. Todo o empenho é investido para que “o corpo e o sangue da vida real componham o esqueleto das construções abstratas”, como diz Malinowski, criando uma metáfora (MALINOWSKI, 1984; DESLANDES, 2009).

A abordagem é, por conseguinte, majoritariamente qualitativa e tem como estratégias de pesquisa principais: a observação participante, diários de campo, entrevistas semiestruturadas e abertas junto aos povos do Xingu, particularmente entre os Khisêdjê. O período de observação e análise específico para este tema foi de 2010 a 2019, embora tenha retomado relatórios e vivências de campo anteriores com os Khisêdjê, desde a década de 80. Outros procedimentos foram adotados, como a análise e releitura de documentos: relatórios de campo, encontro de mulheres, oficinas de culinária e cursos de agentes indígenas de saúde coordenados e realizados por mim e a equipe do Projeto Xingu.

Para subsidiar as análises e elencar referenciais teóricos, recorri ao levantamento bibliográfico nos diferentes campos de conhecimento que têm interface com a temática abordada.

#### 4.2 Um pouco mais sobre as estratégias do trabalho de campo

As estratégias e técnicas utilizadas para este estudo fizeram parte do projeto maior de rastreamento do perfil nutricional e metabólico dos povos do Xingu em sua vertente qualitativa. Foram realizadas visitas domiciliares em todas as 34 casas da Aldeia Khikátxi, compondo as técnicas de *entrevista* e *observação participante*. As entrevistas tiveram como chaves deflagradoras os inquéritos socioeconômico e alimentar<sup>2</sup>, e um questionário adaptado da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA (SEGALL-CORRÊA, 2015) – com perguntas abertas. As entrevistas duravam cerca de 1h30min a 2h e eram realizadas com os donos da casa, homem e/ou mulher que estivessem disponíveis e dispostos a uma longa

---

<sup>2</sup> Estes instrumentos estão acessíveis nos Apêndices C, D e E.

conversa. Em todas as oportunidades, um professor ou agente de saúde acompanhava a conversa e fazia as traduções necessárias das perguntas e das respostas. Ao longo das entrevistas, passávamos de momentos curiosos, com certa expectativa, depois, com o passar do tempo, havia um cansaço, distrações, às vezes até mudança de interlocutor que, em geral, estava acompanhado por outra pessoa da casa. Mais adiante, quando a conversa chegava nas roças e tipos de produtos, todos se animavam e falavam das roças fartas. Àquela altura, as roças estavam crescendo e algumas produzindo bastante. Durante a entrevista e em seus diferentes momentos, pudemos observar o ir e vir dos familiares, das crianças, dos animais de estimação. Observamos o ralar e lavar da mandioca, os tracajás ou peixes no jirau, assando devagar. O mingau, o estoque de comidas, sacos de polvilho e farinha começando a se acumular nas casas. Um pequeno estoque de comida de fora, nesse caso, um estoque menor do que esperávamos, em relação ao que tínhamos visto na Aldeia Ngojwere em 2010 e 2011.

Além dessas entrevistas, foram realizadas outras, abertas, com interlocutores escolhidos. A ideia foi aprofundar a conversa sobre a vida e sobre as novas doenças. Conversamos sobre as mudanças percebidas no modo de ser e viver entre os Khisêdjê e que os preocupavam. Foram nove (9) entrevistas com interlocutores homens e mulheres mais velhos, lideranças e jovens. Nesse caso, as entrevistas foram abertas e possibilitaram dar vazão às opiniões dos interlocutores e permitiram aprofundar a conversa em temas sensíveis, como a mudança percebida em comportamentos e organização social. Ao longo dos capítulos, procurei manter alguns trechos integrais das conversas, incluindo repetições e expressões que podem levar o leitor à sequência de pensamento e ponto de vista do interlocutor. Todas as entrevistas foram gravadas, a maioria transcrita.

Outra estratégia utilizada no trabalho de campo foi os *grupos focais*. A intenção foi oferecer escuta, compartilhar informações, amplificar a compreensão de conceitos e conteúdos que circulam na aldeia nos diferentes segmentos sociais. Foram realizadas reuniões com jovens e, por orientação do professor da aldeia, foram momentos diferentes para as moças e para os rapazes. Segundo o professor, dessa forma, estariam mais livres para dar sua opinião sem constrangimentos. Também fizemos reuniões com os donos das roças, com as mulheres e reuniões

mais gerais com as lideranças. Estas conversas foram realizadas em 2010, 2011, 2016 e, de modo mais intenso, em abril de 2019.

A observação participante foi uma estratégia de pesquisa utilizada no cotidiano do trabalho de campo em diferentes momentos da minha trajetória e, mais intensamente, nos períodos de 2010, 2011, 2016 e 2019, entendendo a observação participante como Minayo propõe:

Definimos observação participante como um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (MINAYO, 2014, pp. 273-274).

O *diário de campo* me acompanhou em todos os momentos do trabalho de campo e em momentos de reflexão posteriores. Recolher e transcrever pensamentos e sonhos fez e faz parte do meu modo de ser e de pesquisar.

Ainda como técnicas de pesquisa, devo agregar aqui as últimas entrevistas e conversas realizadas em tempos de pandemia. Eu tinha uma previsão de ir a campo mais uma vez, em 2020, para recolher mais informações e trabalhar alguns temas que emergiram na análise do material que já havia sistematizado e nas minhas reflexões. Infelizmente, a pandemia nos atropelou e não pude ir a campo.

O exercício de coordenar o Projeto Xingu, apoiar o movimento indígena e as comunidades do Xingu, construir parcerias, produzir materiais educativos e acompanhar a pandemia entre os povos indígenas me fez atrasar o trabalho de análise e sistematização da tese. Por outro lado, me aproximou do campo de outra forma, pelas redes sociais, particularmente o WhatsApp, e as videoconferências. Por meio dessas novas mídias, pude complementar os dados e informações de campo, fazer entrevistas e trocar ideias com os Khisêdjê.

#### 4.3 O processo de construção do percurso metodológico

Durante o trabalho de campo, acompanhando os diferentes cenários da pesquisa entre os povos xinguanos, muitas reflexões foram compartilhadas por toda a equipe envolvida no projeto maior de rastreamento das doenças crônicas entre os

povos do Xingu. Desde a confecção dos instrumentos e questionários a serem utilizados na pesquisa até os momentos de avaliação de cada etapa realizada, foram propostos ajustes e readequações. A composição multidisciplinar da equipe foi fundamental para uma abordagem ampliada durante todo o processo de pesquisa.

Uma das questões que ficou evidente desde as primeiras abordagens em campo foi a percepção de que já havia uma expectativa sobre o tema a ser investigado e trabalhado nas comunidades e uma atitude previamente elaborada que antecipava as conversas nas aldeias. Tratava-se de um discurso pronto de ambas as partes, profissionais de saúde e lideranças sobre os *problemas* trazidos pelos alimentos dos *brancos*. Como um rastilho de pólvora, o assunto percorreu todas as aldeias e todos já tinham, de alguma maneira, uma fala semelhante de como o alimento de fora estava atrapalhando a saúde das pessoas. Como quebrar esse pacto e aprofundar a conversa? Onde estavam os grandes nós?

Entre os Khisêdjê, foi possível uma aproximação diferente. Já havíamos trabalhado o tema das doenças crônicas não transmissíveis em 2010 e 2011, com o rastreamento de casos, exames clínicos e laboratoriais, inquérito socioeconômico e alimentar, visitas domiciliares e duas grandes oficinas de culinária. Entre os resultados, encontramos um aumento generalizado de casos de doenças crônicas, tendo como base um inquérito realizado em 1999-2000 (SALVO, 2009). Em 2010 e 2011, mobilizamos rodas de conversa entre as mulheres, entre os donos de roça e lideranças onde foram levantadas propostas de enfrentamento do problema, naquele momento, restritas à diminuição dos alimentos de fora e mudanças no modo de prepará-los. Entre 2011 e 2019 muitas coisas aconteceram entre os Khisêdjê. Houve um incêndio que pegou metade da aldeia e tiveram que refazer a aldeia em outro lugar próximo. Durante esse período, viram as plantações de soja aumentarem e o veneno invadir seus caminhos. Decidiram mudar a aldeia de lugar, pensando em ficar mais protegidos, dentro de seu território. Para tanto, mediram a distância das fazendas, a distância do rio, das estradas, das outras aldeias e fizeram roças no lugar que já tinha sido uma roça antiga em 2016. Mudaram para a nova aldeia em 2018. Quando chegamos, em 2019, todos queriam saber o que tinha acontecido, principalmente, queriam saber se as doenças tinham aumentado. Enquanto o rastreamento clínico, antropométrico e laboratorial acontecia, realizamos 34 visitas domiciliares trabalhando com os inquéritos socioeconômico, alimentar e com uma

Escala Brasileira de Insegurança Alimentar adaptada<sup>3</sup>. Foram realizadas rodas de conversa com os jovens, homens e mulheres em momentos diferentes.

Além das conversas nas casas, foram realizadas por mim nove (9) entrevistas abertas com pessoas-chave, mulheres e homens mais velhos, adultos, lideranças e jovens. A minha presença por si só já trazia uma ideia, uma versão do discurso do branco. Essa capa já estava em mim. Como tirar a capa e aprofundar a conversa? Uma das estratégias foi falar sobre a vida... Sobre o que mudou na vida das pessoas e o que as preocupa.

Em um primeiro momento, houve a procura de respostas a perguntas da biomedicina como: o que vocês entendem por doenças crônicas, por diabetes ou hipertensão? Recebia respostas evasivas, desprovidas de substância. O máximo que escutava era que essas doenças eram trazidas pelos alimentos dos brancos, quase como um jargão. Ao longo das entrevistas, foi possível quebrar as expectativas e aprofundar o tema da mudança no modo de viver e suas preocupações. Foram momentos preciosos e fundamentais para o repensar a investigação como um todo. Mudar o foco da pesquisa de um pensamento preventivista para apurar a compreensão do que, de fato, os preocupava e como percebiam as doenças novas nesse contexto acionou uma chave importante para outra leitura da realidade.

A partir dessa inflexão, outros elementos se destacaram na paisagem. Novas fissuras ficaram visíveis. Quase como uma cartografia, fui delineando um mapa, identificando atores, rumores e sombras. É importante valorizar a continuidade do trabalho junto aos Khisêdjê, o tempo e o vínculo. Por mais que seja uma situação de familiaridade, onde o risco da *ilusão da transparência* se insinue, como alerta Minayo (1998) se referindo a Bourdieu, pudemos aprofundar a conversa, mudando as perguntas, desfazendo expectativas. Olhando por outro ângulo. Recrutando outros atores. Esse movimento pôde nos dar outra dimensão das falas, como se fossem pincéis usados para tirar a terra dos achados arqueológicos.

Existe ainda uma outra questão importante na interpretação das falas, que diz respeito ao filtro pelo qual passou a pergunta que fiz aos entrevistados, pelo tradutor, a tradução deste das palavras e discurso do entrevistado. A estrutura de pensamento é diferente. Para os indígenas, o português é uma segunda língua. São

---

<sup>3</sup> Apêndices C, D e E.



vários filtros que acontecem nessa conversa, nessa entrevista... Daí a necessidade de agregar outras linguagens, verbais e não verbais, à leitura do ambiente e do contexto em que ocorre a conversa.

Os textos estão impregnados de histórias de vida, de relações anteriores e expectativas.

Tanto a leitura como a significação são produzidas pelos interlocutores e leitores. A possibilidade de múltiplas interpretações apoia-se no fato de que o processo discursivo não tem um início preciso: ele acumula sentidos de discursos prévios e parte deles, sendo reinterpretados pela experiência concreta do leitor, do interlocutor ou do analista (MINAYO, 2014, p. 322).

A percepção do silêncio ou hesitação nas entrevistas também me fez refletir sobre questões mais profundas, como a relação colonizador e colonizado, em que o alimento dos *brancos* acaba se transformando em arma. Algumas lideranças lembram, inclusive, de falas do Orlando Villas Boas dizendo para todos tomarem cuidado com as coisas dos homens brancos e que a comida deles poderia trazer-lhes problemas e adoecê-los. Observando a produção dos vídeos de denúncia e desabafo, escutando os discursos proferidos pelas lideranças, lendo as expressões das mulheres Khisêdjê em suas falas relacionadas às queimadas, ao desmatamento, ao desrespeito aos direitos e ao avanço dos agrotóxicos em seu território fica evidente o pano de fundo da relação de dominação e exclusão com a sociedade nacional.

O silêncio conseguido pelo opressor é uma forma de exclusão; o silêncio imposto pelo oprimido pode expressar formas de resistência... o dito e o não dito configuram o jogo de cenas entre a região interior e exterior dramatizando no trabalho de campo, pois há silêncios que dizem e há falas silenciadoras (MINAYO, 2014, p. 323).

Desde a escuta das falas gravadas, a leitura das anotações do diário de campo, a observação do ir e vir das pessoas, na visita às casas, nas relações acontecendo cotidianamente, mostraram a vida como ela é, naquele momento e circunstância. A reflexão sobre a relação entre as sociedades. A dependência e a vontade de autonomia. As rupturas e os desafios, enquanto questionamento da ordem tradicional. A imposição do indivíduo sobre o coletivo e vice-versa.

A análise das entrevistas, das expressões verbais e não verbais, caminhou para a percepção de que falar sobre as doenças crônicas e sobre os alimentos de

fora colocava em relevo uma série de impactos sobre o seu cotidiano, que se estendia em diferentes setores como o modo de fazer a comida, a diminuição das roças, a monetarização, o aumento da dependência, como se fosse mais um ingrediente nos embates socioculturais e políticos da vida.

Este projeto “Mudança e Permanência no modo de viver, comer e adoecer entre os Khisêdjê: tecendo novas práticas, saberes e significados” foi aprovado pelo CEP/UNIFESP e CONEP respectivamente sob os números 2.531.662, 2.733.501 e CAAE 83642818.8.0000.5505<sup>4</sup>.

#### 4.4 O Projeto matriz – Novos problemas de saúde: avaliação do perfil nutricional e metabólico dos índios do Parque Indígena do Xingu

A pesquisa foi desenvolvida no contexto de um projeto maior, de rastreamento de síndrome metabólica e doenças crônicas entre os povos indígenas do Xingu, “Novos problemas de saúde: avaliação do perfil nutricional e metabólico dos índios do Parque Indígena do Xingu”, cujo CEP/UNIFESP e CONEP foram respectivamente aprovados sob os números 0140.0088.02/2017 e 2.185.654 CAAE: 65147817.4.0000.5505.

Este projeto maior foi construído de forma coletiva e percorreu várias etapas no período de 2016 a 2019.

A primeira etapa dessa pesquisa maior partiu de uma constatação da mudança do quadro de morbimortalidade nos últimos anos e a percepção de uma mudança no modo de viver entre os povos do Xingu. Em 2016, Douglas Rodrigues e eu fizemos uma longa viagem de campo, visitando várias aldeias, conversando sobre a vida com caciques, lideranças homens e mulheres, professores, agentes de saúde e de saneamento. A ideia foi apresentar nossa preocupação, como médicos e indigenistas, com o aumento dos casos de obesidade e de doenças crônicas não transmissíveis, inclusive aumento da mortalidade por esses agravos. Conversamos sobre a vida e sobre a possibilidade de essas doenças se relacionarem às mudanças na sua alimentação. Perguntamos às lideranças se percebiam o aparecimento das novas doenças e ao que atribuíam o seu aumento. Foram realizadas visitas aos Povos Yudjá, Ikpeng, Kawaiwete, Kamaiurá, Yawalapiti,

---

<sup>4</sup> Estes pareceres estão nos Anexos I e II.

Trumai, Waura, Kamaiurá, Kalapalo, Nahukua, Mehinaku e Khisêdjê, onde já haviam sido realizados estudos sobre este tema em 1999, 2010 e 2011.

Em todas as aldeias as lideranças, homens e mulheres relataram perceber que essas doenças estavam aparecendo e associavam-nas à alimentação do “branco”. Uma das lideranças mais velhas disse, inclusive, que se lembrava de um alerta que Orlando Villas Boas fizera sobre como “os brancos vão matar vocês pela comida”.

Essa resposta aparecia nas falas dos mais velhos, que têm percebido a entrada de muitas coisas novas na aldeia, inclusive os alimentos. Entre os jovens, porém, o discurso é de desconfiança e negação. Em todas as visitas havia uma tensão entre os mais velhos e os mais jovens sobre esse tema. É uma questão polêmica que levanta aspectos do cotidiano, da sobrevivência e da segurança alimentar. Existem períodos de fartura de alimentos, mas existem tempos de escassez e fome. Exatamente entre 2015 e 2016, os povos Xinguanos passaram por um período de seca intensa, perderam suas roças para a falta de chuva, tentaram, sem sucesso, o plantio da mandioca mais tardio e passaram fome. Tiveram que comprar alimentos e mesmo o polvilho nas cidades vizinhas, o que fez os comerciantes aumentarem o preço por conta da alta demanda.

As visitas às aldeias levaram a uma proposta de pesquisa de campo para identificar as doenças novas e a realização de oficinas de culinária que pudessem falar sobre as regras do uso dos alimentos de fora e a confecção das comidas tradicionais, para aprofundar a conversa nas grandes aldeias.

A próxima etapa foi elaborar, junto com a equipe do Projeto Xingu, o Projeto “Novos problemas de saúde: avaliação do perfil nutricional e metabólico dos índios do Parque Indígena do Xingu”.

A pesquisa foi desenvolvida com dois componentes: um deles, de enfoque epidemiológico, com um desenho de estudo descritivo de delineamento transversal com abordagem clínica, incluindo exame físico da população adulta complementado com dados bioquímicos e de bioimpedância para composição do perfil metabólico, identificação do estado nutricional e composição corporal. Outro componente, de caráter etnográfico, foi realizado a partir de técnicas de observação participante, entrevista individual e coletiva, visitas domiciliares, rodas de conversa e oficinas de culinária em conjunto com a sistematização de experiências dos pesquisadores

entre os povos do Xingu, que remonta a 1981. Nas entrevistas, foram aplicados questionários sobre o perfil socioeconômico e alimentar junto às famílias ampliadas, considerando as relações de parentesco e reciprocidade encontradas nas aldeias. Também foi incorporada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, adaptada para essa realidade. Todos esses instrumentos seguem anexos.

Os resultados esperados, para além de um diagnóstico situacional sobre a síndrome metabólica e suas relações, tinham como objetivo propor formas de prevenção primária – educação e promoção de saúde – por meio de estratégias coletivas de enfrentamento, elaboradas em conjunto com as comunidades pesquisadas, e colaborar com o sistema local de saúde no estabelecimento de estratégias de prevenção secundária – monitoramento e controle dos agravos encontrados. Foram observadas as recomendações éticas para pesquisa com povos indígenas.

O Projeto *“Novos problemas de saúde: avaliação do perfil nutricional e metabólico dos índios do Parque Indígena do Xingu”* foi desenvolvido ao longo de 2017 a 2019. Foram realizadas 13 etapas, considerando 13 Povos Indígenas moradores do PIX. Entre eles, os Ikpeng, Trumai, Yawalapiti, Kamaiurá, Kuikuro, Kalapalo, Nahukuá, Kawaiwete, Wauja, Mehinaku, Aweti, Yudjá e Khisêdjê.

Antes de cada etapa era realizado o planejamento, capacitação de todos os componentes da equipe, articulação com o Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu para a indicação dos profissionais que fariam parte da ação, como os profissionais, responsáveis técnicos (RT) do Núcleo de Apoio à Saúde Indígena da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (NASI/DIASI) do DSEI Xingu e profissionais das Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI), indígenas e não indígenas responsáveis pelas aldeias a serem visitadas. A cada viagem foram integrados alunos e residentes de medicina e enfermagem que fazem parte do Grupo de Alunos do Programa de Extensão do Projeto Xingu. A ideia foi integrar e capacitar a equipe local de saúde, assim como exercer práticas de extensão universitária no contexto da saúde indígena. Durante as etapas, nas aldeias, a avaliação e planejamento foram cotidianos. Estes momentos eram muito importantes para rever estratégias, corrigir rumos e fluxos, planejar rodas de conversa e a devolutiva para as comunidades. Nestes momentos, participavam da conversa os agentes indígenas de saúde (AIS), professores e algumas lideranças. Um processo

coletivo que continuava em São Paulo, com todos os membros da equipe do Projeto Xingu. Depois de cada viagem foram realizadas reuniões de avaliação em que socializávamos opiniões, resultados, sensações, ruídos e avanços. De maneira geral, estas viagens e sua abordagem dialógica e participativa impactaram positivamente várias aldeias sobre escolhas e construção coletiva de estratégias de enfrentamento dos problemas apresentados.

Toda a construção do percurso metodológico, para além da falsa dicotomia entre métodos qualitativos e quantitativos, procurou entender o que está acontecendo entre os Khisêdjê, a prevalência das novas doenças e problemas de saúde a partir do estudo epidemiológico e, no caso desta tese, a partir da escuta e leitura de suas vozes e pensamentos.

As possibilidades de contribuição da interação entre teorias e métodos para análises de problemas de saúde provêm, justamente, de suas diferenças. Por um lado, se fundamentam na busca de compreensão em profundidade dos valores, práticas, lógicas de ação, crenças, hábitos e atitudes de grupos e indivíduos sobre a saúde, a doença, as terapêuticas, as políticas, os programas e demais ações protagonizadas pelos serviços de saúde. E, por outro lado, baseiam-se na leitura da explicação em extensão de como esses sujeitos, agregados em um nível populacional, tornam-se expostos ou vulneráveis a eventos ou processos que põem em risco sua saúde, como adoecem, como e com qual magnitude demandam tratamento e atenção. Mais que pares de oposições, os métodos quantitativos e qualitativos traduzem, cada qual à sua maneira, as articulações entre o singular, o individual e o coletivo presentes nos processos saúde-doença. A interação dialógica entre ambos os aportes (e não por justaposição ou subordinação de um desses campos) constitui avanço inegável para a compreensão dos problemas de saúde (MINAYO, 2014, p. 75).

## 5 O TERRITÓRIO, SUAS GENTES E SUAS HISTÓRIAS – O LUGAR DE ONDE FALAMOS



Fonte: MELLO, Hélio (Acervo Projeto Xingu – Aldeia Khikatxi, 2019).  
**Figura 3. Imagem da Aldeia Khikatxi, TI Wawí, 2019.**

### 5.1 Território de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu

O espaço geográfico de atuação do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu (DSEI Xingu) é composto por três terras indígenas contíguas, duas das quais conquistadas pelos xinguanos nos últimos anos, alterando a geografia do território conhecido como Parque Indígena do Xingu (PIX).

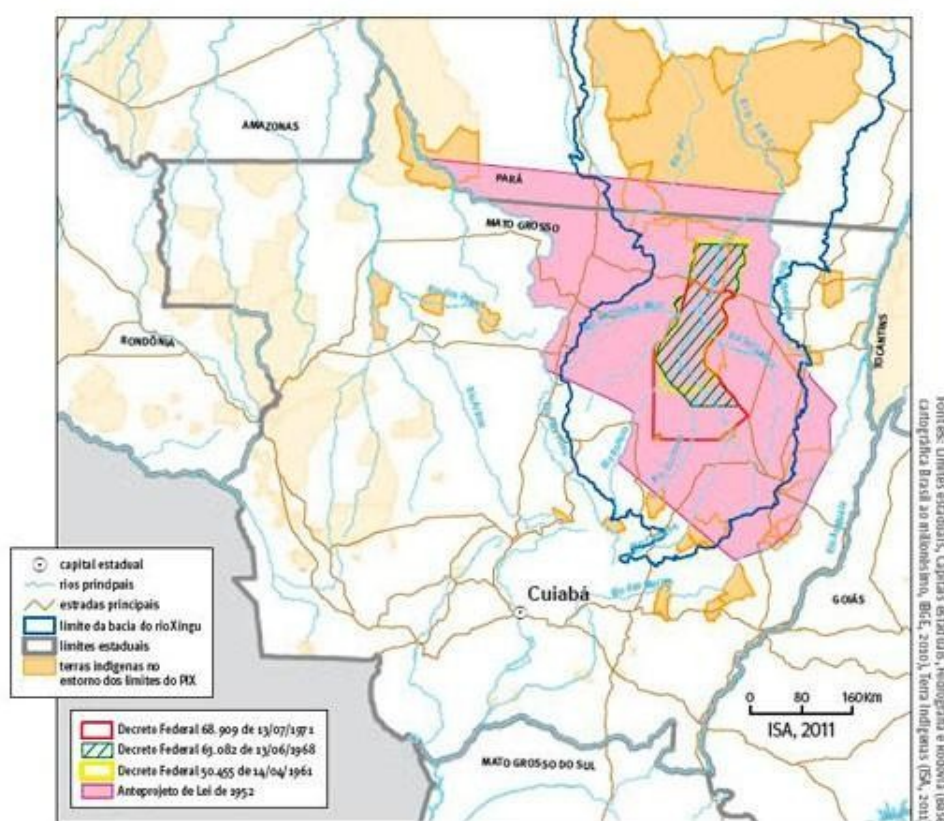
**Quadro 1. Dimensão territorial do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu**

Parque Indígena do Xingu	2.642.003 ha
Terra Indígena Wawí	150.329 ha
Terra Indígena Batovi	5.159 ha
Total	2.797.491 ha

## 5.2 Parque Indígena do Xingu e Terra Indígena Wawi

### 5.2.1 Parque Indígena do Xingu

O Parque Indígena do Xingu (PIX) tem uma história peculiar. Um território desenhado por várias mãos a partir de desejos, negociações e um longo jogo de forças que culminou no Decreto 50.455, de 14/04/1961, assinado pelo presidente Jânio Quadros, criando o Parque Nacional do Xingu. Sua área, naquele momento, já havia sido reduzida a um quarto do projeto original. O Parque foi regulamentado pelo decreto nº. 51.084, de 31/07/1961. Outros ajustes ainda foram feitos até a demarcação da área atual em 1978<sup>5</sup> (ver Figura 4).



Fonte: ALMANAQUE SOCIOAMBIENTAL Parque Indígena do Xingu: 50 anos / Instituto Socioambiental (ISA). São Paulo, Instituto Socioambiental, 2011.

**Figura 4. Evolução do território destinado ao Parque Indígena do Xingu desde sua criação, em 1961**

<sup>5</sup> Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/povo/xingu/1539>. Acesso em: 25. jan. 2018.

O objetivo da criação do Parque, inicialmente, era de proteção de fauna, flora e dos próprios indígenas, daí o nome de Parque Nacional. Posteriormente, passou a priorizar a preservação da sociodiversidade local, servindo, inclusive, para acolher outros povos que estavam em conflito intenso com a sociedade nacional em sua empreitada de ocupar os espaços “vazios” do Centro-Oeste e Norte do país. A criação do Parque propiciou a delimitação de um espaço de construção de alianças e de convivência. O processo de negociação destas alianças e conviveres interétnicos, liderado pelos irmãos Cláudio e Orlando Villas Boas, passava pelo fornecimento, e/ou troca, de produtos como medicamentos, ferramentas, alimentos, produtos da roça, insumos e mesmo casamentos interétnicos, visando à “pacificação” entre os povos. Neste processo de interação, os diferentes povos trocaram também muitos elementos culturais, adotando e incorporando ritos, rituais, cantos, danças, sementes e arte.

Mudanças importantes ocorreram desde a criação do Parque do Xingu. Segundo Seeger, inicialmente,

como resultado do contato com membros da sociedade nacional como aventureiros estrangeiros, industriais, antropólogos, jornalistas e brasileiros de diferentes grupos sociais e econômicos. A inevitabilidade deste contato levou os diretores do Parque Nacional do Xingu, especialmente Cláudio Villas Boas e mais tarde Olympio Serra, a enfatizar a importância da união das sociedades indígenas do Xingu. Anteriormente fragmentados por desconfiança, por diferenças culturais e, muitas vezes, por uma hostilidade aberta, sua unidade foi encorajada para lhes permitir melhor confrontar a frente de expansão recentemente chegada. Enquanto Cláudio Villas Boas enfatizava esta união procurando fazer uma causa comum entre os Kaiabi, Suyá e os Txukarramae, Olympio Serra introduziu uma série de inovações planejadas para integrar as partes norte e sul da reserva – entre elas a participação de uns nas cerimônias dos outros e jogos de futebol inter-tribais (SEEGER, 1980, p. 156-175).

Esse processo de construção de consensos, construção de uma identidade Pan Xinguana, foi chamado posteriormente de Pax Xinguana por Hemming (2005) e passou por enfrentamentos importantes na relação entre moradores do Xingu e a sociedade nacional. Foi criada uma associação indígena importante, a Associação Terra Indígena Xingu (ATIX), com a participação, inicialmente, de lideranças de todos os povos Xinguanos e, posteriormente, com a participação das associações criadas nos últimos anos. As assembleias da ATIX eram famosas pela participação ativa de todos os povos, por meio de suas lideranças tradicionais. Os temas da saúde, educação, vigilância das fronteiras e gestão do território eram pautados com



consistência e as reuniões duravam dias. A presença das instituições, órgãos oficiais e parceiros também era um ponto alto que valorizava e legitimava os consensos alcançados. No entanto, esse consenso muitas vezes foi perturbado, feito e desfeito, em diferentes situações. Recentemente, há cerca de 3 anos, estivemos em uma reunião de lideranças, caciques mais velhos que participaram dessa construção. Foi um encontro inusitado, realizado em terreno neutro, tal a discórdia estabelecida entre os povos. Muitos outros interesses passaram a descosturar pactos e as relações antes consensuadas passaram a ser esgarçadas. Pontos de discórdia, jogo de forças e poderes junto às instituições, muitas vezes alimentadas por servidores não indígenas, levaram jovens e lideranças mais novas às redes sociais, às fake news e ao desrespeito aos mais velhos e suas alianças. O caos se estabeleceu entre os povos Xinguanos. É um movimento cíclico e nesse momento as alianças têm sido construídas por outros atores, de dentro e de fora da terra indígena. O jogo político do entorno do Território Indígena do Xingu entrou na arena.

Em função dessa história anterior de construção do Xingu, o Parque abriga hoje 16 etnias, todos com sua língua materna, e sua configuração como território segue bastante peculiar. Ao longo dos anos, depois de uma longa adaptação e diante da necessidade de nominarem-se diante do outro, alguns povos trocaram seus nomes anteriores, os quais, em geral, eram dados por outros povos. Os Txicão passaram a se chamar Ikpeng, os Suyá passaram a se denominar Khisêdjê, os Kaiabi hoje se nomeiam Kawaiweté e os Juruna assumiram o nome Yudjá. Alcançando uma estabilidade demográfica, alguns povos saíram de uma situação de convivência forçada, como os Matipu e Nahukwa, que moravam em uma só aldeia, e se separaram, constituindo suas próprias aldeias. Outros, ainda, que haviam sucumbido, engolidos por outras, ressurgiram, como os Naruvoto, que viviam entre os Kalapalo e os Tapayuna entre os Khisêdjê. Tudo indica que este processo de confirmação ou reivindicação de identidade ainda está em andamento.

**Quadro 2. Povos do Parque Indígena do Xingu, segundo tronco e família linguística e o ano de ingresso na área, 1975<sup>6</sup>**

	Povos	Tronco Linguístico	Família Linguística	Ano de ingresso
1	Aweti	Tupi	Aweti	Anterior a 1884/87
2	Kalapalo		Karib	Idem
3	Kamaiurá	Tupi	Tupi-Guarani	Idem
4	Kuikuro		Karib	Idem
5	Matipu		Karib	Idem
6	Mehinaku		Arawak	Idem
7	Nahukwa		Karib	Idem
8	Trumai		Trumai	Idem
9	Wauja (Waura)		Arawak	Idem
10	Yawalapíti		Arawak	Idem
11	Khisêdjê (Khisêdjê)	Macro-Jê	Jê	Idem
12	Yudjá (Juruna)	Tupi	Juruna	1916
13	Kawaiwete (Kaiabi)	Tupi	Tupi-Guarani	1952 – 1973
14	Ikpeng (Txicão)		Karib	1967
15	Mebêngokre Kayapo Metyktire (Txukarramae)	Macro-Jê	Jê	1950*
16	Tapayuna (Beijo de Pau)	Macro-Jê	Jê	1970**
17	Panará (Kren Akarore)	Macro-Jê	Jê	1975***

\*Os Metyktire se separaram administrativamente do Parque Indígena do Xingu em 1984, embora ocupem o mesmo território, mas agora agregado à outra área, a Terra Indígena Capoto/Jarina.

\*\* Os Tapayuna se dividiram e algumas famílias passaram a viver em sua própria aldeia, na Terra Indígena Capoto/Jarina. Outras famílias continuam misturadas entre os Khisêdjê e, mais recentemente, uma família Tapayuna foi morar em uma aldeia antiga dos Khisêdjê, na aldeia Ricoh, dentro do Parque do Xingu.

\*\*\* Os Panará, por sua vez, foram transferidos para o Xingu em 1975 e voltaram para um pedaço de seu território original ao longo dos anos de 1995 e 1996, depois de muita luta.

<sup>6</sup> Este quadro está disponível em BARUZZI, R. G.; JUNQUEIRA, C. (org.). **Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história**. São Paulo: Terra Virgem Editora, 2005 e foi atualizado em relação às famílias linguísticas com base nas informações do Instituto Socioambiental. Disponível em: [https://pib.socioambiental.org/pt/L%C3%ADnguas#Troncos\\_e\\_fam.C3.ADlias](https://pib.socioambiental.org/pt/L%C3%ADnguas#Troncos_e_fam.C3.ADlias). Acesso em: 29 jun. 2012.





Fonte: Adaptado de Almanaque Socioambiental Parque Indígena do Xingu: 50 anos. Instituto Socioambiental, 2011.

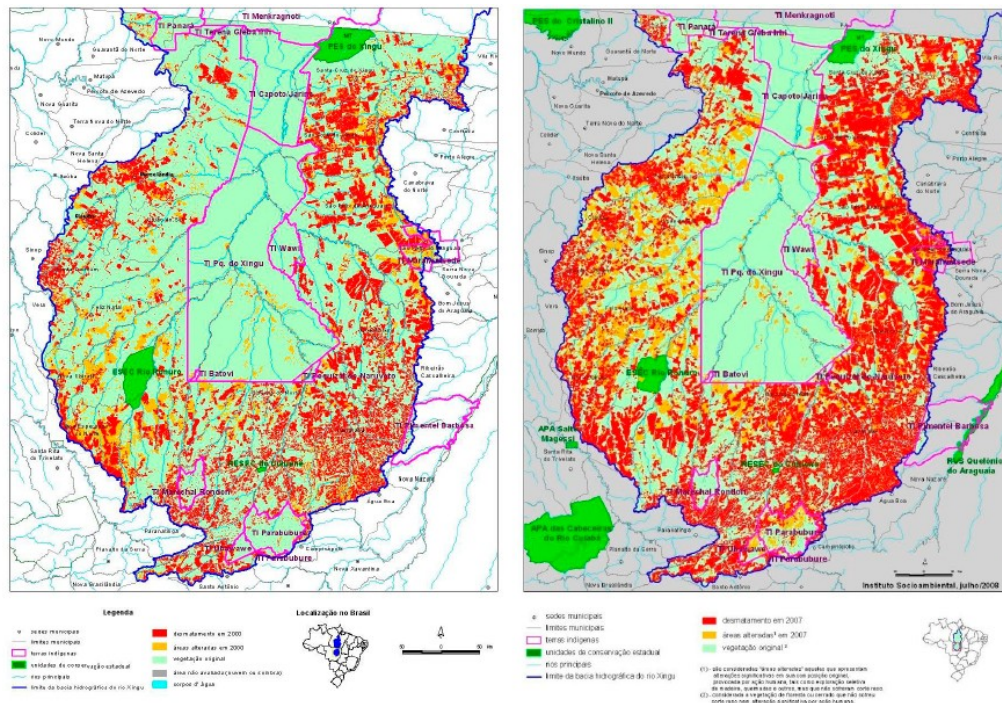
**Figura 6. Mapa localizando as aldeias no Parque Indígena do Xingu e Terra Indígena Wawí, 2011**

### 5.2.2 Impactos do processo de colonização e avanço do agronegócio

O PIX localiza-se ao norte do Estado de Mato Grosso, quase na divisa com o estado do Pará. Trata-se de uma área de transição entre o cerrado do Brasil Central e a floresta amazônica, com fauna e flora próprias dessas duas grandes regiões brasileiras. A ocupação da bacia do rio Xingu se intensificou de forma drástica nos últimos anos. São dez os municípios fronteiriços, sendo que, de 1980 até os dias de hoje, surgiram 5 (cinco) novos municípios no entorno do PIX. As nascentes do rio Xingu, embora estivessem contempladas no desenho original do Parque, ficaram de fora dele em sua versão oficial e estão ameaçadas pela exploração predatória dos



recursos naturais. Apesar de parte da bacia estar protegida pelo Parque do Xingu e outras áreas indígenas, suas nascentes e principais afluentes estão sofrendo o impacto do avanço da atividade agropecuária e o uso de agrotóxicos, das madeireiras, dos garimpos e do surgimento de novas cidades. O desmatamento avança sem controle e seus efeitos nocivos estão afetando as áreas preservadas pelas terras indígenas. A figura 7 (abaixo) revela a sua magnitude. Todos os fatores perversos da ocupação desordenada estão presentes. Nos últimos 30 anos, 42% das florestas do entorno foram devastadas.



Fonte: [http://jornal.usp.br/wp-content/uploads/20170110\\_mapa\\_xingu3.jpg](http://jornal.usp.br/wp-content/uploads/20170110_mapa_xingu3.jpg)  
**Figura 7. Desmatamento no Parque Indígena do Xingu de 2000-2007.**

No PIX e TI Wawi, o impacto vem sendo sentido pela deterioração da qualidade da água dos rios utilizada para o consumo e pela diminuição da caça e da pesca. As mudanças climáticas no país e na região também têm impactado o cotidiano das aldeias, o plantio e a colheita de produtos da roça têm diminuído e muitas plantações de pequi, banana e feijão não estão resistindo ao calor. Em todas as conversas sobre a roça, sobre a alimentação nas aldeias, as lideranças, homens e mulheres, donos de roça, têm falado da dificuldade de garantir a mandioca, os produtos da roça, por conta da seca persistente. Perderam muitas ramas de

mandioca, pois plantavam no tempo certo e elas queimavam com o sol quente e a falta de chuva. As mudanças climáticas também trouxeram insegurança e desequilíbrio na relação que os indígenas têm com a natureza. Estão habituados a ler os sinais da natureza para programar a derrubada da roça, planejar a coleta e colheita de produtos.

*Tem uma estrela que se chama Awãtaba. Quando ela estiver um pouco mais alta vai começar a época da chuva... É assim que percebemos que está chegando a época da chuva. Os anciãos diziam: - Vocês têm que observar, têm que aprender direito... Antes caía a primeira chuva e parava. Depois voltava a chover e aí não parava mais. E quando plantávamos o produto nascia e não morria. Agora mudou. Pode chover uma vez e não chover mais. Daí quando plantamos os alimentos morrem. Quando tem sol direto, seca toda a terra e todos os alimentos morrem... (Sadea Yudja<sup>7</sup>).*

Até para os seus rituais e festas têm na natureza um intercâmbio.

*A festa de furação de orelha começa na época em que o pequi está caindo. Esse é um ritual do nosso povo... Isso também me deixa preocupado porque naquele momento em que os meninos tiveram a orelha furada tinham que comer a fruta do pequi. E as mães dos meninos que tiveram as orelhas furadas deveriam cozinhar o pequi para os seus filhos... Você está vendo como está o pequizal nesse momento?... (aponta o pé de pequi no filme)... Ele está morrendo... (Yapatsiama Waurá<sup>8</sup>).*

Percevejos que não existiam, por algum desequilíbrio ecológico que os índios associam aos agrotóxicos usados no entorno, invadiram os pequizais, acabando com vários plantios.

A dimensão das mudanças e seus determinantes é muito maior do que imaginamos. A contagem do tempo e da história, para estes povos, também se relaciona com elementos da natureza e do ambiente. Estas mudanças estão ocorrendo em uma velocidade que dificulta as adaptações.

*Já está na época da florada do ipê. Já passou a época do Iyepenu florir. Não floriu ainda porque não está se sentindo bem... Por causa do calor as árvores não se sentem bem e por isso não estão florindo... Como vamos saber o tempo da nossa história acontecer? Se já perdemos os sinais que marcam o tempo? Está mudando o tempo da nossa história... (Yapatsiama Waurá<sup>9</sup>).*

<sup>7</sup> Trecho extraído do filme Para onde foram as andorinhas – Instituto Socioambiental e Instituto Caititu, 2015.

<sup>8</sup> Idem.

<sup>9</sup> Trecho extraído do filme Para onde foram as andorinhas – Instituto Socioambiental e Instituto Caititu, 2015.

Durante as rodas de conversa com os especialistas locais, nas residências, todos referem que, em 2015, principalmente 2016, passaram períodos de muita fome. Não havia mandioca para fazer o beiju ou o mingau de beiju, que é a base de sua alimentação. Durante este período, precisaram recorrer aos alimentos de fora, doações, Bolsa Família e aposentadoria para matar a fome. Falaram das perdas de produtos na roça por conta da terra pobre, a invasão dos porcos e a seca<sup>10</sup>.

*Antigamente não era assim. Havia muita fartura nas nossas roças... Nossa alimentação está acabando. Nós estamos muito tristes e preocupados. E se acabar, como é que nós ficamos? Aí não tem mais... Quando acabarem nossos alimentos, o que os nossos netos vão comer? O que o meu neto vai comer? Eu fico pensando... Eu vejo que eles vão passar fome e depender da comida dos brancos. Porque o calor está demais... E isso vai acabar com as nossas plantações... (Tuim Kawaiwete<sup>11</sup>).*

Ao mesmo tempo, com o aumento populacional, as terras disponíveis para agricultura tradicional ficaram reduzidas, fazendo com que o alimento se torne cada vez mais difícil de se obter.

A instalação de fazendas e o surgimento de estradas e cidades no entorno do PIX acarretou também maior contato dos povos xinguanos com a sociedade envolvente. Como consequência de todas as questões colocadas até então, presenciamos a introdução maciça de alimentos industrializados que, associada a mudanças no modo de viver destes povos, provocou aumento da desnutrição infantil e cárie dentária, assim como o aparecimento de casos de obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Além disso, o contato mais intenso tem colaborado para o surgimento de uma série de novos agravos à saúde, como a dengue, as infecções sexualmente transmissíveis (IST) e o consumo inadequado de bebidas alcoólicas, neste caso, levando ao aumento dos casos de violência doméstica<sup>12</sup>.

A sedentarização imposta pelos novos hábitos e pela exiguidade territorial, associada à deterioração das fontes de obtenção de água, tem causado sérios problemas de saneamento. O lixo industrializado, que cada vez mais se acumula em

---

<sup>10</sup> Sobre as mudanças climáticas, ver o filme: Para onde foram as andorinhas, realizado pelo Instituto Caititu e Instituto Socioambiental, 2015. Available from: <https://vimeo.com/179228552>

<sup>11</sup> Idem.

<sup>12</sup> Sobre estas informações, ver SIASI, Sistema de Informações Locais e Relatórios Técnicos de Saúde, encontrados no DSEI Xingu e Projeto Xingu, respectivamente.

torno das aldeias (incluindo lixo perigoso, como baterias e combustíveis), é um problema que vem sendo sentido em várias comunidades.

Muitas foram as mudanças na vida dos xinguanos nos últimos anos. Cresceu rapidamente o número de índios contratados pelo DSEI e pelas Secretarias Municipais de Saúde e Educação, multiplicaram-se iniciativas de turismo e comercialização de produtos e artesanatos. Paralelamente, aumentou o acesso a benefícios sociais em dinheiro, como o auxílio-maternidade, a aposentadoria e o Bolsa Família, este último chegando a 785 famílias (cerca de 80% do total) residentes no Parque Indígena do Xingu (PIX)<sup>13</sup>. Em consequência da intensa monetarização da economia xingwana, tem aumentado a circulação dos índios pelos municípios do entorno, para retirar o benefício que é depositado nos bancos, fazer compras, frequentar o comércio local e conhecer as coisas da cidade. Todas estas mudanças têm impactado sua situação de saúde e estão diretamente relacionadas a uma epidemia silenciosa de doenças antes inexistentes, de caráter crônico, como Síndrome Metabólica, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, conforme veremos adiante.

### 5.2.3 Terra Indígena Wawi

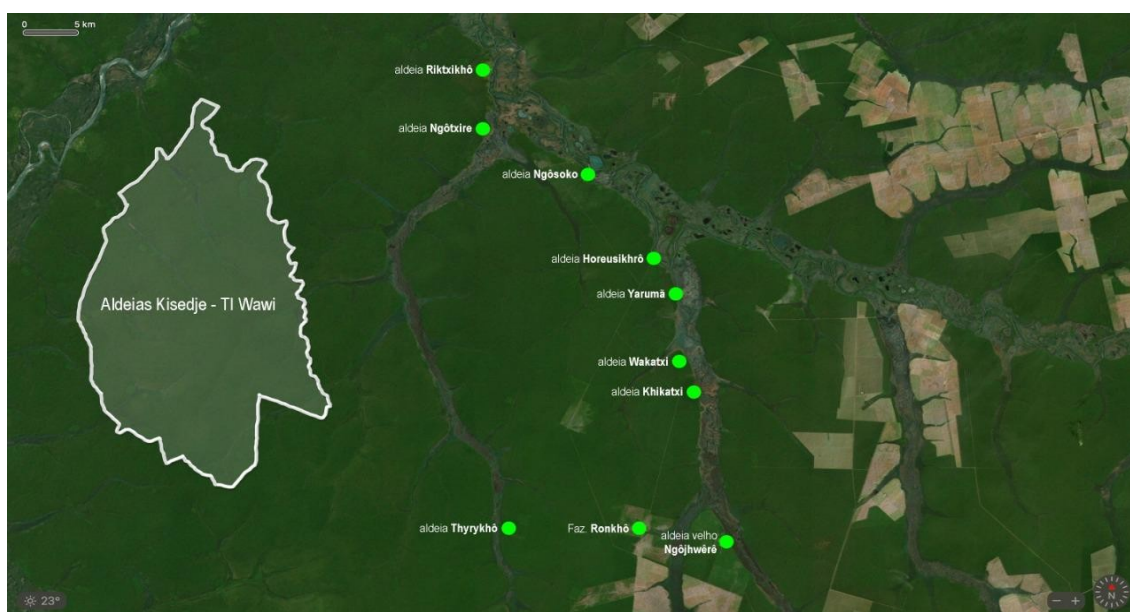
Desde 1992, os Khisêdjê vinham percebendo a mudança nas águas do Rio Suya-Miçu. O rio estava diferente, com águas barrentas e com manchas de óleo. Curiosos para entender o que estava acontecendo, organizaram expedições e grupos de lideranças e guerreiros subiram o rio em direção ao seu antigo território, no limite leste do PIX. Viram a degradação da terra, a mata derrubada e todos os espaços de perambulação ocupados pelos fazendeiros. As fazendas do entorno do Parque do Xingu estavam avançando, desmatando e degradando toda a bacia do Suya-Miçu. Algumas famílias começaram a se mudar e ocupar os limites do Parque naquela região. Ao mesmo tempo, várias outras questões relacionadas à complexa geopolítica xingwana contribuíram para a tomada de decisão de lutar pela demarcação ao menos de parte de seu território ancestral na região do igarapé Wawi, na bacia do Rio Pacas.

---

<sup>13</sup> Sobre este tema, ler: MAISONNAVE, Fabiano. Bolsa Família altera rotina de indígenas na região do Xingu. **Folha de São Paulo**, 2016. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/poder/2016/09/1810078-bolsa-familia-altera-rotina-de-indigenas-na-regiao-do-xingu.shtml>.



A Terra Indígena Wawi foi homologada em 9 de setembro de 1998, depois de um longo processo de luta dos Khisêdjê pelo seu território ancestral. Ali foram instaladas cinco (5) aldeias, entre elas a aldeia maior, Ngojwêre, construída onde já haviam morado na época do contato oficial com os irmãos Villas Boas no final da década de 50. Entre 2019 e 2021, o movimento de ocupação do território pelos Khisêdjê levou à criação de novas aldeias, totalizando nove (9), a saber: Riktxikhô, Ngôtxire, Ngôsoko, Horeusikhrô, Yarumã, Wakatxi, Khikátxi, Ngojhwêre e Thyrykhô.



Fonte: Kamikiá Khisêdjê, junho de 2021.

**Figura 8.** Mapa das aldeias do povo Khisêdjê no TI Wawi e Parque Indígena do Xingu, 2021.

Já na Terra Indígena Wawi, os Khisêdjê sentiram a dificuldade do plantio nas terras desgastadas e a destruição das roças pela invasão do capim das antigas pastagens. Por estarem no limite das fazendas de soja e da cidade, passaram a enfrentar outros problemas, entre eles, a contaminação pelos agrotóxicos. Ao longo do tempo, têm procurado recuperar as áreas degradadas com o plantio de árvores nativas e, desde 2005, têm plantado pequizeiros para produção de óleo de pequi em um projeto de geração de renda que combina o método tradicional e as novas tecnologias, alcançando o mercado nacional e, mais recentemente, internacional, com o Selo Origens Brasil e Slow Food Internacional<sup>14</sup>.

Em 2018, mudaram-se para a nova aldeia-sede Khikátxi, em busca de terras mais férteis e rios mais piscosos.

<sup>14</sup> Sobre esse tema, ver <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/povo-Khisêdjê-entrega-producao-recorde-de-oleo-de-pequi-do-xingu>.



Fonte: Foto de Kamikiá Khisêdjê, 2021.  
**Figura 9. Imagem da Aldeia Khikátxi, 2021.**

### 5.3 O Projeto Xingu – Escola Paulista de Medicina / UNIFESP

Neste tópico, descrevo e analiso a história do programa de extensão universitária, Projeto Xingu, que desenvolve atividades de atenção, pesquisa e formação em saúde indígena desde 1965, quando a primeira equipe de médicos da Escola Paulista de Medicina, liderada pelo Professor Dr. Roberto G. Baruzzi, convidada por Orlando Villas Boas, esteve no Xingu para avaliar as condições de saúde dos povos indígenas que ali habitavam<sup>15</sup>.

A ideia é descrever e analisar cada fase do Projeto a partir de seu pano de fundo, do jogo de forças da política indigenista e de saúde. Analisar como o Projeto Xingu se manteve em campo, suas atividades e sua relação com os indígenas, seus especialistas tradicionais, suas lideranças, o movimento indígena e o cotidiano nas aldeias. Nesse sentido, contextualizarei as expectativas e as práticas desde o início até os dias de hoje.

Para contar esta história, embora tenha se desenrolado de forma processual, ininterrupta, vou dividi-la em diferentes fases, considerando momentos, atores, formatos e objetivos distintos. A primeira fase, de 1965 a 1984, sob liderança do

<sup>15</sup> Para conhecer um pouco do Projeto Xingu e sua história, ver o site <https://projetoXingu.unifesp.br/index.php/projeto-xingu/historia>.

Professor Baruzzi, foi construída sob um modelo campanhista, vertical, que procurou atender às emergências, surtos e epidemias, e principalmente à imunização dos povos que ali habitavam, pois eram as doenças transmissíveis e, entre elas, as imunopreveníveis, como o sarampo, que dizimava aldeias inteiras. Nessa ocasião, a malária e a tuberculose eram endêmicas na região e demandavam ações específicas. Durante este período, muitos professores, residentes e estudantes trabalharam em equipe para o atendimento e pesquisas operacionais. Algumas pesquisas procuravam medir a eficácia da imunização, a viragem sorológica para determinadas doenças, o estado nutricional das crianças ou a presença de doenças crônicas. Foi também um momento de aproximação à vida das aldeias, a um modo de viver e uma organização social muito distinta da sociedade nacional. Nesta época, o país vivia sob o regime da ditadura militar, cuja política indigenista tinha como propósito a integração nacional e a perspectiva de convivência com outras formas de viver e se organizar nem aparecia como pauta, não estava em discussão.

Outra fase tem início em 1985, inspirada pelo movimento da reforma sanitária, tendo como perspectiva a construção de um sistema local de saúde que valorizasse a participação das comunidades, rompesse com o modelo campanhista e repensasse a política indigenista oficial, aliando-se ao movimento indígena e suas bandeiras. Teve início a formação dos agentes indígenas de saúde, naquela ocasião chamados de monitores de saúde por seu papel de vigilância e acompanhamento dos doentes nos postos e aldeias<sup>16</sup> (MENDONÇA, 2005).

Durante o período de 1990 a 1999, com o apoio da Fundação Kellogg e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, o Projeto Xingu passou a implementar um sistema local de saúde, compondo uma equipe local com enfermeiros, médicos e dentistas, que também pudessem dar suporte à formação em serviço dos agentes indígenas de saúde. Foi um período de consolidação do programa de saúde já com outra concepção de extensão, compreendendo-a como uma possibilidade de troca e construção coletiva de conhecimentos. Com a implementação de um sistema local de saúde, o Projeto Xingu priorizou a formação dos próprios indígenas na área da saúde, o que favoreceu a constituição de espaços de encontro interétnicos e interculturais para trocas de conhecimentos e

---

<sup>16</sup> Sobre este tema, ler: MENDONÇA, S. B. M. O Agente Indígena de saúde no Parque Indígena do Xingu: reflexões. In: JUNQUEIRA, C. **Parque Indígena do Xingu**: Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem; 2005.

informações. Estes encontros eram momentos de construção do que seria o modelo ideal de atenção à saúde dos povos indígenas, considerando uma prática que acabou se constituindo em um conceito muito caro à saúde indígena, a “atenção diferenciada”. Essa foi uma prática construída a muitas mãos, indígenas e não indígenas envolvidos e implicados na produção da saúde<sup>17</sup>. Em 1993, acontece a segunda conferência nacional de saúde dos Povos Indígenas<sup>18</sup>, que discute e apresenta a proposta de um modelo de atenção à saúde indígena, no contexto do Sistema Único de Saúde, com uma territorialidade própria, baseado em um conceito de atenção diferenciada. O protagonismo dos indígenas nesse processo foi muito importante.

O curso de agentes indígenas de saúde formou uma turma em 1996. A partir de 1997, iniciamos a formação dos auxiliares de enfermagem indígenas no contexto de um movimento de reconhecimento profissional junto às instituições de saúde, educação e do conselho regional de enfermagem do estado de Mato Grosso.

Ao longo de toda a década de 90, o Projeto Xingu participou ativamente da construção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em diferentes fóruns regionais e nacionais. A intenção era apoiar e consolidar a saúde indígena como uma política de estado, que garantisse os direitos constitucionais dos povos indígenas. Em 1999, foi aprovada a Lei nº. 9.836, de 23 de setembro, conhecida como Lei Arouca (FUNASA/MS, 2009), que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), guardando suas especificidades.

A Lei Arouca surge como um capítulo de acréscimo à lei orgânica da saúde (Lei 8.080, de 1990) e institui, através do Sistema Único de Saúde (SUS), o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que constitui um modelo inserido na estrutura de atendimento do SUS, mas voltado para a realidade específica das populações indígenas. A lei estabelece que a atenção à saúde indígena deve ser pautada por uma abordagem diferenciada, contemplando desde a assistência à saúde até as questões de saneamento básica, habitação, meio ambiente e demarcação de terras. Além disso, a lei estabelece que os grupos indígenas não sejam tratados de forma

---

<sup>17</sup> Sobre o conceito e práticas relacionadas à atenção diferenciada, ler: RODRIGUES, D.; MENDONÇA, S.; OLIVEIRA, L.; RODER, F.; COELHO, C. **A Atenção Diferenciada em Saúde Indígena**: considerações iniciais. (Texto de Apoio para as Disciplinas de Política de Saúde Indígena e de Antropologia e Saúde do Curso de Especialização em Saúde Indígena, modalidade de ensino a distância, UAB/UNIFESP)

<sup>18</sup> Ler relatórios das Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas.

homogênea, mas conforme as especificidades da cultura de cada tribo e nação indígena<sup>19</sup>.

Segundo Sérgio Arouca, era preciso “cuidar da saúde indígena, sem descuidar do respeito a suas tradições”.

Alcançado esse objetivo, a pedido das lideranças indígenas, a UNIFESP foi responsável pela implantação e gestão do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu (DSEI Xingu) no período de 2000 a 2004. Foi um período de intenso envolvimento da coordenação do Projeto Xingu com a implementação do Distrito. Uma das estratégias adotadas foi aproximar as lideranças do processo e fomentar o que seria uma cogestão das questões da saúde. Iniciamos, em 2003, um curso de gestão em saúde indígena para os indígenas coordenadores de projetos de associações, ex-alunos do curso de auxiliares de enfermagem, professores, lideranças e conselheiros de saúde. A ideia era instrumentalizá-los na área de gestão e gerência em saúde para que, em poucos anos, pudessem gerir o próprio Distrito Sanitário, de preferência de forma colegiada. Foi um período tenso de negociações que possibilitou acesso a insumos, medicamentos, combustível, equipamentos médicos e outros como barcos, viaturas e rádios, construção de postos de saúde, equipes de saúde, contratação de indígenas e não indígenas em diferentes postos de trabalho. O que antes era disputado na rubrica da saúde junto à FUNAI, agora era responsabilidade do Projeto Xingu, por meio de um convênio com o Ministério da Saúde. Naquela ocasião, pudemos construir um sistema local de saúde, planejado coletivamente, a partir de um sistema de informação cuidadoso que permitia o acesso às informações desde a aldeia até o nível central. Implementamos um modelo de atenção à saúde baseado na vigilância em saúde e na formação das pessoas, indígenas e não indígenas. Foram desenhadas e articuladas redes de atenção junto ao SUS regional em diferentes pontos de acesso em Mato Grosso, como Canarana, Sinop e Querência. Esse exercício de fazer a cogestão com uma equipe mista de indígenas e não indígenas foi importante e revelou outros desafios para pensar, além da atenção, uma gestão diferenciada. Distribuir equitativamente recursos humanos e materiais entre os diferentes povos não foi uma tarefa fácil. Já havia um jogo de forças e de poder interno entre as regiões e etnias que foi atropelado por novas regras. A distribuição de bens e

---

<sup>19</sup> Sobre esse tema, acessar [https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/politica01\\_8.html](https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/politica01_8.html).

diferentes recursos em nome da saúde passava por outras mãos e estava associada a relações interétnicas delicadas cuja dimensão nós não tínhamos percebido, o que ocasionou mal-entendidos junto a algumas lideranças. Entre 2004 e 2010, o Ministério da Saúde assume a gestão dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas do país e começa a fazer outros tipos de parceria com ONGs e instituições. Os convênios firmados entre o Projeto Xingu/UNIFESP e o Ministério foram se modificando: já não era mais a UNIFESP a conveniada, mas a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), mantenedora do Hospital São Paulo (HSP), Hospital Universitário (HU) da UNIFESP, principalmente para que pudesse contratar recursos humanos para compor as equipes de campo do Distrito. Neste novo cenário, o Projeto Xingu passou a trabalhar em atividades de formação e apoio matricial em áreas estratégicas.

Com a intensificação do contato junto aos municípios vizinhos, outras necessidades de saúde apareceram, demandando mudanças no processo de trabalho e novos cursos de formação aconteceram, entre 2005 e 2012.

Na fase atual, de 2012 aos dias de hoje, novas mudanças foram processadas. No cenário nacional, a conquista da Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI, com status de Secretaria dentro do Ministério da Saúde, apontava para a consolidação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SASISUS.

Com a perspectiva de elaborar de forma coletiva uma avaliação e diagnóstico da situação de saúde no Xingu, valorizar e planejar o que seria uma atenção diferenciada, organizamos, junto com o Distrito, uma Oficina Distrital de Saúde Indígena, em 2012, na cidade de Canarana, com o tema “Construindo as linhas do cuidado integral na rede saúde indígena: como articular os cuidados e práticas tradicionais”. Durante a oficina, foi elaborado um diagnóstico da situação de saúde considerando vários eixos do processo de trabalho, como o sistema de informações, gestão diferenciada, controle social, articulação com os serviços de saúde de referência regional, articulação entre as práticas da biomedicina e práticas tradicionais, formação de indígenas e não indígenas para o trabalho em saúde, infraestrutura, equipamentos, insumos e medicamentos para o trabalho de campo.

Foi um momento especial, pois estavam presentes todos os atores que produzem saúde: parteiras, pajés, rezadores, raizeiros, conselheiros, lideranças, profissionais de saúde indígenas e não indígenas e gestores. Nessa ocasião, foram



elaboradas várias propostas para organização do processo de trabalho e atenção diferenciada no DSEI Xingu. Infelizmente, muitas destas propostas permanecem no discurso, cada vez mais distanciadas da prática cotidiana, apesar da riqueza do encontro, dos caminhos apontados e literalmente desenhados.

Ainda em 2012, concluímos a formação de uma nova turma de Agentes Indígenas de Saúde na área de abrangência do médio, baixo e leste Xingu, em parceria com o DSEI Xingu, a Escola de Saúde Pública da Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso SES/MT e Secretaria da Educação do Estado de Mato Grosso SEDUC/MT. Os formandos concluíram concomitantemente o ensino fundamental desenvolvido junto à formação em saúde. No último módulo, ao elaborar o plano de vida de cada um, os alunos apontaram a vontade de continuar seus estudos na área da saúde. Para a formatura, elaboraram um documento com a demanda pela continuidade do itinerário formativo em nível técnico em diferentes áreas da saúde, acopladas ao ensino médio. Infelizmente, essa demanda ainda não foi implementada.

Em consequência do fortalecimento institucional do SASISUS no Ministério da Saúde, nos últimos anos, houve uma retração das ações do Projeto Xingu, principalmente no que se refere à seleção, ao acompanhamento e à capacitação dos profissionais de campo e apoio à organização do processo de trabalho. O Projeto permanece desenvolvendo atividades de capacitação e formação nas áreas de vigilância em saúde, imunização, saúde mental, saúde da mulher, acompanhamento e controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e apoio aos encontros e articulações relacionados à medicina tradicional.

Ao longo dos anos, acompanhando as mudanças no modo de viver entre os povos do Xingu, detectamos o aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Para entender como estas mudanças estão relacionadas a estes agravos, passamos a desenvolver atividades de pesquisa-ação nas aldeias, por etnia. Estamos visitando as grandes aldeias, fazendo o rastreamento das DCNT como diabetes, hipertensão, síndrome metabólica e desnutrição. Nas aldeias, além dos exames físico, laboratorial e antropométrico, conversamos com lideranças, homens e mulheres, jovens e idosos, sobre essas novas doenças, sobre a roça, sobre as mudanças na vida das pessoas. Durante a ação, as pessoas examinadas são orientadas e, ao final do período, fazemos uma devolutiva para a comunidade, falando sobre os

resultados, sobre as doenças e sobre os riscos de adoecer. Em geral, todos se surpreendem e ficam muito preocupados. Um dos pontos altos dessa pesquisa-ação são as oficinas de culinária, quando conversamos sobre os nossos alimentos, quais são as nossas regras para o uso de sal, óleo, açúcar, composição de pratos, quem pode ou não pode comer determinadas coisas. Mesmo que, entre nós, na sociedade nacional, existam diferentes regras alimentares, procuramos o bom senso e as referências da ciência para a composição dos pratos e quantidades que devem ser observadas. A oficina de culinária prossegue e o tema se inverte, as indígenas nos mostram sua culinária, seus produtos e suas regras alimentares. Estivemos desenvolvendo essa prática entre os Khisêdjê, Yudjá, Kawaiwete, Ikpeng, Yawalapiti, Kamaiurá, Kuikuro, Kalapalo, Waura, Nahukuá, Mehinaku, Aweti e Trumai.

Têm sido muito prazerosos e esperados esses momentos quando aprofundamos o diálogo e misturamos equipes de lá e de cá, profissões, áreas do conhecimento, alunos indígenas e não indígenas, professores indígenas e não indígenas. Dias de troca de saberes, experiências e de produção de conhecimento. Exatamente o que o Projeto Xingu pensa sobre um programa de extensão, uma *prática de comunicação* para além da *extensão*, como diria Paulo Freire (1979): “A educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é a transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores, que buscam a significação dos significados”.





Fonte: WINDSOR, Gabriela de. (Acervo Projeto Xingu, Pesquisa-ação entre os Khisêdjê, TI Wawi, 2010).

**Figura 10. Coordenação do Projeto Xingu e alunos de extensão da UNIFESP, etapa de pesquisa-ação entre os Khisêdjê, TI Wawi, 2010.**

## 6 QUEM SÃO OS KHISÊDJÊ?



Fonte: BIRAL, Eduardo (Acervo Projeto Xingu, Aldeia Ricoh, 1988).  
**Figura 11. Festa do Rato, Aldeia Ricoh, 1988.**

Khisêdjê, como se autodenomina o povo conhecido como Suya, é um povo indígena de língua Jê (ramo setentrional), que habita a Terra Indígena Wawi à leste do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso. Os Khisêdjê são atendidos pelo Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu (DSEI Xingu), na área de abrangência do Polo Base Wawi.

A população atualizada em novembro de 2020 é de 524 Khisêdjê, divididos majoritariamente em cinco (5) aldeias, a saber:

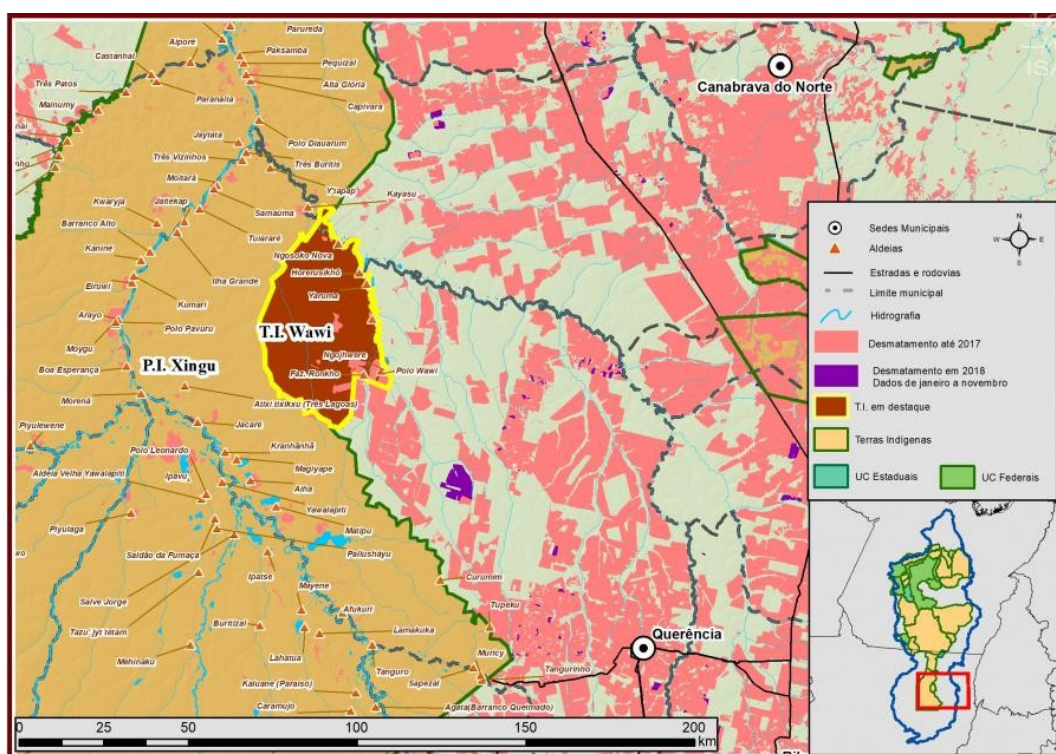
**Quadro 3. Aldeias do Povo Khisêdjê e população por sexo, TI Wawi, 2020**

Aldeia	Masculino	Feminino	Khisêdjê	Total
Khikátxi	196	163	359	407
Jarumã	29	21	50	73
Ngosoko	30	27	57	68
Horehusikhro	14	11	25	28
Watatxi	4	8	12	13
Total	273	230	503	589

Fonte: Censo populacional – DSEI Xingu, 2021.

Entre os moradores das cinco (5) aldeias, estão 86 pessoas de outras etnias, 57 mulheres e 29 homens, com a seguinte distribuição: 36 Kaiabi (13 homens e 23 mulheres), 17 Tapayuna (9 homens e 8 mulheres), 10 Trumai (3 homens, 7 mulheres), 10 Kamaiurá (1 homem e 9 mulheres), 3 Kuikuro (3 mulheres), 2 Mehinaku (2 mulheres), 2 Ikpeng (2 mulheres), 4 Yudjá (3 homens e 1 mulher), 2 Yawalapiti (2 mulheres). É interessante observar que 64% dos moradores de outras etnias entre os Khisêdjê são mulheres.

A Terra Indígena Wawi está dentro do município de Querência, no Mato Grosso, e faz limite com o leste do Território Indígena do Xingu. A maior parte das aldeias Khisêdjê está dentro da TI Wawi, sendo que uma delas está no TIX.



Fonte: <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/povo-Khisêdjê-entrega-producao-recorde-de-oleo-de-pequi-do-xingu> - acessado em junho 2021.

**Figura 12. Mapa da Terra Indígena Wawi, 2018.**

Entre 2019 e 2021, os Khisêdjê se redistribuíram em 9 aldeias: Khikátxi, aldeia-sede; Ngôjhwêrê, aldeia velha; Wakatxi; Yaruma; Horeusikhrô; Thyrykhô;



Ngôsoko; Ngôtxire; Riktxikhô. Esse movimento é recente e ainda não foi possível atualizar o censo demográfico.



Foto: Acervo Projeto Xingu, 2010.

**Figura 13. Canoa na beira do Rio das Pacas, Aldeia Ngojwêre, 2010.**

### 6.1 Um pouco de sua história...

Os Khisêdjê têm sua história contada a partir de relatos orais e observações escritas por diferentes atores. Anthony Seeger (1980)<sup>20</sup> propõe, em seu texto sobre a *identidade étnica como processo*, que essa história pode ser dividida em quatro (4) fases. A primeira fase remonta ao tempo mais antigo, anterior ao contato com os povos do Xingu. Nessa longa fase, os Khisêdjê teriam se deslocado do nordeste, possivelmente entre o norte do estado de Goiás e o Maranhão, descendo em direção oeste, atravessando entre rios Xingu e Tapajós, tendo entrado em guerra nesse caminho com diferentes povos, entre eles os Munduruku e os Panará. Seguiram em direção ao sul e, depois, ao leste, onde seguiram o rio Batovi e entraram em contato com os xinguanos. A segunda fase seria durante o contato com estes povos, antes de sua “pacificação”, de seu contato oficial e permanente com membros da sociedade nacional<sup>21</sup> (HEMMING, 2005). Durante um longo período,

<sup>20</sup> Sobre este tema, ler SEEGER, A. A identidade étnica como processo: os índios Suyá e as sociedades do Alto Xingu. Anuário antropológico 78. Rio de Janeiro, Oliveira, R.C. (Dir.), Ed. Tempo Brasileiro, 1980.

<sup>21</sup> Sobre a “pacificação” no contexto do Xingu, ver HEMMING, J. A Pax Xinguana. In: JUNQUEIRA, C. **Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História**. São Paulo: Terra Virgem; 2005. p 25-46.

ocuparam diferentes pontos do rio Suya-Miçu. Encontraram diferentes povos, guerrearam, venceram e foram vencidos muitas vezes. Perderam e capturaram mulheres e crianças, fizeram alianças, tratos e destratos. Ao longo desse período, viveram seu período de xinguanização, incorporando vários aspectos da cultura Alto Xinguana. Outras duas fases compreenderiam o período pós-contato oficial, de 1959 a 1969, e 1969 a 1978, já como integrantes do Parque Nacional do Xingu. Durante esse período de pós-contato, passaram de uma relativa independência a uma dependência cada vez maior de produtos, materiais e ferramentas com que eram presenteados e seduzidos nas negociações de paz e alianças com os outros povos do Parque. Após o contato, foram atraídos para perto do Posto Diauarum, sob direção de Cláudio Villas Boas, onde poderiam ter acesso aos cuidados de saúde e medicamentos, assim como às ferramentas e utensílios vindos de fora. Seguindo esta leitura de Anthony Seeger a respeito de fases da história Khisêdjê e acompanhando a história desse povo no contexto das atividades do Projeto Xingu (EPM/UNIFESP), consigo perceber dois momentos diferentes.

Eu poderia propor outras duas fases dessa história, uma de 1980 a 2000, que se refere ao período de luta pelo poder interno, interétnico, e seus desdobramentos, quais sejam, recomposição dos grupos familiares, mudanças de aldeia e busca de um caminho mais independente em direção ao território ancestral com a mudança para a TI Wawi, e outra de 2001 aos dias de hoje, que remete à conquista da Terra Indígena Wawi, a consolidação da identidade Khisêdjê, criação da Associação Indígena Khisêdjê (AIK), mudança na relação com os outros povos Xinguanos e com a sociedade envolvente, no município de Querência, novos projetos, parceiros e sonhos. Esta divisão em fases não caracteriza propriamente rupturas, pois existe uma continuidade, uma mescla entre uma e outra, mas dizem respeito a ênfases diferentes, nas relações interétnicas e com a sociedade ocidental, ao jogo de forças e ao poder em cena.

## 6.2 Mito e História

A história dos Khisêdjê ao longo do tempo nos mostra que as alianças, casamentos interétnicos e a captura de mulheres de outras etnias têm agregado conhecimentos, práticas e técnicas ao seu patrimônio e ao seu cotidiano. Essa

apropriação de traços culturais de outros povos tem sido descrita como uma das características do ser Khisêdjê (SEEGER, 1981a).

Para entender a história desse povo e suas transformações, é preciso conhecer sua mitologia. Para os Khisêdjê, não houve um demiurgo, um herói criador como em outras culturas xinguanas. Sua mitologia guarda mais semelhanças com os povos de língua Jê. Seeger nos diz que a sociedade Suya (como eram chamados os Khisêdjê) tomou forma a partir de encontros e desencontros com animais e seres humanos normais (SEEGER, 1981b). Nesses encontros, se apropriavam de elementos culturais que julgavam bons e úteis. Contam que aprenderam a fazer fogo e cozinhar com o jaguar/onça, conheceram o milho e o jeito de lidar com ele com o rato. O sistema de nomeação que determina sua identidade social foi aprendido com um povo inimigo que morava debaixo da terra. Os discos labiais e outros adornos aprenderam com povos inimigos. Portanto, o jeito de ser Khisêdjê passa por uma construção contínua, com a adoção seletiva de traços culturais de povos e comunidades com as quais entram em contato. Este processo acontece o tempo todo e está presente nos mitos Khisêdjê.

O estudo da história de contatos e influências interétnicas entre os Khisêdjê e os Xinguanos, ou entre eles e os Tapayuna, nos ajuda a interpretar as interferências e mudanças do modo de viver, comer e trabalhar nos dias de hoje com a sociedade envolvente cada vez mais próxima e presente. A identidade Khisêdjê permanece em construção. Em 1980, Seeger já dizia que a identidade étnica é um processo, não um estado:

O estudo da identidade étnica tem se desenvolvido muito através da análise da interação entre os índios e as sociedades brasileiras... O estudo do contato inter-tribal pode levantar novos pontos-de-vista em relação à questão. Primeiro, uma vez que ambas as sociedades são indígenas, tenderíamos a ver mais de perto a visão nativa do processo. Segundo, uma vez que o processo é frequentemente de longa duração, podemos ver mais claramente a natureza processual e reversível da identidade étnica. Terceiro, é possível procurar continuidades e mudanças na maneira como as mesmas sociedades reagirão à sociedade nacional (p 171).

Ao longo de sua história, guerras, alianças, perdas e incorporações, os Khisêdjê precisaram se reinventar. Apesar das profundas mudanças em sua organização social, permanecem o seu modo de ser e pensar.

Muitos aspectos da organização social e ritual dos Khisêdjê foram modificados após o ataque à aldeia pelos Juruna (Yudjá) e seringueiros. A baixa demográfica, o intenso contato com os índios do Alto Xingu e a morte de grande parte dos velhos logo após a ‘pacificação’ proporcionaram modificações profundas. Apesar disso, é relevante relatar a sociedade e sua cosmologia antes desses eventos, já que o modo de pensar Khisêdjê e muitos desses aspectos socioculturais continuam até o presente<sup>22</sup>.

Esse modo de ser permanece e se reconfigura continuamente, agora com novos atores.

No ir e vir da cidade, além dos alimentos, roupas, miçangas e utensílios, trazem informações, ideias e comportamentos. Têm participado e investido em negociações internas e externas, com outros agentes sociais fora da constelação do Parque Indígena do Xingu, no contexto de sua Associação Indígena Khisêdjê – AIK.

A vida e a história para eles são aproveitamentos de oportunidades, geralmente praticados por um grupo de homens que sai da aldeia e traz para lá o fogo, milho, cativos que ensinam novos rituais e, mais recentemente, geradores, parabólicas, gravadores e tudo o que obtêm para o bem do grupo... Havia então uma troca bastante forte de conhecimentos, de bens e de maneiras de viver (SEEGGER, 2014, p. 189).

### 6.3 O modo de viver e o ciclo da vida

Com base na bibliografia, pesquisas e relatos, conversas com as mulheres, agentes indígenas de saúde e professores indígenas, escrevo adiante um pouco sobre o modo de viver e o ciclo da vida entre os Khisêdjê.

Os Khisêdjê vivem em aldeias circulares, de acordo com o padrão Jê, com as casas posicionadas à volta de uma praça central onde fica a casa dos homens. Todas as aldeias Khisêdjê pertencem ao Polo Base Wawi do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu (DSEI Xingu). Ao longo dos últimos anos, os Khisêdjê construíram novas aldeias e mudaram a aldeia maior fugindo do agrotóxico e das terras pobres. Constituíram uma nova aldeia Khikátxi, em 2018, mais para o interior da terra indígena, um lugar próximo a um rio piscoso, afastado das fazendas de soja e dos agrotóxicos que estão na fronteira leste do território. O movimento de algumas famílias foi configurando outros arranjos, buscando a ocupação do território e afirmando identidades antes misturadas, como os Tapayuna e os Jaruma.

---

<sup>22</sup> SEEGGER, A. Verbete sobre os Khisêdjê. Instituto Socioambiental. Povos Indígenas do Brasil. Disponível em: [https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Kis%C3%AAj%C3%AA#Localiza.C3.A7.C3.A3o\\_e\\_pleitos\\_territoriais](https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Kis%C3%AAj%C3%AA#Localiza.C3.A7.C3.A3o_e_pleitos_territoriais).

## 6.4 O ciclo da vida

The linear description of the life cycle emphasizes important features of Suya society. First, it gives dynamics to the static analysis of kinship, naming, marriage, and aging. Second, the descriptions of rites of passage reveal the importance of the domains of space and their manipulation. Third, it restores the general emphasis of Suya society: that of transition and becoming, rather than that of categorization and being<sup>23</sup> (SEEGER, 1981. p. 147).

Cada momento do ciclo da vida é nominado e diz respeito a um determinado comportamento e expectativa. Algumas fases da vida apresentam maior vulnerabilidade física e espiritual, principalmente aquelas que caracterizam a transição de papel e identidade social como o período do nascimento até que a criança comece a andar – nesse caso, os pais e avós mudam de categoria social; a puberdade, principalmente os rapazes, até ficarem prontos e aceitos como adultos; e a transição entre adulto e o idoso – Wikényi – para o homem e para a mulher. Em geral, a mudança de uma classe à outra é marcada por ritos de passagem.

Após o nascimento do primeiro filho, as Khisêdjê delimitam seu espaço em sua casa, onde seu marido vem morar e constituir uma nova unidade doméstica. Elas são valorizadas pela sua capacidade de gerar filhos nos seus primeiros anos do casamento e sua autoridade aumenta à medida que têm mais filhos e que sua mãe envelhece. Na velhice, as mulheres ainda se mantêm envolvidas nas atividades domésticas e familiares, sendo respeitadas por sua sabedoria, adquirida ao longo da vida, e são consultadas pelos mais jovens (SEEGER, 1981).

## 6.5 Gestação, parto e nascimento

---

<sup>23</sup> SEEGER, A. **Nature and Society in Central Brasil**. The Suya Indians of Mato Grosso. Cambridge, Massachusetts and London: Harvard University Press, 1981.

A descrição linear do ciclo da vida enfatiza características importantes da sociedade Suya. Primeiro, dá dinâmica à análise estática de parentesco, nomeação, casamento e envelhecimento. Em segundo lugar, as descrições dos ritos de passagem revelam a importância dos domínios do espaço e sua manipulação. Terceiro, ele ressalta a ênfase geral da sociedade Suya: a de *transição* e *devir* ao invés de categorização e ser.



Com relação à gestação, entre os Khisêdjê, as relações sexuais precisam ser frequentes, pois acreditam que o feto se desenvolve pelo acúmulo do sêmen.

O parto é frequentemente realizado pela mãe, sogra ou tia que já sabe acompanhar partos. Quando surgem complicações, recorrem a outras mulheres com maior experiência, chamam o rezador ou pajé para auxiliar. Hoje em dia, fazem parte deste itinerário terapêutico os profissionais de saúde da biomedicina. Estes profissionais são procurados pelas gestantes para pedirem exames de pré-natal e têm interferido bastante na evolução dos partos, removendo as mulheres ao completarem 35 semanas de gestação para os hospitais regionais. Estas são questões que têm sido observadas por mim e serão trabalhadas mais adiante.

Os conhecimentos sobre o parto são passados de mãe para filha, mas, atualmente, as mulheres jovens não têm interesse em aprender a fazer parto. No momento do parto, a primeira coisa que a avó ou a *parteira* faz é colocar a gestante agachada e esperar o bebê nascer. O pai não pode estar presente durante o trabalho de parto, ele deve andar (passear) para que a criança nasça logo. Quando a criança nasce, a avó ou a parteira verifica se ela está se afogando com o vernix caseoso. Se isto ocorrer, elas colocam o dedo na boca da criança para liberar sua garganta para que possa respirar. Se o vernix atingir o nariz, a avó o aspira com a boca. Se a placenta demora a sair, chama-se um rezador. Quando sai, a avó ou a parteira verifica se está normal. A placenta deve ser enterrada pela pessoa que recebeu a criança, em geral a avó, em buraco próximo a um pé da Bacaba, ou jogada num buraco do cupim. Depois a avó ou a parteira pede para a mulher sentar-se de cócoras, colocando o seu útero no lugar, para que volte ao normal. Em seguida, pedem para a mãe da criança amarrar o cordão umbilical e lhe dão banho com água fria (sem ervas).

Em geral, a criança é examinada e *arrumada* pela avó. Essa arrumação compreende apreciação, manobras nos braços e pernas, nos pés e nas mãos, na cabeça, todos no sentido de verificar se a criança está perfeita e endireitar o corpo. Pegar um recém-nascido é um importante ato social, indica aceitação da criança e responsabilidade por ela. Antigamente, os Khisêdjê sacrificavam os gêmeos, crianças com malformações, filhos de mulheres solteiras e de mães que haviam morrido no parto. Hoje em dia essa prática diminuiu muito. Recebida e acolhida a criança, conforme o sexo, é pintada com urucum e tem os tornozelos, joelhos e

braços amarrados com fibras de embira ou cordões de miçangas. Fazem isso para começar a modelar o corpo da criança, para que fique bonito, cresça forte e saudável. Todos esses relatos foram colhidos durante os encontros de mulheres e nas pesquisas de campo dos agentes indígenas de saúde. Ainda conforme o relato das mulheres mais velhas, no dia seguinte ao do parto, o pai da criança ia até a beira do rio, perfurava a glândula do seu pênis com dente de peixe cachorra, espremia o sangue, passava em seu corpo e voltava para casa. Esse era um ritual de purificação para o pai, impregnado pelo sangue da criança. Durante as suas primeiras semanas de vida, pai e mãe, com o auxílio da avó, assumem os seus cuidados. O nascimento de um filho é um momento muito importante de transição do papel social e da vida dos pais. Dietas alimentares e regras de comportamento devem ser cumpridas pelo casal desde a gravidez até que a criança comece a andar, para garantir o seu bom desenvolvimento e evitar o adoecimento. Novamente, a concepção de que a transgressão a essas regras pode comprometer a saúde física e espiritual da criança e seus pais está presente. Neste período, de construção da criança, durante a gestação e pelo período perinatal, a criança e seus pais são formados de uma mesma substância, como se fossem uma unidade. Esse entendimento também ocorre entre outros povos indígenas e tem sido relatado em inúmeras situações em que um dos pais ou a criança adoecem. Tudo que um faz ou sente repercute nos outros.

Após o nascimento do primeiro filho, que consuma o casamento, os homens se mudam para a casa da família da esposa, obedecendo à regra de residência uxorilocal (SEEGER, 1981). Em minha observação e em conversa com lideranças, percebo que, atualmente, nem todos os Khisêdjê obedecem às regras de residência e muitos têm sido os casamentos interétnicos, costurando alianças com outros povos que habitam o Parque Indígena do Xingu.

## 6.6 Cuidados com as crianças pequenas



Fonte: MENDONÇA, Sofia (Acervo Projeto Xingu, 2011).  
**Figura 14. Mãe e filho durante Pesquisa-ação, Aldeia Ngojwêre, TI Wawi, 2011.**

Em suas primeiras semanas de vida, o pai e a mãe, com o auxílio da avó, cuidam da criança durante o dia e a noite. Durante a noite, o pai observa seu filho, acende o fogo e acorda a esposa para amamentar a criança. Durante a amamentação, a cabeça da criança deve estar sobre o braço da mãe. Após as mamadas, a mãe sempre deve colocar a criança de bruços sobre o seu peito. A mãe não deve amamentar a criança estando deitada, pois a cabeça da criança fica chata, as placas ósseas do crânio se abrem e ficam com espaço maior. Se houver deformação na cabeça da criança, todas as manhãs a mãe deve esquentar a mão no fogo e massagear a sua cabeça até que volte ao normal.

Se a criança perder o sono durante a noite, a mãe deve banhá-la novamente, sempre lavando o umbigo com muito cuidado (somente com água). Após o corte do cordão umbilical, colocam-se cinzas de carvão em cima do coto umbilical para evitar infecções.

A partir do nascimento, os pais são impedidos de ter relações sexuais até que a criança comece a andar. Nos primeiros meses de vida da criança, os pais não

devem exercer atividades que exijam força física, como derrubar roça, construir casa, fazer canoa, no que se refere ao pai, e trabalhar na roça, carregar os produtos da roça, preparar alimentos e mexer no fogo, no tocante à mãe. Para os novos afazeres e trabalhos na associação, na escola ou no serviço de saúde, não sei quais são as regras adotadas para garantir esses cuidados. É um bom tema a ser investigado. Nesse período, da criança pequena, é a avó ou uma irmã mais velha quem cuida da casa e do preparo dos alimentos. Outras pessoas que não estejam cumprindo regras alimentares e de abstinência sexual são impedidas de carregar a criança pois, neste caso, a criança pode ficar vulnerável às doenças.

Vários procedimentos como massagens, amarrações, pinturas, banhos com ervas são realizados durante a primeira infância para modelar e formar o corpo da criança e prevenir doenças.

Em relação à alimentação, também são muitos os cuidados e em todas as fases da vida existem dietas apropriadas e proibições. Os alimentos são classificados e têm regras específicas de consumo para cada fase da vida.

Durante todas as fases da vida do bebê, seus pais não devem quebrar as regras, como fazer trabalho pesado ou comer alimentos que façam mal à criança, pois ela pode ter febre ou dor no peito. Quando a febre não passar, eles esmagam Hwitu Kutã e Suktã e esfregam na criança. A saúde da criança também pode ser prejudicada por doenças do espírito. Por exemplo, se a criança estiver triste, porque os pais brigaram com ela, a sua alma pode ser carregada por um espírito. Nesse caso, a família pode chamar um pajé, mesmo que de outro povo, para rezar e descobrir, através de seus sonhos, o que está acontecendo com a alma da criança. Apenas o pajé tem capacidade de trazer a alma da criança de volta ao seu corpo de bebê. Quando a alma volta, logo a criança recupera a saúde.

Quando engatinha, a criança começa a se desligar da mãe e passa a fazer parte de um grupo de crianças de várias idades que circulam na casa. Socialização com outras crianças faz parte do processo de tornar-se um ser/Khisêdjê.



Fonte: MELLO, Hélio (Acervo Projeto Xingu, 2003).  
**Figura 15. Criança Khisêdjê escovando os dentes no Rio das Pacas, Aldeia Ngojwêre, TI Wawi, 2003.**

#### 6.7 Os jovens: A construção do corpo em novos tempos e novos quereres...

Para os Khisêdjê, a pessoa é constituída por 2 identidades: uma identidade física, construída ao longo da gestação pelo sêmen do pai, alimentada e acolhida pela mãe; a identidade social, legitimada em um longo percurso durante sua puberdade e adolescência. Também é componente da pessoa, além do seu corpo físico, o seu espírito ou alma, que a acompanha durante toda a vida. Em geral, esse componente, o espírito, tem a ver com a essência ou a vida da pessoa e é cobiçado por feiticeiros ou bruxos que podem roubá-lo e levar seu dono à doença, transformação ou, mesmo, à morte.

Ao longo da vida, a pessoa Khisêdjê é construída a partir de um referencial ético, o ser generoso, saber se comportar e um referencial do ser bonito e saudável. Um tema recorrente no trabalho de campo foi a percepção dos indígenas sobre um corpo saudável. O que é ser forte ou ser gordo? Em geral, os indígenas dizem que as pessoas magras estão doentes ou atravessando um momento de muito trabalho. Quando a pessoa é forte, para os nossos parâmetros, mais *gorda*, dizem que está muito bonita!

Em seu texto clássico, *A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras*, Anthony Seeger, Roberto da Matta e Viveiros de Castro falavam da

centralidade da construção da pessoa na organização social dos povos indígenas do Brasil. Para estes autores,

a corporalidade não é vista como experiência infra-sociológica, o corpo não é tido por simples suporte de identidades e papéis sociais, mas sim como instrumento, atividade, que articula significações sociais e cosmológicas; o corpo é uma matriz de símbolos e um objeto de pensamento. Na maioria das sociedades indígenas do Brasil, esta matriz ocupa posição organizadora central. A fabricação, decoração, transformação e destruição dos corpos são temas em torno dos quais giram as mitologias, a vida cerimonial e a organização social<sup>24</sup> (SEEGER, 1987, p. 20).

Neste sentido, como tem se processado a construção do corpo diante das mudanças de dieta e de comportamento? Qual é a percepção corporal hoje em dia? O que mudou?

Para cada fase da vida existe uma construção e uma expectativa. A transição do pré-adolescente ao adulto é um processo bastante elaborado e valorizado. Essa transição ocorre de maneira diferente entre homens e mulheres. Uma transição importante para os homens é a cerimônia de iniciação, que marca a *saída* da casa dos pais e a transferência para a casa dos homens, quando são treinados para a vida adulta. Esse é um momento especial entre os Khisêdjê: a socialização do rapaz e o processo de legitimação de sua identidade social. O saber cantar, dançar, pintar e namorar. Todo o processo é acompanhado e avaliado pelos homens da aldeia.

As mulheres vivem na casa materna por toda a vida. Durante a puberdade e adolescência, são preparadas para a vida adulta pelas mulheres da casa, geralmente a mãe, tias e avós. Conforme relatos das mulheres mais velhas e de agentes indígenas de saúde, a idade da primeira menstruação varia entre 12 e 14 anos, quando o corpo da menina começa a se transformar e ela passa a ser chamada de *sumra-ndywy*. Nesta ocasião, ela fica reclusa, em um canto específico da casa, submete-se a uma rigorosa dieta alimentar e é proibida de ter relações sexuais. Deve comer apenas o que sua mãe, tia ou avó faz. Não deve comer pimenta, doce ou salgado. A obediência a essas regras garante um bom desenvolvimento de seu corpo e mantém os maus espíritos e doenças afastados. Seus pais também devem seguir as prescrições alimentares e de comportamento, pois estão implicados no processo de desenvolvimento dos filhos. Da mesma

---

<sup>24</sup> Excerto de: SEEGER, A.; MATTA, R.; CASTRO, E. B. V. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In: OLIVEIRA FILHO, J. P. (org.). **Sociedades Indígenas & Indigenismo no Brasil**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1987. p. 20.

maneira, a quebra destas regras leva a punições geralmente associadas a doenças. Várias características deste rito de passagem foram inspiradas pelos povos alto-xinguanos, em função dos casamentos interétnicos ou, mesmo, roubo de mulheres em períodos de guerra ou aliança entre os Khisêdjê e os alto-xinguanos, como será explorado mais adiante. Assim, as adolescentes são escarificadas nos braços e pernas, banham o corpo com preparados de raízes e outras plantas próprias que, associadas à amarração dos tornozelos e logo abaixo dos joelhos, garantem um bonito desenho para as pernas da futura mulher. O corpo dela vai sendo torneado, construído para a fase adulta, neste período, com mais cuidados<sup>25</sup>.

Sobre os cuidados com o corpo, para o povo Khisêdjê, em primeiro lugar, o que se usa bastante no corpo é o óleo de pequi (Hwĩn mbê) e o urucum (Hwy nhi ou Hwy tã nhi) que, além de servir como enfeite, para deixar a pessoa mais bonita, é também um produto natural que se usa para afastar as pragas da natureza e protege o corpo. Assim, as pessoas não ficam vulneráveis para contrair uma doença de pele ou adoecendo de outra coisa. A leitura da percepção corporal colhida durante o trabalho de campo revelou que pouca coisa mudou em relação à estrutura física do corpo almejado, mas seus adornos e comportamento sim, segundo os relatos de campo, mudaram bastante. Hoje em dia, os jovens usam roupas e não valorizam o uso dos óleos e pinturas, apenas em momentos de comemorações e rituais. Muitos dizem que, se usar a pintura do urucum, ou o óleo de pequi ou inajá, ficam sujos, ou suja a roupa.

Esses conceitos de limpo e sujo, pureza e perigo (DOUGLAS, 1991) têm sido revistos e reconfigurados pelos Khisêdjê com a apropriação das roupas, das louças, dos utensílios de fora e dos novos espaços e modos de viver e comer. Trata-se de um tema interessante que deve ser trabalhado em outro momento.

Tanto os homens como as mulheres devem seguir restrições alimentares e de comportamento muito rígidas para não adoecerem e alcançarem a próxima etapa. Os Khisêdjê têm relatado grande preocupação com essa transição dos jovens tornarem-se adultos, homens e mulheres Khisêdjê. Esse processo está mais complexo e é assunto frequente nas reuniões do pátio da aldeia, na casa dos homens. Os rituais que fazem parte dessa transição não têm sido realizados a contento. Outros interesses têm mobilizado jovens e adultos. As mulheres mais

---

<sup>25</sup> Em todas as fases da vida, desde o nascimento, o corpo é construído, modelado de acordo com as expectativas dos pais e da sociedade.



velhas referem que algumas práticas, rituais e regras têm sido negligenciadas pelos jovens. Entre as mudanças identificadas por elas, a redução do período de reclusão pubertária dos adolescentes de ambos os sexos; os jovens estão casando-se mais cedo, com seu corpo ainda em formação, despreparado para a gravidez e com pouco conhecimento para criar seus filhos. Esta é uma das justificativas, por exemplo, para o aparecimento da desnutrição entre as crianças hoje em dia<sup>26</sup>. As mudanças têm sido atribuídas às influências da mídia, sobretudo a televisão, que “rouba o tempo da conversa”<sup>27</sup>, e à convivência nas escolas urbanas com jovens de outras etnias ou, mesmo, com os não índios.

A escola, a internet, a tecnologia têm ocupado a maior parte do tempo das pessoas. Essa combinação entre a tradição, seus ritos e seu tempo e a modernidade, com sua tecnologia e sua velocidade, tem sido um grande desafio para os Khisêdjê.

## 6.8 Envelhecer

Depois de terem um filho, tanto o homem quanto a mulher são classificados como hen kra; quando têm muitos filhos são hen tumu (‘já velho ou maduro’) ou hen kwi ngédi (‘já se tornou velho’); quando seus filhos se casam e têm muitos netos, tornam-se wikényi. As diferenças entre os membros das classes de idade hen kra e hen tumu são uma questão de grau, sendo que os últimos têm uma participação mais ativa na vida política. Mas não há rito de passagem para marcar a mudança de uma classe para a outra; e homens mais decididos agirão como hen tumu mais cedo do que os mais tímidos. Há na tradição khisêdjê, entretanto, uma separação nítida entre o hen tumu e o wikényi, marcada por um rito de passagem e por mudanças dramáticas de comportamento (SEEGER, 2021)<sup>28</sup>.

Diferente de nossa sociedade, que classifica as pessoas pela idade, os Khisêdjê consideram várias etapas durante o envelhecimento. Para nossa sociedade, uma pessoa é idosa a partir dos 60 anos. Para os Khisêdjê, é um processo de envelhecimento que tem a ver com outros parâmetros e expectativas da sociedade. É uma divisão muito interessante, que considera seu papel social, se tem netos, algum conhecimento específico, seu grau de autonomia ou dependência.

<sup>26</sup> Essas falas têm sido frequentes e, neste caso, apareceram em público durante um Seminário Interinstitucional sobre Desnutrição e Segurança Alimentar que fizemos em 2001 no Xingu, com a participação de representantes da maioria das etnias do Xingu.

<sup>27</sup> Esta é uma fala de uma liderança, MK, durante um Encontro de Mulheres Xinguanas em 2006, no Polo Diauarum, PIX.

<sup>28</sup> SEEGER,, A. Sociedade e rituais. Verbete do Instituto Socioambiental. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Khisêdjê>.



Quando os homens têm netos, e as mulheres param de menstruar, não têm mais restrições a determinadas comidas (SEEGGER, 1981), mudam de categoria. Ao longo da vida, o homem *Khisêdjê* vai se incorporando à família de sua esposa, desde o seu casamento. Ele tem seus filhos, seus netos, seu grupo de amigos e parentes. O reconhecimento dessa integração tem seu auge na transição de adulto para o ser *wikényi*. Nessa fase, os *wikényi* não têm vergonha, podem falar e brincar, encenar, provocar os mais jovens. Podem comer qualquer coisa e não têm regras a cumprir. Homens e mulheres podem vir a ser *wikényi*. Essa fase, de assumir a velhice, libera homens e mulheres de uma série de compromissos, restrições e responsabilidades e, ao mesmo tempo, os coloca em destaque. Os *wikényi* são muito respeitados e queridos.



Fonte: MELLO, Hélio (Acervo do Projeto Xingu, 2003).  
**Figura 16. Liderança Khisêdjê na Aldeia Ngojwêre, Polo Wawi, 2003.**

## **7 O CAOS E A ORDEM: A DOENÇA E A REORDENAÇÃO DA VIDA**

### **7.1 O subsistema de atenção à saúde indígena – o mapa de cuidado e itinerário terapêutico entre os Khisêdjê**

O objetivo deste capítulo é refletir sobre o modelo de atenção à saúde indígena desenvolvido nos últimos anos tendo como referência a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI, 2002), o acompanhamento de uma realidade específica, do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu (DSEI Xingu) e a configuração desse modelo de atenção à saúde no contexto dos Khisêdjê (FUNASA/MS, 2002; Lei nº. 9836, 1990; Declaração Alma-Ata, 1978).

A PNASPI, publicada em 2002 (BRASIL/PNAPSI, 2002), foi construída a muitas mãos em um cenário de grandes conquistas dos movimentos sanitário, indígena e indigenista da década de 90, em continuidade à promulgação da Constituição Cidadã de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde Indígena, particularmente a 1ª e a 2ª Conferências, que aconteceram em 1986 e 1993, respectivamente, constituíram um espaço importante de discussão e luta pelo direito à saúde dos povos indígenas e produziram o desenho de um modelo de atenção à saúde que atendia àquelas demandas iniciais por uma Atenção Diferenciada que observasse as suas especificidades territoriais, epidemiológicas, históricas e socioculturais.

Foram intensos os embates institucionais e ideológicos sobre a quem caberia a responsabilidade da atenção à saúde dos povos indígenas e como o SUS deveria se organizar para ofertar serviços de saúde a essa população, resguardando suas especificidades.

O grande desafio era conceber uma política pública que garantisse aos índios o acesso à atenção integral à saúde, diminuísse as iniquidades a que estão expostos e que respeitasse suas práticas e concepções relacionadas ao processo de adoecimento. O objetivo era virar a página da velha política indigenista do assimilacionismo, do modelo campanhista, e pensar em uma rede complexa de serviços de atenção básica em saúde, considerando urgências e emergências, no

interior das terras indígenas, que incorporasse tecnologias leves e leves-duras, articulada com as redes de atenção do SUS, garantindo, assim, a integralidade do cuidado.

Somente com a publicação da Lei nº. 9.836, em 23 de setembro de 1999 (BRASIL, 1999), conhecida como Lei Arouca, foi instituído o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) e as diretrizes básicas para a implantação dos Distritos Sanitários Especiais como base do território da saúde indígena, constituindo uma rede de serviços de atenção básica em saúde (ABS), de gestão federal. A PNASPI compartilhou princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando a universalidade, equidade e integralidade (PONTES, 2015).

O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (BRASIL/PNASPI, 2002, p. 13).

Um subsistema de saúde, portanto, que tem como porta de entrada os serviços situados dentro dos territórios indígenas, considerando as equipes multidisciplinares de saúde, os agentes indígenas de saúde e outros atores sociais como produtores da saúde. No entanto, tanto a Lei Arouca como a Portaria de criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena não deixam claro como seria operacionalizada essa atenção diferenciada, como se daria a articulação com o SUS regional ou, mesmo, como concretizar a articulação com os saberes e práticas tradicionais. Nos instrumentos criados para normatizar financiamento e gestão do SUS, praticamente não existe referência ao subsistema. A própria Política Nacional de Atenção Básica – PNAB – não se refere à especificidade da saúde indígena ou ao SASISUS. O SUS não internalizou a Saúde Indígena e menos ainda o pressuposto da Atenção Diferenciada.

Um dos pontos críticos da atenção à saúde destinada aos povos indígenas, desde seu início, diz respeito à gestão e ao financiamento do subsistema que, tampouco, conseguiram acompanhar as necessidades do SASISUS.

A distância entre a teoria a partir da qual foi concebida a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas e os cenários de prática é evidente e reflete

situações muito variadas nas diferentes regiões do país. Em alguma medida, a saúde indígena traz à tona os grandes desafios do SUS rural, suas fragilidades e lacunas. Compartilham o mesmo espaço de viver povos indígenas, ribeirinhos, quilombolas e outras comunidades tradicionais. Enfrentam dificuldades semelhantes em relação ao acesso aos serviços de saúde que compõem uma rede bastante esgarçada, que ainda depende dos grandes centros para resolver seus problemas de saúde. Os povos indígenas guardam especificidades no que tange à sua organização social, seu modo de conceber o processo de adoecimento e suas práticas de prevenção de doenças, de construção do corpo, tratamento e cura (MENDES, 2018).

Na prática, boa parte da atenção básica dispensada aos Povos Indígenas tem se constituído como extensão de cobertura da *medicalização*, obedecendo à lógica do modelo médico centrado e com resolutividade extremamente baixa. Enquanto a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) propugna *desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas*, o que temos presenciado, no contexto da saúde indígena, é a destituição da autonomia dos sujeitos na medida em que se desvaloriza ou mesmo se despreza o conhecimento tradicional, práticas e cuidados relacionados à construção do corpo, aos ritos de passagem em todas as fases do ciclo da vida. Em vez de valorizar os sujeitos que produzem saúde, de compartilhar cuidados e construir estratégias coletivas de enfrentamento dos problemas de saúde, o que se vê é a reprodução dos valores e práticas da biomedicina como verdade absoluta que deve ser almejada por todos, inclusive pelos indígenas. É comum, hoje em dia, ver algumas mulheres mais velhas, que sabiam como levar a vida e construir os corpos, sabiam das ervas e raízes, sabiam dos cantos e rezas, sabiam dos unguentos e vapores para prevenir os males e cuidar dos doentes, ficarem completamente reféns das pílulas, cápsulas e *cutucos* (injeções) da *farmácia* e, mais recentemente, dos exames e imagens de aparelhos que revelam de forma mágica o diagnóstico e as condutas médicas faladas em outra língua.

Essa prática distancia-se dos principais fundamentos da *atenção diferenciada* como o território, a atenção integral a longitudinalidade do cuidado, da participação social e das práticas tradicionais de cuidado e cura, como veremos adiante.

O conceito de território, para a saúde indígena, carrega outros significados para além do espaço geográfico, pois considera a relação dos sujeitos e da própria sociedade indígena com a terra e a natureza, seu espaço de viver, as relações sociais, o processo histórico, as questões culturais, os modos de vida, os condicionantes e determinantes de saúde, as tensões e conflitos socioeconômicos e os diversos atores sociais.

Na saúde indígena, os territórios definidos foram os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI. É importante saber que, para o campo da saúde, o território significa mais do que uma superfície geográfica. Está contido, na definição de território, o perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social que o caracteriza. Assim, o território de um DSEI deverá estar em permanente construção, uma vez que tanto os perfis demográfico e epidemiológico como as relações sociais e políticas estabelecidas entre as populações indígenas, o Estado e a sociedade nacional são dinâmicos. É, portanto, um “território-vivo”. Douglas Rodrigues, Módulo de Vigilância em Saúde – Educação Permanente, Projeto Xingu/Saúde Indígena – 2018 (DOUGLAS, 2018).

Na fala acima, está presente o conceito do território como processo social (MENDES, 1995) que, no caso dos Povos Indígenas, guarda uma especificidade que justifica o próprio subsistema. As áreas indígenas, especialmente na Amazônia legal, encontram-se em fronteiras do agronegócio, mineração, madeiras ou extrativismo e estão em permanente conflito, aberto ou velado, com a sociedade nacional que as cerca. Esta circunstância foi determinante para a necessidade de uma gestão federal e não municipal do SASISUS. Como espaços físicos, os Territórios da Saúde Indígena apresentam uma configuração diferente da divisão político-administrativa do Brasil em distrito federal, estados e municípios (GARNELO, 2012).

A criação, no Ministério da Saúde, da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), em 2010, trouxe a expectativa de fortalecer a gestão do SASISUS que poderia resultar em maior autonomia aos gestores para executar atividades específicas para sua região de acordo com as necessidades de cada DSEI, incluindo aí a articulação regional. Outra dificuldade para essa articulação com o SUS passa pela questão da territorialidade especial dos Distritos Sanitários que compõem o subsistema.

Na saúde indígena, o que tem acontecido quando um paciente chega da área, encaminhado pela EMSI, nos municípios e nas regiões de saúde do entorno das

áreas indígenas, é o não reconhecimento do subsistema como porta de entrada. Precisa passar novamente na Unidade Básica de Saúde (UBS) do município como se não tivesse passado pela *porta de entrada* do SASISUS nas aldeias e polos-base. Nesse processo, a coordenação do cuidado é perdida e fragmentada. Vale lembrar que, de acordo com o Decreto 7.508, de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS e o planejamento da saúde, os DSEI, como serviços de ABS, constituem uma das portas de entrada para as redes de atenção à saúde, inclusive com direito a regimentos diferenciados. Entretanto, isso não ocorre. Não participam, em pé de igualdade, com os municípios, das Programações Pactuadas e Integradas e das comissões intergestoras regionais. Por conta disso, os espaços de negociação locais e regionais para constituição de linhas de cuidado e uma rede de atenção integrada têm sido subutilizados e pouco valorizados pela gestão dos DSEI e acabam colaborando para um protagonismo acanhado do SASISUS ou, mesmo, para uma visão equivocada de paralelismo do subsistema.

É fundamental considerar o território como o espaço de viver, de se relacionar e de constituir vínculo. É o espaço onde acontecem as práticas de prevenção e promoção, onde acontece o adoecimento, tratamento e cura. A construção do vínculo, da afetividade e da confiança demanda convivência e continuidade, o que tem sido difícil garantir. As equipes têm uma rotatividade intensa, seu vínculo empregatício é precário e, em geral, estão despreparadas para o trabalho em contextos interculturais. O trabalho *com* os índios transforma-se no trabalho *para* os índios. É interessante observar como mudou o perfil da força de trabalho que atua hoje nas áreas indígenas. No Xingu, anos atrás, eram poucos profissionais que atuavam na ponta, o que forçava uma aproximação aos indígenas, ao seu cotidiano, gerando cumplicidade, favorecendo o vínculo e a confiança. O foco eram os indígenas, o seu modo de viver e fazer. Hoje em dia, com um volume bem maior de profissionais, eles acabam por criar sua própria *aldeia/tribo*, reproduzem o modo de vida urbano e o fazer da medicina ocidental urbana, com distribuição de senhas, medicamentos e encaminhamentos para serviços de saúde regionais. O foco deixou de ser o indígena e a distância entre equipe e os usuários se alargou e se consolidou.

Para a PNAPSI:

A participação indígena deverá ocorrer em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, contemplando expressões formais e informais. Essa participação dar-se-á especialmente por intermédio da constituição de conselhos locais e distritais de saúde indígena; por reuniões macrorregionais; pelas Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Forum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena e pela presença de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL/PNAPSI, 2002).

A participação indígena durante toda a construção da PNAPSI, na década de 90, foi muito importante e propiciou o exercício do controle social legítimo porque colocou em contato líderes, homens e mulheres indígenas de diferentes povos com histórias de vida e contato também distintas. Criou-se um sentimento de pertencimento que garantiu a adesão ao subsistema e a luta por ele. Infelizmente, no decorrer da implementação do subsistema, houve uma burocratização do controle social em regimentos que restringiram a livre expressão das lideranças nos diferentes espaços de diálogo e negociação, de diagnóstico, planejamento e avaliação dos serviços prestados. Com maior facilidade no manejo das ferramentas do *'não-índio'* e no uso da língua portuguesa, temos acompanhado o recrutamento e cooptação de jovens que não vivenciaram essa luta e que muitas vezes estão afastados dos modos tradicionais de pensar a vida e a tomada de decisões, para compor os conselhos locais e distritais de saúde indígena. Este processo tem acirrado conflitos geracionais deflagrados pelas mudanças no modo de viver e se relacionar com a sociedade nacional em muitas áreas indígenas. A balança do controle social passou a pender acintosamente a favor dos gestores, coibindo a participação efetiva das comunidades.

#### 7.1.1 O caso do DSEI Xingu<sup>29</sup>

O modelo de atenção à saúde indígena desenvolvido no país, expresso na proposta da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), publicado em 2002 e organizado em um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), parte dos mesmos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e reflete as orientações da Declaração de Alma-Ata sobre a Atenção Primária.

---

<sup>29</sup> Este texto está baseado no artigo MENDONÇA, S. B. M.; RODRIGUES, D.; PEREIRA, P. P. G. Modelo de atenção à saúde indígena: o caso do DSEI Xingu. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, 2019 Supl 3. e00008119.

O Projeto Xingu, programa de extensão universitária da Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), atua entre os povos do Parque Indígena do Xingu desde 1965, contemplando atividades de assistência, ensino e pesquisa em saúde. Acompanhamos a construção de um sistema local de saúde no Xingu desde a década de 1980. Desenhamos, junto com lideranças indígenas, homens, mulheres e agentes de saúde, um modelo de atenção à saúde que pudesse dialogar com as práticas tradicionais, considerando todos os atores que produzem saúde e lidam com o adoecimento. Desde o início da formação dos agentes indígenas de saúde (AIS), na década de 80, e dos auxiliares de enfermagem indígenas (AEI), envolvendo as equipes locais de saúde, a aproximação e a cumplicidade entre a equipe, os profissionais indígenas e os usuários possibilitaram um diálogo profícuo, abrindo espaço para escuta não só nos contextos da atenção individual, mas, principalmente, no acesso a outros saberes e práticas de saúde, outras formas de interpretar o processo saúde doença. Buscamos implicar os atores que produziam saúde no território em uma construção coletiva de um modelo de atenção pautado pela vigilância em saúde, em que o processo de trabalho compartilhava o conceito de *Trabalho Vivo* proposto por Merhy e Franco (MERHY, 1997). Ao longo do processo de formação foram compartilhadas informações e a construção de indicadores de saúde. A construção de séries históricas dos principais indicadores de saúde possibilitou acompanhar a melhoria das condições de saúde das comunidades. Muitos indígenas, particularmente os mais velhos, que viveram a era das epidemias, associavam, por exemplo, a entrada das vacinas à diminuição da mortalidade infantil no Parque. Nessa ocasião, o modelo sanitaria campanhista predominava e conseguia dar resposta às necessidades mais prementes de saúde entre os povos xinguanos. Durante a década de 1990, tivemos o curso de formação dos AIS, momento em que a troca de saberes, o compartilhar cuidados e práticas, e a implantação de um sistema local de saúde no Xingu foram determinantes para a melhoria dos indicadores de saúde. Os alunos dos cursos de AIS e AEI associavam as ações preventivas, educação em saúde e a sua participação no diagnóstico precoce, particularmente das doenças respiratórias e diarreicas, à diminuição do número de mortes entre as crianças. Outra intervenção de impacto na mortalidade infantil foi a instalação dos Sistemas de Abastecimento de Água nas aldeias, diminuindo o número de casos de diarreia



entre as crianças, principalmente durante as estações chuvosas. Durante o período de 1999 e 2009, o Projeto Xingu, em convênio com o Ministério da Saúde, apoiou a implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu. O modelo de atenção que passou a se configurar era basicamente pautado pela Vigilância da Saúde.

Em 2010, com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), a organização do processo de trabalho nos distritos sanitários mudou. Houve um grande investimento na contratação de profissionais de saúde para o trabalho na área e, em seguida, a partir de 2013, o Programa Mais Médicos do Brasil levou centenas de médicos para dentro das áreas indígenas, o que sempre foi um desafio para a atenção à saúde nos territórios. Em muitos lugares, esse investimento trouxe bons resultados e, concretamente, aumentou o acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, essa mudança no processo de trabalho trouxe uma série de questões que precisam ser analisadas em suas práticas, bem como seu impacto na saúde das comunidades. A equipe, que antes funcionava de maneira horizontal, capilarizada, com utilização de protocolos e corresponsabilização, passou a ter como foco o atendimento médico e suas prescrições. Os AIS têm sido excluídos do planejamento, da tomada de decisões, relegados ao cargo de acompanhantes, tradutores ou distribuidores de remédios nas aldeias. Embora tenha ocorrido um grande aumento dos profissionais de campo, sua rotatividade, seu despreparo para o trabalho em área, a oferta irregular de insumos, medicamentos, equipamentos e o pouco investimento em infraestrutura, tecnologia adequada e na formação das pessoas, somadas ao modelo médico centrado, contribuíram para a diminuição da resolutividade dos serviços de saúde na área. Temos observado uma tendência à reversão de indicadores de saúde, como o aumento da mortalidade infantil, particularmente a partir de 2013.

O SASISUS é uma conquista do movimento indígena, indigenista e sanitarista. Cresceu, chegou a regiões antes desassistidas, melhorou o acesso aos serviços de saúde e, em algumas regiões, impactou positivamente os indicadores de saúde. No entanto, temos constatado que a concepção inicial do Subsistema vem sendo desconstruída, assim como o paradigma da Atenção Diferenciada. Um dos principais aspectos que deve ser apontado é o retorno de um modelo médico centrado que fragmentou o processo de trabalho, deslocando o foco da saúde para

a doença, que perdeu espaço de escuta e diálogo entre as equipes e as comunidades e relegou o AIS a um papel menor, burocrático e descolado da equipe. Com esses elementos, o acompanhamento das gestantes e dos recém-nascidos nas aldeias bem como do parto nas cidades, ficou desconectado. Perdeu-se a integralidade e a longitudinalidade da atenção.

Garantir aos povos indígenas o acesso à *atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política*, como propugna a PNAPSI, passa por incorporar efetivamente o SASISUS, capilarizar as redes de atenção à saúde às aldeias e polos-base, assumindo-os como legítima porta de entrada.

A experiência do Projeto Xingu e as pesquisas em andamento apontam que, para alcançar maior resolutividade e qualidade da atenção à saúde dos povos indígenas, é necessário implementar outras configurações do processo de trabalho, de equipamentos e tecnologias, para dar conta das especificidades, garantir vínculo e produzir saúde com a participação social. Muitos são os desafios, mas, certamente, a consolidação do SASISUS passa por uma gestão e atenção diferenciada e pelo protagonismo indígena na condução do processo de produção da saúde em seu território.

#### 7.1.2 O mapa de cuidado entre os Khisêdjê

Retomando os dados demográficos sobre os Khisêdjê, vimos que eles vivem em cinco (5) aldeias, dentro da Terra Indígena Wawi, que compõe a área de abrangência do Polo-Base Wawi do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu (DSEI Xingu).

**Quadro 4. Aldeias do Povo Khisêdjê e população por sexo, TI Wawi, 2020**

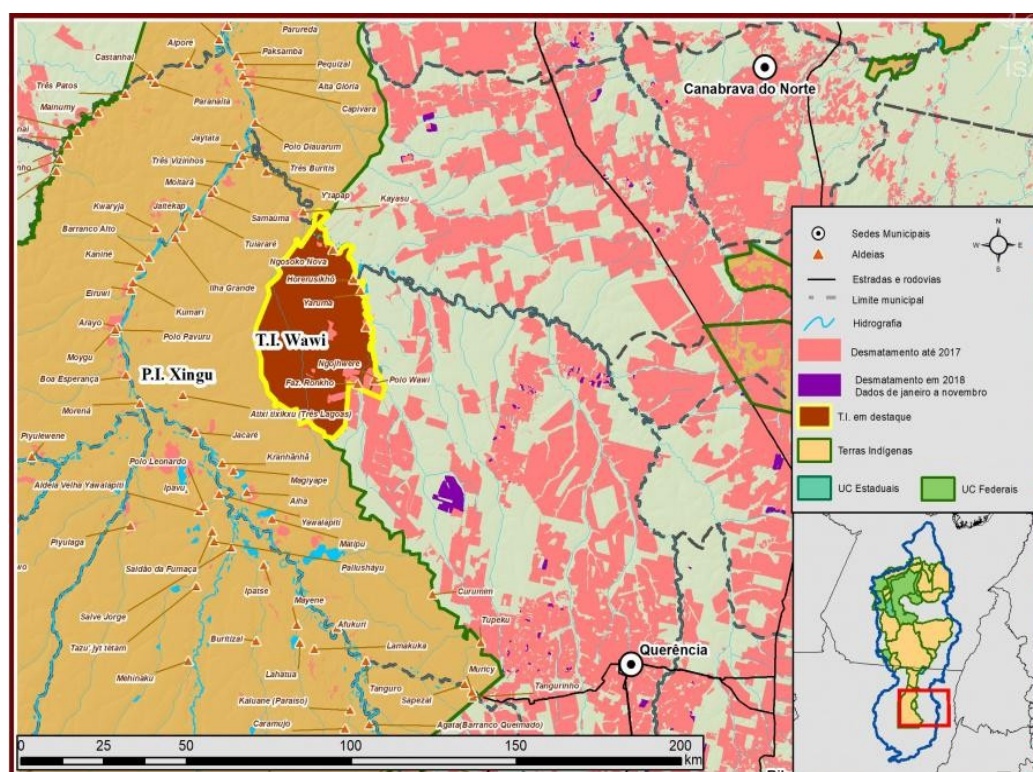
Aldeia	Masculino	Feminino	Khisêdjê	Total
Khikátxi	196	163	359	407
Jarumã	29	21	50	73
Ngosoko	30	27	57	68
Horehusikhro	14	11	25	28
Watatxi	4	8	12	13

Total	273	230	503	589
-------	-----	-----	-----	-----

Fonte: Censo populacional – DSEI Xingu, 2021.

Entre os moradores das cinco (5) aldeias, estão 86 pessoas de outras etnias, 57 mulheres e 29 homens, com a seguinte distribuição: 36 Kaiabi (13 homens e 23 mulheres), 17 Tapayuna (9 homens e 8 mulheres), 10 Trumai (3 homens, 7 mulheres), 10 Kamaiurá (1 homem e 9 mulheres), 3 Kuikuro (3 mulheres), 2 Mehinaku (2 mulheres), 2 Ikpeng (2 mulheres), 4 Yudjá (3 homens e 1 mulher), 2 Yawalapiti (2 mulheres). É interessante observar que 64% dos moradores de outras etnias entre os Khisêdjê são mulheres.

A Terra Indígena Wawi está dentro do município de Querência, no Mato Grosso, e faz limite com o leste do Território Indígena do Xingu. A maior parte das aldeias Khisêdjê está dentro da TI Wawi, sendo que uma delas está no TIX.



Fonte: Instituto Socioambiental – Povo Khisêdjê entrega produção recorde de óleo de pequi do Xingu. Matéria publicada em 01 de fevereiro de 2019. <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/povo-Khisêdjê-entrega-producao-recorde-de-oleo-de-pequi-do-xingu>

**Figura 17. Mapa da Terra Indígena Wawi, 2018.**

Entre 2019 e 2021, os Khisêdjê se redistribuíram em nove (9) aldeias, a saber: Khikátxi, aldeia-sede; Ngôjhwêê, aldeia velha; Wakatxi; Yaruma;

Horeusikhrô; Thyrykhô; Ngôsoko; Ngôtxire; Riktxikhô. Esse movimento é recente e ainda não foi possível atualizar o censo demográfico.

O Polo-Base Wawi, do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu, tem como área de abrangência de atuação todas as aldeias Khisêdjê. A equipe multiprofissional de saúde indígena EMSI, que constitui a equipe local de saúde, é formada, neste momento (junho de 2021), por uma médica, três (3) enfermeiros, um/uma (1) técnico de enfermagem – indígena e cinco (5) agentes indígenas de saúde.

A atenção básica em saúde é desenvolvida em área, a atenção secundária e terciária em serviços do SUS regional, onde existe uma Casa de Apoio à Saúde Indígena – CASAI no município de Querência, distante cerca de 250 km da TI, que recebe os indígenas encaminhados para investigação diagnóstica ou em tratamento especializado, e seus acompanhantes.

### 7.1.3 Qual é o itinerário terapêutico usual dos Khisêdjê?

Dependendo do problema, o caminho é diferente. Quando alguém adoece, a família, em geral, percebe os sinais e sintomas, que podem ser bem variados: desde febre, dor em diferentes lugares, com irradiações e intensidades variáveis, vômito, diarreia, ferida, abscesso, coceira, falta de ar, cansaço, até medo, ansiedade, sonhos ruins, premonições, sensação de frio e outros sintomas. Dentro da família, se dá o primeiro diagnóstico e, dependendo dos sinais, sintomas e evolução do caso, os rezadores, raizeiros ou outros especialistas tradicionais podem resolver o problema, ou os agentes de saúde e outros profissionais da biomedicina são acionados para examinar e/ou tratar, em geral, medicar. A maioria dos casos tem esse trajeto. No entanto, quando o caso requer procedimentos, exames laboratoriais ou de imagem, ou, ainda, quando não respondem adequadamente aos tratamentos prescritos, os doentes são encaminhados para os serviços do Sistema Único de Saúde regional, nos municípios de Querência, Canarana ou Água Boa, dependendo do problema e da capacidade resolutiva dos serviços oferecidos. Eventualmente, é preciso seguir adiante para o atendimento de maior complexidade em referências nacionais em Cuiabá, Brasília e em São Paulo.

Esse formato do subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas é muito bem desenhado, porém depende de uma boa articulação da rede de atenção, considerando a porta de entrada – desde a aldeia até os serviços de maior complexidade – garantindo a coordenação de cuidado e a resolutividade dos casos. Na prática, existem muitos pontos de estrangulamento do sistema, que dizem respeito tanto ao atendimento em área como às lacunas dos serviços regionais. As dificuldades de atendimento e resolução dos problemas, o tempo de espera para os procedimentos, a ausência de especialidades no SUS regional, acabam levando a outros caminhos em busca do diagnóstico, do tratamento e cura. Os usuários fazem um itinerário denominado “*método da bricolagem*”, buscando, na rede particular, principalmente com profissionais de saúde com os quais têm confiança, pagar por exames, particularmente os de imagem – como tomografias, ressonâncias, endoscopias e ultrassonografia. Há, inclusive, um apreço expressivo por parte dos indígenas para a realização desses exames de imagem (CECÍLIO, 2014).

O cuidado em saúde será sempre coproduzido pelos usuários e pelos especialistas, por mais que estes últimos, no fundo, pensem que cabe ao usuário apenas usar, presos que ficam a uma tautologia que se recusa a reconhecer um usuário-fabricador de caminhos e de significações, a partir das peças ou dos elementos da máquina da saúde. O leigo inventa, pelo método da bricolagem e da recomposição, surpreendentes totalizações precárias e contingentes, movidos pelo sofrimento advindo do adoecimento, do medo da morte e da consciência da fragilidade da vida humana. O agir leigo resulta em surpreendentes e singulares ‘sistemas de saúde’ nos interstícios da máquina da saúde... Não há uma máquina da saúde, há múltiplas máquinas da saúde produzidas pelo agir leigo, pelo tipo singular de regulação que ele realiza, através das composições que vai logrando produzir com outros agires, com outros modos de regulação, inclusive o governamental (CECÍLIO, 2014, p. 15).

Para além do arranjo de diferentes lugares de diagnóstico, tratamento e cura ligados à medicina ocidental, os Khisêdjê também procuram os especialistas tradicionais como o rezador – *me suja nguerê kandê*, o raizeiro – *hwithu mbaj kandê*, e antigamente também o pajé – *wajangá*, que intervêm desde a concepção, gestação, parto, puerpério, rezando e pedindo aos espíritos a autorização para um bom crescimento, para proteção e liberação de alimentos em diferentes fases da vida. A procura por esses especialistas ocorre em diferentes situações para prevenção, proteção e cura, dependendo da evolução dos casos de doença. Os caminhos em busca do diagnóstico e cura compõem os *itinerários terapêuticos* (LANGDON, 1994) em um mapa de cuidado e *autoatenção* (MENÉNDEZ, 2009) que

é composto e decomposto, dependendo do sucesso terapêutico e sua “*eficácia simbólica*” (LÉVI-STRAUSS, 2008). Sobre a *eficácia simbólica*, pensando nestes novos desenhos terapêuticos, é interessante observar a presença de novos ingredientes que devem ser incorporados ao processo terapêutico, ajustando as relações entre curador/médico, doente/paciente e grupo/sociedade, como propõe Lévi-Strauss. Além da introdução de agentes etiológicos, como micróbios, vírus e bactérias nas narrativas e explicações sobre as doenças, os agrotóxicos, fumaças, fluidos e vapores que apareceram no ambiente também trazem novas interpretações para justificar agravos e adoecimento. Novos produtos, como a gordura, o açúcar e o sal, têm sido extirpados dos doentes durante as pajelanças. Diferentes fontes de informação, da mídia, das *news* e *fake news*, dos cientistas, de certos grupos evangélicos, extrapolando aquelas provenientes dos mitos e seus personagens conhecidos, tumultuam consensos e demandam novas leituras que ponham ordem nesse caos. Outros recursos são chamados à cena terapêutica como os exames que produzem imagens de dentro do corpo, provocando laudos elaborados pelos próprios especialistas tradicionais, enxergando líquidos, sangue e secreções que justificam sua interpretação mítica. Este é um tema interessante que deve ser trabalhado em novos estudos.

## 7.2 A presença das Doenças Crônicas não Transmissíveis: o olhar da biomedicina e a percepção dos Khisêdjê

*Estamos contentes em receber vocês, este trabalho é importante para nós, estávamos precisando deste acompanhamento. Estamos preocupados com as doenças diferentes, a comunidade está preocupada. Quando vivíamos na aldeia Aranha não tínhamos tanta preocupação e nem as novas doenças como diabetes. As pessoas que têm compromisso com a saúde indígena estão preocupadas em nos informar sobre o perigo. Nós precisamos evitar trazer comida da cidade. Na década de 70 não tínhamos essas doenças porque não tinha dinheiro, com o dinheiro as doenças estão aparecendo. Vamos ver quantos diabéticos têm na aldeia. O governo ofereceu o dinheiro do Bolsa Família sem orientação, por isso essas conversas são boas para evitarmos as doenças perigosas. Hoje tem pessoas novas com pressão alta, as meninas estão com cisto. O veneno [agrotóxico] está muito perto de nós, estão aparecendo tipos diferentes de coceira. É bom aprofundar a pesquisa sobre a contaminação de agrotóxicos também...* (N.S., 2019).

Nas últimas décadas, o mundo tem assistido a uma verdadeira epidemia de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), particularmente a síndrome

metabólica, dislipidemias, doenças cardiovasculares, obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2.

Vários estudos relacionam este fato ao aumento do consumo de alimentos industrializados, multiprocessados e sedentarismo da sociedade moderna em todas as faixas etárias. Muitos países já consolidaram a transição nutricional e epidemiológica. Outros estão em processo, como é o caso do Brasil.

Quando analisamos o perfil epidemiológico dos povos indígenas ou originários – como são chamados em vários países, a situação é ainda mais grave, pois estudos revelam que a presença das DCNT, principalmente a obesidade e a DM2, é maior que a encontrada entre não indígenas (VIEIRA FILHO, 1978; KNOWLER, 1978; BARTHA, 1973; BENNET, 1971; COHEN, 1954; DOEBLIN, 1969; DREVETS, 1965; JOHNSON, 1964; WEST, 1974; NISWANDER, 1969; MOURATOFF, 1967; NEEL, 1971).

Entre os povos indígenas no Brasil, podemos dizer que esta transição está em curso, mas com características próprias. As doenças transmissíveis ainda têm um peso elevado nas taxas de mortalidade. Ao mesmo tempo, nos últimos anos, observamos o aumento rápido das DCNT com impacto significativo na morbimortalidade, configurando o que Frenk (1991) chamou de “polarização epidemiológica”.

Alguns estudos entre povos indígenas brasileiros apontam para uma relação entre as mudanças no modo de viver e o aparecimento da síndrome metabólica, obesidade e outras doenças associadas como a Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (COIMBRA, 2002; 2004; LOURENÇO, 2008; SALVO, 2009; WELCH, 2009; DAL FABRO, 2014; MAZZUCCHETTI, 2014).

A maioria dos estudos realizados se propõe a fazer um diagnóstico da situação, revelando a prevalência da síndrome metabólica, dislipidemias, obesidade, DM2 ou HAS, atribuindo este aumento à introdução de alimentos industrializados, ao sedentarismo, à monetarização da economia local e à ocidentalização da vida.

O estudo de Welsh (2009) avalia e confirma uma associação entre a transição nutricional e a diferenciação socioeconômica entre os Xavante de Pimentel Barbosa. O autor utilizou os critérios de renda e riqueza (bens) e associou-os à presença de síndrome metabólica, obesidade central, medida de circunferência abdominal e dislipidemias. Por outro lado, como Welsh coloca em sua discussão, esta

associação não se confirma em outros estudos, com outros povos, por exemplo, em que as regras sociais de parentesco, compartilhamento e reciprocidade interferem na distribuição de renda e riqueza, amenizando esta associação.

Em conversas com indígenas e profissionais de saúde em diferentes Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) do país, tem sido relatado um aumento significativo das DCNT e uma associação intuitiva às mudanças no modo de viver, trabalhar e comer destes povos. Na maioria dos DSEI também é colocada a questão da inclusão, em massa, dos povos indígenas nos benefícios sociais como Bolsa Família, auxílio maternidade, aposentadoria, cestas básicas, entre outros, a partir de uma política pública universalista que não considera a especificidade sociocultural e o seu impacto entre os povos indígenas, particularmente entre os aldeados (RODRIGUES, 2018).

Entre os povos do Xingu é possível verificar como foi se alterando o perfil epidemiológico ao longo das últimas décadas por conta do Projeto Xingu, Programa de Extensão da Escola Paulista de Medicina, que desenvolve atividades de atenção, pesquisa e ensino na área desde 1965.

Foi realizado um estudo internacional multicêntrico, INTERSALT (INTERSALT, 1988; CARVALHO, 1989), na década de 80, em que os povos do Xingu foram inseridos e, na ocasião, não foi detectado nenhum caso de obesidade, hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Ou seja, foi possível marcar uma época, um ponto zero, em que não existiam casos de doenças crônicas.

### 7.2.1 O que mudou?

Na década de 90 começaram a ser identificados casos de HAS, principalmente entre os Kaiabi, que tinham um longo contato com seringueiros e a dieta ocidental antes de entrarem no Xingu. Dois casos de DM2 também foram identificados.

No final dos anos 90 passaram a ser diagnosticados casos de desnutrição entre menores de 5 anos e idosos e, ao mesmo tempo, casos de obesidade entre os jovens e adultos, homens e mulheres. Neste período, já eram visíveis a introdução e a incorporação de alguns itens da dieta ocidental como o café, açúcar, sal, óleo,



arroz e macarrão. Nos anos 2000, apareceram novos casos de DM2 e aumentaram os casos de HAS, agora em outros povos além dos Kaiabi. Interessante observar que eles começaram a aparecer em aldeias que tinham mais acesso à comida industrializada, onde estavam as escolas e a merenda escolar, onde se faziam reuniões, encontros, cursos de formação da saúde e educação.

Durante os últimos anos, foram realizados estudos que revelaram uma alta prevalência de síndrome metabólica, obesidade, dislipidemias, medida da circunferência abdominal acima dos padrões da OMS, revelando alto risco para as doenças cardiovasculares, DM e HAS entre os povos indígenas (CARDOSO, 2001; COIMBRA, 2014; DAL FABRO, 2014; GIMENO, 2009; SALVO, 2009).

Particularmente entre os Khisêdjê, foram realizados estudos no período de 1999-2000 e 2010-2011 (SALVO, 2009; MAZZUCCHETTI, 2014) que revelaram um aumento do risco cardiometabólico ao longo de 10 anos.

Acompanhando a trajetória do Povo Khisêdjê, observamos que o estudo realizado em 1999 e 2000 aconteceu na aldeia Ricoh, no rio Suiá Miçu, na área de abrangência do Polo-Base Diauarum. Nesta ocasião, os Khisêdjê já se encontravam em luta para recuperação de parte de seu território ancestral que estava fora da área do Parque Indígena do Xingu em seu limite leste.

Os Khisêdjê estavam decididos a retomar seu território e conseguiram mudar, em 2001, para a fronteira leste do PIX, onde foi demarcada a Terra Indígena Wawi.

Esta mudança fez com que os Khisêdjê passassem a morar muito próximos à cidade e ter acesso fácil e rápido às *coisas do não índio*, como diferentes tipos de alimentos, bebida alcoólica, refrigerantes, biscoitos, entre outras.

Cercados pelas fazendas de gado e soja, a aldeia foi instalada em uma terra pobre, em uma área desmatada, anteriormente usada para pasto. Com isso, eles tiveram problemas para conseguir produzir roças fartas, embora conseguissem encontrar alguns produtos de roças antigas. O rio das Pacas, que é próximo à aldeia, não é tão piscoso nesta região e a caça estava bastante reduzida por conta do desmatamento. Com toda esta situação, a segurança alimentar dos Khisêdjê estava ameaçada, propiciando maior entrada de alimentos de fora.

O estudo de Mazzucchetti realizado em 2010-2011 (MAZZUCCHETTI, 2014), já aconteceu neste novo cenário, com maior monetarização da economia local, introdução dos benefícios sociais, maior acesso à cidade e maior insegurança

alimentar. O trabalho foi pioneiro porque ela trabalhou com a incidência de síndrome metabólica. O estudo acompanhou 78 indivíduos com idade maior ou igual a 20 anos. Em dez anos de seguimento, verificou-se a incidência acumulada de 37,5% de síndrome metabólica (SM), 47,4% de hipertrigliceridemia, 38,9% de hipertensão arterial (HAS), 32% de obesidade central, 30,4% de excesso de peso, 29,1% de hipercolesterolemia e 2,9% de diabetes mellitus tipo 2 (DM2). De maneira geral, os resultados da pesquisa revelaram que, em 2010 e 2011, os Khisêdjê estavam expostos a um elevado risco cardiometabólico. Uma das hipóteses do estudo foi a associação desses resultados às alterações no estilo de vida tradicional e o maior acesso aos alimentos da cidade.

Será que este novo cenário contribuiu para os achados do estudo? De 2010/2011 a 2019, como esses indicadores se comportaram?

Comparamos os dados em três momentos distintos, juntando os resultados desta nova investigação, realizada em abril de 2019<sup>30</sup>.

**Tabela 1. Descrição do número e porcentagem de indígenas Khisêdjê avaliados segundo o período de coleta e as variáveis sociodemográficas, antropométricas e clínico-laboratoriais (PIX e TI Wawi, 1999 a 2019)**

Variáveis	Período da avaliação					
	1999-2000		2010-2011		2019	
	N	%	N	%	N	%
<b>Sobrepeso</b>						
Não	236	90,77	185	71,15	18	71,54
					6	
Sim	24	9,23	75	28,85	74	28,46
<b>Obesidade</b>						
Não	252	96,92	250	96,15	15	83,51
					7	
Sim	8	3,08	10	3,85	31	16,49

<sup>30</sup> Essas informações foram obtidas durante uma etapa da pesquisa-ação do Projeto **Novos Problemas de Saúde: Avaliação do Perfil Nutricional e Metabólico dos Índios do Parque Indígena Do Xingu, 2017-2019**.

<b>Obesidade central</b>							
Não	53	62,35	109	61,58	11	59,57	2
Sim	32	37,65	68	38,42	76	40,43	
<b>Hipertrigliceridemia</b>							
Não	72	96,00	102	56,98	10	55,14	2
Sim	03	4,00	77	43,02	83	44,86	
<b>Pré-diabetes</b>							
Não	72	96,00	237	91,15	248	95,38	
Sim	03	4,00	23	8,85	12	4,62	
<b>Diabetes Mellitus</b>							
Não	75	100	253	97,31	255	98,08	
Sim	-	-	07	2,69	05	1,92	
<b>Níveis pressóricos elevados</b>							
Não	80	96,39	131	74,86	153	81,38	
Sim	03	3,61	44	24,14	35	18,62	
<b>Síndrome Metabólica</b>							
Não	60	77,92	124	69,27	135	71,81	
Sim	17	22,08	55	30,73	53	28,19	

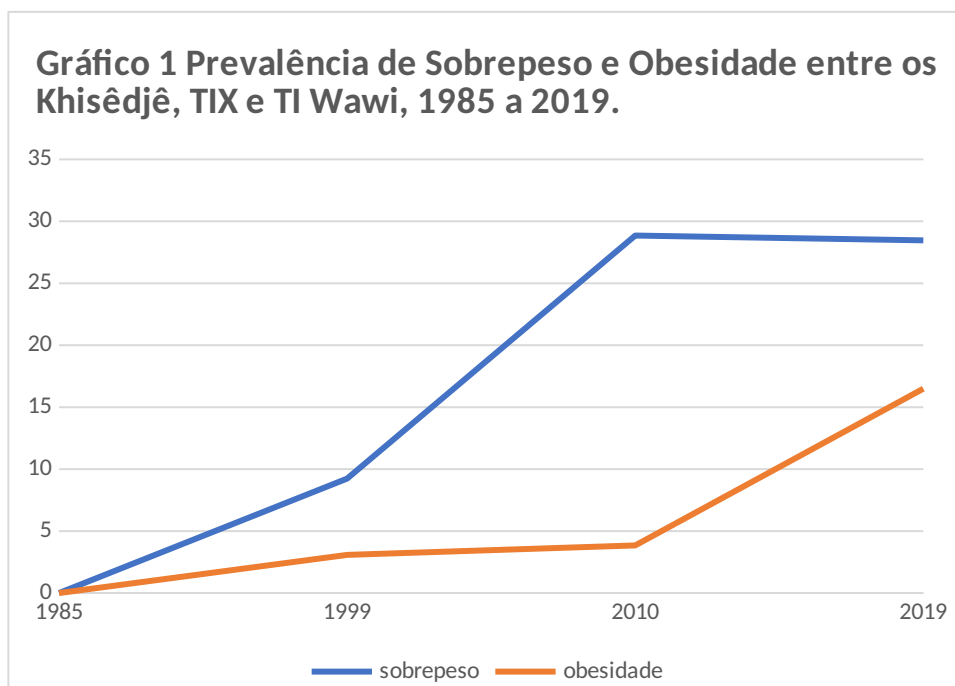
Legenda: N: número; %: porcentagem;

### 7.2.2 Resultados do rastreamento clínico e laboratorial para SM, HAS, DM2 e dislipidemia

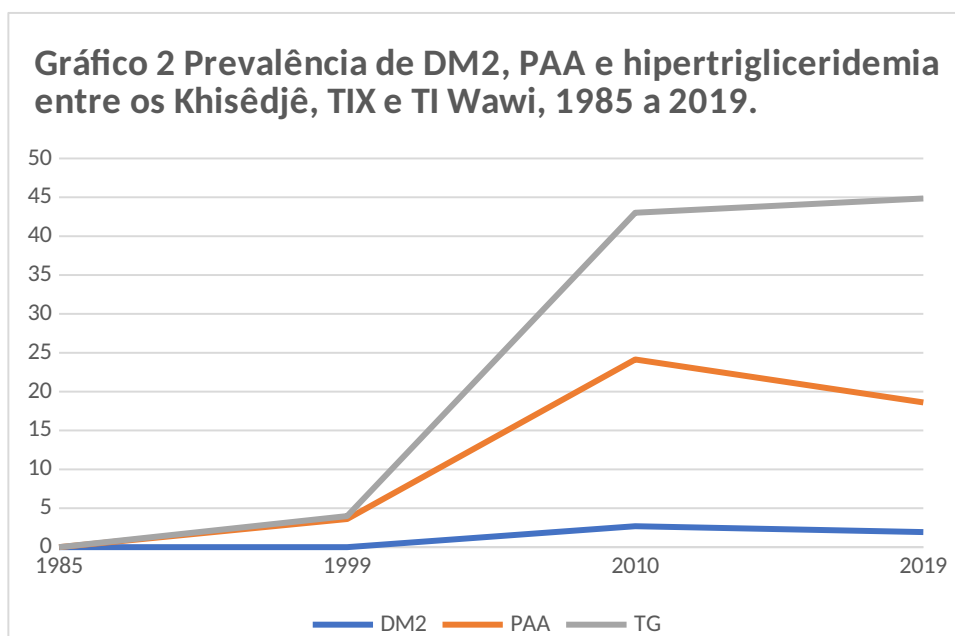
No que se refere à idade, verificou-se, entre os 86 avaliados nos anos de 1999/2000, a média de 36,69 anos (DP: 13,53 anos); entre os 179 avaliados nos anos de 2010/2011, a média de 37,54 anos (DP: 14,75 anos) e, entre os 188 avaliados no ano de 2019, a média de 37,02 anos (DP: 15,61 anos).

Na Tabela 1, verifica-se a existência de aumento estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ , qui-quadrado de Pearson)) nas medidas avaliadas de sobrepeso (9,23% vs 28,85% / 9,23% vs 28,46%), hipertrigliceridemia (4,00% vs 43,02% / 4,00% vs 44,86%) e níveis pressóricos alterados (3,61% vs 24,14% / 3,61% vs 18,62%) nos

períodos de 1999/2000 vs os anos de 2010/2011 e entre 1999/2000 vs 2019. O desfecho obesidade (3,08% vs 16,49% / 3,85% vs 16,49%) mostrou aumento significativo entre os períodos de 1999/2000 vs 2019 e entre 2010/2011 vs 2019.



Fonte: Dados colhidos em campo.



Fonte: Dados colhidos em campo.

DM2 = Diabetes Mellitus tipo 2; PAA = Pressão Arterial Alterada; TG = hipertrigliceridemia.

Os resultados comparados entre os quatro (4) períodos de investigação apresentados nos Gráficos 1 e 2 nos revelam questões interessantes.

Desde os anos 1970, várias publicações alertavam para a incidência de SM, DM2 e HAS entre indígenas dos EUA e Canadá (KNOWLER, 1978; BARTHA, 1973; BENNET, 1971; COHEN, 1954; DOEBLIN, 1969; DREVETS, 1965; JOHNSON, 1964; WEST, 1974; NISWANDER, 1969; MOURATOFF, 1967; NEEL, 1971). Por essa razão, o Projeto Xingu sempre teve, em suas prioridades, a vigilância desses agravos. As informações do projeto de pesquisa INTERSALT (INTERSALT, 1998; CARVALHO, 1989), estudo multicêntrico realizado em 1985, revelaram um ponto zero, onde não havia sinal de doenças crônicas entre indígenas do Xingu. Esse momento apresentava um contexto de isolamento acentuado, quando não existia ainda a introdução consolidada de alimentos de fora e os municípios do entorno ainda eram incipientes e de difícil acesso. A entrada e saída de área eram mais restritas tanto para os indígenas como para os visitantes. No segundo momento, entre 1999 e 2000, já havia alguns casos de hipertensão e obesidade. Alimentos industrializados já começavam a ser incorporados, mas com uma pequena frequência, como o arroz, macarrão, açúcar, sal e café. Alguma tecnologia foi agregada ao cotidiano, como ferramentas usadas para a roça, abastecimento de água com instalação de poço semiartesiano, posto de saúde, utensílios de alumínio etc. Quando os Khisêdjê mudaram para a Terra Indígena Wawi, em 2001, passaram a morar perto da estrada, próximos ao município de Querência, período em que muita coisa mudou na rotina, no dia a dia da aldeia. Aumentou drasticamente a entrada de alimentos de fora. Entraram novas tecnologias, a monetarização da economia ganhou força com a contratação de agentes de saúde, professores, motoristas e outros trabalhos. Os benefícios sociais e aposentadorias começam a ser acessados pelas famílias nos últimos anos, propiciando um novo cenário para os exames realizados em 2010 e 2011. A presença do sobrepeso, obesidade, aumento da pressão arterial, aparecimento dos casos de diabetes mellitus tipo 2, aumento dos triglicérides (que estão associados ao consumo de açúcar e bebidas alcoólicas), revelaram uma mudança importante do perfil nutricional e epidemiológico. A diferença foi muito significativa, representada nos Gráficos 1 e 2.

Na ocasião, houve várias intervenções no sentido de alertá-los sobre esse processo. Foram realizadas conversas e orientações para cada família, no

atendimento dos casos detectados e em suas casas – rodas de conversa com lideranças, mulheres e donos de roça sobre as mudanças no modo de viver e se alimentar, e acerca das possíveis associações às novas doenças. Foram realizadas oficinas de culinária junto às mulheres, para apresentarmos as regras dos alimentos de fora. Prepararmos juntas pratos da culinária do não índio e dos Khisêdjê. Conversamos e alertamos sobre os riscos do consumo inadequado de alguns produtos como refrigerantes, biscoitos, balas, salgadinhos e, principalmente, sobre o óleo, sal e o açúcar que entram na dieta de forma mais sorrateira. O óleo aparece nas frituras de peixe e mesmo de beiju; o sal é polvilhado no beiju, no arroz, no feijão, macarrão e em todas as carnes; e o açúcar também é polvilhado no beiju, misturado generosamente no café e no mingau. Conversamos em diferentes espaços: nas casas, no centro da aldeia, na escola, no auditório, com diferentes interlocutores, tradutores, atores sociais e políticos da aldeia. Na ocasião, os resultados da pesquisa foram contundentes, o que se desdobrou em novas escolhas.



Fonte: MENDONÇA, Sofia (Acervo Projeto Xingu, Pesquisa-ação, TI Wawi, 2011).

**Figura 18. Agente Indígena de Saúde explicando resultados da Pesquisa-ação sobre DCNT entre os Khisêdjê, Aldeia Ngojwêre, TI Wawi, 2011.**

7.2.3 Conversando sobre a vida, sobre os alimentos de fora e as novas doenças em 2010 e 2011

Acompanhei várias ações de saúde entre os Khisêdjê no contexto do Projeto Xingu, programa de extensão da Escola Paulista de Medicina, hoje UNIFESP. Durante esse tempo, pude perceber muitas transformações no modo de viver, trabalhar e comer entre eles.

Em momentos diferentes, entre 2010 e 2012, conversamos sobre a vida e sobre as mudanças no modo de viver, trabalhar e comer. Durante este período, pudemos perceber, nas casas, a presença de produtos industrializados, particularmente o sal, óleo, açúcar e os refrigerantes. Vimos que, na conversa e na prática, muitos alimentos de fora entram sem as regras de uso, preparação e consumo, tornando a dieta bastante inadequada. O uso exagerado do sal e do óleo é muito frequente. A proximidade desta aldeia Ngojwêre do Povo Khisêdjê, da cidade de Querência, MT, torna acessível a aquisição de todos os produtos industrializados. Fizemos duas oficinas de culinária, sendo um dia reservado para as comidas dos não índios, em que preparávamos, junto com as mulheres, diferentes possibilidades de composição de pratos, mostrando as regras de uso e consumo adequadas, procurando fazer pratos com produtos regionais. Todas ficaram surpresas com a pequena quantidade de sal e, principalmente, de óleo que usamos para todos os pratos. O outro dia da oficina era destinado às mulheres da aldeia, para fazermos juntas os pratos e composições tradicionais com a demonstração sobre as regras de uso. Muitos pratos que não eram feitos há tempos foram consumidos e valorizados nestes dias. Produtos encontrados em roças velhas foram apresentados. Um dos pratos tradicionais foi um tipo de torta feito com farinha de mandioca e peixe, ou outra carne, embrulhado com folha de bananeira em um forno de pedras no chão. Todo o processo foi muito elaborado e festejado. O tempo de fazer o fogo para aquecer as pedras, horas de fogo. O tempo de espalhar as pedras, colocar as tortas, jogar terra por cima até ficar completamente fechado como um forno, mesmo sem sair nenhuma fumaça. Daí a minha pergunta óbvia – “Como vocês sabem que já está pronta?”. A resposta, mais óbvia ainda, para elas: depois de molhar o seu cabelo, uma mulher me diz – “Quando meu cabelo secar, está pronta!”. Simples assim.





Fonte: MENDONÇA, Sofia (Acervo Projeto Xingu, Pesquisa-ação Khisêdjê, 2011).  
**Figura 19. Oficina de culinária. Pesquisa-ação entre os Khisêdjê, TI Wawi, 2011.**



Fonte: MENDONÇA, Sofia (Acervo Projeto Xingu, Pesquisa-ação Khisêdjê, 2011).  
**Figura 20. Oficina de culinária, Pesquisa-ação entre os Khisêdjê, TI Wawi, 2011.**





Fonte: MENDONÇA, Sofia (Acervo Projeto Xingu, Pesquisa-ação Khisêdjê, 2011).  
**Figura 21. Oficina de culinária, Pesquisa-ação entre os Khisêdjê, TI Wawi, 2011.**



Fonte: MENDONÇA, Sofia (Acervo Projeto Xingu, Pesquisa-ação Khisêdjê, 2011).  
**Figura 22. Oficina de culinária, Pesquisa-ação entre os Khisêdjê, TI Wawi, 2011.**

Em uma das oficinas, acompanhamos o processamento do sal indígena, feito do aguapé, que é uma vegetação que cresce na superfície dos rios. Um processo longo e extremamente elaborado de queima, separação, filtragem, cozimento e secagem. Acampamos na beira do rio para acompanhar todo o processo,



valorizando essa alternativa tradicional em relação ao uso indiscriminado do sal da cidade.



Fonte: MENDONÇA, Sofia (Aguapé, TI Wawi, 2011).

**Figura 23. Acompanhando produção do sal de aguapé, TI Wawi, 2011.**



Fonte: MENDONÇA, Sofia (Aguapé, TI Wawi 2011).

**Figura 24. Acampamento para acompanhar o processamento do sal de aguapé, 2011.**





Fonte: MENDONÇA, Sofia (Acampamento, 2011).

**Figura 25. Acampamento para acompanhar o processamento do sal de aguapé, 2011.**



Fonte: MENDONÇA, Sofia (Acampamento, 2011).

**Figura 26. Acompanhamento do processamento do sal de aguapé, queima, 2011.**





Fonte: MENDONÇA, Sofia (Queima do aguapé, Ti Wawi, 2011).  
**Figura 27. Acompanhamento do processamento do sal de aguapé, filtragem, 2011.**



Fonte: MENDONÇA, Sofia (Filtragem do aguapé, TI Wawi, 2011).  
**Figura 28. Cozimento e secagem do sal de aguapé, 2011.**



Fonte: MENDONÇA, Sofia (Processamento sal de aguapé, 2011).

**Figura 29. Processamento do sal de aguapé, 2011.**

Ao final da segunda oficina de culinária, em 2011, na roda de conversa, no centro da aldeia, pudemos sentir o impacto da ação.

Um pouco das narrativas entre mulheres e homens, no centro da aldeia – setembro de 2011 – Aldeia Ngojwêre:

Mulheres e homens, lideranças, chefes de família, donas de casa, em uma conversa comprida ao centro da aldeia, no espaço ritual de conversa e tomada de decisões, ao final da tarde... Lenços, esteiras, cangas pelo chão de areia. Mulheres sentadas com seus filhos ou netos no colo... Mulheres de pé com seus filhos nos braços... Homens sentados em pequenos bancos de madeira ou tronco, espetando o chão de areia com pequenos gravetos... Fumando seus cigarros... Conversando baixo...

Começa... Cada uma das mulheres, lideranças, fala na língua o que viu, o que pensou, o que achou e diz a sua opinião para todos... Os homens, também lideranças, falam... Por algumas horas...

O fogo começou a ser aceso dentro das casas... iluminando seu interior... O cheiro de lenha queimando... As estrelas tomando conta do céu, preparando a chegada da lua cheia...

Em seguida, vem a tradução:

*Oi boa noite Douglas, Sofia, toda a equipe... nutricionistas... É, então... as mulheres estavam conversando aqui com os homens sobre o que foi*

*discutido naquela conversa que teve antes de ontem... onde falaram sobre o consumo de comida da cidade, compras... Até mesmo consumo aqui dentro da aldeia como é que cada pessoa tá utilizando a comida de fora... Falaram que todos os homens, todos os maridos e as pessoas que são assalariados, eles trazem mais a comida lá de fora né? Esquecendo um pouco da comida que a gente sempre usa no dia a dia, na casa. E cada uma delas levantou a sua proposta, a sua ideia e a visão delas, de cada uma delas. Falando tudo isso, o N. S. falou também sobre tudo que a gente vem consumindo... Com esse novo hábito que nós conhecemos, que não é da nossa cultura, e a gente tem mesmo comprado muitas comidas de fora e sem saber como preparar. Acho que por isso mesmo, com esse resultado dos exames, com esse trabalho que vocês vêm fazendo aqui pra nós, descobriu esse início de doenças que também nos preocupou muito no dia que vocês começaram a explicar para cada pessoa. E a gente está preocupado... (P.S. fez a tradução).*

Eles falaram sobre sua preocupação com as novas doenças e que percebem que mudou muito na aldeia, que têm trazido mais alimentos da cidade e que hoje em dia comem com fritura, usando muito óleo de soja. O cacique fala sobre sua própria experiência de ficar em tratamento na cidade e como engordou rápido comendo a comida da cidade. Ele vê essa mudança no modo de se alimentar entre seus filhos e netos e se preocupa com as novas doenças que estão aparecendo.

*...A partir de hoje com esse resultado que os médicos e profissionais tão preocupados em vir fazer esse trabalho pra nós, e que a gente tá vendo o resultado, vamos ver como é que a gente pode, a partir de hoje, pensar nisso... Se a gente vai continuar comprando alimento de fora... continuar comprando coisa doce, continuar consumindo refrigerante, e mais outras coisas... ou se a gente vai diminuir. Nós vamos ter que estudar nisso... Como é que a gente pode acabar com essa doença... Com relação a essa doença, por enquanto, até agora não tem ninguém que está com a diabetes assim grave... A gente já tá no caminho... Todo mundo tá no caminho... Mas a gente precisa se prevenir contra essa doença pra que ela não aumente nem deixe as pessoas ficarem sofrendo (K.K. Sua).*

Em geral, os Khisêdjê discutem seus problemas e tomam decisões de modo coletivo. Há, entre eles, uma organização social coesa, cacique e lideranças fortes que são capazes de construir novas regras sociais, neste caso, tomar decisões para prevenir doenças ou diminuir os riscos. Durante a fala, lembram-se de outros momentos em que decidiram, coletivamente, estratégias de enfrentamento dos problemas como a desnutrição entre as crianças ou o controle do uso de bebidas alcoólicas na aldeia. Segue a tradução das falas:

*Vocês lembram quando a gente morava lá na aldeia velha que é Ricoh? Tinha muitas crianças desnutridas, quase todas as crianças, quase as casas todas tinham crianças desnutridas... E a gente vinha fazendo esse trabalho*



*contra a doença das crianças. Mudamos para essa aldeia, continuamos falando e que agora vocês estão vendo, né? A gente falou assim... Talvez as crianças estão com a desnutrição, com o peso baixo, porque a mãe não soube cuidar, a mãe não está cuidando bem da criança, o filho... O pai não está sabendo como que é a regra dos nossos antigos... Todo dia, quase todo mês a gente vinha fazendo essas conversas com a comunidade. Acho que por isso mesmo, todo mundo ouviu essa preocupação das enfermeiras, dos médicos, até mesmo os AIS (agentes indígenas de saúde), eu como Auxiliar (de enfermagem), a gente sempre vem fazendo esse trabalho em cima da doença da criança (desnutrição). Acho que por isso mesmo que diminuiu. E nós vamos acabar com essa desnutrição porque está muito pouco. E outra coisa, você sabe também que recentemente nós não acabamos totalmente com ela mas ainda está existindo, né? Que também lá na aldeia velha, lá no Ricoh, a pessoa que ia para a cidade entrava com a bebida. Trazia 30 litros, vamos falar assim, daquela garrafa de 5 litros de pinga. E a gente bebia assim no pátio da aldeia, à noite. Conversando e bebendo. E sempre saía confusão, mas só que a gente não voltou a conversar sobre isso ainda. E foi aumentando, caxiri, a bebida, tudo misturado... Quando mudamos para cá, continuou... As pessoas entrando com a bebida... Consumia a bebida aqui dentro da aldeia. Um ficava bêbado, ficava gritando, e depois a gente pensou... Para quê isso? Será que nós mesmos vamos acabar com a gente? Será que esse tipo de problema vai trazer o futuro para comunidade ou então para pessoa que está fazendo esse tipo de coisa? E começamos a fazer campanha contra isso. A comunidade conversou sobre isso, e foi em cima. A gente viu que não é bom. E a gente foi conversando, conversando... Mesmo conversando a bebida ainda está entrando... E agora a gente começou a diminuir ela. O pessoal viu... Entendeu. Mas pouca gente ainda está utilizando essa bebida... tá consumindo ainda. Mas só que aqui para aldeia essa bebida não está entrando mais, mas a gente precisa acabar com ela<sup>31</sup> (P.S., 2011).*

Durante aqueles dias, vários foram os relatos emocionados de pessoas que faziam uso abusivo de bebidas alcoólicas e que decidiram parar de beber. Depois desse discurso, levantaram propostas para prevenir estas novas doenças, as doenças crônicas:

*A mesma coisa a gente quer fazer com essa doença. Eu acho que a gente tem essa consciência, a gente tem essa preocupação, temos capacidade de nós mesmos se prevenir, para que ela não atinge nosso corpo, atinja o corpo de qualquer pessoa, para que essas pessoas não fiquem sofrendo futuramente. Então é isso que nós conversamos... o que todo mundo falou. Agora nós vamos diminuir... éééé... Comida da cidade. Nós vamos comprar, mas só que nós vamos saber usar ela... Nós vamos saber preparar, saber comer, não ficar exagerando muito da comida de fora, né? Então é isso que foi discutido, pra que a gente tome essa solução o mais rápido possível pra ver se a gente acaba com essa doença. Então é isso que a mulherada e os homens falaram... É isso... (Palmas)... (P.S., 2011).*

#### 7.2.4 Retomando a conversa, em 2019

<sup>31</sup> Todas essas falas foram traduzidas pela mesma pessoa, P.S., Auxiliar de Enfermagem Indígena do Povo Khisêdjê.



Fonte: Acervo Projeto Xingu, 2019.

**Figura 30. Roda de Conversa sobre a Pesquisa-ação, Aldeia Khikatxi, 2019.**

Desde então, muitas coisas aconteceram. Os Khisêdjê mudaram novamente, agora para mais longe da estrada e do município. Muitas foram as razões dessa mudança e serão trabalhadas mais adiante. Os resultados da pesquisa, em 2019, nos surpreenderam para melhor. Esperávamos uma piora do quadro, um aumento significativo dos casos de DCNT e, no entanto, houve uma desaceleração desse processo. Como se houvesse uma estabilização. O que ficou como alerta maior foi o aumento importante da obesidade, medida pelo índice de massa corporal (IMC) e pela circunferência abdominal (CA). É provável que muitos casos identificados como sobrepeso no passado tenham se consolidado como obesidade nos últimos anos. Persiste o ir e vir da cidade, o consumo cotidiano dos alimentos industrializados, mas aumentou o aporte de alimentos da roça, da pesca e da caça.

Essa descrição do problema parte de um modo de olhar, parte do modo de pensar e analisar fundamentado na ciência, na biomedicina.

Será que os Khisêdjê percebem estas doenças novas como um problema? Quais estratégias são acionadas para enfrentá-las?

7.2.5 Como os Khisêdjê pensam as doenças novas – *me sá ndywy...*



A doença é percebida como desagregadora, como desequilíbrio. O seu aparecimento revela a desordem. Alguma coisa está fora da ordem, é preciso identificar e reverter esse processo. A explicação das doenças e seu tratamento passam por uma interpretação que se inicia no sujeito e pode se estender para o coletivo.

Segundo Balandier (1997):

O infortúnio individual é geralmente relacionado a uma agressão mística ou a uma transgressão; nos dois casos, existe a infração a uma lei da tradição, desconhecida (é a punição dos poderes que a revela) ou conhecida (é o desrespeito consciente de uma obrigação que acarreta as consequências nefastas). O risco e o perigo vêm da falta de conformidade às normas que regem a ordem social tradicional (p. 35).

A leitura do adoecimento pode ser feita em diferentes dimensões e o desenrolar do caso pode sinalizar sua explicação causal e orientar o itinerário terapêutico a seguir. Antes, a composição de explicações sobre as doenças era mais simples e clara, havia consenso e o caminho em busca do tratamento estava trilhado. Em geral, os povos indígenas reconhecem as doenças causadas pela quebra de regras dietéticas e de comportamento, nas diferentes fases da vida; doenças causadas por contato com substâncias e elementos da natureza como coceiras, feridas e diarreias; doenças causadas pelos espíritos da floresta ou das águas e doenças causadas por feiticeiros que roubam o espírito das pessoas.

Entre os Khisêdjê, o adoecimento pode estar associado a algumas categorias de causalidade, entre elas a transgressão de regras sociais de comportamento e de dietas, em diferentes fases da vida. Os alimentos têm características de odor e gosto, dentro de uma escala entre os mais fortes e perigosos, até os mais leves e permitidos (SEEGER, 1981; 2015). Dependendo da fase da vida da pessoa, ela pode comer um ou outro alimento e deve evitar outros tantos. Essas restrições estão relacionadas a momentos de transição, entre os pais, que estão gerando ou parindo uma criança, e entre os jovens, em mudança de papel social, ou, ainda, em momentos de convalescença. A leitura do adoecimento em geral transcende o corpo do doente e enreda na leitura do mundo, das regras sociais e do modo de ser exemplar. A doença assume diferentes dimensões, as quais demandam distintos níveis de intervenção. As regras de comportamento e dieta são reforçadas e

legitimadas, dependendo do diagnóstico elaborado. Segundo Seeger, os Khisêdjê também atribuem o adoecimento ao roubo do espírito de uma pessoa por parte de um feiticeiro, ou bruxo, conforme relato, a seguir, a partir de conversas com um velho sábio [Ropndo], já falecido (SEEGER, 2015), sobre a origem dos cantos e a possibilidade de ensiná-los aos demais:

[o velho sábio – Ropndo] disse que os feiticeiros eram muito ciumentos e invejosos. Eles ficam com muita raiva quando não recebem o que querem e, por vingança, retiram o espírito do corpo da pessoa. Quando um feiticeiro vê alguém chegar à aldeia com uma porção de peixe, caça, mel, pássaros, taquara para flecha ou outro objeto de desejo, fica com muita raiva se não ganha um pouco. Naquela noite o feiticeiro se transformará em morcego, ou outro animal noturno, entrará na casa da vítima e levará o espírito da pessoa que deixou de partilhar o que ele desejava, enquanto a pessoa dorme. O feiticeiro leva o espírito e o joga no lugar onde vive aquele que o enraiveceu: jogará o espírito na aldeia das abelhas, se está bravo por não ter ganhado o mel; jogará no rio, se não ganhou peixe; jogará no sítio de algum animal ou pássaro, ou nas árvores e taquaras de flecha. A perda do espírito causa a doença. A pessoa, agora sem espírito, ficará muito doente, perderá peso e sofrerá febre e convulsões. Se o espírito não voltar, a pessoa se tornará uma pessoa sem espírito, um instrutor de novos cantos (SEEGER, 2015, p. 117).

É como se o estado de fragilidade, de doença, pudesse abrir um canal de comunicação com o sobrenatural ou outros mundos, e propiciasse a orientação para formulação de diagnósticos, indicação de remédios, ou para a criação de novos cantos e novas experiências do coletivo, semelhante ao processo de iniciação entre os pajés do Alto Xingu (JUNQUEIRA, 2004).

Este relato também revela sinais e sintomas mais perigosos do adoecimento, como a perda de peso, a febre e a convulsão. É muito comum a associação entre magreza e doença. Dificilmente o sobrepeso e a obesidade configuram um estado de doença. Tal reflexão será retomada mais adiante, pois esse é justamente um elemento ‘confundidor’ para entender a obesidade como doença.

No caso da pesquisa entre os Khisêdjê em 2010 e 2011, os resultados foram preocupantes, mostrando a presença da síndrome metabólica e um aumento dos fatores de risco para as doenças crônicas entre eles. Diante desta revelação, a comunidade se apropriou das informações e criou espaços de conversa tanto no espaço público, legitimando a tomada de decisões, ritualizando as indicações de novas regras sociais, como no contexto das famílias, conversando nas casas, decifrando, traduzindo e deglutindo as falas.

Durante a pesquisa de campo, em 2019, a ideia era detectar como essas informações foram incorporadas e como foram introjetadas entre os Khisêdjê, no que Menéndez define como representações e práticas de autoatenção (MENÉNDEZ, 2009):

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 (p. 48).

Em aldeias de diferentes povos, ouvindo pajés e outras pessoas a respeito das doenças crônicas, foi muito interessante perceber que elas começaram a ser classificadas ou nominadas tendo como referência suas concepções tradicionais. Na maioria das vezes, essas doenças estão associadas à comida. Por exemplo, conversando com alguns especialistas locais sobre estas novas doenças – como diabetes e hipertensão, gordura no sangue ou obesidade –, alguns pajés me disseram que estas doenças vieram com os brancos, que os alimentos que vêm de fora deixam o corpo das pessoas mais vulnerável aos espíritos ruins, deixam o corpo mais fraco e, por isso, as pessoas estão pegando essas e outras doenças mais facilmente. Outros me dizem que, hoje em dia, quando fazem a pajelança, é comum encontrarem gordura, açúcar ou sal ao retirarem os feitiços e malfeitos pelos espíritos.

Entre os Khisêdjê, vários foram os relatos nesta direção. Por outro lado, nas últimas décadas, têm sido conhecidas outras doenças, que os Khisêdjê chamam *me sá ndywy*, doenças novas que apareceram no contato com o *branco*. Conversando com homens e mulheres, em diferentes faixas etárias, junto aos diferentes rezadores e raizeiros sobre como têm interpretado e tratado estas novas doenças, pude perceber modos de interpretá-las de acordo com sua forma de ver o adoecimento e sua classificação tradicional. É comum imaginar os alimentos como causa das doenças, assim como o veneno do agrotóxico empestando o ar, as águas, as plantações e os animais.

Para os Khisêdjê, as doenças foram nominadas e relacionadas à comida ou ao comportamento, observando sinais e sintomas da pessoa doente. Esse

diagnóstico vem associado aos exames clínicos, laboratoriais e de imagem aos quais são submetidos.

**Diabetes:** *wakambrô Khâm sántxi ra* que quer dizer açúcar no sangue  
**Hipertensão:** *wakutêk tápiri*. Pressão alta causada pela comida ruim, que tem muito óleo e sal. Respiração alta e rápida que a gente fala, porque a pessoa que tem a pressão alta ela respira forte, por isso que a gente colocou esse nome de *wakutêk tápiri*.

**Obesidade:** *wawythi ra amu waja khren nda* – tem comida ruim que a gente come que parece que a gente engordou, mas não é, aí passa do peso da pessoa, que parece que ela está bem, forte, mas não está. Na língua é muito comprido para traduzir, a gente tem que colocar muitas palavras para falar tudo que a gente quer. Na língua, quando a gente escreve aí entra um monte de coisa, na língua é mais comprido o que a gente fala, a gente escolheu esse nome assim para falar quando as pessoas perguntam o que significa isso a gente para traduzir a gente escreve assim (Nga. S.).

As doenças sempre estão associadas a um desequilíbrio, um movimento, à introdução de elementos perturbadores. Como distinguir esses elementos e dar-lhes poder de causalidade? Onde procurar as respostas para esses novos enfrentamentos? O que precisa ser reparado? Como se deve reconfigurar o tradicional, neste novo cenário?

Buscando nas ideias de Balandier uma interpretação sobre as sociedades tradicionais e os processos de mudança, particularmente sobre o movimento entre desordem e a busca de restaurar uma ordem, temos:

A desordem não é entendida como um encadeamento de processos desequilibrantes que leva a mudanças irreversíveis, mas como um movimento, um jogo de forças que é preciso dominar a fim de esvaziá-lo de sua carga negativa e de empregá-lo a serviço da ordem. São principalmente os dispositivos simbólicos e rituais... que efetuam esse retorno, essa conversão da desordem em ordem (BALANDIER, 1997, p. 157).

Em geral, as doenças fazem parte deste jogo de forças, como que corroborando a necessidade de mudar de rumo, de tomada de decisões em nome de sanar males e sanear as aldeias. A doença como geradora do caos e práticas que trazem saúde como reordenação implica rituais e releitura de mitos. Para Balandier, a doença traz a desordem, o descontrole, que abre espaço para a mudança, para a transformação (BALANDIER, 1997). A doença é produto de um processo de desequilíbrio, pressupõe entropia e demanda reparação. A retomada do controle e tomada de decisões, criação de novas regras sociais, passa por ritos que asseguram sua legitimidade. Este é um tema central neste estudo. Durante este

período de trabalho junto aos Khisêdjê, pude observar este movimento de desordem, caos, doença e morte, e o retorno à ordem, à coesão e à vida em diversos momentos. Interpretar ou refletir sobre a doença é refletir sobre a natureza, sobre a vida do indivíduo, sua família e do grupo como um todo. Refletir sobre a vida, sobre a mudança e as doenças associadas a ela é mais cotidiano entre eles do que para nós, para nossa sociedade. Essa ordem que acolhe e lida com a desordem tem maior legitimidade quando o grupo está coeso, quando mantém o tecido social que o coletivo reconhece.

Um dos espaços de discussão, reflexão e ressignificação da vida se dá nas conversas ao final da tarde, na casa dos homens. Uma das conversas:

*Estamos vendo que as coisas estão mudando cada dia mais, está chegando muito perto as coisas, a gente está falando [para os jovens]: ‘você têm que começar preocupar-se com as duas coisas, como é que você vão viver daqui para frente, como você vão se preparar? Ou você vão acabar esquecendo nossa cultura e você vão ser mais adaptado a cultura do homem branco?’, porque essas coisas estão chegando muito rápido e a gente está preocupado... ‘as coisas na comunidade estão mudando, cada ano muda as coisas, as pessoas, o jeito de você ser, o jeito de você morar’, e a gente fica preocupado... A gente está muito preocupado com a saúde, porque as doenças estão aparecendo muito rápido nas pessoas, e aparece de repente uma doença que a gente não sabe o que é, e acaba ficando muito forte assim... E é onde a gente fica preocupado: nossa o que está acontecendo com a gente? Será que essas coisas, essa comida da cidade que está trazendo essas doenças muito fortes? Ou será que a gente não sabe comer? Ou porque nós somos outros organismos? O organismo da gente é diferente do branco, será que é por isso que acaba trazendo uma coisa [uma doença] que pode ser que no branco ela demora, mas para nós [a doença] acontece muito rápido? A gente começa a discutir sobre isso. No centro, hoje a gente discute sobre isso, quando é que a gente vai descobrir essas coisas que está acontecendo com nossas crianças, com nossos velhos. Aparece as coisas que antigamente nos velhos não apareciam, mas começou aparecer muito essas coceiras, quando você começa a ficar velho já começa aparecer primeiras coceiras, no pé ou em algum lugar do corpo, e os velhos começam a reclamar dessa coceira e isso está aparecendo bastante na pele dos mais idosos, e é aonde a gente fala: os nossos velhos antigamente, as pessoas que aconteciam isso era somente mais pela causa de alguma coisa espiritual, que pode fazer mal para uma pessoa desse jeito. Agora, hoje está aparecendo como doença normal, quando você chega em uma idade já começa aparecer, estranho isso. E, isso preocupa muito e hoje a gente está mais discutindo sobre isso para tentar achar o caminho, o que nós vamos evitar, o que vamos fazer, o que não vamos tomar, e até mesmo a gente discute: “como que nós vamos evitar ir para cidade? (W.S., 2019).*

Conversando com Ko.S sobre as novas doenças, ela deixa claro que os alimentos dos brancos trazem muitos problemas, como fossem armas de um conflito colonizador x colonizado subjacente, impertinente, persecutório e continuado. Os

*alimentos do branco estão estragando nosso corpo. Nós estamos preocupados...* (Ko.S., 2019).

Esta afirmação por si só já coloca em evidência a relação entre o aparecimento da doença e o conflito entre as sociedades.

Entre os Khisêdjê, parece haver uma identificação das doenças crônicas com as “doenças da comida”, uma categoria de causalidade que, em geral, fragiliza o corpo da pessoa. As comidas podem gerar diferentes doenças, doenças de pele, como coceiras e feridas, doenças no sangue, como nas dislipidemias, na obesidade, na diabetes, nas pedras de vesículas ou dos rins. Até mesmo alguns tumores podem estar relacionados aos alimentos, particularmente aos alimentos de fora, dos brancos. Para eles, a comida altera o corpo da pessoa, tornando-a mais vulnerável ou mais fraca, abrindo as portas para que outros males tomem conta.

Em conversa com N.S., que faz parte da geração dos primeiros contatos dos Khisêdjê com a sociedade nacional, ele observou que, ao longo do tempo, as pessoas da aldeia começaram a comer muito a comida de fora e compara ao comportamento dele, que praticamente não come essa comida e seus temperos. Ele aponta as diferenças no corpo dele e das pessoas quando comem muito a comida da cidade, associando essa mudança de alimentação ao aparecimento da pressão alta e da obesidade.

Em resposta à pergunta sobre a causa do aparecimento das novas doenças, responde:

*Então, eu vou dar o exemplo de mim mesmo para você começar a entender. Eu sou uma pessoa que quase não como coisa com sal... Eu não tenho o costume de querer comer a comida de vocês... Eu não sinto falta da comida de vocês. O que eu como mais é comida nossa mesmo. Isso eu como muito... Acho que é por isso que eu não tenho essa pressão alta ou obesidade... Porque tem meus companheiros que comem a comida de vocês e está adoecendo, está aparecendo essas doenças. Nós somos da mesma geração... Os jovens de hoje estão tendo mais essa pressão alta e obesidade... Vocês falam para a gente que a comida de vocês tem problema... Desde o primeiro contato, experimentei o sal, mas eu não ponho no peixe ou outra carne que eu estou assando... Eu como quando alguém me dá a comida que já tem o tempero, o sal... Por isso meu corpo é normal... Eu acho que é a comida de vocês que traz essa doença pra nós... Hoje tem muita comida de vocês na aldeia... O pessoal está comendo muito dessa comida de vocês... Sempre estão comendo e muito. Acho que é por isso que está surgindo isso, essas doenças estão aparecendo nas pessoas (N.S., 2019).*

Ainda conversando com N.S., sabendo que ele é um dos raizeiros – *hwithu mbaj kandê* – do povo Khisêdjê, perguntei se eles tinham algum tratamento para enfrentar essas doenças. N.S. disse-me que ele conheceu um remédio no sonho, que ajuda a limpar o corpo e deixá-lo forte para não pegar logo essas doenças ou para ajudar as pessoas que sofrem desses problemas.

*Eu já trouxe remédio para minha filha porque ela estava ficando meio 'gorda'... Aí eu levei o remédio para ela, é muito forte esse remédio, é muito amargo... No meu sonho o pássaro que mostrou e falou assim: 'essa madeira você pode tirar a casca, você pode mastigar para engolir o caldo. Isso vai matar o bichinho no nosso sangue'... Aí eu pensei: 'será que é verdade? Aí eu acordei e fui procurar no mato... Até que eu encontrei a mesma planta que ele mostrou no sonho. Eu tirei a casca e mastiguei... Nossa... É forte! Muito forte. Eu posso usar para a pessoa antes de ter esses problemas... Ele é muito forte, é muito amargo, para matar os bichinhos do sangue como verme na barriga... Se tiver alguma ferida na barriga ele também pode resolver isso. Até mesmo para você não fica com o sangue estragado... principalmente se tiver com a pressão no sangue ou muito doce, com açúcar no sangue. Daí você pode usar esse remédio também. Você pode usar para evitar essas doenças... Ele também é bom para diarreia. Quando você mastiga ele você demora para fazer cocô... É assim mesmo... Porque ele está absorvendo os problemas do seu corpo, então por isso que ele segura um pouco, tranca, demora para soltar e fazer o cocô... Então, eu tenho esse remédio para tratar as pessoas. Esse remédio controla essas coisas que vêm com a doença. Ele 'equilibra'... Esse remédio ajuda a controlar a doença e ajuda você a não ficar fraco... (N.S., 2019).*

A soma de sinais e sintomas é reinterpretada sob outra lógica. Desta mistura de informações e saberes tradicionais é que são trilhados os caminhos dos sujeitos que adoecem. Para N.S., é clara a percepção de que são conhecimentos distintos e que podem ser acionados em diferentes momentos.

*O meu conhecimento é diferente do conhecimento de vocês. É outro jeito. Meu sonho espiritual não reconhece 'obesidade', não conhece 'hipertensão'. Eu não tenho como dizer que isso está fazendo mal... Eu tenho outro jeito de identificar essas doenças que as pessoas têm também... Assim, somente coisa espiritual mesmo. Se o espírito atacou aquela pessoa ou a outra pessoa... Essa parte eu vou sonhar, eu vou ver... 'Ah, é tal espírito que fez mal para você... Aí eu consigo explicar para as pessoas., para tentar curar as pessoas, conforme o problema que ela tem, daí eu vou dar o remédio. Então isso eu consigo ver... Porque eu consigo sonhar... agora, essas coisas (como obesidade, diabetes ou hipertensão) eu não tenho como dizer se está atrapalhando, se está deixando a pessoa fraca... (N.S., 2019).*



Fonte: foto Acervo Projeto Xingu, Pesquisa-ação, por Sofia Mendonça, 2011.  
**Figura 31. Visitando as roças, Pesquisa-ação Aldeia Ngojwere, 2011.**

São diferentes modelos explicativos e diferentes percepções sobre a doença. Neste momento, é como se ainda não houvesse a percepção da doença em si, mas do risco que se corre ao ingerir alimentos de fora. As doenças crônicas ainda não se revelaram em toda sua exuberância de sinais e sintomas, como em outros povos indígenas onde as amputações, retinopatia, insuficiência renal e mortes têm ocorrido de forma mais frequente.

Em conversa com as mulheres, nas casas ou nas rodas, um dos problemas que enfrentam para manter a alimentação tradicional e diminuir os alimentos industrializados é que os pequenos, os filhos, estão se acostumando à comida de fora e alguns, inclusive, têm recusado o alimento tradicional.

*Foi bom relembrar do nosso encontro passado. A comida de vocês faz mal, mas continuamos comendo. Observo que as crianças não querem comer a nossa alimentação tradicional, eles não gostam da nossa comida, mesmo assim, eu estou fazendo para eles. A palestra de vocês me ajudou, eles ficaram preocupados. Meus filhos estão gordos, eu fico preocupada com isso. Na aldeia velha fazíamos muita fritura. No mês retrasado compramos um saco de arroz [de 60kg] e já acabou. Eu tento explicar para meus filhos sobre os problemas dessa comida, mas eles não estão me ouvindo (Ng.S., 2019).*

*Minha mãe e meu pai têm aposentadoria e compram comida. Meu irmão, que é assalariado compra refrigerante. Aprendemos com vocês a preparar estas comidas sem tempero, como frango, arroz e feijão... Meu pai gosta de café... com açúcar! [risos]. Coisas doces não compramos mais, só açúcar... (Ku.K., 2019).*



*Eu combinei com meus filhos que não íamos mais comprar balinhas, biscoito doce ou salgadinhos na cidade. Até hoje conseguimos diminuir um pouco esses alimentos aqui na casa... (We.S., 2019).*

*Na aldeia Ngôjhwêrê eu comprava muito arroz, café e outras comidas da cidade. Mas aqui eu estou tendo muita comida na roça: batata, mandioca, faço perereba. Agora estou comprando menos comida da cidade (Mas.K., 2019).*

Para outros povos, também existem recursos tradicionais que podem ajudar a fortalecer as pessoas para que essas doenças não atrapalhem a vida delas. Alguns pajés do Alto Xingu, por exemplo, me disseram que quando fazem a pajelança, dependendo do sintoma da pessoa, pode sair o açúcar ou a gordura na mão deles. Como se o espírito os tivesse colocado no corpo da pessoa para fazer mal. Novos elementos são incorporados aos processos de identificação do problema e no seu tratamento mantendo, no entanto, a base tradicional de classificação e etiologia do adoecimento.

Em uma longa conversa, o professor K.S. propõe aumentar a oferta de alimentos tradicionais. Plantar roças maiores, com maior diversidade. Plantar mais produtos que são consumidos cotidianamente, como a perereba [colocar na língua]. Fala sobre recuperar alimentos e momentos de comer. Um dos exemplos é o uso da mandioca doce, com a qual fazem o mingau, chamado por muitos povos de perereba, sendo que os Khisêdjê o chamam de *khwârâkangô*. É um alimento importante para o começo do dia, é forte e sustenta por várias horas. Eles têm diminuído seu uso e, em algumas casas, o mingau tem sido substituído pelo café adoçado que vem da cidade. Esse é um dos principais usos do açúcar nas aldeias.

*Eu também queria comentar sobre essa doença... Porque a gente não pode só falar nesse momento, nesses dias e parar de comer esses alimentos de fora. Por isso que eu falo que a gente tem que já começar com a nossa família e o principal para que a gente freie ou evite a entrada dessa comida na nossa aldeia... eu acho que a estratégia seria se preocupar primeiro com a nossa roça. Porque eu próprio percebi com meus filhos, que a gente tinha pouca plantação lá, banana, alguma coisa desse tipo, mamão, porque a gente mudou para cá, a gente tem pouco, não é? E eles sentem muita falta dessa comida e eu acho que por causa disso a gente acaba se preocupando e trazendo comida, faltou aqui e a gente acaba trazendo comida da cidade. Por isso que uma estratégia mesmo, o principal é se preocupar com a roça, talvez, não, se for individual, se alguém conseguir... talvez o mais fácil é a família, principal é essa, para que eles tenham todo dia, eles tem que ter mamão em casa, banana em casa, batata em casa, abóbora em casa e a caça em casa, a pesca também, eu acho que isso [de trazer comida de fora] diminuiria muito, por isso que a minha estratégia, a minha iniciativa que a gente falou entre nós, com a minha esposa, eu falei: 'olha, poderia, talvez, de manhã, para a gente diminuir o café, agora que*

*nós vamos sair da casa do meu sogro e morar sozinho, antes disso a gente tem que primeiro se preocupar com a nossa roça', onde eu pensei, como fazer roça somente para khwârâkangô [perereba – mingau de mandioca doce], toda vez que a gente plantava em cada ano, eu vejo que a gente plantava pouca perereba. Só em volta que a gente costuma plantar mandioca doce, todo mundo só faz esse tipo de plantação, eles plantam só em volta, a perereba. Duas linhas em volta da roça inteira e plantava vários tipos de perereba, pouco ali, pouco outro, pouco ali, pouco ali em volta e no meio a gente se preocupa mais com o polvilho e farinha, plantava muito polvilho e farinha e a gente se preocupou com as coisas que a gente poderia oferecer todo dia. E a mandioca doce que faz o khwârâkangô, a gente se preocupou menos, a gente plantou menos, então a gente tem que plantar mais perereba, onde eu fiz uma roça só para khwârâkangô, para que a gente continue tirando, tirando e no final do ano a gente tem a sobra de rama de mandioca para a gente replantar, porque se a gente plantar só em volta, quando a gente vai tirando, tirando, a gente vai falar, não, não pode tirar mais, porque esse a gente vai plantar no outro ano e a gente segura aquele rama ali e vai faltar na casa, para a família. A gente faz um pouco isso, por causa disso, que eu já percebi, eu próprio, na minha roça preciso começar a mudar essa estratégia que a gente usa e plantar mais a mandioca para perereba (K.S., 2019).*

Outra estratégia que K.S. aponta é pesquisar quais árvores frutíferas podem plantar para ter frutas durante o ano todo. Seria uma forma de ter alimentos na própria aldeia, aos quais as crianças pudessem ter fácil acesso. Existe também a preocupação com a comida da escola, como pensar a comida cultivada e elaborada na aldeia para comerem de merenda na escola. Hoje, na merenda escolar, a base ainda é comida da cidade.

*Minha outra estratégia que eu ia pesquisar, como por exemplo, que fruta que pode ter no mês de janeiro? Que fruta que pode ter no mês de fevereiro? Eu tenho que pesquisar tudo isso para que eu plantasse alguma coisa que dá fruta em cada mês... Isso que eu estou querendo pesquisar nessa região. O que que tem para gente plantar e usar, essa é a minha outra pesquisa também. Estou pensando, não só eu, pensando dentro da associação, o que que a gente pode usar para que a associação faça um tipo de projeto... Porque preocupa muito a alimentação dentro da escola. Às vezes, quando eu trago dinheiro aqui na aldeia para comprar produto nosso, da comunidade, eu pergunto se eles têm milho, abóbora? Não, eu tenho pouco, às vezes oferecia e acabava, perereba, outro falava, outro trazia e o resto não trazia nenhum... Alguns têm, só que só têm para consumo próprio, para a família. Isso que eu vejo que a gente tem que aumentar mais, que as coisas que a gente comia mais no dia a dia, como beiju, talvez a gente coma no dia a dia, mas talvez vão considerar ela só com o peixe, com carne, a gente poderia se preocupar em comer esses tipos de comida, como farinha para comer com carne, com peixe e se preocupar mais com coisa que a gente come de manhã também, como a perereba... Nos preocupar com o que a gente precisa comer de manhã, de tarde, de noite... Acho que com isso a gente diminui [a comida de fora], sem isso a gente, só falar, a gente vai diminuir de trazer, eu vou diminuir de trazer, não, vai faltar alguma coisa e eu vou, por causa disso eu vou trazer de novo, com certeza, primeiro eu tenho que botar a mão na massa e fazer alguma coisa, todo mundo tem que fazer alguma coisa para diminuir isso... Também, uma outra*

*estratégia que eu estou pensando, que a gente usava esse dinheiro para trazer comida de fora, que é ruim, poderia usar esse dinheiro para qualquer coisa que a gente aumente a nossa produção, com o que que a gente pode gastar? Pode gastar com ferramenta? Com combustível? Com material? O que que é bom para a gente gastar, para que a gente tenha essa autonomia, tenha esse controle desse problema (K.S., 2019).*

Uma das mudanças importantes para K.S., professor da aldeia Khikátxi, é a dificuldade de juntar as pessoas e, principalmente, de ter uma orientação mais adequada aos jovens. Ele sente que os jovens estão se distanciando do coletivo, do ser Khisêdjê, como se estivessem perdendo esse sentimento de pertencimento ao grupo. Essa, inclusive, foi uma das razões pelas quais K.S. propôs uma conversa com os jovens sobre as novas doenças, as DCNT, e conversarmos com eles sobre as possíveis associações entre essas novas doenças e a mudança da alimentação e estilo de vida. Foram importantes momentos com os jovens para ouvir suas impressões, tirar dúvidas e aprofundar a conversa com informações científicas. Os alunos de medicina da UNIFESP que estavam acompanhando a equipe do Projeto Xingu durante essa etapa da Pesquisa-Ação prepararam uma aula sobre doenças crônicas não transmissíveis para os jovens alunos indígenas em sala de aula. Foi uma atividade desafiadora para todos. Os alunos da universidade precisaram reconstruir suas falas e interagir com outros modos de pensar o corpo e o adoecimento e, ao mesmo tempo, levar informações e conceitos sobre alimentação, composição do corpo e evolução das doenças crônicas. Entre olhares atentos e curiosos, tiveram que se reinventar.

### 7.3 Como os Khisêdjê enfrentaram a grande epidemia – Covid-19?

*Em meio à tragédia da pandemia, com mortes, luto e o uso covarde do vírus como ferramenta para espoliar direitos, começaram a surgir diferentes formas de cura, que estavam lá nos territórios, ocultas nas memórias dos mais velhos. E da tristeza se fez a luz da resistência, a força da recriação do mundo.*

<https://umoutroceu.ufba.br/o-projeto/>

*UM OUTRO CÉU  
Sumiu mesmo... desde sempre esteve  
oculto  
nas dobras do tempo  
inescapável como o raio em noite escura  
- desce a terra pra trazer dor e loucura.  
Escondido nestas dobras*

*Dormita feito obra de  
um gênio que malogra  
- pois nunca soube do bem  
Que das alturas o Céu contém...*

*Ailton Krenak – Aldeia Krenak, 03 de agosto de 2020.  
(eu fiz esse poema para não chorar... A poesia me  
ajudou a enfrentar esse momento difícil pelo qual  
estamos passando).  
<https://umoutroceu.ufba.br/exposicao/um-outro-ceu/>*

Para enfrentar doenças, agudas ou crônicas, os indígenas lançam mão de atitudes e estratégias diferentes, a depender de suas características e da percepção do risco ou perigo iminente. Lembrar situações e inimigos semelhantes é importante para resgatar estratégias e compor alianças. Assim foi feito.

A fala que segue é de uma liderança e foi veiculada em um episódio do #CasaFloresta, do Instituto Socioambiental, no dia 25 de setembro de 2020, com o tema “Isolamento é cuidado: boas práticas de combate à Covid-19 nas aldeias e comunidades<sup>32</sup>”. É uma fala longa, mas fundamental para entender e acompanhar o pensamento dos Khisêdjê em relação ao enfrentamento da pandemia em seu território.

*Boa tarde a todos, o meu nome é Winti do povo Khisêdjê, da terra indígena Wawi, leste do Xingu, município de Querência, estado do Mato Grosso. Vou contar aqui sobre a pandemia, coronavírus... Quando surgiu essa pandemia, lá na China, nós aqui, o povo Khisêdjê, começamos a ver através da televisão... Primeiro chegaram as imagens das pessoas morrendo lá com falta de respiração, falta de ar, e a gente ficou acompanhando isso, até mesmo as imagens via WhatsApp, e logo que aconteceu isso, nós já nos preocupamos. A gente sabia que essa doença ia chegar aqui no Brasil, porque a gente sabe que a circulação do povo é muito grande para outro país, para outro lugar, todo mundo circula, onde essa doença vai chegar em qualquer momento, qualquer hora na nossa comunidade. Então desde esse momento nós já tivemos a discussão sobre como começaríamos a nos preparar para enfrentarmos essa doença, porque vai chegar. Não vai só surgir lá na China e vai morrer por lá, não vai, vai acabar chegando aqui, porque não tem vacina, já falaram que não tem vacina, isso vai demorar. Isso tudo a gente já estava ciente, o povo já estava ciente, até mesmo o cacique já alertou a comunidade no centro que está vindo uma doença mais uma vez querendo acabar com os povos indígenas, principalmente nós, que somos pouquíssimos... Nós tivemos uma reunião, primeira reunião com o Distrito, com a Funai, lá em Canarana... Depois, na comunidade, também fizemos uma reunião... Já tínhamos criado uma aplicação de ‘fundo comunidade’ [aplicação financeira coletiva em conta da associação] para apoiar qualquer tipo de situação, para resolver qualquer problema que surgir, nós temos nossa autonomia... Então por isso que a pequena contribuição que a população Khisêdjê fez durante cinco anos de aplicação financeira com todo mundo, o pessoal da Bolsa Família, aposentado,*

<sup>32</sup> Para ver na íntegra, acessar [https://www.youtube.com/watch?v=aM-PRL\\_7Cj4](https://www.youtube.com/watch?v=aM-PRL_7Cj4).

funcionário, todos que contribuíram na quantia de 20 reais por mês, isso que deu uma segurança para a população Khisêdjê ficar na sua comunidade para enfrentar essa pandemia. A gente começou a primeira ideia de como organizar para que ninguém saia e que continue a ter seu material essencial. Então esse é o primeiro ponto. Segundo ponto, nós começamos a pensar como vamos fazer casa de isolamento, começamos a trabalhar nesse sentido para organizar, porque a gente já estava acompanhando notícia que essa doença é muito rápida, quando chegar e pegar uma pessoa, já vai pegar umas sete, oito, nove, já vai para 20 pessoas contaminadas. Então isso nos preocupou, preocupou nossas lideranças, nossas comunidades, e a gente começou a pensar também em construir uma casa que seria longe, a uma distância boa da aldeia para controlar qualquer tipo de entrada de pessoas na nossa área, na nossa terra indígena. Nós mesmos criamos barreiras sanitárias, fizemos portão, e a gente controla a entrada das pessoas, carro da saúde, da Funai, frete... Aí começamos a pensar no material essencial para trazer para a nossa comunidade. Então assim é a nossa organização aqui e, até hoje, nós, com muita força, com muita luta, também criamos o GT [grupo de trabalho] que chamamos, GT de COVID. Esse GT que sempre conversa, semanas e semanas, para organizar esse tipo de cuidado, esse tipo de orientação para a comunidade, até mesmo para circular, ir para outras comunidades, falar com outras comunidades de outras aldeias, das nossas aldeias, do nosso povo, para orientar o pessoal, para eles ficarem mais tranquilos, para a gente não ter essa preocupação de querer sair, de repente, para a cidade, porque para sair para a cidade pode trazer essa doença... A gente sabe também, pelas informações, através da coisa material pode vir também [o vírus], mas com a higienização essa doença não vai entrar, então a gente já preparou para fazer toda a higienização dos materiais que vierem para a comunidade, mas não dentro da aldeia. Fora da aldeia, nós temos uma fazenda que chamamos Fazenda Comunitária, é lá que a gente higieniza todo o material que vem da cidade, a gente faz quarentena do material também por três dias, quatro dias, para depois trazer o material para dentro, para as pessoas começarem a pegar no material. Porque antes de entrar material, a gente tinha medo de encostar em qualquer coisa que viesse da cidade, então nosso povo se preocupou muito com isso, por isso que a gente criou essas estratégias e até hoje nós estamos fazendo isso..., mas nós já estamos acostumando com esse controle, acostumando com esse jeito de trazer material, colocar ele de quarentena. A gente está fazendo as pessoas ficarem lá, de quarentena, para depois entrar na comunidade... Nós mesmos também trabalhamos para construir a casa - UAPI [unidade de atenção primária indígena] para atendimento [específico para COVID-19]... Já está tudo pronto, nós estamos já com algumas estruturas para a qualquer momento acontecer [e a doença chegar], nós temos espaço para atender nossos pacientes... Quase todo dia a gente continua alertando a comunidade, fazendo palestra na aldeia e nas outras aldeias. A equipe de saúde está fazendo essa palestra [rodas de conversa e educação em saúde], agentes de saúde com as enfermeiras vão nas comunidades fazer palestra, até mesmo para fazer palestra na comunidade aqui, na aldeia grande, à noite ou de dia. Na nossa cultura, do povo Khisêdjê, toda noite os homens começam a se reunir, debater como continuar o enfrentamento [da doença]. Então essa discussão está ativa, todo dia nós estamos aqui discutindo o melhor jeito para não entrar esse vírus aqui na comunidade. Então nós aqui, o povo Khisêdjê, na terra indígena Wawí, até esse momento não temos nenhum caso aqui dentro da comunidade, graças a essa organização que a gente tem, o entendimento que o povo tem com a gente e confia também no nosso argumento, na nossa política entre nós. [Ficaram sem casos na aldeia Khikatxi até final do mês de abril de 2021, quando começaram a relaxar alguns controles e a doença entrou. Logo depois da segunda dose de vacina contra a Covid-19]. Está sendo muito bom, está sendo muito valioso para nós, eu acho que, com isso, a gente vai manter

*nosso pessoal mais tempo sem vírus na comunidade. E eu acredito que a gente vai continuar desse jeito, a gente não está abaixando a cabeça, e a gente também não está relaxando, a gente nem vai relaxar, porque se a gente relaxar, pode entrar vírus... A gente sabe que, na cidade, já tem relaxamento, a prefeitura abrindo todo o mercado, todo lugar, aí onde tiveram alguns casos na cidade, até mesmo o nosso pessoal, pacientes, que saiu para a cidade, acabou sendo atingido pelo vírus, e aqui na comunidade não. E a gente sempre está colocando que o nosso pessoal tem que estar ciente do que nós estamos fazendo aqui. Vamos manter sim, vamos continuar mantendo assim para dar segurança e saúde para a população nossa. Assim nós estamos trabalhando (W.K., 2020).*

A Pandemia tem colocado holofotes em todas as mazelas e desigualdades que caracterizam nossa sociedade. No caso dos indígenas, a pandemia se somou a muitos outros problemas que enfrentam em seu cotidiano e, mais intensamente, nos últimos anos. Os povos indígenas já partem para esse enfrentamento em franca desigualdade com as invasões de suas terras, a presença do garimpo, dos agrotóxicos, dos madeireiros e grileiros. O desmatamento desenfreado e as queimadas estão lambendo as fronteiras. Trata-se da maior carga de doenças entre os povos indígenas, com a recrudescência de endemias, uma alta mortalidade infantil, insegurança alimentar e condições precárias de saneamento básico. E a luta pela sobrevivência, não só de pessoas, mas de povos – com organizações sociais e modos de ser e viver diferentes, modos distintos de pensar a saúde e a doença.

A todas essas lutas cotidianas somou-se a pandemia.

Existem ainda outras vulnerabilidades que dizem respeito às características dessa pandemia, ao comportamento desse vírus. Juntando a transmissibilidade extremamente alta com o modo de viver nas aldeias, onde o conceito de família é mais ampliado, nas casas moram famílias extensas e a doença se alastra rapidamente, como nas epidemias de outrora. Nas casas, se compartilha tudo: os utensílios, conversas, os espaços e os fazeres. Quando muitas pessoas ficam doentes, quem vai à roça? Quem vai pescar ou caçar? Quem cuida das pessoas doentes? Em geral, a economia e a organização social se desmontam e tudo fica mais difícil, acentuando a gravidade dos casos.

Outra questão é que a doença evolui de forma grave entre os mais velhos. Isso é mais complicado para os povos indígenas, justamente por serem estas pessoas os grandes detentores e guardiões do saber ancestral, dos conhecimentos tradicionais sobre os modos de ver o mundo, de plantas, festas, rituais, construção do corpo, práticas de cuidado, de respeito e oração para os espíritos que são donos

de árvores, matas e águas. Existe o risco de perder os conhecimentos, inclusive de leitura do meio ambiente, leitura das roças, rezas, cantos, todos importantes, inclusive na perspectiva de uma *bioeconomia*<sup>33</sup>, aliando o conhecimento tradicional às novas tecnologias e saberes – este encontro de saberes pressupõe, então, que esses mais velhos estejam presentes. A perda dos anciãos para a Covid-19 implica a perda da possibilidade de reprodução cultural, para além da reprodução física.

A situação é de imensa vulnerabilidade. Alguns estudos demonstram essa vulnerabilidade dos povos indígenas à pandemia considerando diferentes indicadores (AZEVEDO, 2020; OLIVEIRA, 2020; FIOCRUZ, 2020). A dispersão das aldeias, por um lado, protege, por outro lado, demanda um maior monitoramento e deslocamento por parte da equipe de saúde. Todos os momentos de crise revelam e amplificam os grandes nós que tem a atenção à saúde indígena no nosso país, principalmente nas regiões de difícil acesso, como são as regiões centro-oeste e norte do país, onde está localizada a maior parte das aldeias. Além de pressões e ameaças, invasões e conflitos dentro dos territórios indígenas, que podem se constituir porta de entrada do vírus às aldeias, o próprio sistema de saúde apresenta problemas, lacunas e acesso dificultado aos serviços de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS), em seu desenho inicial, foi pensado desde a perspectiva urbana. Não se pensou na zona rural, onde mora a maioria dos povos e onde está situada a maioria das terras indígenas. A falta de estruturação da rede de serviços de média e alta complexidade nessas regiões é um problema.

A construção do subsistema de atenção à saúde para os povos indígenas, no contexto do SUS, foi um movimento de sanitaristas indigenistas e lideranças indígenas de grande protagonismo, para conceber um desenho para atenção diferenciada à saúde indígena. Desde 1999, temos o chamado “subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas”, o SASISUS, que não é uma estrutura paralela, mas parte integrante do SUS. Toda a Amazônia, por exemplo, incluindo as regiões norte e centro-oeste, tem lacunas de serviços de saúde. Nessa região, a maioria das aldeias (cerca de 60%) está a 200 km de uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), como no caso do Amazonas, em que a maioria dos serviços de

---

<sup>33</sup> Sobre esse tema, acessar <http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/588962-bioeconomia-um-modelo-de-desenvolvimento-para-o-brasil-entrevista-especial-com-carlos-nobre>.

média e alta complexidade se encontra apenas em Manaus/AM, e onde a situação dos hospitais já está caótica e no seu limite<sup>34</sup>.

Outra grande vulnerabilidade dos povos indígenas é a sua condição de saúde. Os indicadores de saúde dessa população revelam altos índices de mortalidade infantil, alta prevalência de doenças como malária, anemia e desnutrição, situação que um inquérito nacional feito por equipe da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2009) e outros parceiros revela. A mortalidade ainda está ligada a doenças infectocontagiosas, estando as doenças respiratórias entre elas, embora se tenha observado um aumento significativo de mortes relacionado às doenças crônicas não transmissíveis nos últimos anos. Esta alta carga de doenças que acomete os povos indígenas aumenta a sua vulnerabilidade diante da pandemia.

Os povos indígenas têm sido protagonistas fundamentais no enfrentamento da pandemia em nível nacional. O movimento indígena e suas associações têm se posicionado e reverberado intensamente suas demandas, apontando suas especificidades e vulnerabilidades durante todo esse período, muito diferente da letargia dos não indígenas (BRASIL, MS, 2020)<sup>35</sup>.

### 7.3.1 E na prática... o que aconteceu? O que tem acontecido?

Estamos vendo diferentes cenários do enfrentamento da doença entre os povos indígenas pelo país. Alguns fatores ou elementos determinantes do desenho da pandemia entre os indígenas passam pelo acesso às informações corretas sobre a doença e, nesse caso, é fundamental a veiculação de notícias, áudios e vídeos confiáveis, narrativas e explicações a partir de canais e pessoas que são referência para os indígenas das diferentes regiões. A comunicação sobre a pandemia no Brasil e entre os indígenas foi ambígua e confusa. Entre a *morte* e a *gripezinha*, ou entre o *fica na aldeia* e a busca do *auxílio emergencial*, muitos indígenas foram infectados e acabaram abrindo o caminho da doença nas aldeias em várias terras indígenas. A desconstrução das fake news foi um processo contínuo e desgastante para todos nós e para os indígenas também. Um fator determinante do

---

<sup>34</sup> Ver mapa Covid-19 na Amazônia e UTI, do InfoAmazonia. Disponível em: <https://infoamazonia.org/pt/maps/portugues-covid19-na-amazonia-02/>.

<sup>35</sup> Para acompanhar APIB e outras organizações. <https://emergenciaindigena.apiboficial.org/maraca/>



comportamento da epidemia foi a capacidade de organização de cada povo, sua coesão social, seu entendimento da doença e das estratégias de combate que construíram e implementaram. Outro elemento crucial no enfrentamento da pandemia foi a capacidade de organização, planejamento e resposta do próprio subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas, o SASISUS em cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) do país. Dependendo da reação de cada Distrito e de sua relação com os povos indígenas de sua área de abrangência, a epidemia tomou um caminho de contenção, diálogo e construção coletiva de estratégias de enfrentamento, com equipe, insumos e materiais, suprimindo necessidades ou outro caminho de descontrole e distanciamento. O mapeamento da linha de cuidado para o enfrentamento da COVID em cada território, considerando a rede de cuidado de média e alta complexidade no SUS regional, também foi importante para acolher e conter os casos graves. A articulação de parcerias interinstitucionais, entre os DSEI, FUNAI, ONGs, Associações Indígenas, universidades e pesquisadores foi estratégica para implementação dos planos de enfrentamento à doença nas diferentes regiões, agregando qualidade, valor, conhecimento e comunicação, solidariedade, cumplicidade e suprimento de insumos, equipamentos, estruturas e recursos para garantir outras necessidades provenientes da condição de isolamento dos povos.

Muitos indígenas perceberam essa doença de forma confusa, recebendo mensagens que minimizavam a doença, propondo tratamentos precoces com medicamentos comprovadamente ineficazes e desprezando medidas não farmacológicas de prevenção da doença. Orientações, também ambíguas, contribuíram para a situação, como *fica na aldeia* e, ao mesmo tempo, *venha na agência bancária para pegar seu auxílio emergencial*, sem deflagrar processos que organizem e operacionalizem o isolamento e garantam a segurança alimentar.

Ao entrar em contato com a doença, muitos indígenas enxergaram no agravamento dos casos um componente de feitiço. Essa doença é a cara do feitiço: *Por que um pega e não fica grave e o outro fica grave e morre?* O feitiço entrava pela cânula nasal dos frascos ou concentradores de oxigênio. Entrava nas casas arrumadas, como Unidades Básicas de Saúde Indígena, para o acompanhamento dos casos moderados em área. Outras explicações sobre a doença emergiram, operando no âmbito dos sistemas tradicionais de interpretação do adoecimento.

Muitos povos lançaram mão de conhecimentos ancestrais para prevenir e tratar os casos de COVID. Tanto para afastar os maus espíritos que carregam a doença, como o uso de plantas medicinais para fortalecer as defesas do corpo. Em casos graves, foram realizadas pajelanças, para localizar feitiços e neutralizá-los ou afastar espíritos ruins. Essa associação com a possibilidade de intervenção de feiticeiros acabou gerando muito medo e, conseqüentemente, muitos indígenas se negaram a sair do seu território para serem hospitalizados. Outros indígenas que foram hospitalizados na rede regional foram hostilizados e desrespeitados. O resultado dessa desinformação e falta de diálogo em muitas áreas acabou levando a um quadro grave e descontrolado da epidemia, como no caso dos Xavante e etnias do Alto Xingu. Por outro lado, também vimos muitos povos se organizarem e construírem estratégias de enfrentamento bastante potentes que evitaram a disseminação da doença em suas aldeias, como foi o caso dos Khisêdjê.

Aqueles povos que tiveram acesso à informação, informação correta, sobre a doença, seu modo de transmissão, os riscos do ir e vir da cidade, da aglomeração, tiveram um número muito menor de casos ou, mesmo, ainda não tiveram nenhum caso nas aldeias. No Xingu, tivemos diferentes desenhos da pandemia. Vários povos se embrenharam na floresta, isolando-se, fragmentando-se em grupos familiares menores, em acampamentos no meio do mato, para ficar lá até essa pandemia passar, orientados por uma memória ancestral de fugir das epidemias, dos maus espíritos que as enviam. Eles já sabiam que isolamento social é bom para segurar uma epidemia.

Os Khisêdjê se destacaram por sua organização, capacidade de resposta rápida e criação, junto com seus parceiros, de um grupo de trabalho para coordenação das ações. Construíram protocolos para a entrada de mercadorias e pessoas, de isolamento entre a cidade, aldeias e casas. Montaram uma barreira sanitária na entrada da área indígena. Estruturaram a casa de uma fazenda comunitária, distante da aldeia, para isolamento e/ou quarentena de pessoas, profissionais de saúde e mercadorias que vinham da cidade. Utilizaram tecnologias e recursos de comunicação pela internet, como *whatsapp*, *salas on-line* e radiocomunicadores que permitiram que as informações circulassem para fora e para dentro da aldeia e chegassem a todas as casas. Promoveram, junto com as equipes de saúde, reuniões na comunidade para conversar sobre a doença, sobre

medidas de prevenção, cuidados com as pessoas e mercadorias que vinham da cidade. Organizaram as compras da cidade usando, inclusive, máquina para passar cartão, combinando com os entregadores um local específico, na fazenda comunitária, onde uma equipe fazia a desinfecção dos produtos. O grande desafio foi garantir o isolamento.

*Eu acho que todos nós estamos nessa busca de ter uma solução, porque ninguém realmente se preparou para essa doença, porque essa doença nunca surgiu na vida, no mundo, e apareceu de repente. Até hoje, lá onde surgiu, não tem nenhuma pessoa que diga: "Olha, você faz isso, ele some", não tem, então a gente está enfrentando, vamos enfrentar, vamos continuar enfrentando, mas que a melhor forma, o melhor remédio, até o momento, é isolamento... O vírus não dá para a gente ver, ele não é uma pessoa que você vai ver, você vai desviar, porque o vírus está no ar, você não está vendo ele, ele pode passar perto de você, mas você não está vendo, e você pode encostar, de repente, aí você vai levar para dentro. Então isso é um cuidado que a gente tem, que eu sempre falo para a nossa comunidade aqui: "Olha, vamos ter que continuar mantendo isolamento"... (W.K., 2020).*

Muitos povos utilizaram a medicina tradicional em todas as suas manifestações. Em sua maioria, começaram a investigar a doença e buscar formas de prevenção, proteção e o fortalecimento das defesas do corpo. Antes mesmo da chegada da doença na aldeia, lançaram mão de rezas, abluções e aspersão de infusões de ervas nas casas e ao redor da aldeia como um anteparo aos maus espíritos que se travestiam de Covid. Com a entrada de casos da doença nas aldeias, entre rezas, benzimentos e ervas, produziram infusões, garrafadas e acompanharam com muitos cuidados os pacientes infectados pelo coronavírus.

Muitos desses povos atribuem a esses remédios da floresta e suas práticas xamânicas e espirituais o sucesso no enfrentamento à doença. Em geral, eles sabem que são momentos diferentes entre o isolamento que segura a doença fora da aldeia e quando ela entra nas casas das pessoas. Quando a doença chega à casa das pessoas, o desespero entra junto. Infelizmente, alguns povos sucumbiram à pandemia, com um número de casos altíssimo e, conseqüentemente, muitos óbitos.

Então, dependendo da abordagem de enfrentamento da doença por parte dos próprios indígenas e dos serviços de saúde nos diferentes DSEI, temos distintos desenhos da pandemia. Estudos têm sido publicados sobre essa temática sistematizando dados, recolhendo narrativas indígenas e não indígenas,

perscrutando os cenários desse enfrentamento da Covid-19 entre os povos indígenas<sup>36</sup>.

Uma das consequências do isolamento a que se submeteram alguns povos foi a reaproximação entre as gerações, uma retomada de ritos e práticas que estavam abandonadas ou desfocadas. De alguma maneira, foi uma ruptura em um movimento de ir e vir entre a cidade e aldeia em que os pensamentos e todas as atenções estavam voltados para fora. A percepção da dependência das coisas da cidade também foi importante e sinalizou para um fortalecimento das relações dentro da aldeia. O isolamento fez com quem as atenções se voltassem para dentro, para si mesmos. As redes sociais entre eles se fortaleceram e se expandiram. Trocaram receitas e encantamentos. Uma história belíssima foi a de Glicéria Tupinambá, que nesse período de pandemia confeccionou o Manto Sagrado Tupinambá, baseado no manto que os Tupinambá usavam há muitos anos. Estes relatos estão em exposição, com participação de estudantes indígenas e não indígenas das federais Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB) e Universidade Estadual da Bahia (Uneb), no contexto do Projeto “Um outro céu”<sup>37</sup>.

O manto sagrado Tupinambá foi confeccionado entre fevereiro e agosto de 2020, em plena pandemia da COVID-19. Durante esse período da pandemia, houve certa calma na aldeia, o que permitiu ter esse olhar para dentro. Foi então o momento ideal para confeccionar o manto. Trata-se de uma obra baseada no manto Tupinambá que data do século XVI e que está conservado na reserva do Museu do Quai Branly, em Paris, na França. Da mesma forma, o manto confeccionado em 2020 seguiu esse modelo, partindo de uma base de cordão de algodão cru encerado com cera de abelha tiúba da aldeia, sobre a qual foram colocadas aproximadamente 3.000 penas. A base de algodão foi trançada seguindo a técnica de tecelagem do jereré, ferramenta de pesca utilizada pelos anciões da aldeia. ‘... Esse manto representa para nós, Tupinambá, a revitalização da nossa cultura, da nossa língua, dos nossos fazeres, das nossas técnicas. O manto vem desvendando segredos. A confecção do manto traz saberes guardados pelas mulheres tupinambá: tecelagem, trançagem, uso de vários utensílios (principalmente a agulha de tucum), preparação do cordão feito de algodão (antigamente era no fuso) com cera de abelha. Embora o manto tenha sido feito por mim, a confecção envolveu todas as pessoas da comunidade, das crianças aos anciões: na busca das penas, na coleta da cera de abelha tiúba e no ensino das técnicas de tecelagem por anciões da comunidade...

---

<sup>36</sup> Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/dossie-aborda-o-impacto-da-pandemia-nos-povos-indigenas>.

<sup>37</sup> Estes relatos estão em exposição no site <https://umoutroceu.ufba.br>, da Universidade Federal da Bahia, com participação de estudantes indígenas e não indígenas das federais UFBA, UFRB e estadual da Bahia, Uneb, no contexto do Projeto “Um outro céu”.

A confecção do manto reavivou então muitas memórias. O manto tem uma linguagem própria, uma personalidade própria. Ele nos revela uma maneira de se camuflar, de se esconder, de conseguir passar despercebido por dentro da mata. Segundo o cacique Babau, ao vestir o manto, ele consegue se camuflar e se sente como se fosse uma coruja. A coruja representa para a gente os olhos da noite. Ela é a guardiã da noite. É um símbolo muito forte. O interessante é comparar uma obra que está dentro do museu, parada, e ver a peça tendo vida e movimento – neste caso, ver o manto sendo usado por um membro da comunidade, o cacique, durante um ritual é uma emoção muito grande. Ory, meu filho caçula, disse que, quando o cacique usar o manto, ele permitirá a cura do mundo, ao afastar todas as doenças. Tudo de ruim será eliminado, porque o cacique se transformará em um super-herói...

A confecção do manto tem então também uma simbologia política forte. Sabemos que existem mantos tupinambá em vários lugares e que temos dificuldades de acesso a eles... Poder ter acesso ao manto (que está em Paris) foi fundamental para que ele pudesse começar a falar comigo. O manto conseguiu se abrir para mim e eu consegui fazer minhas observações e ter algumas percepções para que pudesse confeccionar outro manto. Foi importante trazer vida para o manto e mostrar que não era aquela coisa obsoleta, guardada em um canto, só para ser observado e ir se deteriorando com o tempo. Os mantos têm uma vida e um propósito dentro do seu povo. Este é o retorno do manto' (Glicéria Tupinambá. Disponível em: <https://umoutroceu.ufba.br/exposicao/manto-tupinamba/>).

Entre os Khisêdjê, esse processo foi muito intenso e exigiu muita habilidade de negociação entre lideranças jovens, adultos e mais velhos. Construíram novas regras para o seu cotidiano. Criaram um grupo de trabalho que distribuiu tarefas e engajamento. Usaram tecnologias de ponta para filmagem e registro de cantos e danças. Trabalharam em suas roças. Reaproximaram jovens e os mais velhos, recuperando espaços e tempos de convivência. Praticaram *Ngrwa Rêni*, corrida de tora, primeiro entre os adultos e depois com as crianças.



Fonte: foto de *Ngrwa Rêni*, corrida de toras, isolamento durante Covid-19, por Kamikiá Khisêdjê, 2020.

**Figura 32. *Ngrwa Rêni*, Corrida de Toras, durante o isolamento dos Khisêdjê na Pandemia de Covid-19, Aldeia Khikátxi, 2020.**



Fonte: foto de *Ngrwa Rêni*, corrida de toras, isolamento durante Covid-19, por Kamikiá Khisêdjê, 2020.

**Figura 33. *Ngrwa Rêni*, Corrida de Toras, durante o isolamento dos Khisêdjê na Pandemia de Covid-19, Aldeia Khikátxi, 2020.**

Na foto, a corrida foi realizada pelos alunos e crianças Khisêdjê carregando embrulhos de peixes, que são chamados *ngrwa*, que quer dizer “buriti”, como as toras. Em todas essas corridas, correm sempre um irmão contra outro. As toras são levantadas no início da estrada e os dois primeiros corredores correm até um outro ponto, onde as passam para os próximos, que carregam até a dupla seguinte, até



chegar na casa dos homens (Ngá), onde elas são jogadas ao chão (de onde o nome da festa, Ngrwa Rëni, que significa “jogar as toras”). Quem chegar primeiro é o vencedor.

Ensaíaram, dançaram e cantaram as festas de final do ano, ou como Djuntxi, Tawarawana, Yamurekuma.



Fonte: foto de *corrida de flechas*, isolamento durante Covid-19, por Kamikiá Khisêdjê, 2020.

**Figura 34. Corrida de Flechas, durante o isolamento dos Khisêdjê na Pandemia de Covid-19, Aldeia Khikátxi, 2020.**



Fonte: KHISÊDJÊ, Kamikiá (Corrida de flechas, isolamento durante Covid-19, 2020).

**Figura 35. Corrida de Flechas, durante o isolamento dos Khisêdjê na Pandemia de Covid-19, Aldeia Khikátxi, 2020.**

Nesse período de isolamento, os Khisêdjê perceberam a diminuição acentuada dos casos de doença na aldeia, como a gripe, diarreia e outras doenças transmissíveis, principalmente nas crianças e nos mais velhos. Ficou clara, para eles, a associação entre o movimento de ir e vir da cidade com a entrada de doenças cotidianas. O relato abaixo mostra um pouco desses aprendizados.

*O meu aprendizado durante esse isolamento, foi um momento muito especial para mim porque demonstrou muitos caminhos. Os caminhos não só porque o vírus chegou, porque o vírus está aí... Eu aprendi muito a lidar com a população em si, com a conscientização da comunidade, aprendi bastante também porque a gente buscou uma tecnologia que nos ajudou, para a gente estar feliz, continuar feliz nos mantendo na comunidade, nos mantendo na própria aldeia. Porque com esses instrumentos que hoje nós estamos nos comunicando diretamente e estão valorizando a nossa união, o nosso entendimento. Outra coisa que eu aprendi muito durante esse período de oito meses de isolamento, descobri também... que realmente a saída da gente como povo indígena nos misturando na cidade traz doença para dentro do território. Por quê? Porque realmente é isso que a equipe da saúde sempre fala para nós: 'Quando for para a cidade, tem que ter muito cuidado, porque pode trazer uma doença para dentro da aldeia'. Esse isolamento deu um grande exemplo e eu aprendi bastante, porque até o momento não tem nem uma gripe, mesmo no período de muita fumaça, muita secura, e nenhuma criança está escorrendo o nariz, nenhum velho, idoso, não está tendo gripe, outros vírus, porque quando a gente não estava sendo isolado, sempre aparecia a gripe e qualquer doença na comunidade... Então é isso, o nosso pessoal, a nossa comunidade, está com boa saúde, todas as crianças, não está tendo nenhuma gripe, nem nada, e eu acho que é o momento que eu aprendi bastante a lidar com isso e aprendi bastante também, descobri outras alternativas de cuidar do nosso povo. Como você é um representante da comunidade, você está conseguindo manter a sua comunidade junto a esse diálogo dentro do seu povo, o povo confia mais no seu serviço e no seu trabalho, no diálogo, e sua política com a sua comunidade. Então me ensinou bastante esse período. Aprendi muito também a ter o diálogo com as pessoas, com os parceiros, porque mesmo que a gente esteja isolado, nós estamos mantendo esse contato. Então esse momento foi um grande aprendizado para mim, fortaleceu muito também a gente cuidar do nosso território... estamos lidando com a mata, com todo o território, estamos cuidando, estamos vendo o que está passando, então é um cuidado que a gente tem que eu aprendi bastante. Até mesmo cuidando da alimentação, principalmente na roça, na produção das famílias, então isso é um momento muito aprendizado. E continuo aprendendo. Eu acho que não é que a gente já está no final de aula, nós estamos continuando a aula, porque a aula ainda não acabou, porque a gente não se formou ainda, eu não sei até quando esse isolamento vai nos ensinar. Então isso é bom por um lado, por um lado é ruim, porque o povo está muito agoniado. Tem gente agoniada e querendo ficar solta, mas que a gente, com jeito de conscientizar, as pessoas ficam tranquilas. Então aprendi bastante... (W.K., 2020).*





Fonte: KHISÊDJÊ, Kamikiá. (Festa de final de ano isolamento durante Covid-19, 2020).

**Figura 36. Festa de final de ano em isolamento durante a pandemia da Covid-19, 2020/2021.**



Fonte: KHISÊDJÊ, Kamikiá. (Festa de final de ano em isolamento durante Covid-19, 2020).

**Figura 37. Festa de final de ano em isolamento durante a pandemia da Covid-19, 2020/2021.**

### 7.3.2 Outras leituras sobre a Pandemia

Em princípio, estudiosos estimaram em mais de 1000 os povos indígenas nessa região, ainda sem fronteira, e que hoje é o Brasil, e hoje temos 305 povos,

segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Ou seja, houve genocídio e depopulação de muitos povos. À medida que foram entrando em contato com os colonizadores, que lhes traziam doenças desconhecidas, os povos indígenas foram sentindo exatamente isso que estamos sentindo. Os Panará (MT), por exemplo, ao entrarem em contato com a sociedade não indígena, sofreram uma depopulação de em torno de 80 a 90%, por conta de epidemias e violência, segundo Schwartzman (1987<sup>38</sup>). As epidemias constituem um tipo de arma biológica. O antropólogo Darcy Ribeiro (1996) sempre falava que a doença – o vírus, a bactéria – é uma arma de conquista, é uma arma biológica. E as epidemias, de fato, acabaram com muitos povos.

Nós, não indígenas, temos sentido na pele como é isso de chegar uma doença do nada, que ninguém conhece, ninguém nunca viu, à qual todos são suscetíveis. Uma doença que tem uma forma de contágio, de transmissão tão eficiente, como é o caso do coronavírus. O risco de ela se alastrar nas comunidades é muito grande. E ela faz o que está fazendo com a gente: acaba a economia local – quem, afinal, vai para a roça, se todos estão doentes?

Como a liderança yanomami Davi Kopenawa sempre diz, trata-se do fato de as pessoas romperem a harmonia desse grande organismo vivo que é a Terra. Através de seus espíritos, como *hëweri* (= espírito-morcego), ou a fumaça, a epidemia vai se espalhar e matar as pessoas. A pandemia é uma forma de punição, ordenada pela Terra, que está brava com o que nós estamos fazendo. Escutar essas outras leituras sobre as doenças é importante até para concebermos outros projetos e pensamentos para a economia, para além do modo como o *povo da mercadoria* impõe, como diz o Davi Kopenawa.

*Realmente, esse ano foi muito difícil. Mas eu, Davi, já havia falado antes, que tudo isso ia acontecer. Não só eu, mas as lideranças indígenas que lutam no Brasil falamos: 'olha, cuida do nosso planeta. O planeta não pode ser destruído', mas não escutaram. No subsolo, o homem gosta de ir atrás de minério, de ouro, de diamantes, que são pedras venenosas. Não pode tocar, não pode tirar. Esse 2020 aconteceu assim por erro do homem branco. Quem foi que mexeu [na terra]? Foi grande empresário que abriu grande buraco embaixo da terra, onde o grande espírito da xawara estava morando. A xawara estava debaixo da terra para não adoecer o planeta. Eu não queria que isso tivesse acontecido. Esse momento está muito difícil. Não tem ninguém para controlar, não tem remédio para curar. [Como xamã]*

<sup>38</sup> The Panara of Xingu Indigenous Park: The transformation of a Society. Tese [doutorado]. University of Chicago. SCHWARTZMAN, 1987.

*estou sonhando muito mais. Virão outras doenças mais fortes que vão continuar matando milhares de pessoas no planeta. Essa é a minha mensagem, que falo de novo para o homem não índio, que só pensa nele, mas não pensa no todo, não pensa na Terra Mãe, que não acredita na fala dos povos indígenas, somente quando fica doente. Ele vai lembrar da minha palavra. Eu fiquei muito revoltado porque os povos indígenas foram contaminados com essa xawara, com essa wakixi (fumaça), que é uma doença que entra no pulmão e mata. Povo da cidade: pense e pare. Não mexam mais com a nossa Terra Mãe<sup>39</sup> (Davi Kopenawa).*

Temos de ouvir as leituras que os povos indígenas fazem dessa pandemia. Nesse sentido, Ailton Krenak fala que esse vírus apareceu para ocupar o espaço vazio de afeto que criamos em nossa sociedade. Ele fala muito em como a nossa sociedade optou pela vitória do UM contra o COMUM, sobre o individualismo.

Várias lideranças, homens e mulheres indígenas, têm feito leituras muito interessantes e profundas sobre o modo como a cultura ocidental se impôs uma fragmentação, a própria divisão entre a cultura e a natureza, e sobre a própria Pandemia. Ailton Krenak e Geni Nuñez, durante uma live no Cinecipó de Minas Gerais<sup>40</sup>, em um Seminário “Reconquistando territórios”, falaram sobre a concepção de território – muito além da terra da geografia que se mede em metros, quilômetros ou alqueires. Outrossim, uma concepção de território muito mais abrangente, de ir e vir, de vida. Ailton, por exemplo, começou contando a história do *Watu* – o rio – virado em sujeito – contador de histórias, em suas cachoeiras, serpenteando as serras. Quem são os sujeitos que percorrem e atuam no território? São seres humanos e não humanos, visíveis e invisíveis. As histórias que devem ser contadas pela própria terra. Mas é preciso ouvi-las atentamente, pois o tempo todo a natureza envia mensagens sobre o seu desagrado, sobre seu desespero e seus limites. Geni, por outro lado, falou sobre *o território do nosso pensamento... da importância de a gente reflorestar a nossa imaginação!* Um pensamento revolucionário, que mistura o dentro e o fora, põe em conjunção perspectivas que teimamos em separar. Nós precisamos ouvir mais. Lembro-me do Sr. Alísio, uma liderança entre os Guarani do Jaraguá, que dizia aos alunos do 5º ano de medicina: *Vocês precisam vir aqui, mas não com o ‘copo cheio’, se vierem com o copo cheio não vai caber nossa conversa.*

<sup>39</sup> Matéria do Boletim Notícias socioambientais. Disponível em: <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/davi-kopenawa-nao-mexam-mais-com-a-nossa-terra-mae>.

<sup>40</sup> Disponível em: <https://www.facebook.com/cinecipovideos/abertura-do-festival/841463206687417/> (1h26 a 2h52).

*‘Esvaziem o copo’ para a gente poder conversar... (Tupã Mirim Alísio Gabriel – T.I. Jaraguá).*

Esse conhecimento está sendo produzido e reproduzido em todo canto, em todas as aldeias. Como traduzir? Em que língua vamos falar?

A partir de quais referências nós vamos falar? Muitos indígenas estão fazendo uma trajetória acadêmica, pelo conhecimento científico e filosófico, e têm se apropriado do pensamento ocidental, da estrutura do pensamento ocidental, do colonizador, e estão fazendo leituras muito interessantes, compondo-as com seu conhecimento ancestral. Como se trabalhassem uma antropologia às avessas, estudando a cultura ocidental, suas escolhas. Estão, de alguma maneira, fazendo uma tradução (BRASIL, M. S., 2020)<sup>41</sup>.

O desenho da pandemia – a curva de casos e mortes da pandemia – tem sido diferente, dependendo dessa coesão e do protagonismo das comunidades, das decisões coletivas, do entendimento da doença, de uma equipe bem capacitada e um DSEI comprometido e eficiente na linha de frente, do manejo clínico dos casos, em articulação com a medicina tradicional.

Segundo o levantamento de dados do Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena (APIB), que considera todos os indígenas, aldeados e em contexto urbano, em 28 de junho de 2021 eram 56.174 casos confirmados da doença, 1.126 óbitos e 163 povos atingidos pela pandemia. Segundo dados oficiais da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde (MS), que considera apenas os indígenas aldeados que constam no Sistema de Informações em Saúde Indígena (SIASI), na mesma data eram contabilizados 50.277 casos confirmados e 728 óbitos causados pela Covid-19. Sobre essas informações e suas análises, estão sendo concluídos estudos que evidenciam maiores taxas de incidência e mortalidade por Covid-19 entre os povos indígenas amazônicos do que entre a população brasileira em geral. Revelam também uma associação entre a presença de atividades ilegais e invasões de terras e o aumento dos casos e, conseqüentemente, de óbitos (FELLOWS, 2021), corroborando sua condição de vulnerabilidade e risco.

---

<sup>41</sup> Pandemia da COVID-19 na vida dos Povos Indígenas. Vukápanavo. **Revista Terena**, MS, ed. 03, out./nov. 2020. ISSN: 2596-2426.



## Materiais audiovisuais sobre o enfrentamento da Covid-19 entre os Khisêdjê<sup>42</sup>



Associação Indígena Kisedje

19 de junho de 2020 · ■

### Organização do povo Khisêjtjê no enfrentamento do novo Coronavírus COVID-19

Organização do povo Khisêjtjê no enfrentamento do novo Coronavírus COVID-19 na região do Wawi/MT.

O coronavírus é um novo vírus que veio da China. É um vírus muito perigoso, que não tem cura e ainda não há vacina. Então o único remédio que temos contra esse vírus é ficar na aldeia, não sair para cidade.

Na TI Wawi, o povo Kisedje, juntamente com a organização Associação Indígena Kisedje está lutando para impedir que a doença chegue. Fechamos a estrada para que ninguém possa sair ou entrar. Ainda precisamos de suprimentos essenciais da cidade, então organizamos um mercado na cidade para entregar materiais no limite da nossa terra, onde fica por três ou quatro dias. Depois são higienizados por mais dois dias. Depois disso, trazemos tudo para a comunidade onde as pessoas podem comprar coisas, pagando diretamente na loja. Tomamos todas essas precauções. A máquina de cartão ajudou todos na comunidade a pagar o que precisa ser pago. Contas na cidade, no mercado e nas lojas, e isso facilita tudo para nós.

Com pequeno fundo que nossa associação possui também estão ajudando a comunidade.

É por isso que a organização Kisedje existe. Para lidar com quaisquer problemas que surjam. Criamos essa organização para lutar por nossos direitos e ajudar a comunidade. Graças a isso, ninguém saiu para a cidade. Estamos aqui e continuaremos aqui. Tomamos muito cuidado com os produtos que chegam e usamos muito saneamento para nos mantermos seguros. Continuaremos assim pelo tempo que for necessário. Sabemos que há uma doença grave por aí, então ficaremos na aldeia.

Realização: Associação Indígena Kisedje

Produção do vídeo: AIK Produções

Imagem e edição: Kamikia Kisedje

Apoio: Stephan Kries Ver menos

## 7.4 O que mudou? O que está mudando e os preocupa?

*Olha, no meu entendimento, quando a gente compara de alguns anos atrás e de hoje, na minha percepção é uma mudança assim rápida, como se fosse 'dorme' aqui e amanhã cedo, você olha as coisas e a tarde você volta e já tem a mudança... Assim, como eu sou morador daqui, também acompanho todas as reuniões, movimento, a conversa com comunidade e mudou muita coisa realmente, rápido... A mudança de lá [do tempo das outras aldeias] para cá é uma coisa meio rápido, nem para o tempo... O tempo fica como se fosse andando e a gente não consegue nem frear as coisas, no meu olhar é assim que está acontecendo, que a gente não consegue nem frear que as coisas estão entrando, a doença e a convivência e a mudança de organização também, é tão rápido, um ano para o outro, você começa a ver uma mudança muito grande... (K.S., 2019).*

Durante as visitas nas casas, entrevistas e rodas de conversa, ficou claro que as mudanças no modo de viver têm sido tema de reflexão e preocupação entre os Khisêdjê.k Para além da mudança no modo de viver, comer e adoecer, eles têm

<sup>42</sup>

Disponível

em: <https://www.facebook.com/watch/?v=290592208762104>

[https://www.facebook.com/AIKisedje/videos/290592208762104/?](https://www.facebook.com/AIKisedje/videos/290592208762104/?__so__=channel_tab&__rv__=all_videos_card)

[\\_\\_so\\_\\_=channel\\_tab&\\_\\_rv\\_\\_=all\\_videos\\_card](https://www.facebook.com/AIKisedje/videos/290592208762104/?__so__=channel_tab&__rv__=all_videos_card). Como povo Khisêdjê enfrenta inimigo invisível, a

COVID-19. Exibido em 22 de fevereiro de 2021. Produção Associação Indígena Khisêdjê – AIK.

Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=HbHNN-p6z9w&t=21s>. Links sobre esse tema:

<https://covid19.socioambiental.org/>.

<https://cimi.org.br/pandemiaeos povos/>,

[http://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1779-a-historia-da-saude-indigena-no-brasil-e-os-](http://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1779-a-historia-da-saude-indigena-no-brasil-e-os-desafios-da-pandemia-de-Covid-19.html?tmpl=component&print=1&page=#.YKzjQZP2mqA)

[desafios-da-pandemia-de-Covid-19.html?tmpl=component&print=1&page=#.YKzjQZP2mqA](http://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1779-a-historia-da-saude-indigena-no-brasil-e-os-desafios-da-pandemia-de-Covid-19.html?tmpl=component&print=1&page=#.YKzjQZP2mqA).

relatado outras mudanças, como o modo de nascer, de construir o corpo, de se enfeitar, de cozinhar. O modo de aprender as coisas e de se organizar também está mudando. Os Khisêdjê têm demonstrado preocupação com o distanciamento dos jovens e o deslocamento do seu interesse sobre a cultura para as coisas da cidade.

Outro grande tema de preocupação é o meio ambiente e sua degradação. Eles têm percebido a mudança climática e suas consequências nas roças, o cheiro e gosto do peixe e da caça está diferente.

O que está mudando e os preocupa?

*O cheiro e o gosto do peixe e da caça mudou... O gosto da água mudou... O cheiro do vento mudou... (K.K.).*

*A fumaça aumenta a cada ano... mas só a gente se preocupa em cuidar do fogo, os brancos não entendem... Vocês sabem, os brancos continuam desmatando e fazendo queimada. Eles fazem queimada para produzir mais. Derrubam a mata com máquinas para depois queimar. A indústria faz muita fumaça que vira chuva, vira nuvem... Por isso, esses últimos anos têm sido ruins... Penso sobre isso e estou muito preocupado! (K.K.).*

*No tempo dos antepassados a época da chuva era boa. Mas hoje estão acabando com as matas, derrubaram muitas árvores, por isso tem tempestade forte e outras coisas ruins... (W.S.).*

*Antes eu não escutava o barulho das máquinas... Antes eu não via aquele avião pequeno que passa jogando o veneno... Tudo isso está mudando... (K.K. Entrevistas em trabalho de campo e [https://www.youtube.com/watch?v=6-u\\_BlecKH8](https://www.youtube.com/watch?v=6-u_BlecKH8)).*

Mudou muita coisa... Mudou o cheiro e o gosto das coisas. A água tem gosto ruim, os peixes têm gosto ruim. Hoje a fumaça está cada vez mais forte... Essas são algumas das mudanças percebidas pelos indígenas com os quais conversei esses últimos anos.

Durante minha trajetória de vida e trabalho junto aos povos do Xingu, desde 1981, pude observar e acompanhar o crescimento da população, o aumento do número de aldeias, a ocupação do território, o crescimento rápido dos municípios vizinhos, o movimento do ir e vir até as cidades do entorno. Vi a transformação da paisagem, a ocupação voraz de fazendeiros, madeireiras e serrarias, as estradas ocupadas pelos caminhões de toras, pelas boiadas em trânsito. As fazendas pecuárias e de monocultura se esparrando para todos os cantos. Olhando o território pelas janelas dos aviõezinhos da FUNAI, pude avistar a beleza do cerrado e a faixa

de transição da floresta amazônica, e a tristeza do desmatamento ao ponto de perceber, de cima, os limites do Parque Indígena do Xingu.

Acompanhamos, a cada entrada em área, a arrumação das aldeias, mudanças de lugar, divisões e novos arranjos. Gerações de lideranças se sucedendo ao longo de décadas. Presenciamos alianças, construção de consensos em grandes assembleias que duravam dias em períodos diurnos. Também vimos crises, conflitos, acusações e rupturas entre os povos moradores do Xingu.

Encontramos e lidamos com epidemias, endemias e uma alta taxa de mortalidade infantil. Passamos de campanhas de vacinação, atendimento e cuidados esporádicos para a construção coletiva de um sistema de saúde local. As doenças transmissíveis permaneceram, as doenças carenciais começaram a aparecer e a segurança alimentar a dar sinais de esgotamento. A economia de subsistência passou a ser monetarizada, principalmente pela contratação de indígenas para os trabalhos da FUNAI, da saúde e da educação e, mais recentemente, pelas aposentadorias e benefícios sociais como o Bolsa Família. Os alimentos industrializados, antes esporádicos, foram incorporados ao cotidiano das casas, em todos os povos. Novos trabalhos e papéis sociais foram aparecendo nas aldeias, exercendo novos poderes e alianças entre as famílias.

Novos hábitos alimentares, novos quereres, novas tecnologias e novas doenças passaram a constituir o cotidiano desses povos. As doenças crônicas não transmissíveis apareceram, começam a aumentar e a se alastrar. A obesidade, as dislipidemias, a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus passaram a ser identificadas.

A percepção da mudança, da transformação aqui colocada é fruto de um modo de ver o mundo baseado em uma visão da sociedade ocidental e da biomedicina.

Daí a indagação: Como será que os diferentes povos percebem essa mudança? O que mudou para eles? Dependendo do interlocutor, a percepção de mudança entre os Khisêdjê foi diferente.

Houve reconquista do território e a luta pela demarcação da Terra Indígena Wawi, bem como o depoimento dos Khisêdjê ao comemorarem 20 anos da demarcação da TI Wawi. A essa altura as vozes, cantos e danças têm a tecnologia como aliada. Elaboraram um vídeo, com o diretor e cinegrafista Kamikiá Khisêdjê,

para comemorar os 20 anos da demarcação, na aldeia Khinkatxi. A Terra Indígena Wawi foi homologada em 1998.

*Antes de demarcar a nossa terra nossos antepassados moravam aqui. No contato, os brancos nos transferiram para o Xingu (W.S.).*

*Antigamente não existia fazenda aqui por perto. Não existia demarcação. Eu tô falando antigamente mesmo, eu não ouvia o barulho da máquina. Sempre fomos nós que ocupamos esse território (K.K.).*

*Então, depois que o povo foi pro Xingu, os fazendeiros começaram a desmatar o território, a mata e onde era a aldeia. E o povo nunca esquecia... e o Povo falou, não... a gente tem que voltar (Kamani).*

*Ouvia o governo e os deputados, senadores, governador, todos falarem – ‘Essa terra não é do índio, essa terra é do branco’, falavam isso e eu só ouvia. Eles começaram com os loteamentos, até que chegou aqui nessa terra onde nós estamos (K.K.).*

*Todos os brancos falavam pra ele que para conquistar a demarcação era muito difícil, mas ele sempre quis voltar pra cá onde ele nasceu e cresceu (Kuyayutxi – filha de K.K., agente de saúde).*

*A gente sempre voltava pra cá, e naquela época não tinha ninguém, sempre andávamos por aqui... Daí decidimos: vamos pegar nossa terra de volta (N.S.).*

*Então, com muita luta conseguimos tirar os brancos da nossa terra. Falamos várias vezes com a FUNAI e eles demarcaram essa terra para a gente (Hwekondji, esposa de K.K.).*

*E assim a gente conseguiu proteger e fiscalizar. Se a gente fosse um povo fraco não iríamos conseguir reconquistar essa terra. Ia estar tudo desmatado há muito tempo. Foi muito difícil, demorou, mas a gente conseguiu reconquistar... Não vamos parar por aqui. Sempre vamos conversar com os brancos para defender nossa terra (N.S.).*

*E vamos proteger essa terra para as futuras gerações, para os mais jovens viverem sadios, porque a floresta protege a gente. E então nós vamos comemorar porque foi bom pra nós (Ku.K.).*

*- Branco, nós não vamos esquecer nossa terra. Até nossos filhos e netos vão defender no futuro. Não tem como eles esquecerem. Por isso que demarcamos e estamos morando aqui. Aqui é nossa terra (We.K. – Disponível em: <https://socioambiental.medium.com/dan%C3%A7a-festa-e-luta-98d54a077f96>).*

#### 7.4.1 Partejar e parir...

As mudanças no modo de parir e partejar, de nascer e cuidar, têm sido uma preocupação de vários povos do Xingu. Muitas mulheres indígenas têm falado sobre a quebra de regras alimentares durante o período peripartal nas cidades. As



gestantes têm sido encaminhadas para a cidade com muita antecedência e acabam mudando completamente sua dieta ao longo dos últimos meses. Esta é uma questão delicada que tem sido discutida pelas mulheres em diferentes espaços, como na capacitação em pré-natal para a equipe de saúde local realizada em 2016 no Alto Xingu pela equipe do Projeto Xingu, com a participação de profissionais das equipes locais de saúde do DSEI Xingu. Parteiras, lideranças e profissionais de saúde puderam avaliar o acompanhamento das gestantes, propor adequações e buscar estratégias para implementação do programa de pré-natal em parceria com as parteiras e outros especialistas tradicionais. Durante os dias da oficina, muitos foram os relatos e experiências de indígenas e não indígenas.

*Hoje em dia o parto na aldeia virou uma urgência. Todos nós víamos o parto como um acontecimento normal no ciclo da vida. Hoje muitas famílias não querem que a mulher ganhe bebê nas aldeias. Assim estamos perdendo nossas parteiras, esse conhecimento está enfraquecendo. Algumas mulheres estão começando a se preocupar com isso. No Brasil inteiro está acontecendo isso, a prática da parteira tradicional está enfraquecendo... se a gente valorizar o nosso conhecimento e ampliar o conhecimento das parteiras trazendo também algumas práticas interessantes da biomedicina, conseguiremos fortalecer o conhecimento tradicional (Sula Kamaiurá – Agente Indígena de Saúde, vice-presidente da Associação Yamurikumã de mulheres Xinguanas).*

Mapulu Kamaiurá, pajé e parteira, percebe que este conhecimento está sendo abandonado pela população do Xingu. O último parto acompanhado por ela foi em 2009. Ela já teve filho na cidade e avalia que o parto na aldeia é melhor para as mulheres:

*Quando a gente tem filho na aldeia temos a nossa mãe junto, ela nos ajuda, tem as parteiras, todas dando apoio à gestante. No hospital a pessoa não segue a dieta: assim que a criança nasce já oferecem suco e sopa, o que não está certo de acordo com as nossas regras (Mapulu Kamaiurá. Pajé e parteira).*

As parteiras foram muito enfáticas ao falarem sobre o quanto as condições do parto em ambiente hospitalar estão distantes das práticas tradicionais. Reconhecem a preocupação dos profissionais não indígenas com a evolução e desfecho da gestação e os cuidados pós-parto sob o olhar da medicina ocidental. Contudo, consideram ideal que as gestantes saiam para referência somente quando necessário para realização de exames de rotina de pré-natal, regressando para

aguardar o parto na aldeia. *Grávida não é doente. Aquela que está grávida vai ocupar colchão de paciente* (Mapulu Kamaiurá).

Sugeriram também o retorno da coleta dos exames pré-natais em campo e a aquisição de um aparelho de ultrassonografia portátil para que o exame possa ser realizado também dentro de área. Sobre as condições de trabalho em área, foi colocada a necessidade de aquisição de materiais e instrumentos para o trabalho das parteiras, capacitação e uma maior aproximação com a equipe de campo.

Entre os Khisêdjê, estas questões do cuidado neste momento da vida são muito importantes e podem comprometer o crescimento e a saúde das pessoas.

Para W.K., grande liderança entre as mulheres, esposa de K.K., o que mais preocupa, que tem mudado muito, é o cuidado da mãe, no parto e no puerpério, o cuidado com o recém-nascido e com o nascimento em si. Para W.K., as mulheres estão indo para a cidade para ter os seus filhos e não estão mais usando os alimentos corretos na época do parto e nascimento:

*Porque também agora a criança não nasce na aldeia, agora as pessoas vão para a cidade e ganha a criança lá na cidade. Ela come logo o arroz, o frango temperado... não pode... Porque a gente não come nada com tempero... Fico preocupada com isso, porque quando a criança cresce um pouco e depois ela pega logo a diarreia, por causa do tempero. A comida é que vai dar o problema... dá diarreia... Se a mãe namora também, quebra a regra e a criança pode ficar doente... Na aldeia velha a gente falou muito sobre as crianças que estão com desnutrição... Lá tinha muito. Fomos conversando e diminuiu e acabou. Mas agora a gente não fala mais sobre isso. Na regra do Khisêdjê a gente vai conversando... Mas hoje o problema é quando a criança nasce na cidade. Longe da gente. A mãe acaba comendo outra comida e ela não tem leite e acaba dando outro leite para a criança. Nós usamos o mingau de perereba para dar leite... Quando eu tive o meu filho, minha sogra cuidou de mim. Ela fazia o mingau, beiju e só isso aí que eu comia e peixe não. Aí, depois que o sangramento acaba, eu tenho que pintar o bebê, aí eu levo para água para banhar... Aí eu posso comer o peixe. Então isso é que eu fazia na época. Pinta o bebê e banha ele. Aí que eu sempre levava o bebê para banhar no rio, todo dia... Qualquer hora para dar o banho. Agora, hoje mudou muito a regra de como ter o bebê... Porque as mulheres não fazem mais essas coisas que eu estou falando... Então eu estou muito preocupada com isso que está acabando... eu queria que as mulheres mais novas fizessem isso de novo... Voltar a fazer o que é certo. É isso que está preocupando muito... Também, quando a criança nasce fora da terra como é que vai ficar? Ele precisa nascer na sua terra. Essa é uma grande preocupação.*

*Outra coisa que me preocupa muito é a poluição da água... Isso preocupa muito porque as vezes a água não está muito boa. É perigoso levar a criança para banhar nesse rio porque ele está muito poluído... Com o veneno que os fazendeiros estão jogando na água* (W.K., 2019).

Entendendo que “o corpo é uma matriz de símbolos e um objeto de pensamento” e que “na maioria das sociedades indígenas do Brasil, esta matriz ocupa posição organizadora central”, como dizem Seeger, Da Matta e Viveiros de Castro, em seu importante artigo sobre “A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras” (SEEGER *et al.*, 1979), posso imaginar como a construção desse corpo pode ser modificada ao longo do tempo, seja pelo nascimento fora de seu território, nas cidades vizinhas no ambiente hospitalar, privado de um acompanhamento dos cuidados tradicionais realizados nas aldeias, seja pela mudança nos elementos que compõem sua alimentação e nas prescrições dietéticas nas diferentes fases da vida. Como acontece hoje em dia essa construção do corpo? Segundo uma mulher mais velha, que participou dos primeiros contatos, os jovens de hoje não usam mais a pintura, enfeites ou amarrações no corpo. Dizem que suja a roupa, que dá trabalho para lavar. O modo de cortar o cabelo também segue a moda dos *brancos*. Uma grande preocupação que ela coloca é que os pais jovens não sabem cuidar dos seus filhos. Não sabem comer a comida certa, não sabem como pintar, como fazer as amarrações nas pernas e braços para a criança crescer bem, forte e com saúde. Por isso as crianças acabam ficando desnutridas, pegam as doenças mais facilmente. Os rituais de reclusão, diferentes para rapazes e para as moças, têm diminuído. Poucas famílias os reproduzem. Como se houvesse um esgarçamento ou uma flexibilização nessa construção do ser Khisêdjê.

#### 7.4.2 O aprendizado dos jovens

Para W.S., liderança da nova geração, a percepção das mudanças passa por outras questões. W.S. fala sobre as diferenças na formação dos jovens, lembra como a geração dele aprendeu sobre ser Khisêdjê e sobre a cultura, na casa dos homens, quando os mais velhos contavam as histórias, dançavam e cantavam. Jovens, adultos e os mais velhos se reuniam às noites e conversavam sobre a vida. Os temas em geral tinham a ver com a cultura. De vez em quando falavam sobre as notícias que vinham de fora, sobre o mundo dos *brancos*. Segundo W.S., hoje os temas são todos relacionados ao mundo do branco. Conversas sobre a política, sobre a saúde...

*Então, iniciando a minha preocupação com o povo Khisêdjê, meu povo, nós mesmo, é que esses anos para cá a partir do ano dois mil... porque dos anos 90 para dois mil, as coisas ainda eram tranquilas de movimento das coisas que entram na comunidade, e a partir de dois mil começou a chegar mais coisas do que nessa época de 90. Principalmente nós, que hoje somos lideranças, nesse período, nós dessa faixa etária, aprendíamos muito mais sobre a cultura com nossos anciões, no caso com meu pai, meu tio, com nossos avós que já morreram recentemente, os dois velhos que eram nossos grandes contadores de histórias tradicionais... Nessa época, quando a gente morava no Ricoh na adolescência, nós éramos rapazes lá, no centro da aldeia de noite, que a gente chama de pátio, a gente sempre teve essa união, conversas dos homens. Esses velhos quando eram unidos, era uma aldeia, todos os velhos ficavam na mesma aldeia, os donos das festas ficavam na mesma aldeia, todos os anciões que sabem a nossa cultura estavam na mesma aldeia. Nesse período, o que acontece, a gente ouvia mais orientações, para nós jovens como eu ou como meu primo, que é nessa faixa etária que nós somos, ouvia mais coisas tradicionais no centro da aldeia. O trabalho do branco ainda não era influente dentro da nossa conversa cotidiana da noite, era mais sobre trabalho nosso mesmo, como você se prepara para caçar e pescar e ser bom de flecha, e ser caçador e pescador, ou como é que você se prepara para ter roça, cuidar da sua família. Eles também orientavam muito como é que a gente se prepara para enfrentar a festa, dançar, aprender ritmo da dança, qual é o horário que a gente tem que promover as festas, como é que inicia as festas, como é que você conversa com o dono das festas para você promover, planejar uma festa.*

*Isso tudo no centro. Os velhos eram todos unidos em uma aldeia, era uma aldeia só Khisêdjê. A conversa era mais com a gente sobre essas coisas. Onde a gente fazia muito das nossas coisas tradicionais daquela época, caçava muito! Meu tio era das principais pessoas que promoviam caçadas para gente, e a gente acompanhava esses velhos...*

*Também eles ensinavam preparar para fazer festas: como o jovem tem que ser o dono da festa, quando a gente programava a festa. Nessa época, nós jovens sempre ficávamos dormindo na casa dos homens, para dançar madrugada, três da manhã, quando os velhos se levantavam e iam lá para o centro, na casa dos homens. A gente já acordava, eles acordavam a gente. A gente se levantava da rede, pendurava nossas redes e começava a dançar até seis da manhã... Porque eles dançam de madrugada. Depois desses anos, aprendendo, a gente fazia nós mesmos, fazia muito isso e a gente não se preocupava com as coisas do branco, não estávamos preocupados se a gente ia ser uma liderança porta-voz político ou falar com branco, aprender ler e escrever bem para poder tomar conta do povo daqui para frente. Eles não contavam, não falavam isso, eles só preparavam a gente para lidar com essas coisas que estavam chegando, eles sempre falavam, o Cacique sempre falava que as coisas iam mudar, com vocês daqui para frente vai mudar, isso ele falou verdade.*

*...Quando você chega aos 18 anos de idade, e você já é uma pessoa, porque nós que somos rapazes nessa fase, a gente tem que estar junto e tem que ter um cantor que sempre vai estar lá com a gente. Então, eles preparam a gente nesse período, a gente aprendeu muito a lidar com a nossa cultura e até mesmo dialogar com as coisas do branco. Sempre evita que a gente saia fora do rumo, saia fora das nossas coisas e fique mais ligado as coisas do homem branco... Porque a gente quer, ele sempre fala: 'agora vocês tem que aprender, lidar com as duas coisas, duas culturas que a gente vai começar a lidar... Vocês vão trabalhar e vão começar a andar politicamente nas reuniões, para defender a gente ou falar sobre nós, como é que vai ser daqui para frente... Como vamos até mesmo lutar pela nossa terra, demarcação ou, se não, defender nossa terra, daqui para frente isso vai acontecer, pensar em nossos direitos'.*

*Eu não sei como é que ele aprendeu isso, começou a falar para gente, antes da gente entrar nisso, colocar a gente para aprender primeiro nossa cultura para depois entrar nisso... De aprender as duas coisas... Então, isso me ensinou bastante e hoje eu me preocupo muito com o jovem... (W.S., 2019).*

Conversando sobre o que mudou na vida dos Khisêdjê e que o preocupa, N.S. apontou questões semelhantes com relação ao desrespeito às regras de comportamento, corroborando outras falas sobre o distanciamento dos jovens, a distração com as coisas e tecnologias de fora, bem como o desinteresse e a dificuldade de reestabelecer os espaços de conversa e troca entre as gerações.

*Isso eu sempre falo, lá no centro, no pátio... À noite. Sempre falo para as pessoas que vão lá no centro para falar sobre essa mudança que está acontecendo dentro de nossa comunidade. Como os jovens, os novos hoje quase não vão lá no pátio, participar da nossa conversa. Isso está mudando... Pelo jeito que eu estou vendo, isso está acabando. Eu tô muito preocupado com isso, porque o jovem não está mais participando da conversa do pátio, à noite. E quando estou aqui na aldeia, toda noite, eu primeiro tô lá... lá no pátio, esperando os outros chegarem. E quando os outros, que são da minha idade e os mais velhos começam a vir, a gente troca ideia, conversa... Conta um pouco essas coisas que estão acontecendo e os jovens, mais novos, não vêm ouvir nossa conversa, saber do que a gente está falando... Sobre a preocupação da gente. Os jovens, mais novos, não estão mais interessados na cultura... Não procuram os mais velhos para perguntar as coisas da cultura ou para conversar. Isso diminuiu muito, isso está mudando... É muito preocupante! (W.S., 2019).*

Outra questão que tem preocupado N.S. e os mais velhos é que os jovens não estão sabendo mais fazer coisas que eram próprias dos Khisêdjê, como jogar flechas, cuidar do seu corpo para saber atirar flecha ou caçar direito.

*Outra coisa que nós estamos vendo que está acontecendo é que eu vejo que os jovens, quando a gente faz uma apresentação de treinar com flecha... Eu vi muito jovem que não sabe jogar flecha... Não consegue acertar. Por quê? Porque eles não estão se cuidando... Não preparam seu corpo para flechar direito. Nós, os mais velhos... éramos bons de flecha, desde adolescente... porque a gente tratava com remédio. Você tinha que levantar cedo para fazer esse remédio. Hoje os jovens não fazem isso. Isso está acabando. Ninguém está preocupado com isso... (N.S., 2019).*

Durante a conversa, N.S. levantou ainda outra questão que os tem preocupado muito, que é o crescimento e desenvolvimento das crianças, os cuidados que os pais precisam ter com as crianças. Fala sobre a importância das regras tradicionais de comportamento dos pais quando têm criança pequena. Desde

o seu crescimento na barriga da mãe, é preciso seguir regras para não afetar a sua saúde.

*Outra preocupação é o crescimento das crianças, o cuidado com as crianças... O respeito às regras tradicionais... Eu estou muito preocupado com isso porque hoje está acontecendo muito... Na época da desnutrição... Por que aconteceu isso? Porque não é uma doença, essa doença (desnutrição) é provocada pelo pai, mãe... Não é nada de doença de fora que vem fazer isso com as crianças. Isso é a falta de respeito das nossas regras tradicionais... (N.S., 2019).*

Segundo W.S., as mudanças foram acontecendo simultaneamente. Os anciões foram se separando em novas aldeias e as conversas coletivas começaram a diminuir. W.S. disse que muitas dessas lideranças jovens de hoje, que como ele cresceram juntas e tiveram o mesmo ensinamento sobre a cultura, foram assumir cargos da linha de frente na relação com os não indígenas. Uma assumiu a presidência da ATIX – Associação Terra Indígena Xingu; outra assumiu a coordenação local da FUNAI; outra assumiu a Coordenação do Polo Base Wawi; outra assumiu a Presidência do Conselho Distrital de Saúde. Outras, ainda, assumiram seus trabalhos na área da saúde, ou como professores. Enfim, outros papéis sociais que tratavam das relações com o mundo do branco. Isso os distanciou dos jovens.

*A gente foi tudo para cidade, e nesse período esse sistema acabou nos distanciando dos jovens, e onde hoje eu estou muito preocupado. Depois nós voltamos, largamos lá, a gente viu que as coisas estavam ficando muito fracas dentro da comunidade. Nós conversamos que nós temos que voltar para aldeia, a gente não pode continuar longe da aldeia, porque senão a união da comunidade, essa conversa vai se acabar, e porque com a gente os velhos já se acostumaram com a gente, conversar com a gente e onde a gente fazia coisas para eles, eles ficam contentes. Então, nós que fazíamos isso, nós ficamos distantes e não tinha outras pessoas que faziam isso para os velhos, não tinha outros rapazes que poderiam fazer isso, talvez vergonha ou timidez para falar com esses velhos. E as coisas começaram a parar (W.S., 2019).*

#### 7.4.3 Memórias ficaram pelo caminho

As falas de madrugada não acontecem mais, muitos velhos morreram. Para essa orientação é preciso saber a *palavra certa*.

*Hoje em dia, não tem ninguém que tem esse conhecimento, porque tem uma língua que a gente usa no dia a dia, no cotidiano e para falar com todo mundo, mas para fazer esse tipo de conversa, de orientação na madrugada você usa uma outra língua, tem a palavra certa para essa fala, por isso que no Khisêdjê quem faz isso é somente que tem a experiência, é o meu tio Cacique, o único que tem a experiência de fazer isso (K.S., 2019).*

Conhecimentos ancestrais se perderam nos tempos de guerras. Produtos da roça ficaram pelo caminho. A perda dos mais velhos retalhou memórias e esgarçou enredos das histórias dos Khisêdjê. A restauração, reconstrução e reordenação da história continua em andamento.

*Agora nesse momento é tão difícil, as pessoas tão experientes já se foram, não tem como... Foram para a guerra. Mataram eles e a gente também, a gente cresceu naquela guerra, nós éramos bem jovens e a gente não chegou naquela fase de conhecer tudo isso que eles tinham. A gente perdeu muita coisa como, por exemplo, a festa que ele não chegou a conhecer. Quando eles estavam tentando realizar aquela festa, chegou o momento de guerra, eles se separaram, ficaram todos espalhados. Não conseguiram fazer aquela festa, não conseguia aquele discurso... Isso atrapalhou muito, eles dizem que a gente pegou pouca coisa dos mais velhos... A gente tem que documentar a nossa história fazendo um livro ou guardar em alguma coisa digital, além da memória, para que a gente não perdesse esse conhecimento, isso o aluno tem que pesquisar e a gente vai aumentando nosso conhecimento, enquanto alguns deles [dos mais velhos] estão aqui, nós temos que aproveitar, fazer a pesquisa com eles, tirar dúvida (K.S., 2019).*

W.S. também fala sobre a dificuldade de manter as festas, o conhecimento sobre as festas. Com a morte dos mais velhos nos últimos anos, muitos conhecimentos se perderam. O acervo de antropólogos e pesquisadores que trabalharam com os Khisêdjê tem ajudado a reconstituir algumas rezas, canções, danças, ritmos, entre outros aspectos dos diferentes momentos rituais e cotidianos dos Khisêdjê.

*As festas também começaram a mudar muito, e isso preocupa muito porque agora que a gente perdeu nossos velhos que conheciam aquelas festas, a gente está muito arriscado de perder mesmo alguma coisa da cultura, mas enquanto isso nós não sabemos algumas festas e isso está ficando muito preocupante. A gente começa a falar para os jovens que tem que aprender, ainda bem que nós temos as gravações do antropólogo Antony Seeger que fez muitas gravações de festas e danças tradicionais, que dá para gente poder ouvir e treinar e não esquecer, então isso a gente está incentivando o jovem para ouvir, para tentar aprender a cantar aquelas músicas mais fáceis, agora tem música que é complicado, que a gente não vai conseguir fazer porque ninguém vai mostrar como é que você dança, você ouve música mais como é que você vai apresentar? Você pode ter uma música, você pode saber, mas você não vai saber apresentar. Tem a pintura, o jeito de você fazer para você apresentar, dançar, cantar, o ritmo, isso a gente*

*não vê, bate pé, essas coisas que a gente não sabe fazer, a gente pode ouvir o som, não é? A música a gente vai ouvir, mas a gente não vai poder bater o pé sem ver como é o certo... Não sei, isso é uma grande preocupação que a gente está tendo nesse momento... Não tem imagem. Na época não tinha imagem de qualidade, as coisas que poderiam ser gravadas. O som a gente tem bastante, é tranquilo, as músicas. Agora só imagem que não temos. Será que a gente vai conseguir fazer a dança só cantando? Pode ser que não seja igual, então isso a gente está trabalhando para tentar voltar algumas coisas mais forte... A gente continua preocupado, porque como a gente ficou ano passado sem fazer nenhuma festa até agora, por conta do luto, por perda dessas famílias da gente, ninguém está fazendo mais dança, a gente nem está mais provocando uma festa para o jovem dançar” (W.S., 2019).*

#### 7.4.4 Mudaram os assuntos da roda de conversa na *ngá* – casa dos homens

Um dos temas que apareceu nas conversas da aldeia e têm preocupado bastante é a mudança dos assuntos das conversas no centro da aldeia.

*Aquele período, quando éramos crianças e adolescentes, nossos velhos anciões falavam muito mais da nossa cultura, para gente ficar mais ligado, mais preocupado com a nossa cultura, preocupado com as nossas coisas. Eles preparavam a gente para ser bom caçador, pescador, cantor e muitas outras coisas. Preparavam a gente para dançar, para ser um bom Khisêdjê. Essa conversa era sempre lá, na *ngá* – na casa dos homens. Hoje, a gente está conversando no centro sobre outras coisas, sobre as doenças que estão aparecendo... A gente já está falando muito mais coisas do homem branco, estamos discutindo mais sobre isso para achar o caminho que nós vamos tomar... (W.S., 2019).*

Sempre que visito as aldeias Khisêdjê, lembro-me do anoitecer, do arrastar de cadeiras ou bancos em direção à *ngá* para mais uma roda de conversa entre os homens. As notícias, as novidades, as fofocas, as preocupações são colocadas na roda. As decisões ainda são tomadas no centro da aldeia. Mas o assunto mudou. As conversas de hoje estão mais relacionadas às coisas do branco, como a organização da saúde, a relação com o município vizinho, com o Distrito, com a FUNAI e outros parceiros. Conversam sobre as doenças, procuram entender de onde vêm e como podem descobrir, evitá-las ou tratá-las. Planejam seus próximos passos, organizam e distribuem tarefas. Criam grupos de trabalho para acompanhar os diferentes assuntos.



#### 7.4.5 Educação escolar... novos tempos, novos quereres...

Outra questão que tem preocupado os Khisêdjê é a entrada da escola e da tecnologia da comunicação. Há aspectos positivos e negativos. Os jovens e as crianças já entram no mundo do branco antes mesmo de conhecer a cultura e os ensinamentos tradicionais, como revela W.S.:

*Isso que eu estou vendo entre os jovens e eu me preocupo muito, eles ouvem mais a música do branco, principalmente hoje com o celular. A tecnologia que traz muitas coisas que você não tem aqui, que no caso eu não sei, não conheço, mas meus filhos já sabem tudo que tem de tecnologia. Mesmo que eles não estudem na cidade, mesmo que eles não estejam na cidade, eles já sabem mexer, já sabem gravar, já sabem fazer, já sabem dominar e eu que tenho um pouco de estudo que conheço um pouco a cidade, que sou mais influente na cidade, quase não tenho esse conhecimento. Eles ficam muito mais na aldeia, estuda aqui, um deles já terminou o estudo fundamental, está esperando o ensino médio, que vai ser implantado aqui para ele poder estudar, terminar, mesmo assim ele já está fazendo as coisas. Então isso a gente sempre fala para eles, estudar e aprender as coisas dos brancos é bom, mas só que a gente tem que aprender as duas coisas hoje. Eu sempre falava para os jovens: 'você tem que aprender as coisas nossas primeiro, porque depois você vai ter que voltar atrás para você poder estudar as suas coisas tradicionais', e isso não existe, você tem que aprender o tradicional e depois aprender outro, ir para lá.*

A presença da escola também trouxe algumas questões. Estavam matriculados na escola, em 2019, 112 alunos em diferentes séries do ensino fundamental.

Onde e quando as crianças e os jovens da aldeia vão aprender as coisas da cultura, do modo de ser Khisêdjê? Esses espaços tradicionais, como a casa dos homens, ouvir as histórias, conhecer a cultura dos Khisêdjê, aprender os cantos, dançar de madrugada. Acompanhar os momentos de pesca, caça, de cuidar da roça. Os tempos de fazer artesanato... O tempo de conversa à noite, nas casas. Hoje todos esses espaços estão sendo ocupados por outros assuntos e outras atividades, na escola, com outros temas e conteúdos, ou na frente das televisões e celulares.

*A gente tem que ser firme e achar o caminho da maneira que a gente vai continuar a viver, com as coisas do homem branco, mas com as nossas coisas tradicionais e a gente está trabalhando muito através da escola para começar a trazer isso... A escola tem um período que ensina as crianças, as coisas mais na escrita, na fala, na lousa... Eu sempre falo assim: 'vocês têm que começar as coisas práticas também dentro da escola, porque essa*

*escola tomou conta um pouco das coisas tradicionais que eram dos homens do centro, por isso que o jovem não está mais fazendo lá, então eles estão indo mais na escola no período maior do que está no centro na casa dos homens'... [A escola] está competindo [com a casa dos homens], é verdade. Porque a maior quantidade do tempo o jovem está na escola. Então acho que nesse momento nós temos que colocar outras coisas tradicionais na escola para que seja adaptado isso, para que eles comecem aprender lá... Aprender a fazer tecelagem, aprender a fazer flecha, aprender a cantar. Tem que começar a fazer, mesmo que não é tradicionalmente como era ensinado no centro na casa dos homens, vai ter que ensinar isso lá na escola, porque essa faixa etária de crescimento das crianças e dos jovens que eles têm que começar a aprender lá também, porque se esperar aprender aqui na casa dos homens eles vão perder muita coisa... O professor pode fazer uma aula dentro da casa de cada um, pode ser um modelo desse jeito, não precisa ir para escola, você tem período que eles têm que estar na escola realmente, para escrever talvez na lousa, para colocar, esse ato da escrita. Agora esse modelo tradicional talvez pode ser adaptado dentro da casa. Os alunos não vão, o professor pode andar, onde estão seus alunos para saber o que ele vai fazer hoje com a mãe, com pai, ele acompanha os seus alunos nesse sentido, isso é um jeito dele colocar no seu diário... No seu 'diário de classe' que eles falam... Fazer como pesquisa, para ele já conhecer realmente como as coisas são, para não perder. Porque se trabalhar com o aluno somente na teoria escrita, ele vai ter uma dificuldade na prática... Precisa aprender as coisas tradicionais... Daí ele fica mais forte, firme em qualquer decisão quando crescer para falar, ele está pronto para falar, ele não vai mentir e não vai errar, porque ele já sabe... (W.S.).*

Esse é um assunto recorrente nas rodas de conversa do centro da aldeia. Como retomar ou repensar o uso do tempo junto às crianças e jovens? Como manter um equilíbrio entre os dois conhecimentos? Dos *Khisêdjê* e dos brancos?

A escola entra nesse universo sem regras, apenas *com a roupa do branco*, pronta em sua forma e fôrma. Quase como a fábrica de transformar indígenas em brancos, como propõe um estudante e professor indígena nessa crônica de José Ribamar Bessa Freire em seu site TAQUIPRATI<sup>43</sup>:

*Um professor Kaxinawá me contou da visita que a educadora Nietta Monte fez à sua aldeia, no Acre, há muitos anos, quando ela conversou durante horas com um velho sábio. Enquanto ouvia as narrativas tradicionais saborosas e cheias de vida que circulam em língua indígena, ela viu passar um jovem, só de calção, com uma toalha no ombro, caminhando em direção ao igarapé Nietta, então, perguntou ao velho:*

*- Esse menino aí conhece as histórias que o senhor me contou? Ele fala a língua Kaxinawá?*

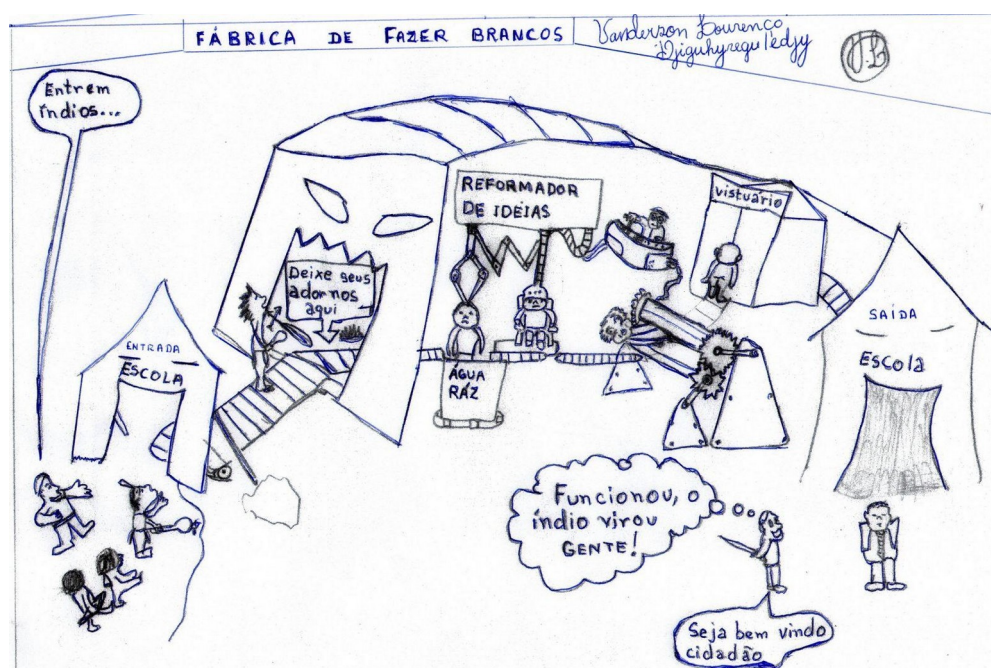
*O velho respondeu:*

*- Não minha filha! Coitadinho! Ele não sabe de nada. É que ele frequentou a escola.*

*A escola, para os índios, durante muito tempo foi o lugar onde se desaprendia todas as coisas que sabiam sobre eles próprios... Para os*

<sup>43</sup> FREIRE, J. R. B. Desaprendendo na escola. **Taquiprati**, 2013. disponível em: <http://www.taquiprati.com.br/cronica/1059-desaprendendo-na-escola..>

*índios, a escola foi historicamente devoradora de identidades, apagadora de memórias, exterminadora de línguas.*



Fonte: <http://www.taquiprati.com.br/cronica/1059-desaprendendo-na-escola>  
**Figura 38. Fábrica de fazer brancos, professor Kaxinauá, 2013.**

Como pensar e exercitar uma escola transformadora, que compartilhe saberes, que produza conhecimentos trançados em teares, pilados e virados em histórias, de ontem e de hoje?

Essa é uma questão em aberto, que pode levar ao reforço da dependência e submissão ou pode levar à autonomia e a uma relação mais equilibrada.

#### 7.4.6 Sobre o dinheiro e a economia interna

Um dos temas que aparece nas conversas e entrevistas é a monetarização da economia local. A presença e circulação do dinheiro, do assalariamento, aposentadorias e benefícios têm sido pauta das reuniões do pátio e suscitado muitas negociações. É um tema complexo e não pretendo aprofundá-lo, mas é parte importante do processo de mudança nas relações de afinidade e de reorganização das aldeias. A renda das casas e da aldeia aumentou ao longo do tempo, em função do incremento de contratações de trabalhadores para os setores de saúde, educação e das próprias associações indígenas. Mais recentemente, o aumento da

renda se deveu aos programas e benefícios sociais como aposentadoria, outros auxílios e o Bolsa Família.

Segundo K.S., as pessoas começaram a entrar nos programas do governo sem combinar com a comunidade. Cada família resolveu sozinha. Levaram os mais velhos para ver aposentadoria ou o Bolsa Família para as mulheres. K.S. refere que, depois desse processo, começaram a conversar muito com a comunidade sobre os prós e contras dos benefícios. O que poderia trazer de bom e o que poderia ser complicado. É importante a leitura dessa narrativa para entender o encadeamento do pensamento do entrevistado.

*Hoje, também eu não sei porque a gente sempre fala: 'hoje, a gente não consegue viver sem dinheiro' e isso está ficando muito forte na comunidade, porque hoje através do programa do governo, desse bolsa família, auxílio maternidade, aposentado, nosso pessoal já tem acesso esses programas, já tem bastante gente, quase todas as mulheres têm bolsa família, e isso é uma coisa que cada dia a mais está aquecendo essa economia interna. Já vai começar acontecer a economia interna dentro da comunidade, na verdade, algumas coisas já estão acontecendo. E aí a gente está conversando com o nosso pessoal, vamos ter que saber lidar com isso também, vamos ter que saber não esquecer coisas tradicionais família, da família a gente não pode esquecer, você não pode fazer uma coisa de economia dentro da comunidade e esquecer da sua família, isso não pode acontecer, no caso só pensa em vender as coisas, não dá mais a comida para seu irmão, ou sua irmã, ou para o seu tio, para o seu avô. Você acaba deixando sua família sem distribuição de comida, você vai somente vender para eles poderem comer. Então, a gente não pode deixar isso acontecer, porque já está começando a acontecer, as pessoas começam a trabalhar somente para vender as coisas, quando você tem dinheiro você compra a comida para você poder se alimentar, isso está ficando forte... Vamos ter que criar uma coisa diferente. O que a gente está começando a trabalhar, estamos conversando com a comunidade que nós temos organização, a Associação Indígena Khisêdjê (AIK), e através dela que vocês podem vender as coisas... Você não pode vender dentro da casa, porque isso é coisa do branco. A gente está pensando em criar mercado aqui, mercado tradicional, para poder estocar as coisas lá... Vamos ter que separar as coisas da nossa tradição, vamos continuar morando da maneira que nós somos, mas essas coisas de venda precisa ser longe da gente, longe da casa, podemos vender tudo na associação... Nós ajudamos a associação para ela continuar trabalhando nas nossas coisas, até mesmo na venda de produtos da gente... Então isso a gente está discutindo... Porque muitas vezes, principalmente idoso não tem roça mais, e o único benefício que ele vai ter é esse dinheiro da aposentadoria, o neto vai ter que comprar alguma coisa lá, nesse lugar na associação, já para ele comer, ele não pode ficar sem comer, você não pode ficar esperando alguém doar uma comida, isso acontece, mas não todo dia... Então se ele tem esse benefício ele já compra essas comidas tradicionais... Essa parte que eu chamo de economia interna (W.S., 2019).*

Durante a conversa, me chamou atenção essa expressão *economia interna*, e perguntei para W.S. sobre o seu significado.

*Então, **economia interna** eu vi que a gente tem um jeito de você ganhar dinheiro aqui mesmo sem sair para trabalhar fora para trazer algum dinheiro para sua família. Eu vi que essa linha de economia de produzir, de expor o que você produz para vender você ganha dinheiro. Porque muitas pessoas passam e compram, nós mesmos compramos. Mesmo que você tenha o dinheiro que você não vai gastar, as vezes você vai lá, você vê uma coisa diferente, você compra. Isso já dá retorno para uma família. Você está apoiando alguma família nesse sentido, porque você está comprando uma coisa que é interessante para você e você está apoiando o trabalho daquela pessoa, então valoriza o serviço da família de alguém, que tem um serviço diferente, um trabalho diferente, até mesmo a comida, um produto diferente, você compra... Então isso gera essa economia para comunidade, para as famílias, e não é só isso também, a associação também está tirando uma porcentagem de toda essa economia, nós temos o **fundo comunitário** (W.S., 2019).*

Sobre o fundo comunitário, começaram arrecadando dinheiro para comprar troféus, medalhas para os campeonatos de esportes no final do ano. Daí todo mundo contribuía para juntar o dinheiro. Depois foi crescendo a ideia.

*O que seria bom no futuro ideal, que nós próprios fizesse um tipo de fundo, um dinheiro, juntando dinheiro para que um dia a gente usasse esse dinheiro que a gente ter menos burocracia, porque o dinheiro do projeto é cheio de burocracia que você pode preencher, as papeladas obrigatórias, você tem que pagar... (K.S., 2019).*

O fundo comunitário, portanto, como estratégia de guardar recursos para diferentes necessidades, para garantir a estrutura da associação funcionando, para investir em novos projetos para a comunidade, para atender às necessidades coletivas – como a compra de ferramentas e equipamentos, o enfrentamento de intempéries e incêndios, compra de exames, medicamentos e serviços médicos que o Distrito não supre. Usaram esse fundo, por exemplo, para se prepararem para o enfrentamento da COVID-19, para se isolar e organizar as barreiras sanitárias.

Todas as pessoas que recebem salário, aposentadoria, Bolsa Família e outros recursos contribuem mensalmente para esse fundo. Todas as vendas de artesanato, mel, pequi, castanha, pimenta, polvilho ou farinha também revertem uma porcentagem para esse fundo coletivo. O fundo começou com cada um contribuindo com o que podia, depois fizeram os combinados para a participação de todos.

*Nós temos contribuição todo mês de vinte reais, hoje decidimos 20 reais para todo mundo, não é mais valor diferente. Antigamente, quando iniciou o fundo, nossos funcionários pagavam 100 reais por mês, contribuição, e quem não é funcionário, como aposentado que ganha menos, eles pagavam*

*50 reais por mês, e pessoal da bolsa, as mulheres da bolsa família paga 20 reais por mês... É justo para cada um.*

*Então isso que a gente está trabalhando, a gente fala: "Por que isso?" porque isso é para daqui a pouco... Esse futuro da gente e da nossa organização para ter essa sustentabilidade própria para que a gente não fique só dependendo dos projetos. Os projetos têm limites, tem começo e fim, ele não tem permanência... A gente vai continuar buscando editais para buscar apoio para nossos projetos, mas nós temos que já ter alguma aplicação para continuação do nosso trabalho, para não parar, porque se a gente ficar só dependendo desse recurso dos projetos, a gente nunca vai para frente, então por isso que a gente tem essa aplicação (W.S., 2019).*

Independentemente do fundo comunitário, administrado pela associação AIK, em 2019, a renda mensal acumulada na aldeia Khikátxi chegou a R\$ 96.127,00, considerando os assalariados, aposentados e beneficiários do Bolsa Família. Neste montante não estão contados os recursos provenientes de projetos, venda de mel, óleo de pequi, pimenta, artesanato e outros produtos. A renda per capita da Aldeia Khikátxi foi de R\$ 269,26, e nas casas variaram de R\$ 0,00 a R\$ 834,20, com uma média de R\$ 284,00 e mediana de R\$ 241,67. As 31 pessoas que recebem salários têm vínculo nas áreas de: educação, com 9 professores, 1 diretor da escola, 1 merendeiro e 2 faxineiros; saúde, com 2 agentes indígenas de saúde, 2 de saúde bucal, 2 de saneamento e 1 coordenador de polo; 3 são motoristas; 3 prestam serviços gerais e 2 são funcionários da associação indígena terra indígena Xingu (ATIX). 55 pessoas recebem o Bolsa Família e 22 a aposentadoria. Essas informações foram coletadas por meio do Inquérito Socioeconômico, que pode ser observado ao final da tese, um dos instrumentos da pesquisa *“Novos problemas de saúde: avaliação do perfil nutricional e metabólico dos índios do Parque Indígena do Xingu”*.

Ainda a partir desse instrumento, pudemos fazer o levantamento de bens de consumo que entram na aldeia. Entre eles, se destacam os celulares, que ocupam o primeiro lugar. Em 2019, considerando as 34 casas da aldeia Khikátxi, contamos 111 celulares.

No Quadro 4, a seguir, estão registrados os bens de consumo mais encontrados em 2019 nas casas da aldeia Khikátxi.

**Quadro 5. Bens de consumo por categoria e quantidade, Aldeia Khikátxi, 2019**

Bens	Quantidade na aldeia
Celular	111

Bicicleta	35
Fogão	32
Freezer	22
Motosserra	17
TV	16
Antena Parabólica	15
Motocicleta	12
Máquina de ralar mandioca	10
Notebook	9
Barco	8
Tablet	5
Carro	2

Mesmo se configurando, nos últimos anos, a monetarização da economia local, é difícil perceber uma diferença de renda significativa entre as casas, particularmente se considerarmos as relações de parentesco e a reciprocidade que ainda estão presentes. Da mesma forma, a distribuição de bens de consumo é relativamente homogênea entre as casas. Algumas famílias, onde existe uma escassez de renda e/ou bens, em geral compartilham um espaço ampliado de casas, onde as relações de parentesco se sustentam. A *economia interna* que começa a se desenhar entre os Khisêdjê não exclui os momentos de *moitará* (cerimônia para troca de produtos e bens), de distribuição e redistribuição de produtos e renda que acontecem há séculos entre as famílias das aldeias e entre os povos da região.

#### 7.4.7 Os espaços da aldeia

Ao longo dos últimos anos, visitando as casas, conversando, fazendo as entrevistas, percebi mudanças em seu interior e na composição dos espaços da aldeia. Cozinhar e receber visitas, por exemplo, na maior parte das casas, passaram a ser atividades exercidas em novos espaços, localizados na área privada, atrás da casa. Muitas casas já incorporaram uma pequena estrutura para isso. Na figura abaixo, uma imagem da aldeia Khikátxi, é possível ver essas estruturas. É nesse



espaço que as famílias se encontram e conversam, as mulheres ralam e processam a mandioca, penduram o milho e outros alimentos, preparam a comida, tomam café, compartilham redes, bancos de madeira e acolhem os visitantes. É comum encontrar panelas de alumínio de todos os tamanhos e formatos, panela de pressão, tachos, bacias de alumínio e plástico, copos, pratos, talheres, garrafas térmicas com café adoçado, no meio de panelas de cerâmica, pilão de madeira, esteiras para lavar a mandioca, jirau e cestos de palha trançados. Diminuíram os utensílios artesanais, foram incorporados produtos industrializados. Há banheiros e pias improvisados atrás das casas. Muitas coisas facilitaram a vida e têm sido muito valorizadas, como a aquisição de freezers para guardar a comida, principalmente em tempos de escassez. A criação de galinhas e alguns patos chegou, em 2019, a 23 galinheiros, mesmo nessa aldeia nova. Uma convivência de novos e tradicionais equipamentos, instrumentos e utensílios que possibilitaram um modo de viver mais confortável.

Ainda em relação aos novos espaços, foi incorporada uma nova estrutura, a casa das mulheres. Essa casa passou a fazer parte da aldeia, na sua periferia, ainda na aldeia Ngojwêre, quando a Associação Indígena Khisêdjê foi criada, junto com uma demanda velada das mulheres. Lá foi estimulado o trabalho em artesanato, para a venda de produtos. Ao mesmo tempo, receberam um tacho comunitário grande para fazer farinha e, para utilizarem esse tacho, fizeram uma tapera, uma casa aberta.



Fonte: Acervo Projeto Xingu (Casa das mulheres, Aldeia Ngojwêre, TI Wawi, 2010).  
**Figura 39. Mendijê Wik-hrōntá, Casa das Mulheres, Aldeia Ngojwêre, TI Wawi 2010.**



Esse espaço acabava juntando as mulheres em diferentes momentos para fazer farinha, artesanato, para conversar, entre outras coisas. A ideia de um espaço para as mulheres foi se consolidando. As mulheres Khisêdjê, em muitas situações, se juntam para trocar ideias, desfazer mal-entendidos, aparar arestas e renovar alianças e acordos. Esse espaço se consolidou e hoje a casa das mulheres – *Mendijê Wik-hrõntá* – ocupa um lugar no centro da aldeia, ao lado da casa dos homens, como se pode ver na figura 40.



Fonte: KHISÊDJÊ, Kamikiá (Aldeia Khikátxi, 2021).  
**Figura 40. Aldeia Khikátxi, 2021.**

#### 7.4.8 O indivíduo e o coletivo

Sobre essa dualidade entre o indivíduo e o coletivo entre os Khisêdjê, temos uma reflexão interessante de Seeger (1979):

Tendo como foco de ‘dispersão teórica’ os grupos Jê (do qual os Khisêdjê fazem parte), um certo dualismo da identidade humana tende a surgir em várias sociedades. Este dualismo, geralmente associado a polaridade homens/mulheres, vivos/mortos, crianças/adultos e, em sua versão mais simples, reduzido a um feixe de oposições cuja matriz é: individual (sangue, periferia da aldeia<sup>44</sup>, mundo cotidiano) versus coletivo ou social (alma, nome, centro, vida ritual). O ponto a ser enfatizado é que o corpo é o locus

<sup>44</sup> Periferia da aldeia, aqui, se refere ao espaço de alinhamento circular das casas, onde as pessoas moram e vivem seu dia a dia. Para saber mais, ler SEEGER, A. **Nature and Society in Central Brazil**. The Suya Indians of Mato Grosso. Cambridge, Massachusetts and London: Harvard University Press, 1981.

privilegiado pelas sociedades tribais da América do Sul, como a arena ou o ponto de convergência desta oposição (–p. 13).

Uma das mudanças importantes para um professor da aldeia Khikátxi é a dificuldade de juntar as pessoas e, principalmente, de ter a atenção dos jovens. Ele sente que os jovens estão se distanciando do coletivo, do jeito de ser Khisêdjê, como se estivessem perdendo esse sentimento de pertencimento ao grupo. Segundo o professor, antes era mais fácil e rápido juntar as pessoas para conversar, discutir algum assunto e tomar decisões juntos; agora está mais difícil, as pessoas demoram para chegar, alguns nem aparecem, ficam nas casas ou outros espaços. Associa esse comportamento a um distanciamento do coletivo, que acontece no centro da aldeia.

Fala da preocupação com as escolhas a serem feitas, da importância de valorizarem os mutirões na aldeia, seja para construir uma casa, derrubar e plantar na roça ou caçar juntos. Lembra como foi importante os mutirões para a construção das casas dessa aldeia nova Khikátxi. Todos trabalharam juntos e rápido para terminarem antes do tempo das águas.

O professor fala sobre o comportamento mais individualista de algumas famílias, que ficam mais isoladas nesse espaço das casas, a “periferia da aldeia”, como se estivessem mais envolvidas com suas próprias questões, em detrimento do coletivo. Fala sobre a vontade de muitos de seguir seus estudos, de sonhar com diferentes profissões, de conhecer e viver em outros lugares. Identifica a escola e o dinheiro como responsáveis por esse caminho do individualismo. Tem percebido e colocado sua preocupação com esse movimento pendular entre o caminho de um, do *indivíduo*, de uma família, e o caminho do povo, do *coletivo*.

#### 7.5 Fome ou sobrevivência? Como se mede a segurança alimentar?

Depois de tantos anos de ir e vir do Parque Indígena do Xingu, de percorrer rios transparentes, cheios de vida e de peixes, de acompanhar momentos de derrubada de roça, de plantio, de colheita e coleta, experimentar uma riqueza imensa de frutas, de pratos elaborados – como os *mutap* de peixe ou de macaco com folha de mangarito; como as *khwârâjangini*, um tipo de torta de mandioca com carne de anta, porco, paca, ou forradas de peixe; *piracuí*, farinhas de diferentes

peixes, tracajás assados, ensopados de peixe, mingaus de batata, de mandioca ou *khwârâkangô* (perereba), minha preferida, depois de me lambuzar inúmeras vezes com o mel de várias espécies de abelhas, de comer beiju de diferentes texturas e quenturas, acompanhados de peixes dos mais diversos tipos, eu tinha a sensação de que ali não se passava fome.

De alguma maneira, isso era corroborado pelos estudos desenvolvidos nas décadas de 70 e 80. Foram realizados inquéritos nutricionais entre os povos do Xingu e não foram observadas doenças carenciais ou desnutrição (FAGUNDES, 2004; MORAIS, 2003).

Na década de 90, e início dos anos 2000, no entanto, começamos a registrar casos de desnutrição em algumas aldeias. O registro do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 5 anos passou a ser implantado durante a formação dos agentes indígenas de saúde e, principalmente, dos auxiliares de enfermagem indígenas. Naquela ocasião, inclusive, construímos, junto com os auxiliares de enfermagem indígenas, um cartão da criança para que tanto as equipes de saúde como as famílias pudessem acompanhar o caminho de crescimento das crianças, as vacinas que tomavam e, eventualmente, algum episódio de doença. Ao construir esses cartões, os auxiliares apontaram expectativas deles [indígenas] em relação ao desenvolvimento e crescimento saudável das crianças, meninos e meninas.

Ao identificar casos de desnutrição, começamos a refletir sobre o significado desse achado e nos debruçamos sobre eles. Foi como se tivéssemos tirado o problema da paisagem. Será que as comunidades, as mulheres, as lideranças percebiam isso como um problema? Será que as crianças estão passando fome? Será que essa desnutrição é reflexo de um estado de insegurança alimentar?

Nesse período, deflagramos conversas e reuniões nas aldeias, nos cursos dos agentes de saúde e organizamos, em 2002, um seminário interinstitucional para entender melhor o que estava acontecendo. Participaram do evento lideranças, professores, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde, apicultores, agentes de manejo e mulheres dos povos Kawaiwete (antigo Kaiabi), Khisêdjê e Yudja, equipes da Associação Terra Indígena do Xingu (ATIX), Instituto Socioambiental (ISA) e Projeto Xingu da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Chamamos diferentes parceiros que atuavam na área para entendermos juntos a situação. Entre

as falas e propostas desse seminário, foram levantadas algumas questões pelas lideranças, já sinalizando mudanças no modo de viver, a saber:

*As lideranças e as pessoas mais idosas são nossas conselheiras. A impressão que eu tenho é que nós deixamos de dar atenção à sabedoria dos velhos e eles são tão importantes! Nós partimos para um outro caminho e eles não têm acesso às novas informações. A ATIX está aí, é uma entidade que trabalha no modelo do branco que nós criamos para trabalhar de maneira mais organizada com o pessoal do Xingu. Mas onde nós vamos chegar? Onde vamos parar? Qual o futuro do Xingu? Para onde vai o trabalho que estamos fazendo aqui no Parque, de educação e saúde? Nós vamos estudar, ler, escrever para chegar aonde? O agente de saúde está trabalhando para quê? Hoje não tem mais branco que resolve tudo para nós. Nós temos que resolver juntos os nossos problemas, por isso estamos aqui... O trabalho do projeto Fronteiras tem a ver com nutrição. Temos problemas com o desmatamento das cabeceiras do rio e poluição. Os animais e os peixes já estão sofrendo. Hoje o gosto do peixe é diferente. O que está acontecendo com o mundo dos animais? Eu vejo que tem uma grande falha nossa. Eu já vi gente fazer roça e não plantar. Antigamente armazenávamos cará, milho, mangarito que dava para o ano inteiro... Tínhamos uma casinha na roça para guardar estoques e sementes. Hoje em dia os adultos ficam assistindo televisão, a criança vai procurar comida e não tem. Nossos meninos com 5 anos pegavam peixinho, agora é raro. Hoje os meninos jogam bola e veem televisão. Antes o pai já tinha o filho como companheiro. O índio não tem hora para comer, mas a criança precisa comer. Antigamente nós que trabalhávamos no posto pescávamos muito... Isso agora não tá acontecendo como antes (M.K. Kaiabi, 2002).*

Segundo algumas lideranças, o modo de viver e cuidar da vida está diferente. Sua relação com o território também está mudando. Antes, quando percebiam que a terra precisava descansar, se fortalecer, quando estavam ficando doentes, de diarreia, doença de pele ou se acontecia a morte das pessoas, era o momento de mudar de lugar, mudar de aldeia. Esse processo acontecia de tempos em tempos, com vários povos no TIX. Hoje, eles percebem a dificuldade em mudar de lugar. Começam a se dar conta das limitações do território e, ao mesmo tempo, têm outras preocupações, como diz Mak. Kaiabi (2002): *A terra preta está longe das margens dos rios onde temos aldeias. Ninguém mais quer mudar por causa da escola, da farmácia, do rádio... Fica muito mais difícil de sair do lugar.*

Durante o seminário, pudemos levantar algumas razões para o aparecimento da desnutrição. Entre as mudanças no modo de viver, apareceram:

- Aumento do número de filhos vivos por família.
- Diminuição do espaço de tempo entre os filhos.
- Diminuição do aleitamento materno.

Entre os problemas relacionados ao plantio das roças e ao ambiente:

- *A terra está cansada.*
- *Diminuiu a terra preta.*
- *Pragas estão acabando com a plantação.*
- *Aumentou o número dos porcos e eles invadem e destroem as roças.*
- *Diminuiu a variedade de alimentos que tinha antes.*
- *Plantações se perderam por causa da mistura com as plantas do branco, como o milho, por exemplo.*
- *Diminuição dos peixes.*

Para as mulheres, um dos grandes problemas apontados foi a dificuldade de garantir a comida nas casas.

*Na reunião que fizemos com as mulheres elas levantaram que a alimentação de hoje é fraca, não é suficiente para alimentar a família, os maridos não estão indo atrás de comida, estão mais ligados ao trabalho do que à família. Falaram que estão entrando muitos alimentos de fora, faltam alimentos tradicionais e frutas, os filhos mais velhos não ajudam a sustentar a família, só querem jogar bola. As pessoas estão casando muito jovens e não sabem cuidar dos filhos. Os maridos não respeitam a tradição tendo relações sexuais com as esposas antes do tempo certo. As mulheres estão querendo retomar... fazer as coisas como antigamente. Algumas mulheres que estavam na reunião se comprometeram a orientar outras mulheres. Na nossa reunião as mulheres mais velhas prepararam comida como antigamente (T.S.K., 2002).*

Nas reuniões com as comunidades foram levantadas questões semelhantes, relacionadas às regras sociais e aos novos papéis sociais, como o trabalho na FUNAI, na educação, na saúde ou, mesmo, nas associações. O tempo que tinham anda ocupado com outros assuntos e outros fazeres.

- *Quebra das regras sociais e de comida para gestantes, pai, mãe e criança.*
- *Falta de cuidados com as crianças como tinham antes.*
- *Comida de branco entrou nas casas.*
- *Os homens não têm tempo de fazer roça porque estão trabalhando em outros serviços.*
- *Rapaziada não quer pescar, caçar e trabalhar na roça.*
- *As roças estão pequenas.*

Ainda sobre mudanças das regras sociais de comportamento, segundo uma liderança Khisêdjê:

*Estou ouvindo sobre essa doença... a desnutrição, que as crianças estão fracas e magras. Os pais não estão dando atenção para as crianças, elas brincam o dia inteiro e às vezes chegam à noite, sem comer e sem banhar. Nós temos que chamar as crianças quando estão brincando ou guardar comida para elas... Nós Khisédjê não temos relação sexual com as mulheres após nascer o bebê, só depois de um ano. Se tiver relação sexual antes desse período pode prejudicar a criança, pode dar febre, diarreia... e ela vai ficar fraca. Também tem que esperar um filho andar para depois ter outro filho. Antigamente as pessoas casavam adultas, hoje casam mais cedo. Os novos não sabem cuidar dos filhos... A rapaziada hoje em dia só quer saber de jogar bola, não quer saber de trabalhar... Deixam os pais fazendo o trabalho sozinhos, não ajudam a cuidar da roça, colher os alimentos, não vão pescar. Tem até gente que não tem roça. Antigamente sofríamos para derrubar roça com machado de pedra, hoje está fácil com o machado de ferro. Eu não sei por que estamos com criança magra, talvez porque misturou a comida do branco com a nossa. Antigamente não existia isso, todo mundo comia a nossa comida (N.S., 2002).*

Já naquela época, em 2002, sentiam que as mudanças no entorno do Parque do Xingu afetavam o seu cotidiano e a sua segurança alimentar. Y.K, liderança do povo Kawaiwete, lembrou os velhos, como o pai de M.K., Jurumu, Ipó, que ajudaram a abrir o posto. Disse que os Kaiabi/Kawaiwete eram grandes produtores, mas que hoje em dia estavam dependentes, não tinham mais roça, não tinham mais comida. Diz que a causa da desnutrição deve ser a comida diferente que têm hoje. Quando os Kaiabi foram para o Xingu, deixaram lá muitos alimentos. Trouxeram alguns, mas alguns se perderam.

*Realmente nós não estamos tendo alimento suficiente para nossa família, falta macaco, mutum. Somente comemos peixe, não temos outra mistura. Os bichos estão diminuindo, os brancos estão desmatando em volta da nossa área. Eu poderia estar andando pelo mato com minha família moqueando bichos. O branco proíbe a nossa entrada. A região do Xingu é pobre de frutas, na terra tradicional Kaiabi existiam muitas frutas. Nós tínhamos diversos tipos de comida como batata, cará, mangarito, fazíamos vários tipos de mingau (Ma.K.).*

Ao final do Seminário, foram elencadas propostas de enfrentamento do problema da desnutrição:

- *Aumentar a produção da roça nas comunidades.*
- *Utilizar as terras pretas distantes da aldeia.*
- *Utilizar as ervas medicinais que nosso povo conhece para aumentar o apetite e fortalecer o corpo para não pegar fácil as doenças.*
- *Respeitar os conselhos dos pajés.*
- *Respeitar a dieta alimentar durante a gravidez e quando tem criança nova.*

- *Respeitar os cuidados com a família.*
- *Dar mais atenção para as crianças na hora de comer.*
- *Dar todos os tipos de comida para as crianças seguindo as regras.*
- *Saber consumir os alimentos dos brancos.*
- *Aceitar o conselho dos mais velhos.*
- *Dar orientações para os mais novos sobre os cuidados com a família.*
- *Plantar todos os tipos de frutas em aldeias interessadas.*
- *Fazer criação de galinhas, peixes e outros animais.*

As instituições ali representadas se comprometeram a atualizar sempre as informações, fazer o trabalho integrado entre a educação e a saúde. Acompanhar, tratar e orientar os casos de desnutrição. Fazer conversas nas aldeias sobre esse problema. Propor novos projetos para ajudar na segurança alimentar, no plantio das roças e na criação de animais. Um dos principais objetivos do seminário foi aproximar as equipes de saúde, educação e de projetos às lideranças, às comunidades para construir estratégias coletivas de enfrentamento.

Verificamos, juntos, que vários fatores estavam interferindo na segurança alimentar e nutricional entre os povos do Xingu.

Foram realizadas reuniões e oficinas nas aldeias, nos diferentes povos, com lideranças, homens e mulheres. O tema da desnutrição foi recorrente e trabalhado ao longo da década de 2000. Módulos do Curso de Formação de Agentes Indígenas de Saúde, em 2005 e 2007, tiveram como tema principal a saúde da criança, desnutrição, nutrição e segurança alimentar. Encontro de mulheres sobre a saúde das crianças em 2007. E em todos esses espaços foram construídas estratégias de enfrentamento.

Em diferentes momentos, as rodas de conversa ajudaram a relevar o problema, como já disse, destacá-lo da paisagem. Chegamos a construir, com os agentes de saúde, as redes sociais e de apoio às crianças desnutridas, garantindo um acompanhamento mais próximo e eficiente, incluindo aí a intervenção dos raizeiros e pajés. Ao mesmo tempo, ao nos debruçarmos sobre essa questão, foram deflagrados movimentos dentro das aldeias para aumentar e diversificar as roças e melhorar o caminho da comida entre a roça e a boca das crianças, que têm a ver com o cuidado, garantindo a segurança alimentar e nutricional.

Entre os Khisêdjê, essa questão da desnutrição das crianças ocupou conversas das mulheres, nas famílias, nas casas, e foi tema na casa dos homens no centro da aldeia, em vários momentos. As conversas e a implementação dessas estratégias surtiram efeito e houve uma redução importante dos casos de desnutrição, sendo que hoje em dia não existem crianças desnutridas em suas aldeias. Mas apareceram novas ameaças e novas doenças...

#### 7.5.1 Encruzilhadas

Ao longo do tempo e, principalmente, nos últimos anos, as mudanças no modo de viver foram se acelerando e outras doenças foram aparecendo. Esse processo se deu na sociedade ocidental e entre os povos indígenas. Para o olhar da biomedicina, estava ocorrendo uma transição epidemiológica e nutricional também entre os povos indígenas. Uma das hipóteses colocadas inicialmente era que a mudança no modo de viver e se alimentar entre os Povos Indígenas poderia ser associada ao aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, dislipidemias, diabetes mellitus e hipertensão arterial. Como verificar essa associação? Para entender a realidade e testar essa hipótese, foram realizadas pesquisas entre os Khisêdjê, em 1999-2000 (SALVO, 2009), 2010-2011 (MAZZUCHETTI, 2014) e 2019 com a intenção de verificar tanto as alterações metabólicas e antropométricas, como as mudanças na alimentação, se houve introdução de produtos de fora, se diminuíram a quantidade e variedade das roças, da caça, pesca e coleta e se houve substituição da dieta tradicional por alimentos industrializados.

Durante o trabalho de campo, quando conversávamos com as comunidades sobre a possibilidade de uma pesquisa-ação relacionada às novas doenças, surgiu outra questão. No Território Indígena do Xingu (TIX), durante o segundo semestre de 2016, percebemos a ocorrência de situações de fome e insegurança alimentar em algumas aldeias visitadas. Em muitas casas não havia comida tradicional, ou estava presente em quantidade muito pequena que não supria as necessidades das famílias. Ao mesmo tempo, aguardavam a chegada de alimentos comprados nos municípios do entorno. Chegamos a presenciar, no caminho do ir e vir das aldeias, a chegada de grandes quantidades, fardos e caixas de alimentos de fora. Com essa



informação, percebemos a necessidade de entender como estava configurada a segurança alimentar dos diferentes povos no Xingu, bem como suas fragilidades e suas fortalezas neste novo contexto. A porta de entrada dos alimentos industrializados se escancarou para resolver os problemas internos de insegurança alimentar e fome, levando a uma naturalização do consumo do alimento de fora e à ameaça das doenças crônicas. Uma encruzilhada...

## 7.5.2 Como medir a fome e a insegurança alimentar entre os Povos Indígenas?

### 7.5.2.1 Histórico e estudos

A vulnerabilidade dos povos indígenas em relação à segurança alimentar tem sido demonstrada por alguns estudos ao longo dos anos. Desde que se pensou em mapear a fome e a miséria no país, utilizando diferentes critérios e construindo indicadores, ficou uma pergunta no ar: A fome é uma realidade dos povos indígenas? (VERDUM, 1995). Como responder a essa questão? Quais critérios devem ser utilizados para entender como se configura a segurança alimentar, ou sua insegurança, entre os povos indígenas? Existem palavras na língua para designar *fome*? Eles têm *fome* de quê?

É preciso lembrar que a experiência da fome, no modo como nos referimos a ela, tem uma história. É interessante a abordagem de Pacheco (OLIVEIRA, 1995) quando fala sobre o cenário, o contexto em que se destaca o conceito de *fome* e a sua relação estreita com o capitalismo, o individualismo e as escolhas da sociedade ocidental.

Para compreender esse fenômeno entre os povos indígenas, é preciso entender o processo produtivo, sua economia e sua organização social.

Os mecanismos de redistribuição predominam amplamente sobre os de acumulação, a produção econômica não é divorciada das tradições e dos valores expressos pela atividade ritual, a rede de parentesco (com sua malha diferenciada de expectativas e obrigações) é virtualmente coextensiva com a sociedade. Nestas sociedades o presente (o ato de dar) é o princípio básico de interação social, instaurando uma cadeia de reciprocidades que é o próprio fluxo da vida social. À diferença da ética do capitalismo, o valor reside não em poupar mas em dar, sendo essa inclusive uma estratégia segura para a aquisição de prestígio (OLIVEIRA, 1995p. 13).

Partindo dessa concepção, como se configura o estado de fome? A fome está relacionada ao cotidiano, à luta pela sobrevivência. A economia de subsistência é o cotidiano. Antes de quantificar um estado de segurança ou insegurança alimentar, é preciso entender a relação dos povos indígenas com seu território. A vida acontece em ciclos e todos os seres estão em relação, os visíveis e os *invisíveis*. A quebra dessa sintonia pode gerar fome, doenças e perdas. A presença da *fome*, então, pode ser percebida por diferentes aspectos.

Há, no entanto, outra maneira de refletir sociologicamente sobre a fome partindo da experiência das populações rurais. Nesses casos a fome não isola nem estigmatiza os indivíduos, mas é algo cíclico e sentido em escala familiar, estando associada à certos períodos do ano (como, por exemplo, o momento da entressafra para os cultivos agrícolas, ou a ausência temporária de peixe e as dificuldades para a caça). Em algumas situações extremas uma carência alimentar aguda pode manifestar-se como um verdadeiro flagelo e afetar toda uma população durante um período limitado, resultando seja de indesejadas modificações climáticas (secas, geadas, inundações, pragas, etc.), seja de grandes mudanças no ritmo regular das atividades produtivas (guerras, conflitos internos, grandes transformações econômicas e religiosas, epidemias)... No caso específico das sociedades indígenas a ameaça de fome sazonal assume também facetas próprias. Além dos ciclos de alternância entre escassez e prosperidade, há uma ameaça mais permanente que afeta diretamente as próprias condições de sobrevivência étnica. Trata-se, por um lado, da pressão quanto à utilização por não índios dos recursos ambientais e, de outro, das investidas contra o patrimônio cultural e cognoscitivo das sociedades indígenas (OLIVEIRA, 1995, p. 14).

Para Verdum (2003),

A fome enquanto fenômeno pode manifestar-se independentemente de qualquer sistema simbólico, e somente a partir de sua apropriação pelo esquema cultural que ela adquire significância. A fome, ou o que chamamos de fome, pode estar relacionada em uma dada situação cultural a uma escassez temporária de alimentos, à sazonalidade de determinados alimentos provenientes da caça, pesca, coleta e cultivo, ou pode estar relacionada a circunstâncias ritualísticas, onde há a restrição individual ou coletiva ao consumo de determinados alimentos em um dado período do ano (p. 133).

Para os Khisêdjê, por exemplo, existe a palavra *Hrãmã* e, segundo um professor Khisêdjê, se refere à *vontade de comer*, quando a pessoa está com fome. Ele explica: *eu uso essa palavra e completo com 'eu', 'ele', 'nós' e a gente encaixa a palavra pra completar [o sentido da fome]*. Ou seja, a palavra fome – *Hrãmã* – não existe fora da pessoa como um conceito abstrato. Existe a pessoa que está com fome, com vontade de comer. Para muitos povos, a *fome* foi considerada como

*vontade de comer e não ter acesso naquele momento.* Às vezes, inclusive, a fome era confundida com sede, que era mais importante e intensa, por exemplo, quando faltava o polvilho para fazer o mingau. Em vários povos do Xingu, o mingau, à base de polvilho ou farinha de mandioca, é um alimento fundamental no dia a dia. É o que os sustenta por horas durante o dia. Durante as entrevistas e conversas, dependendo da pergunta, apareciam outras dimensões da fome, mais associadas à falta de alimento. Nesse caso, foram apontadas dificuldades em garantir roças fartas e variadas por conta das mudanças climáticas, como na época de 2015 e 2016, em que houve uma grande e prolongada seca em toda a região centro-oeste, atingindo todos os povos do Xingu que passaram períodos de escassez e mesmo fome.

Nesse período, perderam principalmente plantações de mandioca que garantem o sustento das famílias no dia a dia. Falaram da dificuldade de vigiar as roças que ficam mais longe da aldeia e o ataque de porcos e outros animais. Também apontaram a diminuição das roças por conta do desinteresse dos jovens, da mudança de assunto e atividades entre os jovens, como disse N.S. (Encontro de Troca de Sementes ISA, 2011): *Algumas pessoas ficam fora na época da roçada por causa de outro trabalho ou doença, é puxado pela cidade e não faz roça.*

A segurança ou insegurança alimentar faz parte da vida, da sobrevivência cotidiana e, portanto, os povos se preocupam e se ocupam com a garantia de comida em casa todos os dias. Essa é uma fala recorrente.

E o que estou chamando de segurança alimentar? O conceito de segurança alimentar e nutricional que temos como referência é aquele definido pela Lei orgânica de segurança alimentar e nutricional de 2006:

Art. 3º A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis". LEI Nº 11.346, DE 15 DE SETEMBRO DE 2006, que Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências.

Desse modo, como pensar instrumentos de medida da *fome* e/ou da segurança alimentar que consigam iluminar os diferentes cenários e contextos?

A medida da fome deve contemplar diferentes aspectos, alguns bem objetivos, como a falta de acesso aos alimentos, aos indicadores de saúde como a mortalidade infantil, desnutrição e doenças carenciais; conhecer o território e sua disponibilidade para plantio, qualidade da terra e do meio ambiente; recursos naturais e formas de obtenção de alimentos; sazonalidade dos produtos, organização social e práticas de reciprocidade e distribuição da comida.

#### 7.5.2.2 Construção de instrumentos para coleta de dados – Metodologia de pesquisa

Partimos do pressuposto de que nenhum indicador, isoladamente, dará conta das múltiplas dimensões da segurança ou insegurança alimentar de um povo, ou comunidade.

Procuramos ampliar a abordagem da pesquisa agregando diferentes instrumentos: inquérito socioeconômico, inquérito alimentar, uma versão da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar EBIA (SEGALL-CORRÊA, 2015) adaptada especificamente para essa pesquisa e entrevistas.

O Inquérito Socioeconômico, nos Apêndices, procurou captar a composição familiar nos domicílios, diferentes entradas de renda, como salários, aposentadorias, Bolsa Família, outros benefícios além da venda de artesanato e projetos de geração de renda. O inquérito levantou informações sobre os bens adquiridos, considerando-os como elementos que caracterizariam alguma medida de riqueza. Foram acrescentadas perguntas sobre as funções sociais, conhecimentos e atividades dos adultos da casa, como os relacionados à agricultura, à construção das casas, aos ritos, às festas, às danças, às rezas, às práticas de cuidado e cura.

Ainda nesse inquérito, procuramos identificar a presença de objetos, utensílios e produtos tradicionais que pudessem revelar mudanças do cotidiano. A estrutura das casas e o saneamento básico também fizeram parte do instrumento. Já o Inquérito Alimentar (também nos Apêndices) procurou mapear as roças de forma quantitativa e qualitativa, observando a qualidade da terra, o tempo de manejo, a distância da casa, o transporte dos produtos, os responsáveis pela manutenção e colheita, assim como sua periodicidade. Foram levantadas informações sobre a pesca, caça e coleta, criação de galinhas e outros animais, procurando identificar acesso, dificuldades e facilidades, diminuição ou aumento dos

produtos. O instrumento também trouxe um levantamento do consumo de alimentos industrializados e/ou adquiridos nos municípios vizinhos. Durante a entrevista, conversamos sobre o que seria uma dieta boa e comum no dia a dia da casa. Ao final do instrumento, propusemos um recordatório alimentar.

#### 7.5.2.3 Sobre o uso da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar adaptada para essa pesquisa

A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar EBIA (SEGALL-CORRÊA, 2015) é um instrumento, uma escala psicométrica, que avalia de maneira direta uma das dimensões da segurança alimentar e nutricional em uma população, por meio da percepção e experiência com a fome (Estudo Técnico nº. 01/2014).

Foi estruturada para perceber uma insegurança alimentar progressiva, considerando estratégias domiciliares, individuais e/ou coletivas, seguindo uma lógica de sobrevivência. A aplicação da EBIA propiciou a tomada de decisões e a formulação de políticas públicas que puderam interferir neste cenário de insegurança alimentar no território nacional (SEGALL-CORRÊA, 2009).

No entanto, desde as suas primeiras aplicações, tem sido levantada a dificuldade de medir a segurança alimentar entre povos indígenas a partir deste instrumento como única medida. Uma das questões-chave que aparece na EBIA é a questão da renda familiar como um dos principais pontos para medida da fome e da insegurança alimentar. Entre os povos indígenas, particularmente aqueles da região centro-oeste e norte, a monetarização da economia é recente e a maior parte dos povos ainda tem na economia de subsistência a agricultura, a caça, pesca e coleta, o principal aporte de comida (VERDUM, 1995; 2003). Segundo Ricardo Verdum, no Mapa da Fome de 1995: No contexto indígena, o recorte a partir da renda familiar, principal critério utilizado no Mapa da Fome do IPEA, é algo quase que completamente inoperante.

Vários estudos têm sido realizados no sentido de adaptar a escala às especificidades dos povos indígenas, propondo alterações em termos utilizados nas perguntas do questionário, na quantidade de perguntas propostas (RIBAS, 2007; YUYAMA, 2008; VARGAS, 2013; ATHILA, 2020).

Por que adaptar o instrumento? O que pode atrapalhar a percepção de fome, a medida mesma da segurança ou insegurança alimentar entre os indígenas? Vários aspectos precisam ser analisados.

As alterações da escala foram propostas em reuniões de avaliação dos instrumentos e planejamento do trabalho de campo pelo grupo de pesquisadores que coordenou o Projeto de pesquisa *“Novos Problemas de Saúde: Avaliação do Perfil Nutricional e Metabólico dos Índios do Parque Indígena do Xingu”*. A ideia não foi validar um instrumento de medida da insegurança alimentar, mas aprofundar a compreensão do fenômeno da fome e da segurança alimentar em suas diferentes especificidades junto aos povos indígenas do Xingu.

Essa adaptação passou por várias rodas de conversa sobre a sua compreensão pelos indígenas, pelas questões relacionadas à reciprocidade e à sazonalidade e a disponibilidade dos alimentos ao longo do ano.

Em relação à sazonalidade, o uso do tempo como referência nas perguntas da EBIA, por exemplo, já é um problema. Dependendo do momento que acontece a entrevista, teremos maior ou menor fartura, maior ou menor escassez de produtos da roça, de coleta, caça ou pesca. Analisando cada pergunta formulada na EBIA, chegamos a alguns pontos-chave para a medida da fome, da escassez ou da insegurança alimentar. Uma das primeiras questões foi que não usamos um período de tempo determinado nas perguntas. Não usamos um mês ou três meses como corte de análise. Trabalhamos com um período indeterminado: nos dias de hoje, um período específico ou antigamente. Durante a conversa, procuramos detectar o momento dos eventos de fome, escassez e uso de alternativas para garantir a comida na casa. A escolha de não usar um período determinado nas perguntas buscou captar, pelas respostas, as situações de insegurança alimentar percebidas e vivenciadas pelos entrevistados. Mantivemos o questionário considerando 15 questões, que obedeciam à lógica da insegurança alimentar progressiva, e propusemos algumas questões extras e abertas (Apêndice V).

Foram realizadas entrevistas domiciliares com os donos das casas. Trabalhamos ainda com reuniões grandes no centro da aldeia, diferentes rodas de conversa com lideranças, homens e mulheres, jovens, estudantes e com os *donos* de roças. Promovemos oficinas de culinária, para entender melhor a dinâmica da segurança alimentar nas aldeias. A ideia foi formular um diagnóstico participativo

sobre o tema da mudança do modo de viver e comer e sua relação com a segurança ou insegurança alimentar bem como com as novas doenças.

O fato de trabalharmos com povos que têm o Português como segunda língua foi uma questão importante a ser considerada. Como seria a tradução das perguntas e das respostas? A tradução das perguntas e respostas também demandou um alinhamento entre os pesquisadores da equipe do Projeto Xingu e os interlocutores indígenas – como os professores e agentes indígenas de saúde.

Ao analisar as informações colhidas nos diferentes instrumentos, pudemos ter ideia da situação de segurança alimentar e os momentos de insegurança e fome entre os povos do Xingu.

### 7.5.3 Inquérito Alimentar

Os resultados do Inquérito Alimentar entre os Khisêdjê revelaram uma situação de segurança alimentar. Apesar de ainda estarem em processo de mudança, construindo casas e se instalando, compondo a aldeia Khikátxi, pudemos perceber a presença de alimentos tradicionais e alegria em todas as 34 casas. Naquele momento, existiam em uso 105 roças, considerando 49 roças mais velhas, já em franca produção, e 56 roças novas, em crescimento. Considerando as variedades de produtos plantados, na roça e nos quintais das casas, temos casas com plantio de 11 a 45 tipos de produtos diferentes. Entre eles, os mais cultivados são as variedades de mandioca, como a mandioca doce, para fazer *khwârâkangô* (perereba), sendo que são plantadas de uma a oito espécies dessa mandioca, em todas as casas. São plantadas ainda até seis variedades de mandioca para fazer beiju em todas as casas e cinco variedades de mandioca própria para fazer a farinha, presente em 32 das 34 casas da aldeia. Outros produtos muito apreciados entre os Khisêdjê são: cana de açúcar, plantada em 30 casas; mamão e murici, presentes no quintal de 30 casas; batata doce, plantada em 29 casas; banana, plantada em até 10 espécies, presentes nas roças e quintais de 24 casas; quatro tipos de pimenta, plantadas em 25 casas. O milho indígena, antes bastante consumido entre os Khisêdjê, depois praticamente desaparecido, está voltando com nove casas produzindo-o em suas roças. Em geral, os produtos tradicionais da roça têm sido plantados em suas variedades, acrescidos de produtos recuperados, e

outros agregados mais recentemente, como as árvores frutíferas plantadas nos quintais.

Galinhas são criadas em 21 casas, patos em 5 casas, em geral, para garantir alimento no tempo das águas. A maioria dos entrevistados disse que esse é um lugar melhor para o plantio das roças e para a pesca, em relação à antiga aldeia Nhgoiwere. Alimentos que vêm da cidade, industrializados e/ou multiprocessados, são comprados mensalmente em 17 casas, a cada 2 meses em 11 casas, a cada 3 meses em 3 casas, 1 vez por ano em 1 casa, 2 vezes no mês em 1 casa e semanalmente em mais uma casa. O que se compra na cidade? Essa informação será trabalhada mais adiante.

#### 7.5.4 EBIA adaptada

Ao sistematizarmos as respostas e pontos de corte da EBIA a partir dessa adaptação, tivemos o seguinte quadro. Lembrando que as perguntas não se referiram a um período específico. As respostas foram baseadas em memórias e percepções de experiências vividas. Foram 34 casas entrevistadas no período de 13 a 19 de abril de 2019.

**Quadro 6. Nível de Segurança Alimentar das casas da Aldeia Khikátxi, considerando pontos de corte da EBIA adaptada, 2019**

	Número de Pontos	No. Casas da Aldeia Khikátxi	%
Segurança Alimentar	0	2	5,88
Insegurança Alimentar Leve	1-4	9	26,47
Insegurança Alimentar Moderada	5-10	14	41,17
Insegurança Alimentar	11-15	9	26,47



Grave			
Total de casas		34	100

Qual é o significado desse resultado?

Paradoxalmente em relação ao resultado do inquérito alimentar, esse resultado da aplicação da EBIA, mesmo que adaptada, revela a insegurança alimentar ou fragilidade da segurança alimentar desse povo. Para o momento da pesquisa, no entanto, considerando o último mês, não houve fome, pois estávamos em um período de muita produção nas roças, começo da baixa dos rios com o aparecimento dos peixes. Em nenhuma casa havia escassez de alimentos.

Para analisar esse resultado, é preciso voltar aos pontos de corte e às perguntas formuladas.

Nas respostas ao questionário da EBIA e no inquérito alimentar, ficou clara a escassez de comida no período das águas, que corresponde ao período de outubro a março, mais intenso entre novembro e fevereiro, quando falta o peixe e demanda um estoque de mantimentos. Outro momento que pode trazer escassez e fome são os períodos de mudança de aldeia, que acontecem por diferentes razões, como pelo excesso de doenças ou mortes em determinado lugar, ou pela ocupação e retomada de territórios ancestrais, ou pelo rearranjo entre os clãs e criação de novas aldeias, ou, mesmo, em momentos de guerra, em que precisaram abandonar suas roças, inclusive perdendo a variedade de produtos. São períodos em que podem acontecer episódios ou épocas de escassez e até a fome. Para os Khisêdjê, um dos momentos mais recentes de fome foi o período de mudança da Aldeia Ricoh para a Aldeia Nhgoiwere, na retomada da Terra Indígena Wawi. Todos se referiram a esse momento, como será visto mais adiante. Outra situação que os colocou em franca fragilidade e insegurança alimentar foi o período de 2015 a 2016, quando aconteceu uma grande seca na região, que ocasionou a perda de mudas e ramas de mandioca em muitas roças recém-plantadas por conta da seca prolongada. Foi um tempo de escassez e fome em todo o TIX.

A primeira pergunta proposta na EBIA fala sobre a *preocupação com a comida de casa acabar*. Para essa pergunta, a maioria das pessoas respondeu positivamente. A comida em casa é uma preocupação presente no dia a dia.

- Aconteceu alguma vez de você ou sua família ficarem preocupados que a comida de sua casa fosse acabar antes que tivesse produção da roça, ou alguém da casa tivesse dinheiro para comprar comida, ou que chegasse outra cesta básica?

Entre as 34 casas da Aldeia Khikátxi, 26 responderam que SIM, se preocupam com a garantia de comida na casa. É preciso destacar que, entre os Khisêdjê, ainda se pratica a economia de subsistência, onde se batalha pela comida cotidianamente. Esse processo gera muita preocupação sempre, faz parte da vida a busca, produção e processamento da comida. O tema da alimentação e segurança alimentar é pauta frequente das reuniões noturnas, no pátio da aldeia, mesmo que sem esse nome. Para planejar a vida, é preciso planejar e garantir a comida nas casas. As decisões tomadas pelas lideranças e guerreiros afetam a sua segurança alimentar. Os Khisêdjê estão vivendo uma transição, entre a autonomia de produção e abastecimento diário e a possibilidade de armazenamento, com a incorporação de equipamentos como freezers. Nas entrevistas, descritas mais adiante, ficam mais claras as preocupações e as estratégias adotadas por eles para garantir a segurança alimentar na aldeia. Uma das perguntas acrescentadas à EBIA foi sobre a renda familiar.

- Hoje em dia sua família precisa de dinheiro para ter comida em casa?

Nas 34 entrevistas realizadas entre os Khisêdjê, 28 responderam que não dependiam de dinheiro para ter comida em casa, e 6 responderam que hoje em dia precisam de dinheiro. Ou seja, em geral, têm acesso aos alimentos em seu território. Embora a monetarização da economia local seja recente, ela tem crescido e a aldeia, por exemplo, já conta com 55 pessoas beneficiadas pelo programa Bolsa Família, 22 aposentados e 31 trabalhadores remunerados, nas áreas da saúde, educação, FUNAI e outros projetos e associações. Todas as casas compram ou têm acesso a alimentos da cidade ao menos uma vez por mês.

Além das questões que procuraram descrever os diferentes graus de insegurança alimentar, trabalhamos com outras que pudessem trazer mais elementos para analisarmos a segurança e/ou insegurança alimentar entre os povos indígenas. Perguntamos sobre aportes de cestas básicas e todas as casas negaram receber qualquer apoio desse tipo. Uma das perguntas foi sobre a necessidade de mudar ou substituir a alimentação tradicional. Nesse caso, 8 casas responderam

afirmativamente, mudaram de alguma maneira seu cardápio, introduzindo alimentos industrializados porque não tinham alimentos tradicionais disponíveis ou porque tinham incorporado alguns alimentos da cidade em sua dieta cotidiana. Em algumas casas, a comida de fora entrou substituindo, de fato, a comida tradicional. Uma outra pergunta interessante foi acerca da troca de alimentos

- Aconteceu de sua família ficar sem comida e você trocar objetos (rede, sapato, artesanato) por alimentos? No registro, apontar se a troca foi por comida tradicional ou comida da cidade.

Em todas as casas, as pessoas falaram que são muito comuns essas trocas, não necessariamente por fome, mas por brincadeira, no Moitará, um ritual que acontece entre as mulheres, em que se trocam coisas. Podem trocar alimentos, roupas, utensílios domésticos, artesanato, entre outros produtos.

Outras duas perguntas foram formuladas para registrar práticas de reciprocidade:

- Quando falta comida na sua casa, você recebe ajuda de outras famílias? No registro, apontar o critério para essa ajuda.

- Quando falta comida na casa de alguém, a sua família ajuda? No registro, apontar o critério para essa ajuda.

A estas duas perguntas, a maioria das pessoas respondeu que todos se ajudam, que é normal dividir e distribuir alimentos entre os parentes, que esse é o jeito de ser dos Khisêdjê. Retomarei o tema da reciprocidade mais adiante.

Dois perguntas também foram formuladas para detectar períodos de escassez ou fome e quais estratégias são deflagradas para enfrentar esses momentos.

- Antigamente acontecia de vocês passarem fome em algum momento do ano? O que vocês faziam para não passar fome?

- Nos dias de hoje, o que vocês fazem para evitar a fome nesses períodos do ano?

Para essas perguntas, muitos disseram que o maior problema é o tempo da chuva, quando há escassez e é preciso se preparar. Na época da chuva, em geral, tem menos comida, os rios enchem e os peixes somem, se escondem nos recantos novos invadidos pelas águas. Para enfrentar a escassez, a maioria das famílias produz o polvilho processado a partir da mandioca para garantir o beiju, a farinha e o

mingau de farinha. Estocar alimentos para enfrentar o tempo das águas é uma prática comum entre os povos xinguanos. Há produção e estoque de polvilho, farinhas de vários tipos, farinha de peixe, bolas de fava e de feijão, castanhas de pequi e outros frutos – mantimentos guardados em grandes silos ou, hoje em dia, em sacos plásticos ou de pano. Também guardam a pasta de pequi no rio para mantê-la viável por mais tempo. Na época da chuva, as pessoas não saem tanto para caçar ou pescar. Nos últimos anos, uma alternativa foi a criação de galinhas, que são consumidas preferencialmente nesse período. Também disseram que têm plantado roças maiores e com mais variedades para garantir o estoque de comida em casa. Além disso, muitos disseram que, nesse período, compram mais comida da cidade.

Trabalhar com a EBIA, ainda que adaptada para este projeto<sup>45</sup>, em muitos momentos foi constrangedor, particularmente em aldeias em que estavam vivenciando uma insegurança alimentar moderada ou grave. De qualquer maneira, ao falar sobre isso, expor o problema, também foram ativadas memórias de fome e sua superação. As rodas de conversa com as lideranças, com as mulheres, com os donos de roças, propiciaram a realização imediata de reuniões com diferentes instituições, como o Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu, Fundação Nacional do Índio (FUNAI), Instituto Socioambiental, Projeto Xingu da UNIFESP, para construção de projetos de enfrentamento da insegurança alimentar nas aldeias, durante o período da própria pesquisa participativa. Muitas lideranças já tinham mapeado o problema e tinham propostas claras sobre o tema. A roda de conversa com os donos de roças, por exemplo, entre os Ikpeng, revelou a dificuldade em manejar as roças durante a seca, a perda de ramas, as terras férteis mais distantes e o ataque dos porcos. Foram relatos duros e tristes. As conversas, por si só, promoveram uma mobilização grande em torno de reivindicações e projetos de apoio para a derrubada, plantio, manutenção e vigilância das roças junto às instituições governamentais e não governamentais que atuam na área. Para acolher essa demanda, foi realizada uma reunião entre as diferentes instituições que atuam na área para uma nova escuta e tomada de decisões.

Entre os Khisêdjê, segundo W.S., o Cacique K.K. já se preocupava com a falta de comida antes de mudarem para a TI Wawi.

---

<sup>45</sup> Novos problemas de saúde: avaliação do perfil nutricional e metabólico dos índios do Parque Indígena do Xingu. Projeto Xingu, EPM/UNIFESP, 2017.

*Quando a gente mudou para o Wawi, começou a mudar muito hábito alimentar também, porque lá o Cacique já falou, antes de a gente sair do Ricoh e ter aldeia lá na Terra Indígena Wawi, que eles decidiram que ia ser na aldeia antiga do Khisêdjê que era o Nhgoiwere, ele já tinha avisado a população. A família que vai para lá é o seguinte: "lá é um lugar, que mesmo que tinha muito mato e não tinha muito branco, agora está diferente... Hoje o branco chegou e acabou com aqueles lugares que a gente caçava que tem muito bicho, hoje o branco já tomou conta, não tem mais mato lá, então vai ter dificuldade de a gente caçar e pescar. Isso está claro e o que a gente vai fazer? Nós vamos ter que começar adaptar o jeito de morar, o jeito de ter a alimentação lá. A gente vai ter roça, a gente vai ter mandioca, a única coisa que vai faltar é complementação dessas outras comidas, no caso carne vai faltar, peixe vai faltar, vai ter no período da seca a gente vai comer bem, porque vai ter muito peixe, nesse período a gente pesca bem, agora no período da cheia como inverno que é muito difícil, a onde a gente sempre vai levar muita necessidade. Com essa necessidade [de garantir a comida], com certeza, ele falou para nós: 'a gente vai começar a comprar comida da cidade'. Aí que começou a chegar mais comida da cidade nessa aldeia Nhgoiwere, começou lá. Então, por causa dessa necessidade de alimentação, principalmente do peixe que a gente sempre consome muitos peixes, a caça a gente tem períodos de caça, a gente caça muito no período de inverno. [Para caçar] a gente tem o tempo certo, porque no período do inverno tem muita fruta, e o bicho come e fica gordo, e pessoal gosta de comer macaco, outros bichos que são sadios para você poder comer, a onde a gente caça muito (W.S.).*

Ainda planejando a mudança de aldeia para ocupar o território ancestral no limite do TIX, K.K. orientou as famílias sobre a possível escassez da nova morada. A terra estava desmatada e desgastada, havia sido terra de pasto, com muito capim, e ia ser difícil conseguir o peixe. Entre outras estratégias, K.K. propõe que todas as famílias criem galinha para não passarem fome.

*Quando a gente mudou para o Nhgoiwere, o Cacique falou para as famílias que tem que começar a criar galinha, para eles se alimentarem, para não passarem fome" e ele sempre falava: "vocês tem que criar, se você não criar você vai passar fome" e muitas famílias que não criaram [a galinha ou pato] realmente tiveram muita necessidade, e quem cria, que nós que sempre criamos, nossa família sempre criou, sempre tem, sempre nós conseguimos suprir a necessidade nesse período a gente nunca ficou com muita dificuldade lá no Nhgoiwere.*

A compreensão das fragilidades, a construção de estratégias e a tomada de decisões fazem parte do ser Khisêdjê. Eles pensaram juntos alternativas para estocar alimentos nas casas, como a compra de freezers, por exemplo. Com as dificuldades de garantir a comida, começaram a se adaptar a novas tecnologias e aos novos alimentos da cidade para garantir alimentos, principalmente nos períodos de escassez, como diz W.S.:

*A gente começa adaptar, porque o pessoal começa a comprar as coisas da cidade como o frango, e começa estocar frango no freezer, compraram freezer. Começam a comprar essas coisas para estocar, ou às vezes quando caça, caça e traz uma carne, anta ou veado ou se não porco, e já tira um pedaço e guarda para comer depois, por vários dias. Porque não tem como você pescar logo ali no posto e trazer, não tem mais isso, você vai passar dia inteiro ou uma noite inteira pescando para você poder ter peixe no outro dia... E tem que ter lugar para guardar. Então o pessoal começou a ir e o Cacique falou, o único jeito de solução, isso é ruim, isso vai estragar a gente eu sei, mas se você conseguir comprar um freezer, quem tem salário, quem tem benefício, pode comprar freezer, isso eu não sou contra, vocês compram para guardar comida, pesca que vocês tiverem, caça que vocês tiverem e ele segura para vocês poderem comer. Porque assar tradicional, a gente assa, mas vocês sabem que assar, quando fica assado a gente come toda hora, acaba rápido, em um dia acaba, agora coisa crua eles seguram um pouco, você pode fazer de manhã, come a hora que você quiser e faz mais tarde, pelo menos isso segura um pouco mais dias para você ficar comendo, para você não ficar passando fome. E aí é onde a gente começou adaptar isso, e para chegar nisso, mudar um pouco de hábito alimentar, e o pessoal começou a comprar as coisas nesse sentido lá (W.S., 2019).*

Começaram, então, a pensar que tipos de alimentos poderiam comprar para completar a comida da aldeia, principalmente nesse tempo de escassez.

*Então, a gente está conversando sobre isso para ajudar em termos de suprir algumas necessidades alimentares, principalmente que falta carne. Porque outros a gente tem tudo, farinha, polvilho, mandioca nós temos bastante, a roça nós temos tudo, a única coisa que sempre é dificuldade é a carne para comer com beiju ou farinha. Essas coisas sempre é mais apertado, quando você pesca e caça você traz, quando você não for em um dia não tem, e aí você passa a necessidade. Você pode comer beiju, pode comer outras coisas, a única coisa que mata fome para nós indígenas é carne ou peixe, para você ficar mais tranquilo, livre assim, fica mais satisfeito com a alimentação, você pode comer batata, comer coisa doce que a gente tem da roça, ele não mata a fome, você tem que comer alguma coisa de carne, de peixe para ficar tranquilo (W.S., 2019).*

Comentei com W.S. sobre o que eles consideram como comida forte, comida boa. Disse a ele que, em outros povos, me falaram que, em alguns momentos, passavam fome, quando não tinham beiju, farinha ou mingau e só tinha peixe. W.S. prontamente respondeu que o bom mesmo são as duas coisas juntas.

*Não pode ficar sem as duas coisas juntas, sempre tem que ter, porque nós já levamos essa necessidade desde os nossos pais, que já passou essa necessidade. Quando não tem mandioca, não tem farinha, não tem nada na roça, deu problema, não tem nada, tendo peixe, você continua tendo essa dificuldade. Porque tem que ter as duas coisas juntas para segurar bem a fome, para você ficar feliz, porque isso também atrapalha na alegria da comunidade porque você come o peixe sozinho, você não tem nada de*

*mandioca ou farinha para misturar você não vai ficar feliz, o peixe fica muito leve, sei lá... Quando você comer ele [o peixe] não tem peso para você, para seu corpo. Então tem que ter o beiju ou a farinha junto, assim fica bom demais. Outra coisa que a gente tem no período que não tem muita chuva, o que a gente está usando muito, tradicionalmente que é esse castanha de pequi. Então, esse é uma das coisas que a gente está falando para nossa comunidade que hoje a gente tem muito pequi, estamos produzindo óleo de pequi e nós estamos jogando muito caroço de pequi, e agora a gente tem que começar aprender a guardar isso, porque antigamente guardava em um cesto, pendurava vários dias na casa e fica comendo nesse período. Mas só que hoje as pessoas têm, sei lá, dificuldade de guardar, porque antigamente a gente acendia fogo dentro da casa, e pendurava o cesto com a castanha do pequi perto, assim e ele fica esquentando. Assim não estraga fácil. E hoje não temos isso dentro da casa, tiramos o fogo, e a gente está fazendo o fogo e a cozinha fora, atrás da casa (W.S., 2019).*

As adaptações foram mudando o modo de viver e fazer as coisas e os temas das conversas do pátio, no centro da aldeia, também foram mudando.

Durante o período em que moraram no Nhgoiwere, passaram por momentos difíceis. De fato, a terra estava desgastada, o capim crescia e sufocava a plantação. Precisavam fazer suas roças mais longe da aldeia para alcançar a terra preta, e, com isso, era mais difícil de vigiar a produção. Para pescar, precisavam fazer mutirões e seguir de carro até onde havia um rio piscoso. Acabaram optando, muitas vezes, por comprar comida na cidade para suprir suas necessidades. Naquela aldeia, muitas casas criavam galinhas e conseguiam, portanto, complementar a comida. A aldeia ficava cerca de 800 metros do Polo-Base Wawi. Ao longo dos anos, foram se estruturando naquele território com a construção, no Polo Wawi, de uma escola, uma unidade básica de saúde grande, uma casa para a ATIX e para a AIK, associação indígena Khisêdjê. Havia uma casa para a radiofonia, instalada na antiga UBS. Um refeitório. Casa para a equipe de saúde e alojamentos. Uma casa onde fica a microempresa e as máquinas de produção do óleo de pequi. Em 2011, aconteceu um incêndio que acabou alcançando 15 casas da aldeia. Foi um momento muito triste e precisaram reconstruir a aldeia um pouco mais atrás em relação ao rio. Outros problemas ainda mais graves começaram a aparecer por conta da proximidade da aldeia do limite do TIX. Os fazendeiros do entorno mudaram sua atividade da pecuária para a produção de soja e os produtos da entressafra. Com isso, pulverizavam frequentemente a região com agrotóxicos. Na aldeia, era possível sentir o cheiro e o gosto das coisas mudando, as alergias e coceiras aparecendo na pele. Ao mesmo tempo, havia o risco de contaminação, pelo agrotóxico, do mel produzido com selo orgânico pelos Khisêdjê. Todas estas

questões consolidaram a tomada de decisão de mudar novamente de aldeia, em 2019, da Aldeia Nhgoiwere para a Aldeia Khikátxi.

*O que provocou a mudança para nova aldeia, aldeia Khikátxi que hoje estamos morando, é o seguinte, o problema é que nossa produção e nosso trabalho do mel, está muito perto da lavoura da soja que os brancos plantam, que o fazendeiro planta. Então, onde o Cacique mesmo viu que estava tendo uma mudança, e a gente contava que a nossa produção de mel, que a gente produz, ela é orgânica, ele não pode ser contaminado por alguma coisa, se contaminar então nosso produto mel não vai poder vender mais para o mercado que a gente vende orgânico, e acaba com nossa economia que a gente tem. Já estamos acostumados vender o mel, a gente vai perder nosso mercado. Essa é uma das coisas também que a gente discutiu com ele, porque a distância é cinco quilômetros da aldeia até a lavoura, aí muitos falavam que cinco quilômetros ainda é muito próximo, e a abelha pode ir até a folha da soja (W.S., 2019).*

Sentiram a dificuldade de manter a complementação da comida com o pescado no dia a dia e as discussões sobre as novas doenças que estavam aparecendo com o consumo de alimentos de fora.

*O Cacique começou a falar para nós: - eu estou pensando que a gente podia fazer mais uma mudança, para gente tentar ficar em um lugar mais preservado e mais seguro e mais distante da soja... A gente fica um pouco mais tranquilo, do que ficar preocupando direto com essas coisas que eles vão fazer todo dia, de repente pode chegar uma coisa que a gente não estava acreditando, pode atingir a gente, a gente pode ficar muito doente mais rápido, e isso é minha preocupação. O que é preocupante é meu povo, a saúde da minha população, mesmo sabendo que nós já temos estrutura, temos estrutura de escola, estrutura de saúde, estrutura da Funai, associação, nós temos a sede, mas o que é mais importante para mim é a saúde do meu povo, a saúde da minha comunidade. Eu quero dar saúde e alimentação para minha comunidade, eles têm que ter alimentação para eles poderem ficar tranquilos para eu ficar mais aliviado, para eu não dizer: - aquela família está passando fome, está tendo uma necessidade de falta de peixe, falta de caça - porque isso a gente já está sentindo há tempos. Então eu quero saber se vocês concordam comigo, da gente deixar nossa estrutura, porque algumas pessoas vão falar: - não, nós já estamos estruturados, nós não podemos mudar - com certeza algum de vocês vão dizer. Mas só que é o seguinte, material e a estrutura é difícil de fazer, demora para conseguir, mas a gente consegue com o tempo, correndo atrás, pode não sair muito rápido, mas que a gente pode conseguir com muita luta, a gente consegue. Agora a saúde... A morte das pessoas não volta, a gente não faz a pessoa voltar, então isso a gente não constrói de novo, então por isso que eu me preocupo com nossas crianças, com nossa saúde da população, que tem que ter um lugar mais seguro possível, dessas coisas que estão chegando cada vez mais. A ideia é a gente ficar pelo menos distante desse negócio, desse problema, desse plantio... E, também, nós vamos ficar em um lugar que tem mais recurso, tem mais peixe, tem mais caça, tem mais mato, a gente também começa plantar e não precisa roçar o capim (W.S., 2019).*



Vários fatores foram considerados para a mudança. Nas conversas do pátio, começaram o planejamento em suas diferentes etapas, inclusive o plantio das roças no novo espaço. Pensaram em estudar a mudança e o local para onde iriam. Mediram a distância da pescaria, a quantidade de peixes que havia no lugar. O novo lugar de morar já era um espaço Khisêdjê, já fora ocupado em outro tempo. Era um lugar de roça tradicional, mais antiga.

Nas conversas com as lideranças, professores e agentes de saúde, ficamos sabendo das dificuldades de alguns povos em manter as roças produtivas. Disseram que perderam as ramas de mandioca por conta do tempo seco, da falta de chuva, ou porque o porco havia atacado as roças mais afastadas. Na maioria das aldeias em que foi utilizada essa abordagem participativa das rodas de conversa e entrevistas, constatamos que as mudanças climáticas têm alterado substancialmente a segurança alimentar desses povos. Em momentos de grandes perdas de roçado, muitas aldeias precisam comprar alimentos da cidade em grande quantidade para suprir suas necessidades cotidianas.

A questão da fome e a preocupação com a garantia dos alimentos constituem uma pauta constante nas conversas e no planejar a vida também entre os Khisêdjê. Há um tipo de fome que faz parte do dia a dia. Todos os dias é preciso garantir o alimento em casa. Qualquer evento que os impeça de providenciar a comida, como o luto, doença ou escassez, os faz passar fome.

São diferentes *fomes* que vão sendo mitigadas ou saciadas em algum momento, na casa, na família e na aldeia. Comer sempre percorre o espaço do indivíduo e se propaga ao espaço coletivo. Sobre esse aspecto da fome especificamente, Seeger (1974) comenta:

Os Suya [Khisêdjê] não morrem de fome depois de alguns dias sem peixe ou caça porque têm produtos no quintal e na roça para comer. Ainda assim, parece ser um dia bastante triste e sombrio, quando não há nada além de mandioca para comer. Nesse dia, a casa inteira fica cada vez menos ativa. As pessoas param de falar. As crianças param de correr e gritar e ficam rabugentas e inconsoláveis... As mulheres se retiram para dormir e trabalham no processamento de algodão ou deitam-se em suas redes. Cada vez que o alimento é dado a uma família por um parente de fora da casa, ele pode ser compartilhado na forma cozida com qualquer pessoa da casa. Só tem que ser compartilhado. Quando há falta de comida os alimentos compartilhados dentro da casa podem ser cozidos ou crus (p. 210-220).

Quando há falta, há compartilhamento, reciprocidade. A comida circula entre as casas, e entre o pátio e as casas. Se há pouca comida, toda a aldeia em geral tem pouca comida. Isso foi comum em todos os povos com os quais trabalhamos essa pesquisa.

Esse compartilhamento passa pelas relações de parentesco e de reciprocidade. É comum a troca e/ou distribuição de alimentos entre as famílias nucleares e ampliadas. *É nosso costume mesmo, dar comida para o outro. O pessoal também traz comida, oferece a comida pra gente. E a gente oferece para o parente. A família é grande, tá espalhada em muitas casas... Um leva para o outro* (W.K., 2019).

A comensalidade acontece no contexto da família nuclear, na família extensa ou entre os homens no centro da aldeia. Dar e comer comida é uma parte fundamental no cotidiano e nas cerimônias *Khisêdjê*, e é uma das partes mais comentadas a respeito da festa. A preparação e distribuição de comida é uma das principais responsabilidades das mulheres/papéis rituais femininos. O compartilhamento e a troca de alimentos entre grupos rituais legitimam e são formas fundamentais de simbolizar identidade e reciprocidade nas próprias cerimônias. Cozinhar é um processo crucial e marca a transformação do produto natural em um produto social.

Esta questão da reciprocidade é um dos pontos que se destaca na interpretação dos instrumentos de medida da segurança alimentar. Essa prática funciona como uma proteção em relação à segurança alimentar. Alguns estudos apontam esse aspecto coletivo como uma questão a ser considerada na construção de possíveis instrumentos de medida da insegurança alimentar entre os povos indígenas, por exemplo:

*Foi possível perceber, também, um aspecto coletivo importante da experiência de segurança alimentar que não surgiu em outros grupos focais conduzidos com populações não indígenas, como parte da validação da EBIA. 'Comida de qualidade é quando a gente rala banana grande verde, mistura com carne cozida e chama todos da comunidade para comer', [pouca comida é quando] não dá para os outros, só dá para a família', 'pouca comida é quando não dá para dividir'. Esse aspecto coletivo da segurança alimentar merece atenção especial na elaboração de instrumento para medir segurança alimentar dos povos indígenas brasileiros (Yuyama, 2008, p. 58).*

No enfrentamento dos períodos de escassez e/ou fome, com a introdução de alimentos comprados nas cidades e a possibilidade de armazenamento e estocagem, essas relações de distribuição e compartilhamento têm se alterado. Para algumas pessoas, o uso do dinheiro para comprar a comida introduz um elemento particular, individual na posse do produto, o que pode confundir as regras do compartilhamento e reciprocidade. Este é mais um tema que deverá compor a pauta das conversas do pátio no centro da aldeia.

A compreensão da situação de fome e/ou segurança alimentar entre os povos indígenas passa por uma abordagem participativa capaz de captar as suas vulnerabilidades e as estratégias que têm sido utilizadas por eles para lidar com o problema. É preciso repensar os instrumentos e indicadores relacionados a esse tema, considerar o uso, o manejo e as ameaças presentes nos territórios e seu entorno. Ampliar a rede de informações sobre a realidade de oferta de alimentos industrializados e/ou multiprocessados nos vilarejos e municípios vizinhos das áreas indígenas, verificar a presença dos desertos alimentares na região e construir coletivamente políticas públicas mais adequadas – culturalmente sensíveis, ambientalmente sustentáveis e participativas pode ser um bom caminho.

## 8 CONSIDERAÇÕES E POSSÍVEIS DESDOBRAMENTOS: O DIÁLOGO COMO ESTRATÉGIA DE TRANSFORMAÇÃO

Conversar com os Khisêdjê sobre as doenças crônicas não foi uma tarefa fácil. O caráter insidioso destes agravos, a ausência inicial de sinais e sintomas que pudessem tornar concretas as agressões, fez com que não sejam reconhecidas como categoria em si. Quando conversamos sobre uma doença aguda ou uma epidemia, por exemplo, como sarampo, gripe e mesmo a Covid-19, existe concretamente um inimigo, mesmo que invisível. Estão presentes a febre, a dor, a tosse, diarreia, secreções, ruídos, falta de ar, perda de peso e até a morte. Fica mais fácil de pensar o modo como a doença funciona e estratégias de combate. Para as doenças crônicas, porém, o processo é mais abstrato. Está relacionado com alimentação e comportamento. Aproxima-se das causalidades associadas a romper regras alimentares e de comportamento.

Associar o consumo de alimentos da cidade às doenças foi uma etapa tranquila, até porque se aproxima de uma leitura da relação colonial, de dominação da sociedade nacional, em que o alimento pode ser considerado como mais uma arma nesse conflito. Mas quando o tema era obesidade, dislipidemia ou síndrome metabólica a conversa truncava. Alguns verbalizaram como é confuso, para eles, entender a obesidade, distinguir entre ser forte e bonito, ou ser gordo e doente. O conceito de *risco*, tão próprio da perspectiva preventivista biomédica, que controla corpos e mentes, não faz muito sentido nesse contexto, até porque a doença ainda não está presente concretamente em toda sua exuberância, como em outros povos indígenas. Não basta identificarmos a presença de determinados agravos, mas o significado disso para as pessoas. Por outro lado, o fato de realizarmos a avaliação antropométrica, o rastreamento dos casos de DCNT e conversarmos sobre essas doenças, tem sido um processo interessante e potente para desacelerar o adoecimento. Essas reflexões acionam estratégias de cuidado e prevenção de doenças entre os Khisêdjê, aproximando-as das causalidades auferidas às restrições de dieta e regras de comportamento bastante familiares ao grupo. Ao longo do tempo, essas intervenções participativas propiciaram o enfrentamento

efetivo de problemas como a desnutrição, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, entre outros problemas de saúde que têm, como pano de fundo, a relação entre os Khisêdjê e a sociedade envolvente e as consequentes mudanças no modo de viver e se alimentar. Nesse sentido, é possível implementar estratégias coletivas, com base em metodologias participativas e/ou colaborativas, *articulando saberes e sentidos* para tomadas de decisão criativas para um efetivo enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis. Considerando a pergunta da pesquisa: “Como os Khisêdjê percebem e incorporam as mudanças no seu modo de viver, trabalhar, comer e como interpretam as novas doenças?” e as diferentes aproximações colocadas ao longo dos capítulos, é possível afirmar que, entre os Khisêdjê, há percepção do risco e do perigo que representam as novas doenças, as doenças crônicas não transmissíveis, e sua relação com a mudança no modo de viver, comer e adoecer. Percebem uma associação clara em relação aos alimentos industrializados, dos não indígenas, como produtores de doença.

Partimos de uma pergunta acerca das doenças crônicas, sobre um processo que nós temos acompanhado e identificamos como problema a ser enfrentado por esses povos. Associamos essas doenças às mudanças no modo de viver e se alimentar, bem como à ocidentalização da vida. Trabalhar sob a perspectiva da nossa medicina, o que nos chama atenção no perfil epidemiológico de determinada população, não significa necessariamente que essa população prioriza o problema. O diálogo entre os saberes foi importante para ele mesmo mobilizar processos de reversão e cura de muitos problemas de saúde, como a desnutrição e o uso abusivo de álcool e outras drogas. Tirar os problemas da paisagem e se debruçar sobre eles a partir de diferentes pontos de vista é muito apreciado pelos Khisêdjê e propicia o seu enfrentamento. Eles nos trouxeram outras questões e preocupações diante das mesmas mudanças. Na verdade, eles consideram essas novas doenças como uma consequência de outra questão maior, que voltada à relação colonizador X colonizado entre as sociedades, uma relação de dominação e dependência entre as sociedades indígenas e a sociedade nacional.

A compreensão da situação de fome e/ou segurança alimentar entre os povos indígenas passa por uma abordagem participativa capaz de captar as suas vulnerabilidades e as estratégias que têm sido utilizadas por eles para lidar com o problema. É preciso repensar os instrumentos e indicadores relacionados a esse

tema, considerar o uso, o manejo e as ameaças presentes nos territórios e seu entorno. Alternativas possíveis podem ser a ampliação de uma a rede de informações sobre a realidade de oferta de alimentos industrializados e/ou multiprocessados nos vilarejos e municípios vizinhos das áreas indígenas, a verificação da presença dos desertos alimentares na região e a construção coletiva de políticas públicas mais adequadas – culturalmente sensíveis, ambientalmente sustentáveis e participativas.

Agregando elementos provenientes de outros povos, indígenas e não indígenas, a partir de novas informações e o aparecimento de outros atores, os Khisêdjê têm construído uma rede de autoatenção, um mapa de cuidado, produzindo outros caminhos em seu itinerário terapêutico, ampliando suas possibilidades com a abordagem da biomedicina. Debruçarmos-nos sobre esse território, o conhecimento desse mapa de cuidado, de saberes e formas de atenção, nos orienta para intervenções mais eficientes com a implicação de todos os sujeitos envolvidos no processo de adoecimento, tratamento e cura.

Sobre esse processo de construir uma rede a partir de diferentes formas de atenção à saúde Langdon, em seu texto *sobre os diálogos da antropologia com a saúde*, nos traz a seguinte reflexão, referindo-se à Menéndez:

Menéndez defende que a pesquisa etnográfica centrada nos sujeitos e grupos sociais revela a forma pela qual esses diferentes modelos de atenção se articulam nos itinerários terapêuticos individuais, nos quais muitas vezes aparecem combinadas práticas terapêuticas e noções sobre saúde/doença que em outras instâncias são definidas como antagônicas ou excludentes. Através dos atores sociais, que se inserem em redes de trocas de conhecimentos, constroem-se influências mútuas entre diferentes modelos de atenção à saúde. Desta maneira, as práticas e concepções a respeito de saúde/doença são construídas e reconstruídas num processo contínuo, dando lugar à emergência de novos modelos de atenção (LANGDON, 2014p. 1026).

Pensar novos modelos de atenção à saúde, partindo do entrelaçamento de concepções e práticas, me parece uma estratégia eficaz. Essa perspectiva percorreu todo esse trabalho e vai ao encontro do campo da saúde coletiva, conforme a delimitação proposta por Paim e Almeida Filho (1998), à medida que estudam o fenômeno saúde/doença a partir das doenças crônicas enquanto processo social; investigam a produção e distribuição das doenças crônicas, associando-as às mudanças no modo de viver, comer e trabalhar; analisam o mapa de cuidado e os circuitos traçados em busca do tratamento e cura; percebem, escutam e valorizam

as formas com que o povo identifica seus problemas e necessidades, como os explica e como se organiza para enfrentá-los.

Enquanto campo de conhecimento, a saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrenta-los (PAIM, 1998, p. 309).

Toda a investigação teve como referência a *pesquisa participante* (WALLERSTEIN, 2018), com a construção coletiva do conhecimento e práticas, socializando e trocando saberes, e elaborando estratégias de enfrentamento dos novos problemas, visando à diminuição da vulnerabilidade e o risco do adoecimento.

Uma das questões-chave nesse processo de comunicação e interlocução é a tradução. O contexto multicultural e multilíngue desses encontros demanda habilidade para interpretação de diferentes linguagens, verbal, corporal, gestual, de lá e de cá. A tradução não pode ser apenas literal, ela guarda uma história de confiança ou desconfiança, de afetos e desafetos. Traduzir passa por reproduzir, interpretar e expressar, e, para isso, é preciso estar aberto para compreender outra estrutura de pensamento e outros modos de ser, de ver o mundo e a vida.

Aprender e apreender durante esses momentos é exercício difícil, é necessário nos despirmos de nossos conceitos e 'pré-conceitos'. O repetir os discursos, as respostas, as perguntas é que traz mais perto este universo, possibilita a troca.

A necessidade de explicitar um problema, debulhá-lo, entendê-lo, conversar sobre ele a partir de vários olhares, em diferentes momentos, com diferentes atores, permite que o incorporem e o legitimem como problema e apontem para possíveis soluções, não mais como expectadores, mas participantes do processo.

Em relação aos desdobramentos dessa investigação, é possível pensar em duas vertentes. Uma delas está relacionada com a experiência da atenção diferenciada, no contexto do subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas (SASISUS) e a produção de conhecimento e prática no campo da saúde coletiva com explicações para os processos saúde – adoecimento – intervenção e produção de práticas de promoção e prevenção de doenças, como propõe Campos (2000):

Qual seria o núcleo da saúde coletiva? O apoio aos sistemas de saúde, à elaboração de políticas e à construção de modelos; a produção de explicações para os processos saúde/enfermidade/intervenção; e, talvez seu traço mais específico, a produção de práticas de promoção e prevenção de doenças (p. 225).

Os resultados desse trabalho podem auxiliar no conhecimento dos determinantes socioculturais relacionados às doenças crônicas não transmissíveis, dar pistas para a confecção de políticas públicas mais adequadas que considerem a especificidade dos povos indígenas.

Para isso, é preciso desenvolver uma boa escuta entre os gestores, profissionais de saúde, usuários e comunidade, promovendo espaços de compartilhamento e valorizando o protagonismo dos usuários, no caso dos indígenas.

A outra vertente se refere ao envolvimento e implicação dos sujeitos na produção da saúde, na prevenção e na possibilidade de modificar o rumo destas novas doenças, bem como com a tomada de decisões coletivas do Povo Khisêdjê e a possibilidade de escolhas diante da relação de dependência da sociedade envolvente, agregando informações sobre as regras dos alimentos da cidade, sobre as novas doenças, no sentido de aumentar sua segurança e soberania alimentar e desacelerar o processo de adoecimento pelas novas doenças.



Fonte: KHISÊDJÊ, Kamikiá (Entardecer na Aldeia Khikátxi, 2021).



**Figura 41. Entardecer na Aldeia Khikátxi, 2021.**

A busca do equilíbrio e reordenação é ininterrupta como o acolhimento da desordem por meio destes personagens limítrofes, como líderes, cantadores ou rezadores, guiando o coletivo nos momentos de mudança e transformação.

*Estamos aí, qualquer coisa a gente vai continuar conversando, tirando dúvida, como é essa mudança, realmente é uma preocupação, mas a gente tem que saber viver no meio de tudo, dos problemas, de mudança, não só da comunidade, eu acho que essa mudança vem de cima para afetar todos nós, mas para ficar firme, a gente tem que sempre, reunir todo mundo junto e fazer alguma coisa juntamente, eu acho que facilita muito, agora individualmente a gente não consegue nada, a gente cada vez mais em um caminho, assim, caminho que não deveria ter, naquele caminho, e todo mundo junto, mesmo que talvez a gente errando alguma coisa, a gente tem que todo mundo assumir, todo mundo caminhando no mesmo rumo, a ideia, decisão, para continuar ficar firme, forte, é a nossa decisão, nossa organização, eu acho que isso é a coisa mais importante que a gente não pode nem deixar (K.S. Suya).*

Em 1978, Seeger já antevia esse movimento de “transformação” – ao descrever um momento, entre os Khisêdjê, de negociações com fazendeiros e outros atores do entorno para além dos postos administrativos do Xingu.

Os Suyá não são atraídos pela ideia de trabalhar nas fazendas, mas estão interessados em negociar com eles em suas próprias condições. Os Suya têm medo da possibilidade de “tornarem-se brancos”, e, apesar de que nesse momento eles não trocariam a vida da aldeia por esta possibilidade, ela é uma nova opção que eles percebem como sendo sua [...]. Uma sociedade pode apresentar facetas muito diferentes de si mesma para a observação em dois tempos relativamente próximos... A predição do futuro da identidade étnica de um grupo é sempre incerta por causa de sua independência em uma arena social mais ampla. Eu não estou seguro para que direção os Suya se desenvolverão a curto prazo. Eles veem uma série de opções, a escolha entre elas depende em grande parte da continuação da inviolabilidade de suas terras e do futuro do Parque Indígena do Xingu [e da Terra Indígena Wawi] (SEEGGER, 1980 p. 168, 171).

Eles mantêm o chão de areia para os desenhos, sonhos e ideias...

A aldeia circular, captando o movimento de ondas que chegam da cidade, compõem novos códigos como “*khumba*” – o movimento de *ouvir, compreender e saber*.

O futuro, o ritmo e o modo como as mudanças vão afetar o povo Khisêdjê vai depender dos interlocutores de lá e de cá, da criatividade no enfrentamento diante

dos novos problemas e da permanência dos laços e compromissos coletivos entre eles. Seguimos acompanhando e compartilhando.



Fonte: MENDONÇA, Sofia. (Oficina de Culinária entre os Khisêdjê 2011).

**Figura 42. Oficina de culinária entre os Khisêdjê, 2011.**

Canto do menino, filho do K.S.... Neto do N.S.Suya.

[https://www.youtube.com/watch?v=xQye-a6\\_YOk](https://www.youtube.com/watch?v=xQye-a6_YOk) vídeo

Hwajêtxi Khisêdjê, neto do N.S.Suyá, nasceu em 2007 na aldeia Ngôjhwêrê, TI Wawi/MT. Crescendo junto ao seu pai e família, desde pequeno sempre acompanhou seu pai nas festas para participar e dançar, também na escola estuda a cultura e cantos e é vencedor de todas festivais de músicas Khisêdjê na aldeia. Com ideia de valorizar para não perder cultura. Akhia é um canto típico do povo Khisêdjê, pode ser cantada por crianças adultos e mais velhos. Vídeo: AIK Produções Imagem e edição: Kamikia Khisêdjê.

## **9 CODA<sup>46</sup> MIMETIZANDO PARA SE DIFERENCIAR: UMA CONVERSA COM AILTON KRENAK**

Palavras-Chave: Saúde; Doença; Transformação.

<sup>46</sup> CODA – Seu significado simbolicamente em música é “seção conclusiva de uma composição (sinfonia, sonata etc.) que serve de arremate à peça”.

Convidei Ailton Krenak para participar de minha qualificação sobre a presente a tese de doutoramento em saúde coletiva “Mudança e Permanência no modo de viver, comer e adoecer entre os Khisêdjê: tecendo novos significados”. A arguição de Ailton Krenak foi o ponto de partida desta conversa. Depois de transcrita a fala de Ailton, revisei o material com algumas reflexões e perguntas. A partir daí a construção foi coletiva e reproduzida aqui: mais que uma entrevista formal, um registro de afetos, encontros e conversas.

**Você poderia falar um pouco sobre esse convite que fizemos para uma conversa sobre as transformações no modo de viver, comer e adoecer dos Khisêdjê?**

Eu agradeço a oportunidade de estar aqui com vocês e [a oportunidade] de diálogo. Esse convite mais afetivo do que qualquer outra motivação. E eu não posso deixar de declarar o meu cuidado de refletir sobre outro povo, sobre os parentes Khisêdjê, reverenciando o lugar de onde eles vivem a experiência deles. Não é muito comum para nós, pessoas de diferentes povos, apreciar processos que envolvem outro contexto e outra história de vida de um povo parente nosso. Tem um resguardo com relação a isso. Eu peço então essa licença para aceitar o convite e olhar de perto a trajetória que esses nossos parentes estão vivendo nos últimos, sei lá, 50, 60 anos, que está bem demarcado no Projeto dessa Pesquisa. Eu vejo como uma possibilidade de identificar, com eles, os pontos mais sensíveis dessa tremenda invasão de mundos que eles, a semelhança de outros povos, estão sofrendo.

**Nas terras Indígenas do Xingu, em diferentes povos e aldeias, o grande tema é a mudança ou transformação percebida pelos indígenas no modo de viver, comer e adoecer, e de como isso afeta suas vidas. Diante disso, nos perguntávamos: Como as novas doenças entraram neste cenário (diabetes mellitus ou hipertensão, por exemplo)? Houve uma associação entre as mudanças e o surgimento das doenças?**

Mesmo quando nós observamos que isso acontece em relação às novas doenças, afeta todo mundo, afeta gente do planeta todo, do mundo todo e a própria Terra está passando por essa violência. O Álvaro Tucano fez um comentário outro dia dizendo que ele foi visitar o pai dele no Rio Negro. Depois, quando ele voltou de

lá, ele sentiu que a Terra estava podre. Aí eu fiquei pensando: que coisa é essa de a Terra estar podre?

Vocês sabem que o nosso Pajé Yanomami, Davi Kopenawa, está sempre chamando atenção para o estado de febre da Terra. Se os Khisêdjê, assim como os Yanomami, os Krenak e os Guarani, têm essa filiação com a Terra – uma filiação, uma coisa que não se distingue um corpo do outro. Então, se o corpo da Terra está com febre, o corpo dos filhos da Terra, de alguma maneira, também está afetado.

**Queríamos pensar um pouco nos conceitos como a fome ou a sede. Na nossa experiência, nas aldeias a sede era mais importante do que propriamente a fome, pois a falta se fazia na sede. Como pensar de outro modo a sede e a fome?**

Na problematização que a Sofia [no *Projeto de Pesquisa Mudança e Permanência no modo de viver, comer e adoecer entre os Khisêdjê: tecendo novos significados*] elegeu para abordar com os Khisêdjê, na qual descreve o quadro que eles estão passando, eu vi a possível verbalização por eles do estado da Terra. Eles estão falando muito mais da doença da Terra. Essa é a sede da Terra. Quem tem sede é a Terra. A Terra está ficando com sede e os filhos da Terra estão refletindo isso. E essa coisa da ideia de fome e sede, que tem uma poética nessa percepção, ela tem a ver com a mentalidade deles acerca de tudo que esse mundo, digamos branco, que esse mundo branco traz.

As tecnologias, essa capacidade de remover a floresta, de predar o mundo, elas estão afetando diretamente a subjetividade das nossas famílias em diferentes lugares e, mesmo quando nós percebemos amostras de períodos de carência, onde não tem comida, onde diminuiu a caça, onde diminuiu a pesca, parece que isso é só um sinal visível de outras mudanças profundas que estão afetando o *ethos* mesmo, afetando a própria ideia de ser.

Acredito que o que te deu base para propor essa estrutura da pesquisa já revela uma capacidade deles, de ação contra o mundo externo. Eu fico muito animado com a perspectiva dessa pesquisa-ação sendo feita junto: dá a eles força, estímulo para que eles ponham em ação a potência que eles têm de lidar com isso. E, entendendo que, na verdade, se essa pesquisa é motivada pelo campo, digamos, do cuidado com a saúde, ela toca em questões que são muito amplas. Ela toca na própria questão da invasão que esses povos vêm sofrendo: a crescente invasão – a

corda aperta cada vez mais e a maneira mais visível dela é o território sendo estrangulado. Esses povos demonstram uma capacidade absurda de resolução, porque [imaginem!] qualquer outro povo invadido por um tempo tão prolongado e em um aperto que não cede.

**O que essa invasão provoca? Para onde leva esse “afetar a subjetividade” que você mencionou?**

Quando eles falam [os Khisêdjê] que estão virando brancos, eles estão repetindo o que eu tenho escutado de muitas outras bocas, dos parentes dizendo: “nós estamos virando brancos”. Mas, virar branco, às vezes, é uma estratégia também, porque se você se confundir com a paisagem pode ser uma maneira de atravessar um longo período de caos mesmo, de flagelo e se reconstituir dentro dessa *mimesis*. Quando você faz e lá na frente você vai se reconstituir de novo. Se os Khisêdjê têm essa capacidade de se transformar – e eles têm demonstrado isso ao longo do tempo – eles podem estar mergulhando na transformação agora para escapar do risco mais eminente de uma perda do horizonte onde eles são o que são.

É uma capacidade maravilhosa de regeneração, de superação do aperto. É, também, uma afirmação radical da ideia de que eles estão aqui presentes no mundo entre nós, sabem onde estão e são capazes de identificar o perigo. Algumas das nossas famílias que não conseguiram manter essa vigilância sucumbiram em períodos muito mais curtos. Ficaram rendidos com relação à dieta alimentar. O pacote da dieta daqui de fora entrou de uma maneira tão intensa que substituiu tudo. Que bom que eles estão despertos para essa crescente ameaça.

Seria interessante trabalhar a ideia de estar virando branco não como uma perda, como um risco, mas, como uma capacidade de fazer aquilo que as plantas e os animais fazem quando eles precisam desaparecer por um tempo e aparecer de novo em outro lugar.

**Você poderia falar mais sobre este “virar branco”?**

Eu acho que eu fiz um comentário bem difuso, nada preciso, mas, que expressa o meu sentimento com relação a um estudo tão importante. Se a gente tivesse mais gente com capacidade de acompanhar processos em diferentes contextos. Esse estudo incidindo sobre uma região como o Xingu, ele é muito importante, porque ele tem referência para muitos outros povos que estão naquele

mesmo contexto. E nós não sabemos de gente que está vivendo em outros contextos, por exemplo, a pessoa que está vivendo no cerradão, pessoal que está vivendo lá no Nordeste, que passa, também, pelas transformações de todo um contexto de vida e que tem que dar um jeito de continuar a ser o que são. Parece que essa coisa de virar branco, em alguns momentos, é a única maneira de continuar sendo quem são.

Lembrando aquele lema que animou a nossa organização de movimentos indígena nas décadas de 1970, 1980, que era “*eu posso ser quem você é, sem deixar de ser quem eu sou*”. Então parece que esse mantra está presente em diferentes momentos da nossa fricção com o mundo do Ocidente que é a acachapante. Têm horas que, ou você mimetiza ou você é engolido. Me parece que apreciar e valorizar tudo que parecer risco, que eles estão mostrando, olhar isso como potência, como capacidade deles de alarme contra a invasão, é muito interessante.

**Em conversas com as mulheres Khisêdjê, elas relataram que a forma de nascer mudou. Certa vez, ouvimos: “As mulheres estão indo para a cidade para ter seus filhos, isso mudou. Ninguém está cuidando disso agora. Ninguém mais está fazendo o mingau para a mãe tomar quando ganha a criança. Essa regra está se perdendo. Tem a dieta certa para comer. Só pode comer cará, não pode comer peixe por dois meses. Isso a gente está perdendo. Porque agora a criança não está nascendo na aldeia, a mulher vai para a cidade para ter o seu filho”. Diante desse depoimento que nos tocou muito, perguntamos: Essas mudanças constituem novos modos de construir o corpo?**

As mulheres, com essa maravilhosa capacidade de perceberem as ameaças sobre a maneira de ter os filhos, sobre a concepção, sobre as ameaças de sair para ter os filhos, no sistema de atendimento da saúde aqui fora. Porque o jeito de nascer vai ser muito determinante para o jeito de ser e viver depois. Talvez mais do que o de comer, o jeito de nascer. Porque a gente observou que as crianças que nascem fora (que nascem no atendimento de urgência) não caem. Essas crianças que não caem e que são impedidas de ter todo o cuidado que a medicina tradicional dos Khisêdjê dá a seus filhos e que é a primeira fabricação de gente. Se tem esse corte,

ele deve comprometer muito mais o caminho todo da vida do que qualquer outra coisa que acontece depois.

É maravilhoso que as crianças, que os corpos que vêm, que a nave deles possa entrar nessa galáxia aqui com toda equipagem dela. Porque, se ela entra já sem capacete, já sai traumatizada. E como é que você vai decifrar depois todo o resto do percurso se você não está mais com a necessária proteção para lidar, por exemplo, com a chamada doença?

### **De que traumas ou enfermidades estamos falando?**

Eu acho que está muito bem percebida a ideia de doença – não tem um fantasma da doença. A entrada dos agravos: cada um deles já consegue (...) eles ainda conseguem e seguem com capacidade de identificar o que é uma entrada do açúcar, do sal, da gordura. Essa coisa de perceber que o sal, a gordura e o açúcar, essas coisas, também são entidades. Entidades. São entidades que podem ser cuspidas, sopradas, atiradas com a mão. Essa leitura dos agravos como partes das assombrações, dos fantasmas que podem ser manipulados, é uma coisa que dá uma potência muito especial para abordagem deste estudo com as mulheres. Os homens, os jovens que já estão integrando as equipes de saúde podem retomar o controle da nave. Considerando que eles vão continuar circulando, não vão ficar parados (e isso é maravilhoso também). Porque se a gente estivesse pensando em um povo sedentário, pessoal que fica num lugar, eles estariam muito mais sujeitos a perder a autonomia de território e do próprio corpo.



Fonte: MELLO, Hélio (2003).  
**Figura 43. Tawarawana pelos Khisédjé, 2003.**

### Referências bibliográficas

ALBERT, B. O ouro canibal e a queda do céu. Uma crítica xamânica da economia política da natureza (Yanomami). *In*: ALBERT, B.; RAMOS, A. R. (orgs.).

**Pacificando o branco**: cosmologias do contato no Norte-Amazônico. São Paulo: EdUnesp, 2002.

ANJOS, H. N.K.; TOLEDO, M. J. O.; MOTA, L. T.; PREVIDELLI, I. T. S.; ANJOS, A. F.; SARUHASHI, T. R. *et al.* Prevalence of metabolic syndrome among Kangang native Americans in Southern Brazil. **Braz Arch Biol Technol**, n. 54, p. 81-90, 2011.

ATHILA, A. R.; LEITE, M. S. “A medida da fome”: as escalas psicométricas de insegurança alimentar e os Povos Indígenas no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 36,



n. 10, 2020. e00208019.

AZEVEDO, M. *et al.* Análise de Vulnerabilidade Demográfica e Infraestrutural das Terras Indígenas à COVID-19. **Caderno de Insumos**. NEPO – Campinas, 2020.

BALANDIER, G. **O Poder em Cena**. Tradução de Luiz Tupy Caldas de Moura. Brasília; EdUnB, 1982.

BALANDIER, G. **A desordem**: elogio do movimento. Tradução de Susana Martins. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

BARTHA, G. W.; BURCH, T. A.; BENNET, P. H. Hyperglycemia in Washoe and northern Paiute Indians. **Diabetes**, v. 22, n. 58, 1973.

BARUZZI, R. G.; JUNQUEIRA, C. (orgs.). **Parque Indígena do Xingu**: saúde, cultura e história. São Paulo: Terra Virgem Editora, 2005.

BARUZZI, R. G. Do Araguaia ao Xingu. *In*: BARUZZI, R. G.; JUNQUEIRA, C. (orgs.). **Parque Indígena do Xingu**: saúde, cultura e história. São Paulo: Terra Virgem Editora; 2005. p. 59-112.

BENNET, P. H.; BURCH, T. A.; MILLER, M. Diabetes Mellitus in American (Pima) Indians. **Lancet**, n. 2, p. 125, 1971.

BENNET, P. H.; BURCH, T. A.; MILLER, M. The high prevalence of diabetes in the Pima Indians of Arizona, USA. *In*: TSUJI, S.; WADA, M. (eds.). **Diabetes Mellitus in Asia 1970**. Amsterdam: Excerpta Médica, 1971.

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

BRASIL. **Lei nº 11.346**, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília, 2006.

Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm).

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca**: a FUNASA nos 10 anos de saúde indígena. Brasília: FUNASA/MS, 2009.

BRASIL, M. S. Pandemia da COVID-19 na vida dos Povos Indígenas Vukápanavo. **Revista Terena**, Mato Grosso do Sul, out./Nov. 2020. ISSN: 2596-2426.

BRASIL. **Lei nº 9.836**, de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 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. Brasília (DF): Casa Civil, 1990.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 225, , 2000.

CARDOSO, A. M. *et al.* Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população Guarani-Mbya do Estado do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, v. 17, n. 2, p. 345-354, 2001.

CARVALHO, J. J.; BARUZZI, R. G.; HOWARD, P. F.; POULTER, N.; ALPERS, M. P.; FRANCO, L. J.; MARCOPITO, L. F.; SPOONER, V. J.; DYER, A. R.; ELLIOTT, P.; STAMLER, J.; STAMLER, R. Blood Pressures in Four Remote Populations in the INTERSALT Study. **Hypertension**, v. 14, n. 3, September 1989.

CECÍLIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. (orgs.). **Os Mapas do Cuidado**: o agir leigo na saúde. São Paulo: Hucitec; Fapesp, 2014.

COHEN, S. M. Diabetes Mellitus among Indians of the American southwest: its prevalence and clinical characteristics in a hospitalized population. **Ann. Int. Med.**, n. 40, p. 588, 1954.

COIMBRA, J. R. *et al.* The Xavante in transition: health, ecology, and bioanthropology in central Brasil. **Human Environment Interactions**. The University of Michigan Press, 2002.

COIMBRA Jr., C. E. A; FLOWERS, N. M.; SALZANO, F. M.; SANTOS, R. V. The emergence of new diseases. In COIMBRA Jr., C. E. A. et al **The Xavante in transition: health, ecology, and bioanthropology in Central Brazil**. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2004. p. 243-267.

COIMBRA Jr., C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (orgs). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 2005. ISBN: 85-7541-022-9. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 10 mar. 2019.

DAL FABBRO, A. L.; FRANCO, L. J.; SILVA, A.; SARTORELLI, D. S.; SOARES, L. P.; FRANCO, L. F. *et al.* High prevalence of type 2 Diabetes mellitus in Xavante Indians from Mato Grosso, Brasil. **Ethnicity & Disease**, v. 24, p. 35-39, 2014.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata**, URSS, 6-12 de setembro de 1978. 1978.

DESLANDES, S. F. *et al.* **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

DOEBLIN, T. D.; EVANS, K. G. B.; DOWLING, K.; CHICOLTE, M. E.; ELSEA, W.; BANNERMAN, R. M. Diabetes and hyperglycemia in Seneca Indians. **Hum. Hered.**, n. 19, p. 613, 1969.

DOEBLIN, T. D.; EVANS, K.; INGALL, G.; FROHMAN, L. A.; BANNERMAN, R. M. Diabetes in north American Indians: the Senecas, **Diabetologia**, n. 5, p. 203, 1969.

DOUGLAS, M. **Pureza e Perigo**. Rio de Janeiro: Edições 70, 1991. (Coleção Perspectivas do Homem)

DREVETS, C. C. Diabetes Mellitus in Choctaw Indians. **J. Okla. Med. Ass.**, n. 58, 1965.

EBIA. Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. **Estudo Técnico nº. 01/2014**. EBIA: análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional, 2014.

FAGUNDES U, KOPELMAN B, OLIVA CAG, BARUZZI RG, FAGUNDES NETO U. Avaliação do estado nutricional e da composição corporal das crianças índias do Alto Xingu e da etnia Ikpeng. **J. Pediatria (RJ)**. 2004; 80: 483-9.

FASANELLO, M. T.; JÁ, N.; PORTO, M. F. S. Metodologias colaborativas não extrativistas e comunicação: articulando criativamente saberes e sentidos para a emancipação social. **RECLIS Ver. Eletron Comum Inf Inov Saúde**, v. 12, n. 4, out.-dez. 2018.

FELLOWS, Martha *et al.* Under-Reporting of COVID-19 Cases Among Indigenous Peoples in Brazil: A New Expression of Old Inequalities. *In*: LORT-GIMENEZ, L. (ed.). **Frontiers in Psychiatry**, 2021. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.638359/full>.

FERREIRA, L. O. Interculturalidade e Saúde Indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. *In*: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. (orgs.). **Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: EdUFSC, 2015.

FIOCRUZ. Vulnerabilidades, impactos e o enfrentamento ao Covid-19 no contexto dos povos indígenas: reflexões para a ação. **Fiocruz**, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/observatorio-Covid-19..>

FIOCRUZ/MS. Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. **Relatório Final (Análise dos dados) nº 7**. Rio de Janeiro: FUNASA/MS; ABRASCO; Banco Mundial, 1 dez. 2009.

FONTÃO, M. A. B.; PEREIRA, E. L. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. **Interface**, Botucatu, v. 21, Supl. 1, p. 1169-1180, 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, P. **Extensão ou Comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FRENK J.; FREJKA, J. L. *et al.* La Transición Epidemiológica na América Latina. **Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana**, n. 111, p. 485-496, 1991.

GARNELO L.; PONTES, A. L. (orgs.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

GIMENO, S. G. A. *et al.* Perfil metabólico e antropométrico de índios Arauák: Mahináku, Waurá e Yawalapití, Alto Xingu, Brasil Central, 2000/2002. **Cad. Saúde Pública**, n. 23, p. 1946-1954, 2007.

GIMENO, S. G. A. *et al.* Cardiovascular risk factors among Brazilian Karib Indigenous peoples: Upper Xingu, Central Brazil, 2000-3. **J. Epidemiol Community Health**, n. 63, p. 299-304, 2009.

HEMMING, J. A Pax Xinguana. Primeiro Capítulo. *In*: BARUZZI, R. G.; JUNQUEIRA, C. (orgs.). **Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história**. São Paulo: Terra Virgem, 2005. p. 25-47.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Departamento da População e Indicadores Sociais. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 1999.

INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. INESC. **Mapa da fome entre os povos indígenas no Brasil: contribuição à formulação de políticas de segurança alimentar sustentáveis**. Brasília, DF: INESC, 1995.

INTERSALT Cooperative Research Group. INTERSALT: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. **BMJ**, v. 297, n. 6644, p. 319-328, 1988.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. ISA. ALMANAQUE SOCIOAMBIENTAL. **Parque Indígena do Xingu: 50 anos**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2011.

JOHNSON, J. E.; McNUTT, C. W. Diabetes Mellitus in an American Indian population isolate. **Tex. Rep. Biol. Med.**, n. 22, p. 110, 1964.

JUNQUEIRA, C. Pajés e Feiticeiros. **Estudos Avançados**, v. 18, n. 52, p. 289-302, 2004.

JUNQUEIRA, C. Dinâmica Cultural. **Revista de Estudos e Pesquisas**, FUNAI, Brasília, v. 1, n. 1, p. 205-239, julho 2004.

KNOWLER, W. C.; BENNET, P. H.; HAMMAN, R. F.; MILLER, M. Diabetes incidence and prevalence in Pima Indians: a 19 – Fold greater incidence than in Rochester, Minnesota. **American Journal of Epidemiology**, v. 108, n. 6, 1978.

LAGROU, E. **Nisun: A vingança do povo morcego e o que ele pode nos ensinar sobre o novo coronavírus**, 2020. Disponível em: <https://blogbvps.wordpress.com/2020/04/13/nisun-a-vinganca-do-po%E2%80%A6-ele-pode-nos-ensinar-sobre-o-novo-corona-virus-por-els-lagrou/>.

LANGDON, E. J. Representação de doenças e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. *In*: SANTOS, R. V.; COIMBRA Jr., C. **Saúde e Povos Indígenas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 115-142.

LANGDON, E. J. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. *In*: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (orgs.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contracapa; ABA, 2004.

LANGDON, E. J. A Construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. *In*: BARUZZI, R. G.; JUNQUEIRA, C. (orgs.). **Parque Indígena do Xingu**: saúde, cultura e história. São Paulo: Terra Virgem, 2005. p. 115-134.

LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência & saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1019-1029, 2014.

LAPLANTINE, F. **A descrição etnográfica**: A pesquisa e seus métodos. São Paulo: Terceira Margem, 2004.

LEITE, M. S.; SANTOS, R. V.; GUGELMIN, V. E. R.; COIMBRA Jr., C. E. A. Crescimento físico e perfil nutricional da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, n. 22, p. 265-276, 2006.

LÉVI-STRAUSS, C. A Eficácia Simbólica. *In*: LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia Estrutural**. São Paulo: Cosac Naify, 2008.

LOURENÇO, A. N. P. *et al.* Nutrition transition in Amazonia: obesity and socioeconomic change in the Suruí Indians from Brazil. **Am J Hum Biol**, n. 20, p. 564-571, 2008.

MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo: Ed. Abril, Série Os Pensadores, 1984.

MAZZUCCHETTI, L. *et al.* Incidência de síndrome metabólica e doenças associadas na população indígena Khisêdjê do Xingu, Brasil Central, no período de 1999-2000 a 2010-2011. **Cad. Saúde Pública**, 2014.

MENDES, A. M. *et al.* O desafio da atenção primária em saúde indígena no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, n. 42, 2018.

MENDONÇA, S. Saúde Indígena: distâncias que aproximam. **Cadernos Humaniza SUS**, Brasília, v. 2, Atenção Básica; série B. Textos Básicos de Saúde, 2010.

MENDONÇA, S. B. M. O Agente Indígena de saúde no Parque Indígena do Xingu: reflexões. *In*: BARUZZI, R. & JUNQUEIRA, C (Org). **Parque Indígena do Xingu**: Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem, 2005.

MENDONÇA, S. B. M. *et al.* Modelo de atenção à saúde indígena: o caso do DSEI Xingu. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, Sup 3, 2019. e00008119.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.

MENÉNDEZ, E. L. **Sujeitos, saberes e estruturas**: Uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2009.

MERHY, E. E. Em busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho em busca da qualidade das ações de saúde). *In*: CECÍLIO, L. C. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. **et al. O Trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

MINAYO, M. C. S. Construção da identidade da antropologia na área da saúde: o caso brasileiro. *In*: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (orgs.). **Antropologia da saúde**: traçando identidade e explorando fronteiras [online]. Rio de Janeiro: EdFIOCRUZ; Relume Dumará, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAIS, MB, FAGUNDES NETO, U, MATTOS AP, BARUZZI RG, Estado nutricional de crianças índias do Alto Xingu em 1980 e 1992 e evolução pondero-estatural entre o primeiro e quarto anos de vida. *Cad. Saúde Pública*, 2003; 19(2): 543-50

MOURATOFF, G. J. *et al.* Diabetes Mellitus in Eskimos. **JAMA**, n. 199, p. 107, 1967.

MOURATOFF, G. J. *et al.*: Diabetes Mellitus in Athabaskan Indians in Alaska. **Diabetes**, n. 18, p. 29, 1969.

NEEL, J. V. Genetic aspects of ecology of disease in the American Indian. *In*: SALZANO, F. M. **The ongoing evolution of Latin American populations**. Springfield: Thomas, 1971. p. 575.

NISWANDER, J. P. Some special medical problems of Indians populations. Discussion on diabetes. Biomedical challenges presented by the American Indian. **WHO**, Pan Amer. Hlth Org. Publ., 1969.

OLIVEIRA, J. P. Fome, Terra e Cidadania Indígena. *In*: VERDUM, R. (org.). **Mapa da Fome**, 1995.

OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da Saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 929-936, 2009.

OLIVEIRA, U. **Modelagem da vulnerabilidade dos povos indígenas no Brasil ao Covid-19**, 2020.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma 'nova saúde pública' ou campo aberto a novos paradigmas? **Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M. M.; SANTOS, R. V. (orgs.). **Demografia dos povos indígenas no Brasil** [online], Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. ISBN: 85-7541-056-3. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 10 mar. 2019.

PAGLIARO, H.; MENDONÇA, S.; BARUZZI, R. Fecundidade e saúde reprodutiva das mulheres Suya (Khisêdjê): aspectos demográficos e culturais. **Caderno CRH**, Salvador, v. 22, n. 57, p. 479-491, set./dez. 2009.

PONTES, A. L. M.; REGO, S.; GARNELO, L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3199-3210, 2015.

PEDRANA, L. *et al.* Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, n. 42, p. 178, 2018.

RELATÓRIOS dos Encontros de Mulheres Xinguanas, 2006 a 2010. Projeto Xingu/UNIFESP.

RELATÓRIOS do Curso de Formação de Agentes Indígenas de Saúde – médio, baixo e leste Xingu – de 2005 a 2011. Projeto Xingu/UNIFESP.

RIBAS, D. L. B.; LEITE, M. S.; GUGELMIN, S. Perfil nutricional dos povos indígenas do Brasil. *In*: BARROS, D. C.; SILVA, D. O.; GUGELMIN, S. (orgs.). **Vigilância alimentar e nutricional para a saúde Indígena** [online]. Vol. 1. Rio de Janeiro: EdFIOCRUZ, 2007. p. 211-235. ISBN: 978-85-7541-587-0. Disponível em: doi: 10.7476/9788575415870.010.

RODRIGUES, D.; MENDONÇA, S. **Relatório de Atividades do Convênio UNIFESP/FUNASA**. São Paulo: EdUNIFESP, 2009.

RODRIGUES, D.; MENDONÇA, S. B. M. Velhas e Novas Ameaças no Xingu. *In*: RICARDO, B & RICARDO F. **Povos Indígenas no Brasil 2011-2015**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2017. p. 585-590.

RODRIGUES, D. *et al.* **Atenção Diferenciada em Saúde Indígena**: considerações iniciais. Texto de apoio para as Disciplinas e Política de Saúde e Antropologia e Saúde do Curso de Especialização em Saúde Indígena – EaD, UAB/UNIFESP, 2017.

RODRIGUES, D. **Texto de Apoio para módulo de Vigilância em Saúde**. São Paulo: Projeto Xingu/UNIFESP; Educação Permanente, Saúde Indígena, SPDM, 2018.

RODRIGUES, W.; TELES, M. P. L. Reflexões sobre o programa bolsa família e seus impactos nas populações indígenas. **Revista de Desenvolvimento Econômico – RDE**, Salvador, ano XX, v. 3, n. 41, p. 362-372, 2018.

SAHA, K. B.; SAHA, U. C.; SHARMA, R. K.; SINGH, N. Indigenous and tribal peoples' health. **The Lancet**, v. 388, p. 2, December 2016.

SALVO, V. L. M.; RODRIGUES, D.; PAGLIARO, H.; BARUZZI, G.; GIMENO, S. G. A. Perfil metabólico e antropométrico de índios Suyá. Parque Indígena do Xingu, Brasil Central. **Rev Bras Epidemiol**, n. 12, p. 458-468, 2009.

SEEGER, A. **Nature and Culture and their transformations in the cosmology and social organization of the Suya, a Ge-speaking tribe of Central Brazil**. Chicago, Illinois, August, 1974.

SEEGER, A. A identidade étnica como processo: os índios Suyá e as sociedades do Alto Xingu. **Anuário antropológico 78**, Rio de Janeiro: Oliveira, R.C. (Dir.), Tempo Brasileiro, 1980.

SEEGER, A. **Os Índios e Nós: Estudos sobre Sociedades Tribais Brasileiras**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1980. p. 13.

SEEGER, A. **Nature and Society in Central Brazil: The Suya Indians of Mato Grosso**. Massachusetts and London: Harvard University Press, Cambridge, , England, 1981.

SEEGER, A.; MATTA, R.; CASTRO, E. V. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. *In*: OLIVEIRA FILHO, J. P. **Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil**. Rio de Janeiro: EdUFRJ: Marco Zero, 1987. p. 11-29.

SEEGER, A. **Por que cantam os Khisêdjê – uma antropologia musical de um povo amazônico**: Anthony Seeger. Tradução de Guilherme Werlang. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

SEEGER, A. Verbete sobre os Khisêdjê. **Instituto Socioambiental**. Povos Indígenas do Brasil. Disponível em: [https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Kis%C3%AAadj%C3%AA#Localiza.C3.A7.C3.A3o\\_e\\_pleitos\\_territoriais](https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Kis%C3%AAadj%C3%AA#Localiza.C3.A7.C3.A3o_e_pleitos_territoriais).

SEEGER, A. Revisitando o Brasil e o Campo entre os Khisêdjê (Suya). Entrevista. **Mana**, v. 20 n. 1, p. 185-200, 2014.

SEGALL-CORRÊA, A. M. S. *et al.* Relatório técnico. **Acompanhamento e avaliação da segurança alimentar de famílias brasileiras**: validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação (Rural) (Versão preliminar). Campinas: Unicamp, 2004.



SEGALL-CORRÊA, A. M. S. *et al.* **Projeto**: acompanhamento e avaliação da segurança alimentar em famílias brasileiras: validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde, 2003. (Relatório Técnico)

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARIN-LEON, L. A segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da escala brasileira de medida da insegurança alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. **Segur. Aliment. Nutr.** [online], v. 16, n. 2, p. 1-19, 2015. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8634782>. Acesso em: 20 jun. 2021.

SOARES, L. P. *et al.* Prevalence of Metabolic Syndrome in the Brazilian Xavante indigenous population. **Diabetology & Metabolic Syndrome**, n. 7, p. 105, 2015.

SOUZA, J. C. **Os Pré-Socráticos**: fragmentos, doxografia e comentários. São Paulo: Nova Cultural Ltda., 1996.

TEIXEIRA, C. C.; SILVA, C. D. Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação. **Anuário Antropológico** [Online, 2013.

TRONCARELLI, L. T. **Do Conditional cash transfers from the Bolsa Família program affect the subsistence practices and consumption of the Khisêdjê indigenous people?** 2017. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciência Ambiental, Universidade de São Paulo, São Paulo.

VARGAS, L. C. *et al.* Segurança Alimentar e Nutricional entre os Guarani Mbya da Aldeia Boa Esperança, Aracruz, Espírito Santo, Brasil. **RASBRAN – Revista da Associação Brasileira de Nutrição**. São Paulo, SP, ano 5, n. 1, p. 5-12, jan.-jun. 2013. ISSN 1983-3164 | ISSN 2177-7527 (online).

VERDUM, R. Mapa da Fome entre os Povos Indígenas: uma contribuição à formulação de políticas de segurança alimentar no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 9, n. 1), p. 129-162, mar. 2003.

VIEIRA FILHO, J. P. B. O diabetes Mellitus entre os índios dos Estados Unidos e os do Brasil. **Revista De Antropologia**, v. 21, n. 1), p. 53-60, 1978. <https://doi.org/10.11606/2179-0892.ra.1978.131333>.

WALLERSTEIN, N. Prefácio. *In*: TOLEDO, R. F. *et al.* (orgs.). **Pesquisa Participativa em Saúde**: Vertentes e Veredas. São Paulo: Instituto de Saúde, 2018. p. 11-26.

WELCH, J. R.; FERREIRA, A. A.; SANTOS, R. V.; GUGELMIN, S. A.; WERNECK, G.; COIMBRA Jr., C. E. A. Nutrition Transition, Socioeconomic Differentiation, and Gender Among Adult Xavante Indians, Brazilian Amazon. **Hum Ecol.**, v. 37, n. 1, p. 13-26, 2009.

WEST, L. M. Diabetes in American Indians and other native populations of the New World. **Diabetes**, n. 23, p. 841, 1974.

YUYAMA, L. K. O. Percepção e compreensão dos conceitos contidos na Escala Brasileira de Insegurança Alimentar em comunidades indígenas no estado do Amazonas, Brasil. **Rev. Nutr., Campinas**, 21(Suplemento), p. 53s-63s, jul./ago. 2008

## APÊNDICES

### Apêndice I – Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo CEP/UNIFESP sob o CAAE 83642818.8.0000.5505 com Parecer de número 2.531.662, em São Paulo, dia 7 de março de 2018; e aprovado pelo CONEP com o Parecer de número 2.733.501, em Brasília, dia 25 de junho de 2018. A pesquisa fez parte de um estudo mais amplo “Novos problemas de saúde: avaliação do perfil nutricional e metabólico dos índios do Parque Indígena do Xingu”, aprovado pelo CEP/UNIFESP sob o número 0140.0088.02/2017 CONEP sob o CAAE: 65147817.4.0000.5505 e número do parecer: 2.185.654.

Os resultados podem auxiliar no conhecimento dos determinantes socioculturais relacionados às doenças crônicas não transmissíveis, dar pistas para a confecção de políticas públicas mais adequadas que considerem a especificidade dos povos indígenas. Todo o projeto foi desenvolvido tendo como referência a Pesquisa Participante com a construção coletiva do conhecimento e práticas, socializando e trocando saberes, e elaborando estratégias de enfrentamento dos novos problemas visando a diminuição da vulnerabilidade e o risco do adoecimento.

Outro resultado esperado tem a ver com o envolvimento destes povos como sujeitos que produzem saúde e podem modificar o rumo destas novas doenças.

A pesquisadora se compromete a enviar os resultados para a comunidade e para o Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu (DSEI Xingu).

Apêndice II – Termo Individual de Consentimento Livre e Esclarecido

**Projeto: *Mudanças e Permanências no modo de viver, comer e adoecer entre os Khisêdjê: tecendo novos significados*** – no contexto do Projeto "Novos problemas de saúde: avaliação do perfil Nutricional e Metabólico dos Índios do Parque Indígena do Xingu"

Por meio deste termo solicitamos seu consentimento em participar neste estudo que busca entender como as mudanças na forma de comer, viver e trabalhar entre os índios do Xingu, particularmente entre os Khisêdjê, estão relacionadas com as novas doenças que estão aparecendo como o Diabetes e a Hipertensão Arterial Sistêmica e outros agravos.

Serão realizadas visitas e entrevistas em todas as casas. Durante estas visitas, pessoas da nossa equipe vão conversar com os chefes das famílias e com as mulheres que preparam os alimentos sobre o tipo de alimentos que os moradores consomem, como eles são preparados, como eles são consumidos. Também será conversado sobre suas roças (tamanho, tipo de alimento produzido, técnicas de cultivo), sobre a prática da coleta e sobre as atividades que os participantes realizam no dia a dia quando estão trabalhando ou não. Os pesquisadores também perguntarão sobre o número de pessoas com atividade remunerada no domicílio e tipo de bens que a família tem, tanto os bens da sociedade ocidental quanto os indígenas (carro, bicicleta, moto, televisão, rádio, motor para barco, remos, canoas, flechas, arcos, cestos etc.).

Serão realizadas conversas com a comunidade sobre as mudanças no modo de viver, se alimentar e trabalhar; sobre as novas doenças que estão aparecendo nas aldeias, para elaboração de propostas de enfrentamento dos novos problemas de saúde.

Serão realizadas ainda oficinas de culinária em que a equipe da pesquisa fará um almoço usando os produtos da cidade que vocês estão mais consumindo como o arroz, feijão, macarrão, óleo, sal e açúcar, para mostrar como se usam esses

alimentos, quais as regras de consumo. Por exemplo, quanto óleo se coloca para fazer o arroz ou quanto de sal ou de açúcar deve-se colocar na comida. Nessa atividade, **chamada oficina de culinária**, as mulheres serão convidadas a participar desde o começo e vão ter a oportunidade de aprender como é o uso correto desses alimentos que estão chegando da cidade para as aldeias.

No dia seguinte, as mulheres da aldeia serão convidadas para fazer uma outra oficina de culinária, desta vez mostrando a comida tradicional, os produtos que tem dentro da sua dieta tradicional, que estão acostumados a comer, para que a gente possa conversar sobre a importância de manter a dieta tradicional para evitar essas novas doenças.

É possível que as entrevistas possam deixar algumas pessoas constrangidas. Para evitar que isso aconteça a equipe de pesquisadores adotará uma postura que garanta os princípios da confidencialidade e privacidade. Caso essas situações ocorram, a equipe adotará a postura que vise minimizar o desconforto ao participante.

Todos serão orientados quanto aos riscos de comer as comidas industrializadas e também quanto a maneira de preparar essas comidas. Todos serão orientados nas quantidades de sal, açúcar e óleo que devem ser utilizadas para não causar problemas de saúde.

Como benefício direto para a comunidade, teremos as oficinas de culinária para que todos possam aprender como usar os produtos industrializados que são trazidos das cidades para serem consumidos na aldeia.

Ninguém terá que pagar e nem receberá nenhum dinheiro pela participação na pesquisa.

O participante tem o direito de retirar o consentimento (desistir de participar) em qualquer momento do estudo, sem sofrer qualquer prejuízo por causa da sua decisão e sem comprometer a continuidade de seu tratamento na instituição.

Em qualquer etapa do estudo, o participante poderá ter acesso à pesquisadora Sofia Beatriz Machado de Mendonça, responsável pelo estudo, para esclarecimento de qualquer dúvida. A pesquisadora Sofia Beatriz Machado de Mendonça pode ser encontrada no Departamento de Medicina Preventiva- Unidade de Saúde e Meio Ambiente - USMA - localizado na rua Estado de Israel número 113, Vila Clementino, São Paulo – SP. Fones: (0++11) 982867006 e 982832340. Caso o participante tenha ainda alguma dúvida sobre a ética deste estudo, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFESP, localizado na rua Botucatu, 572, primeiro andar, cj 14, São Paulo/SP ou pelo telefone (011)55711062, ou fax (011)55397162 ou ainda por correio eletrônico no endereço cepUNIFESP@UNIFESP.br.

Este documento tem duas vias sendo uma para o pesquisador e uma para o participante.

Por estar suficientemente esclarecido e concordar em participar da pesquisa assino abaixo:

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Sofia B.M. de Mendonça

Pesquisador responsável

Aldeia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## Apêndice III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Projeto: *Mudanças e Permanências no modo de viver, comer e adoecer entre os Khisêdjê: tecendo novos significados*** – no contexto do Projeto "Novos problemas de saúde: avaliação do perfil Nutricional e Metabólico dos Índios do Parque Indígena do Xingu"

Por meio deste termo solicitamos o consentimento desta comunidade para participar deste estudo que busca entender como as mudanças na forma de comer, viver e trabalhar entre os índios do Xingu, particularmente entre os Khisêdjê, estão relacionadas com as novas doenças que estão aparecendo como o Diabetes e a Hipertensão Arterial Sistêmica e outros agravos.

Serão realizadas visitas e entrevistas em todas as casas. Durante estas visitas, pessoas da nossa equipe vão conversar com os chefes das famílias e com as mulheres que preparam os alimentos sobre o tipo de alimentos que os moradores consomem, como eles são preparados, como eles são consumidos. Também será conversado sobre suas roças (tamanho, tipo de alimento produzido, técnicas de cultivo), sobre a prática da coleta e sobre as atividades que os participantes realizam no dia a dia quando estão trabalhando ou não. Os pesquisadores também perguntarão sobre o número de pessoas com atividade remunerada no domicílio e tipo de bens que a família tem, tanto os bens da sociedade ocidental quanto os indígenas (carro, bicicleta, moto, televisão, rádio, motor para barco, remos, canoas, flechas, arcos, cestos etc.).

Serão realizadas conversas com a comunidade sobre as mudanças no modo de viver, se alimentar e trabalhar; sobre as novas doenças que estão aparecendo nas aldeias, para elaboração de propostas de enfrentamento dos novos problemas de saúde.

Serão realizadas ainda oficinas de culinária em que a equipe da pesquisa fará um almoço usando os produtos da cidade que vocês estão mais consumindo como o arroz, feijão, macarrão, óleo, sal e açúcar, para mostrar como se usam esses alimentos, quais as regras de consumo. Por exemplo, quanto óleo se coloca para fazer o arroz ou quanto de sal ou de açúcar deve-se colocar na comida. Nessa

atividade, **chamada oficina de culinária**, as mulheres serão convidadas a participar desde o começo e vão ter a oportunidade de aprender como é o uso correto desses alimentos que estão chegando da cidade para as aldeias.

No dia seguinte, as mulheres da aldeia serão convidadas para fazer uma outra oficina de culinária, desta vez mostrando a comida tradicional, os produtos que tem dentro da sua dieta tradicional, que estão acostumados a comer, para que a gente possa conversar sobre a importância de manter a dieta tradicional para evitar essas novas doenças.

É possível que as entrevistas possam deixar algumas pessoas constrangidas. Para evitar que isso aconteça a equipe de pesquisadores adotará uma postura que garanta os princípios da confidencialidade e privacidade. Caso essas situações ocorram, a equipe adotará a postura que vise minimizar o desconforto ao participante.

Todos serão orientados quanto aos riscos de comer as comidas industrializadas e também quanto a maneira de preparar essas comidas. Todos serão orientados nas quantidades de sal, açúcar e óleo que devem ser utilizadas para não causar problemas de saúde.

Como benefício direto para a comunidade, teremos as oficinas de culinária para que todos possam aprender como usar os produtos industrializados que são trazidos das cidades para serem consumidos na aldeia.

Ninguém terá que pagar e nem receberá nenhum dinheiro pela participação na pesquisa.

O participante tem o direito de retirar o consentimento (desistir de participar) em qualquer momento do estudo, sem sofrer qualquer prejuízo por causa da sua decisão e sem comprometer a continuidade de seu tratamento na instituição.

Em qualquer etapa do estudo, o participante poderá ter acesso à pesquisadora Sofia Beatriz Machado de Mendonça, responsável pelo estudo, para esclarecimento de qualquer dúvida. A pesquisadora pode ser encontrada no Departamento de Medicina Preventiva- Unidade de Saúde e Meio Ambiente - USMA - localizado na rua Estado de Israel número 113, Vila Clementino, São Paulo – SP. Fones: (0++11) 982867006 e 982832340. Caso o participante tenha ainda alguma dúvida sobre a ética deste



estudo, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFESP, localizado na rua Botucatu, 572, primeiro andar, cj 14, São Paulo/SP ou pelo telefone (011)55711062, ou fax (011)55397162 ou ainda por correio eletrônico no endereço cepUNIFESP@UNIFESP.br.

Nós lideranças do Povo Khisêdjê, moradores da TI Wawi e Parque Indígena do Xingu, fomos suficientemente esclarecidos a respeito das informações contidas acima. Tais informações foram repassadas a nós e a toda a comunidade pela pesquisadora e sua equipe durante uma visita à comunidade. Para isso foi realizada a leitura, esclarecimento e discussão do documento acompanhada de tradução imediata realizada por integrantes de nossa comunidade. Ficou claro para nós lideranças e também para os outros membros da comunidade os objetivos do estudo, o compromisso dos pesquisadores com a confidencialidade e também dos benefícios do estudo. Também ficou claro que o nosso consentimento, como lideranças desta comunidade, não impede a decisão individual de qualquer integrante da comunidade de se recusar a participar do estudo em qualquer momento.

Aldeia \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Apêndice IV – EBIA – Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. Adaptação para os Povos do Xingu

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ETNIA: \_\_\_\_\_

ALDEIA: \_\_\_\_\_ Nº da CASA: \_\_\_\_\_

INTERLOCUTOR (ES): \_\_\_\_\_

1. Aconteceu alguma vez de você ou sua família ficarem preocupados que a comida de sua casa fosse acabar antes que tivesse produção da roça, ou que alguém da casa tivesse dinheiro para comprar comida ou que chegasse outra cesta básica?  
( ) NÃO ( ) SIM
2. Aconteceu de a comida de sua casa (alimentos da roça ou alimentos comprados com dinheiro ou cesta básica) acabarem antes do final do mês (antes da hora)?  
( ) NÃO ( ) SIM
3. Aconteceu de ficar sem recursos (roça, dinheiro ou cesta básica) para ter uma comida boa (forte e fraca) em casa? ( ) NÃO ( ) SIM
4. Aconteceu de você ficar com pouca variedade de alimentos da roça?  
( ) NÃO ( ) SIM
5. Aconteceu de algum adulto da casa ou você deixar de comer porque não tinha comida suficiente em casa? ( ) NÃO ( ) SIM
6. Aconteceu de você comer menos do que queria (devia) porque tinha pouca comida em casa?  
( ) NÃO ( ) SIM
7. Aconteceu de você sentir fome e não ter nada para comer em casa?  
( ) NÃO ( ) SIM
8. Você perdeu peso, emagreceu, porque ficou sem ter o que comer em casa?  
( ) NÃO ( ) SIM
9. Aconteceu de algum adulto da casa ou você ficar sem comer nada por um dia inteiro, inclusive o mingau, porque não tinha comida em casa? (no registro, apontar quem ficou sem comer)  
( ) NÃO ( ) SIM
10. Alguma vez aconteceu de você ficar comendo só um tipo de alimento todo dia?  
( ) NÃO ( ) SIM
11. Hoje em dia, sua família precisa do dinheiro para ter comida em casa?  
( ) NÃO ( ) SIM
12. Aconteceu de você não poder dar às crianças uma comida boa porque não tinha produção na roça, ou dinheiro para comprar, ou a cesta básica tinha acabado?  
( ) NÃO ( ) SIM
13. Aconteceu de as crianças comerem pouca comida porque não tinha comida suficiente em casa? ( ) NÃO ( ) SIM
14. Aconteceu das crianças ficarem com fome porque não tinha nenhuma comida em casa?  
( ) NÃO ( ) SIM

15. Aconteceu das crianças ficarem o dia todo sem comer, inclusive o mingau, porque não tinha comida em casa? ( ) NÃO ( ) SIM

**Questões além da escala:**

1. Você ou alguém da sua família recebe alimentos da cesta básica?  
( ) NÃO ( ) SIM
2. Aconteceu, ou está acontecendo, de você precisar mudar o seu tipo de alimentação porque não conseguiu manter a alimentação tradicional?  
( ) NÃO ( ) SIM
3. As crianças que estudam na escola costumam trazer comida para casa, ou vocês costumam buscar comida na escola quando falta comida em casa?  
( ) NÃO ( ) SIM
4. Aconteceu de sua família ficar sem comida e você trocar objetos (rede, sapato, artesanato) por alimentos? No registro apontar se a troca foi por comida tradicional ou comida da cidade.  
( ) NÃO ( ) SIM
5. Quando falta comida na sua casa, você recebe ajuda de outras famílias? (no registro apontar o critério para ajudar) ( ) NÃO ( ) SIM
6. Quando falta comida na casa de alguém, a sua família ajuda? (no registro apontar o critério para ajudar) ( ) NÃO ( ) SIM
7. Antigamente acontecia de vocês passarem fome em algum momento do ano? O que vocês faziam para não passar fome?  
( ) NÃO ( ) SIM
8. Nos dias de hoje, o que vocês fazem para evitar a fome nesses períodos do ano?  
( ) NÃO ( ) SIM

## Apêndice V – Levantamento socioeconômico

**LEVANTAMENTO SOCIOECONÔMICO****1. IDENTIFICAÇÃO:**

1.1. Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ALDEIA: \_\_\_\_\_ POVO: \_\_\_\_\_

1.2. Número da casa: \_\_\_\_\_

1.3. Dono da casa NOME/RG: \_\_\_\_\_

1.4. Nº de moradores da casa: Quantos? \_\_\_\_\_

1.5. Nº de famílias nucleares por casa: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 mais de 6 ( )

Quantas?: \_\_\_\_\_

1.6. ENTREVISTADOS (AS): \_\_\_\_\_

**2. RENDA:****2.1. BENEFÍCIOS SOCIAIS** (Bolsa Família, Auxílio Doença, Auxílio Maternidade, Aposentadoria, etc.):

NOME	BENEFÍCIO	INSTITUIÇÃO	VALOR
<b>TOTAL</b>			

**2.2. ATIVIDADES REMUNERADAS** (professor, diretor, AIS, AISB, AISAN, Aux. de enfermagem, coordenador de polo, serviços gerais, merendeira, etc.)

NOME	CARGO	INSTITUIÇÃO	SALÁRIO MENSAL
<b>TOTAL</b>			

**2.3. OUTRAS ATIVIDADES REMUNERADAS** (venda de produtos da agricultura/pecuária/extrativismo, venda de artesanato/produção cultural, coleta de sementes, outros projetos, etc.):

NOME	OUTRAS ATIVIDADES REMUNERADAS/ INSTITUIÇÃO	PERIODICIDADE	VALOR
<b>TOTAL</b>			

**2.4. Número total de pessoas que recebem algum recurso financeiro** (benefícios, outras atividades remuneradas e salários):

---

**2.5. Valor total da renda mensal da casa** (benefícios, outras atividades remuneradas e salários):

---



FLECHA						
MÁQUINA RALAR MANDIOCA						
ESTEIRA						
CESTO						
PILÃO						
TACHO DE BEIJU						
PANELAS DE BARRO						
ARMA DE FOGO						
CARRINHO DE MÃO						
MOTO-SERRA						
MOTOR DE BARCO						
CASCO DE BARCO						
GERADOR						
PLACA DE ENERGIA SOLAR						
RÁDIO COMUNICAÇÃO						
CARRO						
MOTOCICLETA						
BICICLETA						
TELEVISÃO						
APARELHO DE SOM						
COMPUTADOR (DESKTOP)						
NOTEBOOK						
TABLET						

APARELHO DE DVD						
FILMADORA						
CÂMERA FOTOGRÁFICA						
CELULAR						
ANTENA PARABÓLICA						
FREEZER						
GELADEIRA						
FOGÃO						
BOTIJÃO DE GÁS						
ENERGIA ELÉTRICA						

5.1. Tem enfeites de festas? Quais? ( ) NÃO ( ) SIM

QUAIS: \_\_\_\_\_

5.2. Tem instrumentos musicais? Quais? ( ) NÃO ( ) SIM

QUAIS: \_\_\_\_\_

5.3. Tem casa na cidade? ( ) NÃO ( ) SIM

Observações sobre propriedade e uso da casa:

\_\_\_\_\_

Se sim, a casa é alugada ou própria?

( ) Alugada - Quem paga? \_\_\_\_\_

( ) Própria - Em nome de quem? \_\_\_\_\_

5.4. Tem acesso à internet na aldeia? Onde? ( ) NÃO ( ) SIM

Onde: \_\_\_\_\_

5.5. Tem energia elétrica na casa? ( ) NÃO ( ) SIM

Fonte:

\_\_\_\_\_

7. ESTRUTURA DA CASA (tipo predominante):



**7.1. Tipo de piso:**

Chão de terra  Madeira  Cerâmica  Cimento

Outro: \_\_\_\_\_

**7.2. Tipo de parede:**

Palha  Madeira  Tijolo  Taipa/barro  Lona/plástico

Outro: \_\_\_\_\_

**7.3. Tipo de cobertura/telhado:**

Palha  Madeira  Eternit e similares  Zinco  Lona/plástico  Telha de barro

Outro: \_\_\_\_\_

**8. SANEAMENTO:****8.1. Qual o destino do lixo da sua casa?**

Enterrado  Queimado  Jogado (Onde?)  Coletado

Outro: \_\_\_\_\_

**8.2. Existe separação do lixo:**

Orgânico  Reciclável  Eletrônico  Perigoso

Outro: \_\_\_\_\_

**8.3. Qual o destino dos dejetos?**

Fossa séptica  Fossa rudimentar (buraco no chão)  Banheiro  Rio/igarapé  Mato

Outro: \_\_\_\_\_

**8.4. Qual a origem da água consumida na casa?**

Poço artesiano  Poço raso  Rio, Igarapé

Outro: \_\_\_\_\_

**8.5. Onde vocês obtêm a água para beber?**

Torneira dentro de casa  Torneira fora de casa de uso do domicílio  Torneira fora de casa de uso coletivo

Outro: \_\_\_\_\_

**8.6. Tem torneira que funcione dentro de casa?  NÃO  SIM****8.7. Na casa, a água usada para beber é:**

Filtrada  Tratada com hipoclorito  Fervida  Sem tratamento

Outro: \_\_\_\_\_

**8.8. O que utiliza para aquecer o domicílio quando faz frio?**

Fogo  Cobertor  Roupas

Outro: \_\_\_\_\_



## Apêndice VI – Levantamento Situação Alimentar

**LEVANTAMENTO DA SITUAÇÃO ALIMENTAR**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ALDEIA: \_\_\_\_\_ ETNIA: \_\_\_\_\_

Nº DA CASA: \_\_\_\_\_

INTERLOCUTOR(ES): \_\_\_\_\_

**1. SOBRE A ROÇA:**

<b>DONO (A)</b>	<b>TIPO (NOVA / VELHA)</b>	<b>TIPO DE TERRA (PRETA, VERMELHA, MISTA, ARENOSA)</b>	<b>DISTÂNCIA (PERTO, +/-, LONGE)</b>	<b>TRANSPORTE (CANOA, BARCO, TRATOR, MOTO, BICICLETA, A PÉ)</b>	<b>TRANSPORTE DOS PRODUTOS (CANOA, BARCO, CARRINHO DE MÃO, CESTOS, MÃOS, BACIA)</b>	<b>FREQUÊNCIA (TODO DIA / 1 VEZ POR SEMANA / 2 VEZES POR SEMANA / 1 VEZ POR MÊS / 2 VEZES POR MÊS / MAIS DE TRÊS VEZES POR MÊS)</b>	<b>QUEM VAI À ROÇA</b>

**1.1. Produtos plantados / variedades das roças da casa:**

<b>ALIMENTOS</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>Nº DE VARIEDADES/OBSERVAÇÕES</b>
AMENDOIM			
MANDIOCA DOCE PARA PEREREBÁ			
MANDIOCA PARA BEIJU			
MANDIOCA PARA FARINHA			
MACAXEIRA (SEM VENENO)			
MILHO DO ÍNDIO			
MILHO DO BRANCO			
BATATA DOCE			
BANANA			
CARÁ			
ABÓBORA			
FAVA			

MELANCIA			
PIMENTA			
ABACAXI			
CANA DE AÇÚCAR			
MAMÃO			

**1.2. Existe algum produto que você sente falta, ou que perderam ao longo do tempo?**

---



---

**1.3. Existem produtos da roça que são vendidos? ( ) NÃO ( ) SIM**

Se SIM, o que e onde é vendido?

---



---

**1.4. O que você vendeu fez falta para a sua família? ( ) NÃO ( ) SIM**

**1.5. Existem alimentos que você conseguiu com outros povos? ( ) NÃO ( ) SIM**

Quais?

---



---



---

**1.6. Como você conseguiu os alimentos com outros povos?**

( ) presente ( ) troca por outro produto ( ) pagamento em dinheiro ou mercadoria

( ) pagamento de uma dívida anterior (dívida com pajelança, conhecimento, remédio etc.)

**1.7. Guardou sementes e mudas para plantar na próxima roça? ( ) NÃO ( ) SIM**

Quais?

---



---

---

**2. POSSUI ESTOQUE DE QUAL PRODUTO?**

<b>PRODUTOS</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>Em caso negativo, por que não tem?</b>
FARINHA			
FARINHA DE PEIXE			
MEL			
AMENDOIM			
POLVILHO			
PEQUI NO RIO			
CASTANHA DE PEQUI			
OUTROS			

**3. POSSUI PRODUÇÃO DE MEL? ( ) NÃO ( ) SIM**

 Caso negativo, por que não tem?
 

---

**4. SOBRE O QUINTAL DA CASA:**
**4.1. Tem frutas plantadas no quintal? ( ) NÃO ( ) SIM**

 Quais?
 

---



---

**5. SOBRE A COLETA:**
**5.1. Vocês realizam coleta? ( ) NÃO ( ) SIM**

<b>ALIMENTOS</b>	<b>PERÍODO DO ANO</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>TRANSPORTE</b>	<b>QUEM</b>
------------------	-----------------------	-------------------	-------------------	-------------

COLETADOS	(meses)	Todo dia / 1 vez por semana / 2 vezes por semana / 1 vez por mês / 2 vezes por mês / Mais de três vezes por mês	A pé, Canoa, Bicicleta, Moto, Carro, Trator, Barco	COLETA

**5.2. Nos últimos anos, houve mudanças na quantidade e/ou variedade de alimentos coletados? Por qual motivo? Reconhece alguma razão dessa mudança? ( ) NÃO ( ) SIM**

Motivo: \_\_\_\_\_

## 6. SOBRE A PESCA:

**6.1. Vocês pescam? ( ) NÃO ( ) SIM**

NOMES DOS PEIXES	LOCAL DA PESCA Rio, Lagoa, Igarapé	FREQUÊNCIA Todo dia / 1 vez por semana / 2 vezes por semana / 1 vez por mês / 2 vezes por mês / Mais de três vezes por mês	TRANSPORTE A pé, Canoa, Bicicleta, Moto, Carro, Trator, Barco	INSTRUMENTO Anzol e linha / vara / Rede / Arco e Flecha / Arpão / Armadilhas / Timbó	QUEM PESCA

**6.2. Nos últimos anos, houve mudanças na quantidade e/ou variedade de peixes? Por qual motivo? Reconhece alguma razão dessa mudança?**

( ) NÃO ( ) SIM

Motivo: \_\_\_\_\_

**6.3. Vocês costumam vender os peixes? Se sim, para quem? ( ) NÃO ( ) SIM**

\_\_\_\_\_

## 7. SOBRE A CAÇA:

NOMES DAS CAÇAS	LOCAL Campo / Cerrado / Floresta	DISTÂNCIA (perto, longe, +/-)	FREQUÊNCIA Todo dia / 1 vez por semana / 2 vezes por semana / 1 vez por mês / 2 vezes por mês / Mais de três vezes por mês	TRANSPORTE A pé, Canoa, Bicicleta, Moto, Carro, Trator, Barco	INSTRUMENTO Arma de fogo / Arco e flecha / Armadilhas / Outros	QUEM CAÇA

**7.1. Nos últimos anos, houve mudanças na quantidade e/ou variedade de caça? Por qual motivo? Reconhece alguma razão dessa mudança?**

( ) NÃO ( ) SIM

Motivo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 8. SOBRE A CRIAÇÃO DE ANIMAIS:

8.1. Tem galinheiro ou outra criação? ( ) NÃO ( ) SIM

Quantidade galinhas: \_\_\_\_\_

Quantidade patos: \_\_\_\_\_

Outros animais: \_\_\_\_\_

8.2. Se tiver criação de galinhas, vocês consomem os ovos? ( ) NÃO ( ) SIM

Quem pode consumir os ovos das galinhas?

\_\_\_\_\_

8.3. Em quais momentos consomem os animais de criação (patos, galinhas etc.)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8.4.

Quem cuida da criação?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8.5. Como foi introduzida a criação? (projeto, trazida por alguém, comprada pela família).

\_\_\_\_\_

8.6. Atualmente existe algum incentivo/recurso/projeto destinado à criação ou manejo de animais? ( ) NÃO ( ) SIM Qual instituição? \_\_\_\_\_

8.7. Vocês costumam vender alguma criação? Se sim, para quem?

( ) NÃO ( ) SIM \_\_\_\_\_

## 10. SOBRE OS ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS:

### 10.1. Como se dá o acesso aos alimentos industrializados?

<b>ACESSO</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>PERIODICIDADE</b> (Diariamente, Semanal, Mensal, Semestral)
COMPRA DA CIDADE			
DOAÇÃO DE CB OU OUTROS ALIMENTOS			
TROCA			
MERENDA			
COMPRA DE CESTA BÁSICA			
OUTROS			

### 10.2. Como se dá o acesso aos seguintes alimentos?:

<b>PRODUTOS</b>	<b>COMPRA</b> (Registrar a quantidade)
POLVILHO (25kg por fardo)	
FARINHA DE MANDIOCA (kg)	
ARROZ (kg)	
FEIJÃO (kg)	
MACARRÃO (pacote)	
MACARRÃO INSTANTÂNEO (pacote)	
CARNE BOVINA (kg)	
FRANGO (unidade)	
LINGUIÇA (kg)	



SAL (kg)	
AÇÚCAR (kg)	
ÓLEO (litro)	
CAFÉ (kg)	
LEITE EM PÓ (lata ou pacote de 500g)	
MARGARINA (kg)	
FARINHA DE TRIGO (kg)	
MOLHO DE TOMATE (pacote)	

CEBOLA (UNIDADE)	
ALHO (UNIDADE)	
TEMPERO PRONTO (Kg)	
VINAGRE (UNIDADE)	
REFRIGERANTE (unidade de 2l)	
MORTADELA (peça de 1kg)	
BOLO PRONTO	
PÃO	
BISCOITO RECHEADO (PACOTE)	
BISCOITO SIMPLES (PACOTE)	
SUCO EM PÓ (PACOTINHO)	
SUCO DE CAIXINHA (UNIDADE)	
DOCES (bala, pirulito, chocolate)	
SALGADINHO (PACOTE)	
FRUTAS (QUAIS)	


**10.3. O que você e sua família costumam comer diariamente:**

---



---

**10.4. Sobre o uso dos seguintes alimentos:**

<b>PRODUTOS</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>COMO USA?</b>
<b>SAL</b>			
<b>SAL DO ÍNDIO</b>			
<b>AÇÚCAR</b>			
<b>MEL</b>			
<b>ÓLEO</b>			

**11. RECORDATÓRIO 24h (dia anterior)**

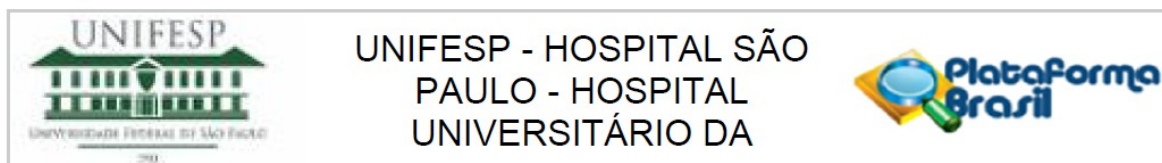
**Orientações:** Como foi o consumo de alimentos das pessoas da casa durante as últimas 24h? / Perguntar se o que tinha foi suficiente para todos.

<b>HORÁRIO</b>	<b>ALIMENTOS</b>	<b>ORIGEM</b>	<b>QUEM COMPARTILHOU</b>
----------------	------------------	---------------	------------------------------



## ANEXOS

### Anexo I – Parecer Consubstanciado CEP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Mudanças e Permanências no modo de viver, comer e adoecer entre os Kisêdjê: tecendo novos significados

**Pesquisador:** sofia beatriz machado de mendonça

**Área Temática:** Estudos com populações indígenas;

**Versão:** 1

**CAAE:** 83642818.8.0000.5505

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

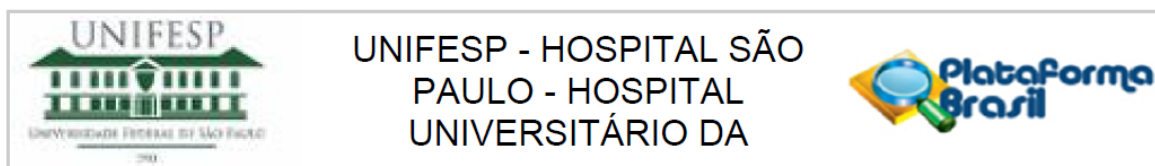
**Número do Parecer:** 2.531.662

**Apresentação do Projeto:**

PROJETO CEP 0177/2018 MUDANÇAS E PERMANÊNCIAS NO MODO DE VIVER, COMER E ADOECER ENTRE OS KISÊDJÊ: tecendo novos significados. Projeto de Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, do Departamento de Medicina Preventiva, da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo ? UNIFESP. Área de concentração: Ciências Sociais e Humanas em Saúde Orientador: Prof. Dr. Pedro Paulo Gomes Pereira Resumo Nas últimas décadas o mundo tem assistido a uma epidemia das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Vários estudos relacionam este fato ao aumento do consumo de alimentos industrializados, multiprocessados e o sedentarismo da sociedade moderna. Quando

analisamos o perfil epidemiológico entre os povos indígenas em vários países a situação é mais grave, pois estudos revelam que a presença das DCNT é ainda maior que a encontrada entre não-indígenas. Entre os povos do Xingu é possível verificar como foi se alterando o perfil epidemiológico ao longo das últimas décadas por conta do programa de extensão, Projeto Xingu da Escola Paulista de Medicina, que desenvolve atividades de atenção, pesquisa e ensino na área desde 1965. Durante os últimos anos foram realizados estudos que revelaram uma alta prevalência de síndrome metabólica, obesidade, dislipidemias, medida da circunferência abdominal acima dos padrões da OMS revelando alto risco para as doenças cardiovasculares, DM e HAS. Particularmente entre os Kisêdjê foram realizados estudos no período de 1999-2000 e 2010-2011 (Salvo, 2009 e Mazzucchetti, 2014)

<b>Endereço:</b> Rua Francisco de Castro, 55	
<b>Bairro:</b> VILA CLEMENTINO	<b>CEP:</b> 04.020-050
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> SAO PAULO
<b>Telefone:</b> (11)5571-1062	<b>Fax:</b> (11)5539-7162
	<b>E-mail:</b> cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.531.662

que revelaram inclusive um aumento deste risco ao longo de 10 anos. Este trabalho faz parte de um projeto maior Projeto ?Novos problemas de saúde: avaliação do perfil nutricional e metabólico dos índios do Parque Indígena do Xingu?, JÁ APROVADO pelo sistema CEP e CONEP já foram sob os números parecer 2.185.654 CAAE: 65147817.4.0000.5505. O projeto em tela se propõe a aprofundar o estudo sobre as mudanças no modo de viver, trabalhar e comer entre os Kisedje, moradores da Terra Indígena Wawi e Parque Indígena do Xingu, e procurar entender como eles percebem estas mudanças. Será realizado estudo etnográfico em campo, baseado em entrevistas, observação participante, rodas de conversa e sistematização da experiência da autora. O que vamos buscar aqui será compreender como os indígenas percebem este processo, como eles acomodam as mudanças e se reorganizam olhando para o comer, adoecer e a construção da pessoa Kisêdjê.

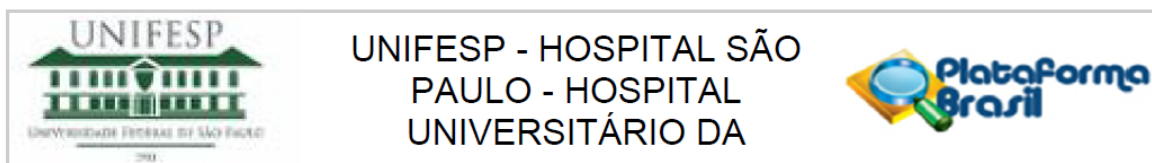
#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivos:** Este projeto de pesquisa tem como objetivo compreender como se dá o processo de mudança no modo de viver entre os Povos Indígenas do Xingu e, a partir de sua perspectiva, perscrutar como ele se relaciona ao adoecimento e à qualidade de vida. Os resultados podem auxiliar no conhecimento dos determinantes socioculturais relacionados às doenças crônicas não transmissíveis, dar pistas para a confecção de políticas públicas mais adequadas que considerem a especificidade dos povos indígenas. Todo o projeto deve ser desenvolvido tendo como referência a Pesquisa Participante com a construção coletiva do conhecimento e práticas, socializando e trocando saberes, e elaborando estratégias de enfrentamento dos novos problemas visando a diminuição da vulnerabilidade e o risco do adoecimento. Outro resultado esperado tem a ver com o envolvimento destes povos como sujeitos que produzem saúde e podem modificar o rumo destas novas doenças. **Geral:** Investigar e compreender como os Kisêdjê percebem, incorporam e reinterpretam as mudanças no modo de viver e as novas doenças **Específicos:** Identificar as percepções e interpretações dos indígenas em relação às mudanças no modo de viver;

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O presente estudo encontra-se inserido no programa de saúde, assistência, ensino e pesquisa que a Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP) desenvolve no PIX, conhecido como Projeto Xingu. De forma a obter a anuência dos índios do PIX para a realização do estudo, os pesquisadores principais fizeram, em agosto, outubro e novembro de 2016, viagens de explanação sobre os objetivos e procedimentos a serem adotados, ficando claro que a participação é voluntária e que cada pessoa tem total liberdade para

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.531.662

desistir a qualquer momento sem sofrer qualquer coerção ou dano. Os Auxiliares de Enfermagem Indígenas, os Agentes Indígenas de Saúde e os Professores Indígenas ajudaram a esclarecer as comunidades na língua nativa e participarão da pesquisa

de campo. Este projeto está vinculado a um projeto maior que já foi aprovado pelo CONEP sob o CAAE: 65147817.4.0000.5505 e número do parecer: 2.185.654. Benefícios: Os resultados podem auxiliar no conhecimento dos determinantes socioculturais relacionados às DCNT, dar pistas para a confecção de políticas públicas mais adequadas que considerem a especificidade dos povos indígenas. Todo o projeto deve ser desenvolvido tendo como referência a Pesquisa Participante com a construção coletiva do conhecimento e práticas, socializando e trocando

saberes, e elaborando estratégias de enfrentamento dos novos problemas visando a diminuição da vulnerabilidade e o risco do adoecimento. Outro resultado esperado tem a ver com o envolvimento dos Kisedjê como sujeitos que produzem saúde e podem modificar o rumo destas novas doenças.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa dá continuidade a um projeto maior Projeto ?Novos problemas de saúde: avaliação do perfil nutricional e metabólico dos índios do Parque Indígena do Xingu?, CAAE: 65147817.4.0000.5505. A abordagem é qualitativa e tem como estratégias de pesquisa principais: etnografia, através da observação participante, diários de campo,

entrevistas semiestruturadas e abertas junto aos povos do Xingu, particularmente entre os Kisedjê. Para isso estão programadas viagens a campo distribuídas no período de 2018 a 2019. Será realizada a análise de documentos, relatórios de campo, de encontro de mulheres, oficinas de culinária e cursos de agentes indígenas de saúde realizados

pela autora e equipe do Projeto Xingu. Será realizado um levantamento e estudo bibliográfico sobre os Kisedje, consulta aos autores que trabalharam com esse povo, a fim de se aproximar da trajetória deste povo, compreender seu modo de se organizar e incorporar novos elementos culturais provenientes da relação intercultural.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1067412.pdf

cadastro\_CEP\_sofia\_mendonca.pdf

folha\_de\_rosto\_sofia\_mendonca.pdf 21/02/2018

declaracaodeanuencia\_sofia\_beatriz\_machado\_de\_mendonca.pdf

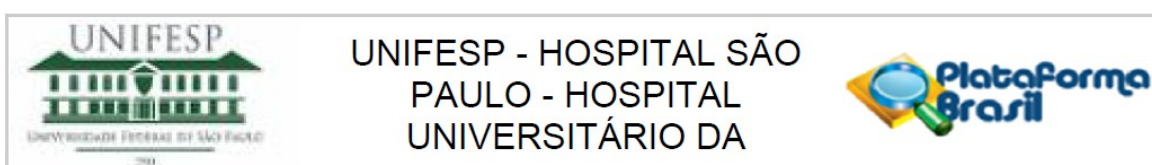
Projeto Detalhado / Brochura Investigador

mudancas\_e\_permanencias\_entre\_os\_Kisedje\_sofia\_mendonca.pdf

TCLE / Termos de Assentimento /Justificativa de Ausência autoriza\_condisi.pdf 09/02/2018

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

Página 03 de 05



Continuação do Parecer: 2.531.662

PB\_PARECER\_CONSUBSTANCIADO\_CONEP\_2185654.pdf

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O presente estudo encontra-se inserido no programa de saúde, assistência, ensino e pesquisa que a Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP) desenvolve no PIX, conhecido como Projeto Xingu. De forma a obter a anuência dos índios do PIX para a realização do estudo, os pesquisadores principais fizeram, em agosto, outubro e novembro de 2016, viagens de explanação sobre os objetivos e procedimentos a serem

adotados, ficando claro que a participação é voluntária e que cada pessoa tem total liberdade para desistir a qualquer momento sem sofrer qualquer coerção ou dano, e sem deixar de receber a atenção da equipe médica para qualquer queixa que apresente (Anexo 3). Os Auxiliares de Enfermagem Indígenas, os Agentes Indígenas de Saúde e os

Professores Indígenas ajudaram a esclarecer as comunidades na língua nativa e participarão da pesquisa de campo. O Projeto foi aprovado pelo CONEP sob o CAAE: 65147817.4.0000.5505 e número do parecer: 2.185.654.

A pesquisadora se compromete a enviar os resultados para a comunidade e para o Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu (DSEI Xingu).

O projeto insere-se em projeto anterior onde no TCLE foi apresentada toda a descrição do estudo.

As autorizações emitidas no projeto principal contemplam os objetivos do projeto em tela.



O projeto segue para avaliação final da CONEP.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos .

**O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.020-050

**UF:** SP **Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.531.662

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1067412.pdf	21/02/2018 09:47:28		Aceito
Outros	cadastro_CEP_sofia_mendonca.pdf	21/02/2018 09:46:13	sofia beatriz machado de mendonca	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_sofia_mendonca.pdf	21/02/2018 09:44:58	sofia beatriz machado de mendonca	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodeanuencia_sofia_beatriz_machado_de_mendonca.pdf	09/02/2018 17:53:11	sofia beatriz machado de mendonca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	mudancas_e_permanencias_entre_os_Kisedje_sofia_mendonca.pdf	09/02/2018 17:22:50	sofia beatriz machado de mendonca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	autoriza_condisi.pdf	09/02/2018 17:21:09	sofia beatriz machado de mendonca	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CONEP_2185654.pdf	09/02/2018 17:07:24	sofia beatriz machado de mendonca	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Sim

SAO PAULO, 07 de Março de 2018

---

**Assinado por:**  
**Miguel Roberto Jorge**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55**Bairro:** VILA CLEMENTINO**CEP:** 04.020-050**UF:** SP**Município:** SAO PAULO**Telefone:** (11)5571-1062**Fax:** (11)5539-7162**E-mail:** cep@unifesp.edu.br

## Anexo II – Parecer Consubstanciado CONEP

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA**PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Mudanças e Permanências no modo de viver, comer e adoecer entre os Kisêdjê: tecendo novos significados

**Pesquisador:** sofia beatriz machado de mendonça

**Área Temática:** Estudos com populações indígenas;

**Versão:** 3

**CAAE:** 83642818.8.0000.5505

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.733.501

**Apresentação do Projeto:**

As informações contidas nos campos Apresentação do Projeto, Objetivo da Pesquisa e Avaliação dos Riscos e Benefícios foram retiradas do arquivo "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1067412.pdf" gerado a partir das informações inseridas pelo Pesquisador Responsável do estudo na Plataforma Brasil em 14/06/2018.

**INTRODUÇÃO**

Nas últimas décadas o mundo tem assistido a uma verdadeira epidemia das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como a síndrome metabólica, dislipidemias, doenças cardiovasculares, obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Vários estudos relacionam este fato ao aumento do consumo de alimentos industrializados, multiprocessados e o sedentarismo da sociedade moderna em todas as faixas etárias. Muitos países já consolidaram a chamada transição nutricional e epidemiológica, outros estão em processo como é o caso do Brasil. Quando analisamos o perfil epidemiológico entre os povos indígenas ou originários em vários países a situação é ainda mais grave, pois estudos revelam que a presença das DCNT é ainda maior que a encontrada entre não-indígenas. Entre os povos indígenas do Brasil podemos dizer que esta transição está em curso, mas com características próprias. As doenças transmissíveis ainda têm um peso elevado nas taxas de mortalidade geral e infantil, ao mesmo tempo, nos últimos anos estudos revelam o aumento rápido das DCNT com impacto significativo na morbimortalidade,

**Endereço:** SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.719-049

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3315-5877

**E-mail:** [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br)

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.733.501

configurando o que Frenk, em 1991 chamou de "polarização epidemiológica". Alguns estudos entre povos indígenas brasileiros apontam para uma relação entre as mudanças no modo de viver e o aparecimento da síndrome metabólica, obesidade e outras doenças associadas como a Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial (HAS) (Coimbra, 2002; Lourenço, 2008; Salvo, 2009; Welch, 2009; Mazzucchetti, 2014). A maioria dos estudos realizados se propõe a fazer um diagnóstico da situação, revelando a prevalência da síndrome metabólica, dislipidemias, obesidade, DM ou HAS, atribuindo este aumento à introdução de alimentos industrializados, ao sedentarismo, à monetarização da economia local e à ocidentalização da vida. O estudo de Welsh, em 2009, avalia e confirma uma associação entre a transição nutricional e a diferenciação socioeconômica entre os Xavante de Pimentel Barbosa. O autor utilizou os critérios de renda e riqueza (bens) e os associou à presença de síndrome metabólica, obesidade central, medida de circunferência abdominal e dislipidemias. Por outro lado, como Welsh coloca em sua discussão, esta associação não se confirma em outros estudos, com outros povos, por exemplo, em que as regras sociais de parentesco, compartilhamento e reciprocidade interferem na distribuição de renda e riqueza amenizando esta associação. Em conversas com indígenas e profissionais de saúde em diferentes Distritos Sanitários

Especiais Indígenas (DSEI) do país, temos observado um aumento significativo das DCNT e uma associação intuitiva às mudanças no modo de viver, trabalhar e comer destes povos. Na maioria dos DSEI também é colocada a questão da inclusão, em massa, dos povos indígenas nos benefícios sociais como bolsa família, auxílio maternidade, aposentadoria, cestas básicas entre outros, a partir de uma política pública universalista que não considera a especificidade sociocultural e o seu impacto entre os povos indígenas, particularmente entre os aldeados. Entre os povos do Xingu é possível verificar como foi se alterando o perfil epidemiológico ao longo das últimas décadas por conta do programa de extensão, Projeto Xingu da Escola Paulista de Medicina, que desenvolve atividades de atenção, pesquisa e ensino na área desde 1965. Sobre este tema foi realizado um estudo internacional multicêntrico, INTERSALT, na década de 80, em que os povos do Xingu foram estudados e, na ocasião, não foi detectado nenhum caso de DCNT como hipertensão arterial ou diabetes mellitus. Ou seja, foi possível marcar uma época, um ponto zero, em que não existiam casos de doenças crônicas. O que mudou? Ao final da década de 80 e durante a década de 90 começaram a ser identificados casos de hipertensão arterial, principalmente entre os Kaiabi, que vinham de um longo contato com seringueiros e a dieta ocidental antes de entrarem no Xingu. Já na virada do século começam a ser diagnosticados os casos de desnutrição entre menores de 5 anos e idosos, ao mesmo tempo casos de obesidade entre os jovens e adultos, homens e mulheres. Neste período já era

visível a

<b>Endereço:</b> SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar	
<b>Bairro:</b> Asa Norte	<b>CEP:</b> 70.719-049
<b>UF:</b> DF	<b>Município:</b> BRASILIA
<b>Telefone:</b> (61)3315-5877	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:conep@saude.gov.br">conep@saude.gov.br</a>

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.733.501

introdução de alguns itens da dieta ocidental como o café, açúcar, óleo, arroz e macarrão. Nos anos 2000 aparecem os primeiros casos de Diabetes Mellitus e aumentam os casos de Hipertensão Arterial agora em outros povos além dos Kaiabi. Interessante observar que eles começaram a aparecer em aldeias que tinham mais acesso à comida industrializada, onde estavam as escolas e a merenda escolar, onde se faziam cursos de formação e capacitação na área da saúde, educação e outros setores. Durante os últimos anos foram realizados estudos que revelaram uma alta prevalência de síndrome metabólica, obesidade, dislipidemias, medida da circunferência abdominal acima dos padrões da OMS revelando alto risco para as doenças cardiovasculares, DM e HAS. Particularmente entre os Kisêdjê foram realizados estudos no período de 1999-2000 e 2010-2011 (Salvo, 2009 e Mazzucchetti, 2014) que revelaram inclusive um aumento deste risco ao longo de 10 anos. Em geral os estudos e falas sobre este tema têm como base uma atitude no mínimo ambígua, entre uma postura determinista, que busca evidências científicas baseadas no conhecimento da biomedicina e outra mais preconceituosa, que acaba culpabilizando os indígenas. Como se o fato de mudarem seus costumes e sua alimentação, aproximando-se do modo de ser não indígena,

além de deixarem de ser índios, fossem punidos com estas novas doenças. Neste caso, para resolver esses problemas deveriam voltar às suas aldeias, aos seus costumes, à sua tradição, como se ela tivesse sido negada. Na realidade todos os povos convivem com as mudanças e com suas consequências. O que vamos buscar aqui será compreender como os indígenas percebem este processo, como eles acomodam as mudanças e se reorganizam olhando para o comer, adoecer e a construção da pessoa. Problematizando... Acompanhando a trajetória do Povo Kisêdjê observamos que o estudo realizado em 1999 e 2000 aconteceu na aldeia Ricoh, no rio Suiá, bem próximo ao Polo Base Diauarum. Nesta ocasião os Kisêdjê já se encontravam em luta para recuperação de parte de seu território ancestral que estava fora da área do Parque Indígena do Xingu em seu limite leste. Os Kisêdjê estavam decididos a retomar seu território e conseguiram mudar em 2001 para a fronteira leste do PIX onde foi demarcada a Terra Indígena Wawi. Esta mudança fez com que os Kisêdjê passassem a morar muito próximos à cidade e ter acesso fácil e rápido às "coisas do não-índio" entre elas os alimentos, bebida alcoólica, refrigerantes, biscoitos, exames e remédios. Cercados pelas fazendas de gado e soja a aldeia foi instalada em uma terra pobre, em uma área desmatada. Embora conseguissem encontrar produtos de roças antigas tiveram problemas para conseguir produzir roças fartas. O rio Paca que é próximo à aldeia não é tão piscoso nesta região e a caça estava bastante reduzida por conta do desmatamento. Com toda esta situação a segurança alimentar dos Kisêdjê estava ameaçada propiciando maior entrada de alimentos de fora para suprir suas necessidades cotidianas.

O



**Endereço:** SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.719-049  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.733.501

estudo de Mazzucchetti, realizado em 2010-2011 já aconteceu neste novo cenário com maior monetarização da economia local, introdução dos benefícios sociais, maior acesso à cidade e maior insegurança alimentar. O trabalho de Mazzucchetti foi pioneiro porque ela trabalhou com a incidência de síndrome metabólica. Será que este novo cenário contribuiu para os achados do estudo? Diante deste contexto, este projeto se propõe a aprofundar o estudo sobre as mudanças no modo de viver, trabalhar e comer entre os Kisedje, moradores da Terra Indígena Wawí e Parque Indígena do Xingu, e procurar entender como eles percebem estas mudanças. Para eles de fato mudou o modo de viver e ser Kisedjê? Na interpretação deles existe uma associação entre o modo como estão se alimentando, trabalhando e vivendo com estas novas doenças? Será que os Kísêdjê percebem estas doenças novas como um problema? Como estão se configurando as representações sociais sobre estas novas doenças? Em que categorias estão sendo classificadas? Em relação à alimentação. Como estão sendo incorporados os alimentos industrializados no cotidiano das aldeias? Em geral os alimentos do não índio entram nas dietas locais sem regras de consumo. Em todas as sociedades, particularmente as indígenas, existem regras e classificações para o consumo de alimentos.

Quem pode ou quem não pode comer determinados alimentos em cada fase do ciclo da vida por exemplo. Estão sendo elaboradas novas regras para o consumo destes alimentos que vêm de fora? Como esses alimentos são classificados? Existem alimentos da culinária tradicional que se perderam? Existem terras férteis e disponibilidade de produtos para o plantio? Como está a pesca e a caça em um território cercado pelo desmatamento e monocultura? Ainda outro aspecto relevante que deverá ser trabalhado neste projeto é a possível relação entre a síndrome metabólica e doenças associadas e a situação socioeconômica das famílias. Quais são as regras sociais de parentesco, compartilhamento e reciprocidade? Elas se sustentam nestas novas condições socioeconômicas? A proposta do projeto é se debruçar sobre estas questões para entender, compartilhar e construir coletivamente, com os Kisêdje, estratégias de enfrentamento destas novas doenças. A interpretação das narrativas e percurso de análise neste trabalho tem como referência a reflexão de Georges Balandier sobre a mudança, o movimento e como ordem e desordem não se separam. Vamos trabalhar com o relato do caos, da desordem, novos elementos e posteriormente com as narrativas e experiências dos ritos, da ordem, da acomodação, da transformação da sociedade. Justificativa do estudo no contexto da saúde coletiva. Este estudo se justifica pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os determinantes socioculturais do processo de adoecimento entre os povos indígenas, particularmente no que se refere às doenças crônicas não transmissíveis. Vários estudos revelam a imensa vulnerabilidade biológica, ecológica, cultural, política e econômica a que estes povos estão sujeitos. O estudo tem como referencia o

**Endereço:** SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.719-049  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Página 04 de 15

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.733.501

campo da saúde coletiva, em suas diferentes dimensões, à medida que se propõe a estudar o fenômeno da saúde/doença em uma população enquanto um processo sociocultural, no caso de um povo indígena; investigar a produção e distribuição das doenças na sociedade como processo de produção e reprodução social e procura compreender a forma como a sociedade percebe a doença, identifica suas necessidades e elabora estratégias de enfrentamento dos problemas. (Paim e Almeida Filho, 1998). Este trabalho faz parte de um projeto maior Projeto "Novos problemas de saúde: avaliação do perfil nutricional e metabólico dos índios do Parque Indígena do Xingu", cujo CEP/Unifesp e CONEP já foram respectivamente aprovados sob os números 0140.0088.02/2017 e 2.185.654 CAAE: 65147817.4.0000.5505.

### HIPÓTESE

Pergunta de pesquisa:

Como os Povos Indígenas do Parque Indígena do Xingu percebem, incorporam e reinterpretam as mudanças no seu modo de viver, trabalhar, comer e como interpretam as novas doenças?

Qual é a teoria Kisêdjê de transformação?

## METODOLOGIA

A pesquisa está inserida no contexto de um projeto maior Projeto "Novos problemas de saúde: avaliação do perfil nutricional e metabólico dos índios do Parque Indígena do Xingu", cujo CEP/Unifesp e CONEP já foram respectivamente aprovados sob os números 0140.0088.02/2017 e 2.185.654, CAAE: 65147817.4.0000.5505. A abordagem é qualitativa e tem como estratégias de pesquisa principais: etnografia, através da observação participante, diários de campo, entrevistas semiestruturadas e abertas junto aos povos do Xingu, particularmente entre os Kisêdjê. Para isso estão programadas viagens a campo distribuídas no período de 2018 a 2019. Será realizada a análise de documentos, relatórios de campo, de encontro de mulheres, oficinas de culinária e cursos de agentes indígenas de saúde realizados pela autora e equipe do Projeto Xingu. Será realizado um levantamento e estudo bibliográfico sobre os Kisedje, consulta aos autores que trabalharam com esse povo, a fim de se aproximar da trajetória deste povo, compreender seu modo de se organizar e incorporar novos elementos culturais provenientes da relação intercultural. A partir desta investigação deverão ser trabalhados temas geradores com a confecção de quatro artigos, a saber: 5.1. Devorando e reinventando as novas doenças. Aqui vou trabalhar a classificação das doenças e como são incorporados estes novos agravos. Em que lugar são classificadas a diabetes, a hipertensão, as dislipidemias? Serão colhidos depoimentos e

**Endereço:** SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.719-049

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3315-5877

**E-mail:** [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br)

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.733.501

narrativas entre os diferentes pajés, rezadores, raizeiros e outros especialistas tradicionais, sobre como têm interpretado e tratado estas novas doenças. Diferentes modos de interpretar, de engolir e classificar de acordo com sua classificação anterior. 5.2. Você tem fome de quê? Para este artigo/texto serão trabalhadas narrativas colhidas no campo entre lideranças, homens e mulheres, especialistas tradicionais, jovens e velhos. Também serão analisados aqui os resultados de uma pesquisa baseada na Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, adaptada durante o trabalho de campo. O que é segurança ou insegurança alimentar entre os Povos Xinguanos e particularmente entre os Kisêdjê. Alimentos de dentro e de fora - como estão sendo classificados. Qual é a classificação dos alimentos para os Kisedje? Neste artigo serão levantados aspectos relacionados ao uso de recursos provenientes dos salários e benefícios sociais na compra de alimentos industrializados. Como se configura a dependência e/ou autonomia neste contexto de colonizador x colonizado? 5.3. A construção do corpo em novos tempos e novos querereres... Para este artigo serão trabalhadas entrevistas com homens e mulheres, jovens e adultos, observação participante e sistematização da experiência da autora ao longo do trabalho de campo. Qual é a percepção corporal hoje em dia? O que mudou? Estão sendo utilizadas outras práticas de construção do corpo? A introdução de

**Endereço:** SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.719-049  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Página 06 de 15

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.733.501

modo de viver e as novas doenças.

**OBJETIVO SECUNDÁRIO**

- Identificar as percepções e interpretações dos indígenas em relação às mudanças no modo de viver;
- Identificar as percepções e interpretações dos indígenas em relação ao processo de adoecimento pelas novas doenças como obesidade, dislipidemias, diabetes mellitus e hipertensão arterial;
- Identificar mudanças no modo de se alimentar relacionando-as com situações de insegurança alimentar;
- Identificar e registrar a construção de estratégias de enfrentamento dos novos problemas de saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:****RISCOS**

O presente estudo encontra-se inserido no programa de saúde, assistência, ensino e pesquisa que a Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp) desenvolve no PIX, conhecido como Projeto Xingu. De forma a obter a anuência dos índios do PIX para a realização do estudo, os pesquisadores principais fizeram, em agosto, outubro e novembro de 2016, viagens de explanação sobre os objetivos e procedimentos a serem adotados, ficando claro que a participação é voluntária e que cada pessoa tem total liberdade para desistir a qualquer momento sem sofrer qualquer coerção ou dano. Os Auxiliares de Enfermagem Indígenas, os Agentes Indígenas de Saúde e os Professores Indígenas ajudaram a esclarecer as comunidades na língua nativa e participarão da pesquisa de campo. Este Projeto está vinculado a um projeto maior que já foi aprovado pelo CONEP sob o CAAE: 65147817.4.0000.5505 e número do parecer: 2.185.654. Os encontros, rodas de conversa, visitas domiciliares e entrevistas realizadas podem suscitar algum constrangimento aos participantes ou, durante as conversas e devolutivas se sentirem expostos perante outros membros da comunidade. Com o objetivo de minimizar a ocorrência destas situações a equipe de pesquisadores não revelará nomes ou outros atributos que identifiquem os sujeitos da pesquisa e adotará uma postura que garanta os princípios da confidencialidade e privacidade. Caso essas situações ocorram a pesquisadora e equipe adotarão a postura que vise minimizar o desconforto do participante. Sobre os riscos relacionados à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente, foram e serão esclarecidos ao longo da pesquisa. Qualquer

<b>Endereço:</b> SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
<b>Bairro:</b> Asa Norte <b>CEP:</b> 70.719-049
<b>UF:</b> DF <b>Município:</b> BRASÍLIA
<b>Telefone:</b> (61)3315-5877 <b>E-mail:</b> conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.733.501

dano direto/indireto, bem como tardio/imediato, ao participante da pesquisa, serão acolhidos, avaliados, acompanhados e considerados durante todo o período da pesquisa e posteriormente se for o caso.

#### BENEFÍCIOS

Os resultados podem auxiliar no conhecimento dos determinantes socioculturais relacionados às DCNT, dar pistas para a confecção de políticas públicas mais adequadas que considerem a especificidade dos povos indígenas. Todo o projeto deve ser desenvolvido tendo como referência a Pesquisa Participante com a construção coletiva do conhecimento e práticas, socializando e trocando saberes, e elaborando estratégias de enfrentamento dos novos problemas visando a diminuição da vulnerabilidade e o risco do adoecimento. Outro resultado esperado tem a ver com o envolvimento dos Kisedjê como sujeitos que produzem saúde e podem modificar o rumo destas novas doenças.



**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Recomendações:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Resposta ao PARECER CONSUBSTANCIADO CONEP nº 2.572.655:

1. Quanto às Informações Básicas do Projeto, que constam no documento intitulado "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1067412.pdf", gerado em 21/02/2018:

1.1. Na página 4 de 7, item "Riscos", lê-se: "O presente estudo encontra-se inserido no programa de saúde, assistência, ensino e pesquisa que a Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP) desenvolve no PIX, conhecido como Projeto Xingu. De forma a obter a anuência dos índios do PIX para a realização do estudo, os pesquisadores principais fizeram, em agosto, outubro e novembro de 2016, viagens de explanação sobre os objetivos e procedimentos a serem adotados, ficando claro que a participação é voluntária e que cada pessoa tem total liberdade para desistir a qualquer momento sem sofrer qualquer coerção ou dano. Os Auxiliares

<b>Endereço:</b> SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
<b>Bairro:</b> Asa Norte <b>CEP:</b> 70.719-049
<b>UF:</b> DF <b>Município:</b> BRASILIA
<b>Telefone:</b> (61)3315-5877 <b>E-mail:</b> conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.733.501

de Enfermagem Indígenas, os Agentes Indígenas de Saúde e os Professores Indígenas ajudaram a esclarecer as comunidades na língua nativa e participaram da pesquisa de campo. Este projeto está vinculado a um projeto maior que já foi aprovado pelo CONEP sob o CAAE: 65147817.4.0000.5505 e número do parecer: 2.185.654.”.

1.1.1. A Conep analisou o protocolo maior referente ao CAAE: 65147817.4.0000.5505, e esse protocolo contempla os objetivos do protocolo menor (protocolo em análise). No entanto, não está claro se a etapa da pesquisa de campo do projeto maior já foi completamente realizada, como por exemplo, as atividades a serem realizadas com a população do estudo – 40 mulheres e 10 agricultores. Solicitam-se esclarecimentos se as mulheres e agricultores são indígenas.

RESPOSTA: Esclareço que este projeto de pesquisa ora em análise, cujo título é “Mudanças e Permanências no modo de viver, comer e adoecer entre os Kisêdjê: tecendo novos significados” é parte do projeto maior “Novos problemas de saúde: avaliação do perfil nutricional e metabólico dos índios do Parque Indígena do Xingu”. O projeto maior ainda está em andamento e as atividades a serem realizadas junto às mulheres e aos agricultores têm sido desenvolvidas durante as viagens de campo desde 2017 e, entre os Kisêdjê, foco do atual trabalho, estão previstas para o final deste ano e seguirão até 2019. Tanto as mulheres como os agricultores são indígenas. Utilizamos o termo agricultores pois foi uma aproximação aos grupos previstos pela plataforma Brasil. Chamamos de agricultores os indígenas donos de roças, detentores de um vasto conhecimento do meio ambiente, do plantio e do roçado nas aldeias pesquisadas.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.1.2. Ademais, a pesquisadora não solicita dispensa de registro de consentimento para este projeto. Não apresenta como será este registro e o que já foi autorizado pelos possíveis participantes. Solicitam-se esclarecimentos e adequação.

RESPOSTA: Para esta pesquisa estou considerando como registro de consentimento os TCLE que foram utilizados no Projeto maior referente ao CAAE: 651.47817.4.0000.5505. Nos termos de consentimento anexados na plataforma e nesta resposta já estão presentes os procedimentos previstos para essa pesquisa que ora tramita. Apenas quis dizer que este registro de consentimento anterior foi considerado nesta pesquisa e não dispensado. No sentido de atender à solicitação de um termo individual e coletivo para esta pesquisa específica, foi elaborado um TCLE individual para os participantes das entrevistas que serão realizadas entre os Kisêdjê e segue anexado à plataforma em duas versões: uma com as alterações e adequações destacadas e outro

<b>Endereço:</b> SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar	
<b>Bairro:</b> Asa Norte	<b>CEP:</b> 70.719-049
<b>UF:</b> DF	<b>Município:</b> BRASILIA
<b>Telefone:</b> (61)3315-5877	<b>E-mail:</b> conep@saude.gov.br

Página 09 de 15

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.733.501

com a versão limpa. Outro TCLE coletivo, especificamente para esta pesquisa entre os Kisêdjê foi elaborado. Também está anexado em dois formatos, uma versão com o destaque das alterações e adequações para esta pesquisa e outro com a versão limpa. Todos os anexos estão em formato Word para permitir o recurso “copiar” e “colar” conforme orientação. Todos os outros TCLE já assinados foram excluídos da plataforma.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.1.3. Solicitam-se esclarecimentos se os dados dos prontuários já foram coletados e em quais condições isso ocorreu.

RESPOSTA: Para este estudo não está previsto o uso de prontuários individuais e sim de relatórios técnicos junto ao Projeto de pesquisa maior, supracitado, referente ao CAAE 651.478.4.0000.5505. De acordo com o texto referente à metodologia de análise dos dados: “O uso de diferentes fontes de informação, em

diferentes momentos e validadas pelos informantes, no caso os indígenas, será valorizado durante o trabalho de campo. As técnicas e estratégias a serem utilizadas, tanto as de observação quanto as de entrevista, visitas domiciliares, rodas de conversa e finalmente as oficinas de culinária terão enfoque descritivo e comparativo. Assim, estando o processo de análise qualitativa imbricado ao cotidiano da pesquisa, a codificação dos domínios ou categorias analíticas estará remetida às questões norteadoras da pesquisa, aqui consideradas como marcos iniciais da análise: na alimentação, segurança alimentar, modificações nos modos de viver, mudanças ambientais e na identificação de estratégias de reorganização e reprodução social dos povos estudados”.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.1.4. Solicitam-se esclarecimentos se houve autorização dos indígenas para o acesso aos prontuários e ainda se houve autorização do cacique para a realização da pesquisa.

RESPOSTA: Conforme esclarecimento no item 1.1.3. não houve necessidade de acesso aos prontuários individuais para esta pesquisa que ora tramita. Todas as autorizações necessárias e apontadas foram colhidas no contexto do Projeto maior referente ao CAAE 651.478.4.0000.5505. Esta pesquisa foi autorizada pelos indígenas e pelos Caciques de acordo com os TCLE relacionados a ela e de acordo com o texto: “O presente estudo encontra-se inserido no programa de saúde, assistência, ensino e pesquisa que a Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp) desenvolve no PIX, conhecido como Projeto Xingu. De forma a obter a anuência dos índios do PIX para a realização do estudo, os pesquisadores principais fizeram, em

<b>Endereço:</b> SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar	
<b>Bairro:</b> Asa Norte	<b>CEP:</b> 70.719-049
<b>UF:</b> DF	<b>Município:</b> BRASILIA
<b>Telefone:</b> (61)3315-5877	<b>E-mail:</b> conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.733.501

agosto, outubro e novembro de 2016, viagens de explanação sobre os objetivos e procedimentos a serem adotados, ficando claro que a participação é voluntária e que cada pessoa tem total liberdade para desistir a qualquer momento sem sofrer qualquer coerção ou dano. Os Auxiliares de Enfermagem Indígenas, os Agentes Indígenas de Saúde e os Professores Indígenas ajudaram a esclarecer as comunidades na língua nativa e participarão da pesquisa de campo. Este Projeto está vinculado a um projeto maior que já foi aprovado pelo CONEP sob o CAAE: 65147817.4.0000.5505 e número do parecer: 2.185.654”.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.2. Considerando as etapas a serem desenvolvidas no presente no projeto, a pesquisadora deverá descrever os riscos oriundos desses procedimentos. Nesse sentido, o campo "risco" na Plataforma Brasil é destinado a informar qualquer possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente, isto é, qualquer dano direto/indireto, bem como tardio/imediato, ao participante da pesquisa. Diante do exposto, solicita-se adequar a informação referente ao risco ao participante do estudo, no campo "Risco", na Aba 4 - Detalhamento do Estudo, na Plataforma Brasil (Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 2º, inciso XXV). RESPOSTA: De acordo com a solicitação foi feita a alteração/adequação no item Riscos da Pesquisa conforme exposto abaixo, o texto anterior e o que foi alterado:

### RISCOS

“O presente estudo encontra-se inserido no programa de saúde, assistência, ensino e pesquisa que a Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp) desenvolve no PIX, conhecido como Projeto Xingu. De forma a obter a anuência dos índios do PIX para a realização do estudo, os pesquisadores principais fizeram, em agosto, outubro e novembro de 2016, viagens de explanação sobre os objetivos e procedimentos a serem adotados, ficando claro que a participação é voluntária e que cada pessoa tem total liberdade para desistir a qualquer momento sem sofrer qualquer coerção ou dano. Os Auxiliares de Enfermagem Indígenas, os Agentes Indígenas de Saúde e os Professores Indígenas ajudaram a esclarecer as comunidades na língua nativa e participarão da pesquisa de campo. Este Projeto está vinculado a um projeto maior que já foi aprovado pelo CONEP sob o CAAE: 65147817.4.0000.5505 e

número do parecer: 2.185.654". (Aqui foi adequada a redação acrescentando): "Os encontros, rodas de conversa, visitas domiciliares e entrevistas realizadas podem suscitar algum constrangimento aos participantes ou, durante as conversas e devolutivas se sentirem expostos perante outros

**Endereço:** SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.719-049  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Página 11 de 15

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.733.501

membros da comunidade. Com o objetivo de minimizar a ocorrência destas situações a equipe de pesquisadores não revelará nomes ou outros atributos que identifiquem os sujeitos da pesquisa e adotará uma postura que garanta os princípios da confidencialidade e privacidade. Caso essas situações ocorram a pesquisadora e equipe adotarão a postura que vise minimizar o desconforto do participante.

Sobre os riscos relacionados à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente, foram e serão esclarecidos ao longo da pesquisa. Qualquer dano direto/indireto, bem como tardio/imediato, ao participante da pesquisa, serão acolhidos, avaliados, acompanhados e considerados durante todo o período da pesquisa e posteriormente se for o caso".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.



1.3. Quando a legislação brasileira dispuser sobre competência de órgãos governamentais, a exemplo da Fundação Nacional do Índio – FUNAI que deve autorizar a entrada em terra indígena, esta autorização deve ser obtida antes do início da pesquisa. Não foi apresentada a autorização da Presidência da FUNAI conforme estabelece a Instrução Normativa nº 001/PRES/1995 - FUNAI. Solicita-se a apresentação da autorização da Presidência da FUNAI para entrada em terra indígena ou a declaração da pesquisadora de que esta será obtida antes do início da pesquisa, caso necessária.

RESPOSTA: A solicitação para ingresso e realização da pesquisa foi autorizada pelo Coordenador Regional da FUNAI – CR Xingu, anexada, e foi encaminhado documento à Presidência da FUNAI, em cumprimento à Instrução Normativa 001/PRES, de 29/11/1995, conforme documento anexado (Ofício\_FUNAI) na plataforma (como está em PDF e muito pesado não inseri nesta carta resposta mas está anexado à plataforma). O Ofício de Anuência da FUNAI será anexado em sua versão assinada, com a anuência ao Projeto de Pesquisa maior, “Novos problemas de saúde: avaliação do perfil nutricional e metabólico dos índios do Parque Indígena do Xingu”, no qual está inserida esta pesquisa de acordo com a carta do Professor Douglas Antonio Rodrigues, responsável pelo Projeto que também será anexada à plataforma. ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.4. Na página 5 de 7, é apresentado o Orçamento Financeiro no valor de R\$ 123.000,00. Solicita-se esclarecer qual será a fonte financiadora, e caso necessário, apresentação de nova folha de rosto devidamente assinada pelo responsável institucional. Ressalta-se que a Resolução CNS nº

<b>Endereço:</b> SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar	
<b>Bairro:</b> Asa Norte	<b>CEP:</b> 70.719-049
<b>UF:</b> DF	<b>Município:</b> BRASILIA
<b>Telefone:</b> (61)3315-5877	<b>E-mail:</b> conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.733.501

466 de 2012, item II.11, define como Patrocinador: pessoa física ou jurídica, pública ou privada que apoia a pesquisa, mediante ações de financiamento, infraestrutura, recursos humanos ou apoio institucional.

RESPOSTA: Sobre este orçamento de fato ele já estava previsto no Projeto maior (referente ao CAAE: 651.47817.4.0000.5505), do qual esta pesquisa faz parte, e não havia necessidade de especificar um valor para esta pesquisa em separado. Onde havia o valor de R\$123.000,00 foi apagado e apenas mencionado como Recursos Próprios.

O texto na plataforma foi alterado para: "Este orçamento já está contemplado no Projeto "Novos problemas de saúde: avaliação do perfil nutricional e metabólico dos índios do Parque Indígena do Xingu", cujo CEP/Unifesp e CONEP já foram respectivamente aprovados sob os números 0140.0088.02/2017 e 2.185.654 CAAE: 65147817.4.0000.5505. O orçamento aqui previsto é parte do orçamento apresentado no Projeto citado. A fonte de financiamento do projeto como um todo é própria".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.5. Solicita-se que seja apresentado o roteiro da entrevista que será realizada com os participantes da pesquisa e informar o tempo estimado necessário para o procedimento, conforme Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, item 3.4.1.8.

RESPOSTA: As entrevistas realizadas nos domicílios são baseadas em roteiros específicos, questionários, e levam cerca de uma a duas horas dependendo da interlocução com os moradores e do número de entrevistados nas casas. As entrevistas referem-se a inquéritos socioeconômicos, alimentares e segurança alimentar.

Os roteiros foram anexados à plataforma em formato Word para permitir o uso do recurso "copiar" e "colar", conforme orientação.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.



**Considerações Finais a critério da CONEP:**

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

<b>Endereço:</b> SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
<b>Bairro:</b> Asa Norte <b>CEP:</b> 70.719-049
<b>UF:</b> DF <b>Município:</b> BRASÍLIA
<b>Telefone:</b> (61)3315-5877 <b>E-mail:</b> conep@saude.gov.br

Página 13 de 15

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.733.501

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1067412.pdf	14/06/2018 10:35:12		Aceito
Outros	Carta_anuencia_pesquisador_douglas_rodrighes.docx	14/06/2018 10:30:31	sofia beatriz machado de mendonça	Aceito
Parecer Anterior	Carta_Resposta_CONEP_parecer_2572655.docx	14/06/2018 09:46:10	sofia beatriz machado de mendonça	Aceito
Parecer Anterior	Resposta_as_pendencias_e_inadequacoes_colocadas_7_junho_2018.docx	14/06/2018 09:45:46	sofia beatriz machado de mendonça	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_individual_para_CONEP_junho_2018.docx	14/06/2018 09:45:15	sofia beatriz machado de mendonça	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_coletivo_povo_kisedje.docx	14/06/2018 09:43:07	sofia beatriz machado de mendonça	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	memoria_TCLE_individual_adaptado_para_essa_pesquisa_especifica.docx	14/06/2018 09:37:12	sofia beatriz machado de mendonça	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Memoria_de_alteracao_TCLE_adaptado_para_este_projeto_de_pesquisa.docx	14/06/2018 09:36:33	sofia beatriz machado de mendonça	Aceito
Outros	LEVANTAMENTO_SOCIOECONOMIC O.docx	12/06/2018 09:43:56	sofia beatriz machado de mendonça	Aceito
Outros	LEVANTAMENTO_DA_SITUACAO_ALIMENTAR.docx	12/06/2018 09:43:27	sofia beatriz machado de mendonça	Aceito
Outros	EBIA_Escala_Brasileira_de_Inseguranc a_Alimentar.docx	12/06/2018 09:43:09	sofia beatriz machado de mendonça	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Oficio_FUNAI_paraCONEP.pdf	11/04/2018 15:02:46	sofia beatriz machado de mendonça	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	autoriza_dsei.pdf	11/04/2018 15:02:19	sofia beatriz machado de mendonça	Aceito

**Endereço:** SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.719-049  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Página 14 de 15

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.733.501

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	autoriza_funai.pdf	11/04/2018 15:01:37	sofia beatriz machado de mendonça	Aceito
Outros	cadastro_CEP_sofia_mendonca.pdf	21/02/2018 09:46:13	sofia beatriz machado de mendonça	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_sofia_mendonca.pdf	21/02/2018 09:44:58	sofia beatriz machado de mendonça	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodeanuencia_sofia_beatriz_machado_de_mendonca.pdf	09/02/2018 17:53:11	sofia beatriz machado de mendonça	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	mudancas_e_permanencias_entre_os_Kisedje_sofia_mendonca.pdf	09/02/2018 17:22:50	sofia beatriz machado de mendonça	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	autoriza_condisi.pdf	09/02/2018 17:21:09	sofia beatriz machado de mendonça	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_ CONEP_2185654.pdf	09/02/2018 17:07:24	sofia beatriz machado de mendonça	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

BRASILIA, 25 de Junho de 2018

---

**Assinado por:**  
**Jorge Alves de Almeida Venancio**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.719-049  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

