



# Doenças e espaços de cura, escuta e resignificação entre indígenas de Mato Grosso

*Diseases and spaces of healing, listening and resignification among indigenous people in Mato Grosso*

Angela Campbell PENA<sup>1</sup>  

Silvia Angela GUGELMIN<sup>1</sup>  

<sup>1</sup> Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT, Instituto de Saúde Coletiva – ISC, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Cuiabá, MT, Brasil.

## Correspondência:

Angela Campbell Pena  
angelacampbell7@hotmail.com

**Recebido:** 05 jun. 2025

**Revisado:** 16 dez. 2025

**Aprovado:** 12 jan. 2026

## Como citar (APA):

Pena, A. C., & Gugelmin, S. A. (2025). Doenças e espaços de cura, escuta e resignificação entre indígenas de Mato Grosso. *Revista da SBPH*, 28(Esp 1), e010. [https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2025.v28.Esp\\_1.900](https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2025.v28.Esp_1.900).

## Financiamento:

Financiamento próprio.

## Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

## Nota dos autores:

o artigo é fruto de uma pesquisa de mestrado que foi braço do projeto intitulado “Avaliação de Saúde e do Nível de Contaminação Ambiental por Agrotóxico na População, em Águas e Solos da Terra Indígena Marãiwatsédé”, coordenado pelo prof. Dr. Wanderlei Antonio Pignati do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT.



## Resumo

Este estudo foi realizado na Terra Indígena *Marãiwatsédé* e propôs analisar o óbito de crianças até cinco anos e natimortos ocorridos em 2012 e 2013. O estudo fez uso de pesquisa qualitativa em saúde analisando os sentidos atribuídos pelos indígenas às mortes das crianças e o contexto socioambiental e de assistência à saúde em que ocorreram os óbitos. Foram utilizadas técnicas de observação e entrevista semiestruturada. A análise dos dados se deu à luz da interpretação de sentidos e o diálogo entre hermenêutica e dialética, proposta por Minayo. Frente ao adoecimento e à morte, as famílias buscaram um sistema de saúde eclético, combinando atividades de cura relacionadas ao setor informal e ao setor profissional de saúde, especificamente ao modelo biomédico. Os Xavante utilizaram um modelo explicativo sincrético nas definições de causalidade das mortes, conciliando elementos originários de diferentes modelos para atribuir sentido a elas. Ressalta-se a importância de analisar as mortes para além dos números, tornando compreensível o sentido do adoecimento e da morte para aqueles que vivenciaram os óbitos em seu cotidiano e, por meio de um diálogo intercultural, produzir respostas para o planejamento de ações adequadas ao contexto de acompanhamento de crianças e famílias ou de humanização da assistência em saúde indígena.

**Descritores:** Rituais de cura; Medicina tradicional; Atitudes frente à morte.

## Abstract

This study was carried out in the *Marãiwatsédé* indigenous land and it was proposed to analyze the deaths of *Xavante* children under the age of five and stillbirths in the years of 2012 and 2013. The study made use of the qualitative research in health to the extent that it analyzed the meanings attributed by the indigenous to the deaths of the children and the socioenvironmental and health assistance context in which the deaths occur. The techniques of observation and semi-structured interview with family members of the children were also used. Data analysis was carried out in the light of the interpretation of meanings and the dialogue between Hermeneutics and dialectics, proposed by Minayo. At the time of illness and death, the families looked for an eclectic health system that combined healing activities related to the popular sector and the professional health sector, more specifically the biomedical model. In addition, the *Xavante* used a syncretic explanatory model in the definitions of causality of deaths, in that they reconciled elements originating from different models to assign meaning to them. Given this, it is evident the importance of analyzing infant deaths beyond the numerical senses, in order to make comprehensible the meaning of sickness and death of those who experienced the deaths in their daily lives, and through intercultural dialogue, produce answers for the planning of actions more appropriate to the indigenous context, either for monitoring children and families or for the humanization of indigenous health care.

**Descriptors:** Cure rituals; Traditional Medicine; Death attitude.

## INTRODUÇÃO

O processo saúde-doença-cuidado, por sua complexidade, se liga a conjuntura política, social, econômica e valorativa, na medida em que se amplia para além do corpo, extrapolando para as relações estabelecidas entre as pessoas, entre estas e a natureza e o mundo sobrenatural (Helman, 2003). Por isso, as concepções de saúde e doença diferem em contextos culturais distintos, sendo entendidas e pensadas por referenciais simbólicos particulares.

As análises epidemiológicas em meio às comunidades indígenas demonstram um quadro de morbimortalidade por doenças infecciosas e respiratórias, com altas taxas de mortalidade sem, contudo, incorporar a sociodiversidade existente, negligenciando as trajetórias sócio-históricas e políticas dessas populações (Mendes et al., 2018; Silva et al., 2025). Essas trajetórias, juntamente com os referenciais simbólicos particulares (esquemas cosmológicos) e as práticas sociais cotidianas, permeiam e delineiam os conceitos de saúde, doença e morte nas sociedades (Helman, 2003). Por isso, torna-se importante estudos qualitativos a respeito da morte entre povos indígenas, especialmente se considerarmos a sociodiversidade existente no país.

Entre as crianças indígenas, as circunstâncias do óbito e a causa *mortis* nem sempre aparecem nos sistemas de informação oficiais, pois muitas vezes não são identificadas pelos profissionais de saúde, especialmente no que se refere a determinantes biológicos. O elevado percentual de mortes sem determinação de causa indica fragilidade dos serviços de saúde destinados aos povos indígenas e do registro do evento (Souza et al., 2010).

No caso específico dos Xavante observa-se que esse povo indígena tem sua história marcada por altas taxas de mortalidade infantil. Por exemplo, no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Xavante a taxa de mortalidade infantil (TMI) chegou a 68,35 mortes por mil nascidos vivos em 2011, enquanto para população geral no Brasil a taxa era de 15,3 no mesmo período (Ministério da Saúde [MS], 2012). Decorrido mais de dez anos, a TMI ainda permanece alta (74,9 óbitos por mil nascidos vivos) entre as crianças Xavante em 2022 (MS, 2024), indicando condições de vida precárias e baixos níveis de saúde.

Dentre os desafios enfrentados por esse povo, encontram-se os conflitos territoriais recorrentes. Disputas por território são descritas na história Xavante desde a saída do norte de Goiás no século XIX, período em que a mortandade era atribuída aos ataques das frentes de expansão para o Centro-Oeste e pelas doenças infecciosas antes desconhecidas (Maybury-Lewis, 1984), até os dias atuais no nordeste mato-grossense.

Entre os Xavante, a população da Terra Indígena (TI) *Marãiwatsédé*, localizada no estado de Mato Grosso, a aproximadamente 1.000 km da capital Cuiabá, desperta a atenção pelo contexto em que óbitos infantis ocorreram durante o período de desintração dos posseiros e fazendeiros que nela residiam.

A desintração constituiu-se como uma ação legal, objetivando a retirada dos não indígenas que, sem autorização, se estabeleceram na região. Apesar de sentenciada pela Justiça Federal em 2007, a desintração total ocorreu entre dezembro de 2012 a março de 2013. Nesse período o conflito histórico de disputa de terra estava acirrado, de um lado os Xavante de *Marãiwatsédé*, oficialmente detentores dos 165.241 hectares que compõem a TI demarcada desde 1998, e de outro os fazendeiros e posseiros, que resguardados por políticos da redondeza pleiteavam o direito sobre a terra, negando a

desintrusão realizada pela Força Nacional de Segurança e cometendo novas invasões (Airoso da Motta & Oliveira, 2015).

Nesse íterim, as relações entre os Xavante e a população da região tornaram-se comprometidas. A ameaça de ter seu direito à terra cerceado e o descumprimento de medidas como a desintrusão total do território, o cessar das queimadas e a não fumigação de agrotóxico nas redondezas, geraram um clima de desconfiança e exclusão. Neste cenário político e fundiário, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) solicitaram a realização de uma pesquisa para avaliar a saúde da população e o nível de contaminação ambiental por agrotóxicos na TI *Marãiwatsédé*, pois suspeitavam que a morte de quatro crianças no período de desintrusão era decorrente de intoxicação provocada por agrotóxico (Pignati et al., 2013).

Nesse sentido, uma ampla pesquisa foi elaborada pelo Núcleo de Estudos Ambientais e de Saúde do Trabalhador (NEAST), da Universidade Federal de Mato Grosso, na TI *Marãiwatsédé*, cujos resultados foram publicados em diferentes meios científicos (Fagundes, 2015; Fagundes & Spinelli, 2018; Kobi, 2016; Lima, 2015; Lima & Pignati, 2018). O presente artigo é um dos produtos dessa pesquisa e refere-se à morte de crianças indígenas, mais especificamente às explicações para as mortes ocorridas durante o período de desintrusão da TI *Marãiwatsédé*, segundo a perspectiva indígena. As seguintes perguntas nortearam o desenvolvimento desse estudo: “Quais foram as circunstâncias de vida e de morte dessas crianças?” e “Como os Xavante entendem a morte das crianças ocorridas no período de desintrusão?”.

Não se pretende esgotar o assunto, o objetivo é incitar a reflexão sobre essas mortes em uma perspectiva socioantropológica, explorando as relações entre atenção à saúde prestada pelos profissionais, os motivos declarados como causa *mortis* e as explicações populares para essas mortes, dentro das dinâmicas sociais da comunidade, incluindo as relações de parentesco e os cuidados prestados às crianças pela família. A intenção é construir um diálogo intercultural que revele a face humana da mortalidade (Dantas et al., 2021; Nations, 2009).

## PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo se caracteriza como uma pesquisa qualitativa em saúde, com abordagem interpretativa, sobre as circunstâncias de vida e de morte de crianças menores de cinco anos, durante o processo de desintrusão. Para isso, foram consideradas a história dos óbitos e os fatores que influenciaram sua ocorrência na tentativa de entender a face humana da morte infantil (Nations, 2009), ou seja, a vivência pessoal dos familiares e não os aspectos censitários e epidemiológicos relacionados à mortalidade.

A morte e o morrer são eventos da existência humana, fazem parte do ciclo de vida, ainda que assumam diferentes representações, a depender dos contextos socioculturais e históricos em que estão inseridas. Contudo, a forma como se morre e a idade em que se morre podem afetar a estrutura social de uma sociedade. Por exemplo, a organização social dos Xavante ocorre por meio de clãs patrilineares, em que a linhagem é transmitida pelos homens produzindo uma relação de parentesco. Por isso, os laços matrimoniais não ocorrem dentre membros de um mesmo clã. Porém, a residência é uxorilocal, isto é, o homem reside na casa da esposa e o grupo doméstico é formado por duas ou três gerações de mulheres ligadas por grau de parentesco, seus maridos e filhos (Maybury-Lewis, 1984). São essas relações que permitem a coesão do grupo e a reciprocidade.

A chegada de um filho é almejada pelo homem Xavante, pois tendo filhos, eles crescem e passam a apoiar o pai, havendo então a possibilidade de construir a sua própria casa e não mais residir na casa de sua esposa (Maybury-Lewis, 1984). Nesse contexto, o recrudescimento das mortes infantis em *Marãiwatsédé* se torna um desafio para os Xavante, especialmente no que se refere a continuidade das relações de parentesco e de sua estrutura social.

O estudo foi realizado na TI *Marãiwatsédé*, localizada entre os municípios de Alto Boa Vista, Bom Jesus do Araguaia e São Felix do Araguaia, no nordeste mato-grossense. Ao longo dos 165.241 hectares que compõe a TI havia na época do estudo quatro aldeias: *Aiopa*, *Etewawe*, *Madzabdze* e *Marãiwatsédé*. A aldeia *Marãiwatsédé* é a mais antiga e a mais populosa, nela se localizam a unidade básica de saúde, o Polo Base e a Escola Estadual Indígena de *Marãiwatsédé*, que oferece o ensino fundamental, ensino médio e educação indígena aos adolescentes e crianças da comunidade.

Sobre o objeto de estudo, delimitou-se às mortes de crianças de zero a cinco anos ocorridas em *Marãiwatsédé* nos anos de 2012 e 2013, cujas famílias ainda residissem na TI no momento do trabalho de campo. Também foi incorporado a análise de natimortos, uma vez que havia informações relevantes relacionadas aos serviços de saúde, totalizando ao final, 18 casos investigados.

Para melhor sistematização do estudo optou-se por dividir o trabalho de campo em dois momentos. A primeira fase, considerada exploratória, objetivou a apresentação da pesquisadora à comunidade, o reconhecimento do campo, dos espaços e das pessoas que participariam das entrevistas, além do levantamento de informações gerais sobre as mortes. A visita ocorreu em maio de 2015 na aldeia *Marãiwatsédé*, junto com a equipe que desenvolvia o estudo sobre estado nutricional e condições de vida das crianças menores de cinco anos (parte da pesquisa maior). A autora principal do presente estudo auxiliou na coleta dos dados e isso facilitou sua inserção junto à população, pois visitou todas as casas da aldeia.

Além disso, nessa fase foram realizadas conversas informais, observação (espaços físicos, dia a dia das pessoas na aldeia, rotina de trabalho na unidade de saúde), e a consulta ao livro de registro de óbito, documento de responsabilidade da equipe do Polo Base *Marãiwatsédé*, que continha a identificação da criança por nome, idade e filiação. Com base nos registros, foram identificadas as pessoas que seriam entrevistadas na segunda etapa da pesquisa. Considerando que as mulheres e idosos falam o idioma *Akwén*, estabeleceu-se também o contato com tradutores que, posteriormente, foram convidados a participar como interlocutores nas entrevistas. Todas as observações e conversas foram registradas no diário de campo.

Na segunda fase, realizada em maio de 2016, foram aplicadas as entrevistas semiestruturada (Oliveira, 2000) e realizada a observação direta (Angrosino, 2009). A escolha das técnicas contemplou a investigação dos óbitos numa perspectiva integral, explorando as relações entre atenção à saúde prestada pelos profissionais, os motivos declarados como causa *mortis* e as explicações populares para as mortes dentro das dinâmicas sociais da comunidade.

As entrevistas foram realizadas nos domicílios indígenas, em local que oferecesse conforto e tranquilidade e com o auxílio de tradutores, quando necessário. Foram entrevistados os responsáveis pelo cuidado da criança falecida e as mulheres que tiveram filhos nascidos mortos. Devido ao fato dos vínculos familiares e do cuidado com as crianças ocorrer de forma extensiva, considerou-se como cuidador principal

aquele que ofereceu cuidado intensivo e constante à criança desde o parto até o óbito, sendo possível a identificação de mais de um cuidador, conforme indicação da própria família.

A análise dos dados se deu à luz da interpretação de sentidos (Gomes, 2009), que toma por base a teoria de interpretação da cultura sistematizada por Geertz (1989) e seus conceitos de *ethos* e visão de mundo, e o diálogo entre hermenêutica e dialética proposto por Minayo (2002), que desvende o significado consensual do objeto de estudo e desnuda as contradições e suas relações com o contexto.

A pesquisa que deu origem a esse artigo seguiu a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012), e esteve vinculada ao projeto maior intitulado Avaliação de saúde e do nível de contaminação ambiental por agrotóxicos na população, em águas e solos da Terra Indígena *Marãiwatsédé*, Mato Grosso, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número de parecer 939.030. Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e devidamente esclarecidos, os entrevistados assinaram o documento possibilitando sua participação.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população de *Marãiwatsédé*, desde o retorno para sua terra no ano de 2004, tem padecido de males relacionados a ocupação do seu território e que se intensificaram no processo de desintração em 2012. No ano da desintração, a TI continha 66,64% das suas áreas alteradas, restando apenas 33,36% do complexo vegetativo nativo, ademais as frequentes queimadas por ações criminosas dificultavam o restabelecimento das matas ciliares e do cerrado, ambiente que possibilita a obtenção de matéria prima para as casas, de plantas medicinais, e a conservação de fontes de água, essenciais para a existência Xavante (Cessa, 2018).

A visão popular, por vezes atribuiu o adoecimento de adultos e crianças às condições ambientais da TI, cuja responsabilidade recaiu sobre os não-indígenas e ao modo agressivo de explorar a natureza. Um entrevistado descreveu a situação:

*“Nós vimos só pasto.... madeira no chão. Nós achamos também alguns posseiros e também fazendeiros botando fogo em cima de nós. Ai, nós adoecemos com gripe, pneumonia, vômito, tudo isso. Isso por falta de... de floresta, né?”*

Nas conversas informais ocorridas na primeira fase do trabalho de campo, especialmente durante as visitas nos domicílios, outros aspectos foram mencionados, como a escassez de alimentos, o medo de novos ataques com conseqüente dispersão no território, a contaminação do ambiente e das pessoas por agrotóxico, a discriminação na cidade, a “infecção” por poeira, entre outros.

Para os profissionais de saúde esses fatos seriam classificados como causas para uma doença, para os indígenas parecem se transformar em males por si só, pois a noção de corpo e ambiente estão conectadas (Cernicchiaro, 2021). A compreensão do território para os Xavante é distinta das concepções ocidentais, envolve o ambiente em si, como expresso no trecho acima, as relações sociais ali construídas, os deslocamentos e sua cosmologia. Os Xavante não fazem distinção entre seres humanos e espécies de

animais e vegetais que vivem no ambiente, existe um regime de sociabilidade entre eles e influências mútuas (Gomide, 2008). Se o ambiente está doente o corpo humano também estará. Por isso, considera-se o mal de intrusão como uma categoria analítica relacionada ao adoecimento, com possíveis repercussões na causa mortis das crianças. A disputa pela terra, os problemas decorrentes da presença de posseiros no território indígena e a utilização de agrotóxicos e fertilizantes nas imediações da aldeia por fazendeiros que ambicionavam parte da TI, foram associadas diretamente à morte de três crianças em *Marãiwatsédé*.

Langdon (2001) descreve que a saúde e a doença são identificadas pelos sinais reconhecidos culturalmente e pela experiência subjetiva de equilíbrio ou de aflição, e não apenas nas mudanças físicas e de funcionamento corporal. O ambiente, seja natural ou social, faz parte de possíveis fontes de sinais a serem considerados na tentativa de identificar uma doença.

Desta forma, para os Xavante de *Marãiwatsédé* a etiologia das doenças articula-se à sua cosmovisão e à interação entre condições materiais, vida simbólica e espiritual, aspecto que será detalhado mais adiante. No momento, cabe citar que a literatura clássica sobre a etnia já apontava que a doença era considerada como uma entidade pessoal, provocada por uma entidade estranha, espiritual, invisível, percebida independentemente dos indivíduos que afetava. Conforme a distinção do agente causador da doença, uma determinada prática de cura era acionada (Giaccaria, 2000).

Dentre as práticas de cura dos Xavante era comum o uso de agentes medicinais, as escarificações e rituais de cura (Giaccaria, 2000; Giaccaria & Heide, 1984). A partir do contato com não-indígenas novas formas de cuidado foram agregadas ao repertório de cura. Na tentativa de integrar os indígenas à sociedade nacional, os Xavante, assim como outros povos indígenas, foram estimulados a abandonar suas práticas tradicionais e a incorporar a medicina alopática em seu cotidiano (Giaccaria, 2000).

Para compreender a organização dos sistemas terapêuticos utilizados em *Marãiwatsédé*, valeu-se da abordagem de Kleinman (1978), que sugere a existência de três setores de assistência à saúde nas sociedades complexas: setor popular ou informal, *folk* e profissional. Nesses setores há um sistema de significados e normas comportamentais articulados a um sistema cultural mais amplo. No setor popular ou informal, a família e a comunidade, com seu conjunto de saberes e crenças sobre saúde e doença, são os proponentes das recomendações e práticas de cuidado. No setor profissional, as práticas são orientadas por profissionais dentro de um sistema oficial de saúde, formal e regulamentado. Entre esses setores, situam-se curandeiros, farmacêuticos, benzedeiros e outros especialistas em práticas de cura, que compõem o universo *folk*.

Em *Marãiwatsédé* o que se observa é a junção de práticas de cuidado e de cura próprias dos Xavante com aquelas ofertadas pelo sistema biomédico, materializado em procedimentos e medicamentos encontrados no polo de saúde. Essa integração parece expandir o sistema popular ou informal de saúde, não havendo a sobreposição de ações nem o abandono de práticas tradicionais. A busca por uma ou por outra prática, ou mesmo por ambas, é decidida pela própria comunidade de acordo com a etiologia da doença, aferida por eles. Ao longo do texto serão usados os termos “sistema tradicional Xavante”, que agrega sistema popular ou informal de saúde com o sistema *folk*, e sistema médico oficial ou biomédico para se referir ao sistema profissional.

## TRAJETÓRIA NA BUSCA POR CUIDADO COM O CORPO ADOECIDO

No decorrer da observação realizada na unidade de saúde e das conversas com os profissionais de saúde, agregadas às entrevistas com os familiares, foi-se produzindo uma aproximação com o modelo explicativo de adoecimento e mortes das crianças. Mas, para compreender esse modelo torna-se necessário explicitar que na busca por cuidados em saúde as famílias em *Marãiwatsédé* lançam mão de vários recursos simultaneamente, conforme a disponibilidade e pertinência. Para Helman (2003), a escolha por um sistema em detrimento de outro é influenciada por circunstâncias e acessibilidade ao sistema de saúde, assim como pelo modelo explicativo mais apropriado ao indivíduo, lhe permitindo compreender seu estado de saúde.

Os resultados obtidos nas entrevistas com os familiares e cuidadores, mostram que as explicações populares se mesclam a explicações biomédicas, ou seja, os familiares apresentam justificativas médico-científicas para as doenças e para a morte, por meio de classificações e nomenclaturas oficiais, cuja aplicação nem sempre corresponde fielmente aos ditames da medicina. Concomitantemente, surgem explicações relativas à espiritualidade, ao meio ambiente, aos aspectos políticos e da própria assistência ofertada pelos serviços de saúde. Esse modelo explicativo sincrético concilia elementos originários de diferentes epistemologias e explana o uso de diferentes recursos e práticas de cura. Segue o relato de um dos óbitos ocorridos em 2012, construído a partir da entrevista realizada com os pais, os registros no prontuário e relatos dos profissionais:

*“O casal residia em Marãiwatsédé, com quatro filhos e mais três pessoas em uma casa com dois cômodos, quando KX7 nasceu, em agosto de 2010. O menino nasceu de parto normal, no domicílio de sua família com ajuda de sua avó materna, uma das parteiras da aldeia. Durante a gestação os pais disseram ter seguido os cuidados e a dieta xavante, contudo não quiseram explicar esses cuidados. No prontuário estava registrado cinco consultas de pré-natal e a mulher disse que foi bom. A criança foi amamentada na primeira hora de vida. A família não soube precisar quando a criança adoeceu, mas disse que ela tinha tosse, febre, diarreia e vômito. Para o tratamento foram utilizados remédios caseiros feitos pela avó e, segundo o pai, a criança recuperava e melhorava. Concomitantemente, a família buscou ajuda no serviço de saúde local. Aos dois meses de vida a criança foi encaminhado ao Hospital Regional de Água Boa, para avaliação médica, na ocasião, apresentava escabiose e tosse produtiva. Aos três meses, apresentou quadro de estafilococcia, aos oito meses infecção respiratória, aos onze meses precisou ser internado devido a gastroenterocolite aguda. Com um ano e quatro meses, com peso muito baixo para idade, foi para a cidade de Canarana realizar tratamento médico, porém não foi percebida melhora em seu retorno para aldeia. No prontuário consta que diversas orientações foram feitas pela equipe de saúde, mas os pais não aceitaram retornar à cidade e a criança permaneceu sem melhora, indo a óbito em novembro de 2012, aos dois anos e três meses de idade. Ao questionar sua família sobre a causa do óbito, os mesmos apontam uma série de diagnósticos médicos, como “coqueluche, bronquite, pneumonia, tuberculose”.*

*Arelado a isso, apontam que a criança “atraiu espiritualidade ruim”, afirmando que “espíritos de avós e outros falecidos vieram buscar”. E novamente, ao serem questionados sobre o significado desses termos não quiseram explicar, argumentando que isso dizia respeito a “religião de cada povo.”*

Esse caso expressa as trajetórias percorridas pelas famílias durante o adoecimento e morte de seus filhos e revela processos de conciliação e de distanciamento entre as práticas terapêuticas populares e a biomedicina. A família atribuiu a causa *mortis* a diagnósticos que sequer foram mencionadas no prontuário, como coqueluche, pneumonia, bronquite, tuberculose, na tentativa de traduzir suas concepções a uma linguagem cultural apropriada ao sistema biomédico, sendo que estavam ali formas distintas de perceber o corpo, a doença e as terapêuticas. Segundo Fernandes (2010, p. 468) “nominar é reconhecer a existência, enquanto se põe ordem e se classifica algo”.

Também sugere os desafios enfrentados pela equipe de saúde, especialmente na tradução entre dois mundos e na posição refratária às intervenções da biomedicina. O sistema tradicional Xavante e o sistema médico formal foram acessados em espaços distintos: nos domicílios, na unidade de saúde local e nos serviços de referência. Estes dois últimos se diferenciam pelo grau de complexidade das ações, bem como pelo tipo de relação interpessoal estabelecida entre os agentes. As práticas de saúde da tradição Xavante geralmente são reservadas ao ambiente doméstico, sendo restrita aos familiares. Já as práticas biomédicas ocorrem na unidade de saúde, quase sempre, sob o olhar da comunidade e da equipe composta por indígenas residentes na aldeia e por não-indígenas, que se responsabilizam pela distinção do agente causador do acometimento, bem como pelo diagnóstico e terapêutica.

Segundo relato da equipe de saúde é comum os pais recusarem o encaminhamento para atendimento no hospital, pois o tratamento nesse espaço segue uma lógica diferente daquele ofertado na unidade de saúde local, sendo marcado por procedimentos invasivos, distanciamento da comunidade e dos familiares, discriminação e impedimento do uso de práticas tradicionais. Ao mesmo tempo, é importante ponderar que as relações entre os indígenas e a população da região, no processo de desintração, tornou-se comprometida, sendo marcada pelo temor da discriminação, de afrontas e agressão. Durante as entrevistas realizadas, o acesso aos serviços de saúde fora da aldeia foi referido pelos indígenas com pesar e cuidado, sugerindo um clima de desconfiança e exclusão.

As trajetórias nos 18 casos investigados perpassam os distintos sistemas, porém não é possível afirmar que haja uma linearidade ou que as famílias acionem um ou outro cuidado conforme a complexidade ou gravidade dos sintomas. Em alguns casos o sistema tradicional Xavante parece ter sido incorporado somente após o agravamento do quadro, em outros ele foi a primeira estratégia de cuidado dispensado pela família.

Langdon (2007) afirma que pesquisas que traçam o itinerário terapêutico em comunidades indígenas são importantes formas de analisar as decisões e motivações da família ou do doente durante uma enfermidade. Porém, a autora destaca que nem sempre é clara a ligação entre a causa da doença e as estratégias de cuidado selecionadas. A ausência de uma ligação direta entre a causa da doença e o tratamento adotado, somada à complexidade que o tema assume entre os Xavante,

dificultou o entendimento acerca dos princípios que fundamentaram as tomadas de decisão dos indígenas.

A não linearidade entre o que se acredita ser a causa da doença e o que se faz para tratá-la e curá-la, faz parte da zona de intermedicalidade construída entre os povos indígenas e a população não indígena que vive no entorno ou trabalha nas terras indígenas, dentre eles os profissionais de saúde. É uma zona de interações sociais e contínua negociação de formas heterogêneas de pensar-saber, que pode produzir ou não encontros intermédicos, ou seja, espaços em que práticas médicas provenientes de diferentes grupos se inter-relacionam e novas interpretações de conhecimentos e práticas em saúde podem surgir, apesar das contradições e ambiguidades (Arias-Murcia & Penna, 2021; Langdon, 2007).

### O ESPAÇO DOMÉSTICO E O SISTEMA DE CURA TRADICIONAL XAVANTE

Em se tratando do modelo de cura tradicional Xavante, o primeiro cuidado observado para as crianças é a prevenção. Esse cuidado se dá por meio da “solidariedade física íntima”<sup>1</sup> (Maybury-Lewis, 1984, p.111), que inclui dieta alimentar diferenciada e restrição de certas atividades, desde a gestação até pouco depois do nascimento. É o primeiro elo da ligação entre os pais e a criança.

A solidariedade física íntima se liga à noção de pessoa, corpo e substância, evidenciando o papel dos fluidos corporais no simbolismo geral da sociedade Xavante. No ventre materno, o feto é ainda um ser incompleto, que depende do acúmulo do fluido orgânico produzido pelo pai e depositado na mãe como condição para sua formação, o que justifica a necessidade de repetidas relações sexuais. Mesmo após o nascimento, a criança é um ser frágil e não possui uma condição humana, portanto os cuidados tomados pelos pais são decisivos para sua constituição como pessoa, bem como para sua proteção (Fernandes, 2010).

Dentre os 18 casos analisados em *Marãiwatsédé*, onze famílias disseram ter seguido a dieta Xavante, três não souberam responder à pergunta, três disseram não seguir os cuidados tradicionais na gestação e no pós-parto, e um caso não respondeu a entrevista. A presença de anciãos vivos na família parece influenciar na preservação deste costume. Algumas famílias fizeram referência aos pais e avós como incentivadores no cumprimento da dieta.

Segundo Giaccaria e Heide (1984), a mulher deve iniciar uma dieta especial durante a gestação, incluindo, entre outras coisas, semente de abóbora cozida e coco de palmeira de acuri, sendo proibida a ingestão de carne de alguns animais, pois essa provocaria vômito. Alguns cuidados com a casa da família também precisam ser tomados como, por exemplo, a higienização do local, o que para os Xavante, fará com que a criança nasça bem e bonita.

Para o pai da criança também há regras a serem cumpridas antes e após o parto. O homem deve se abster de alimentos fortes como carne, pois isso prejudicaria o bebê; outra recomendação comum é que o pai permaneça em uma espécie de resguardo após o nascimento da criança, limitando-se a atividades leves e tranquilas; é recomendado que não se envolva em brigas e que não saia para caçar. Entre os cuidados tomados pelo pai Xavante antes do nascimento, estão: não matar tatu, evitar caçar jiboias, seriemas, araras e certas espécies de peixes (barbado e cachorro), se abster de carne no momento iminente do parto e não se relacionar sexualmente com

nenhuma mulher nesse período. Após o nascimento não deve comer carne, nem sair para caçar (Maybury-Lewis, 1984).

A interdição sexual após o nascimento da criança se dá, pois, “os corpos de pai e filho não estão completamente separados, o gasto da substância que gerou o corpo do bebê [sêmen] repercutiria em sua própria saúde” (Fernandes, 2010, p. 461).

O banho da criança, a limpeza da casa, a saúde e higiene pessoal da mãe, foram mencionados em *Marãiwatsédé* como importantes cuidados para garantir a saúde da criança. Entre os cuidados relatados pelas famílias pesquisadas ainda apareceram alimentação natural, não ingestão de frutas como abacate, nem cabeça de peixes ou de outros animais e também o impedimento a realizar caçadas.

Quando perguntado sobre a caça, uma das famílias declarou que a saída do pai para a caçada coletiva é permitida, mas que o mesmo não deve matar o animal e que o consumo só pode ocorrer quando o animal é oferecido durante o processo de divisão e distribuição, contrastando com a literatura ou mesmo com outros moradores, que alegaram a proibição nesse período.

Ao ser perguntado sobre a não observância de algumas regras pelas famílias, um pai trouxe que “o essencial é mantido”. De modo geral, o cumprimento das regras alimentares no período da gestação e pós-parto parece ser seguido de forma mais conceitual do que absoluta em *Marãiwatsédé*. Em nenhum dos casos de óbito as famílias relacionaram o não cumprimento dos cuidados tradicionais Xavante durante a gestação com o adoecimento e morte das crianças.

A solidariedade física íntima, na complexidade de suas práticas, é tomada aqui sob a ótica do sistema informal de saúde, como sendo uma medida profilática. As medidas ocorrem no sentido de resguardar a criança para que não adquira propriedades indesejadas e para que cresça bem. Os cuidados são fundamentais, pois as crianças têm o corpo mais suscetível às influências externas e às doenças, “por terem o corpo ainda ‘mole’, não terem ainda um nome e não serem ainda pessoas” (Fernandes, 2010, p. 462).

Sobre o adoecimento, a responsabilidade pelo diagnóstico e pela escolha da terapêutica a ser adotada não recai sobre uma pessoa em específico. Entre os Xavante não há uma única pessoa que exerça a autoridade de cura como em outros grupos<sup>2</sup>, cada saber é detido por uma pessoa ou por um grupo de pessoas que são identificados como “senhores” ou “donos”. Um “senhor” será chamado a agir pelo conhecimento que detenha sobre uma determinada planta, animal, homem ou espírito, relacionado ao adoecimento em questão. Ao se tratar de uma doença leve, a prática de cura fica a cargo do pai, que exerce autoridade sobre a família. Nos casos em que há risco de morte ou perigo para a sociedade, recorre-se aos rituais de cura, acionando os donos daquela cura (Giaccaria, 2000).

Em *Marãiwatsédé*, a distinção entre doença leve e aquela que traz risco de morte, é feita pelos próprios indígenas e parece seguir critérios estabelecidos por meio da “avaliação e observação”, estratégia utilizada por algumas famílias no decorrer do processo de adoecimento. Em uma das visitas realizadas durante o trabalho de campo, em que a pesquisadora principal acompanhava a equipe de saúde local, apesar dos profissionais ter avaliado a situação da criança como grave e com risco de morte, a família referiu o uso da “avaliação e observação”, como prática de cuidado, sem relatar a busca por algum senhor de cura ou ritual.

Na ocasião, a criança, com um ano de idade e visíveis sinais de desnutrição, permanecia em sua casa sob os cuidados da família que recusava atendimento de saúde na unidade da aldeia. Ao ser questionada se a criança estava recebendo algum tratamento de saúde, a família referiu que a mesma estava sob avaliação e observação e, ao que parece, a criança permanecia em repouso no espaço doméstico, sob o olhar dos pais e avós.

A avaliação e observação parece ser usada para definir a complexidade do adoecimento e dos cuidados, e também o momento em que estes devem ser tomados. Ao que tudo indica, é o momento em que os Xavante de *Marãiwatsédé* realizam ações de cura pelo sistema tradicional, envolvendo toda a família. Nesta ocasião, lançam mão de técnicas como uso de chás, emplastros, sementes, cordões de fibra vegetal nos pulsos, tornozelos e pescoço e escarificações, realizadas pelas pessoas mais velhas da família. Além disso, a própria avaliação e observação se constitui como um cuidado.

Outra forma particular de tratamento é o ritual de cura que possibilita a comunicação do indivíduo consigo mesmo, com o mundo externo e com o mundo sobrenatural. Apesar de ocorrer em um determinado momento com a execução de um conjunto de ações específicas efetivada por uma pessoa ou grupo, o rito está conectado a uma dimensão social, ao contexto atual e à história do povo que o pratica (Giaccaria, 2000).

Durante a entrevista com uma das famílias, o ritual de cura foi referido como uma prática terapêutica ainda em uso, porém com interdições sobre sua descrição. O rito foi mencionado e confirmado pela equipe do polo de saúde que estava em campo na ocasião. A equipe relatou que a família isolou a criança e que houve uma mobilização e movimentação na aldeia pouco habitual. Apesar da equipe saber que cuidados tradicionais estavam sendo tomados junto a criança, estes ocorreram em espaço privado, sem o acesso da equipe de saúde.

Fundamentada na experiência etnográfica de uma das autoras junto ao povo Xavante, observa-se que os rituais apresentam variações performáticas conforme o grau de severidade da doença. Em certa ocasião, a mãe de uma criança que estava com tosse e febre, recorreu ao dono de uma planta específica. Este executou a defumação ao redor da criança e do ambiente e, em seguida, aplicou um emplastro no peito da criança. Outras cerimônias são realizadas coletivamente, onde o som dos chocalhos e das batidas dos pés no chão estabelecem o contato com o mundo espiritual, trazendo o poder da cura.

Entre as práticas de cura tradicionais mais utilizadas em *Marãiwatsédé* estão a escarificação, o uso de batoques auriculares e cordinhas, e banhos. Escarificar consiste no ato de riscar a pele com objetos afiados, buscados na própria natureza e que tem um simbolismo e uma ligação com a enfermidade (Giaccaria, 2000; Giaccaria & Heide, 1984). Os riscos na pele são feitos em indígenas de todas as idades, sendo vistos na cabeça, nos braços, abdome, costa e pernas. E, para alguns moradores da aldeia as marcas e cicatrizes na pele são bem evidentes, podendo indicar a existência de uma enfermidade crônica.

Outra prática corriqueira é o uso de plantas medicinais, em diferentes formas, como cordinhas nos pulsos e tornozelos, emplastro, banhos, aspiração, mastigação, ingestão, entre outros (Giaccaria, 2000; Giaccaria & Heide, 1984). Certas plantas são usadas para "limpar" o corpo, provocando suor, diarreia, vômito, auxiliando o corpo a voltar para um equilíbrio. O uso de plantas para tratamento foi admitido pelos indígenas entrevistados em *Marãiwatsédé*, porém, os nomes ou qualquer forma de identificação dessas plantas

utilizadas, não foi revelada. Essas informações constituem-se um segredo, mantido dentro da própria família a fim de perpetuar as regras de solidariedade e reciprocidade. Entretanto, algumas espécies têm sido plantadas no entorno das casas para facilitar o acesso e o uso.

O conhecimento acerca das plantas para fim medicinal, cerimonial e espiritual, não é universal. Algumas delas são de conhecimento público entre os Xavante, outras podem se restringir a grupos específicos, como grupos familiares, grupo de homens ou de mulheres, o que não impede que aqueles que detêm o conhecimento prepare um item ou preste um serviço àqueles que não o possuem (Maybury-Lewis, 1984; Welch et al., 2013).

O uso das cordinhas como colar, pulseira e tornozeleira, quando questionado, foi associado a prática de proteção e cura, ou seja, seu uso se justifica como forma de manter o corpo saudável e forte. As cordinhas, conhecidas como *dañipsi*, possuem propriedades mágicas, sendo colocadas em partes do corpo com maior significado social. Entre os Xavante as cordinhas são os únicos adereços utilizados em crianças pequenas (Fernandes, 2010). Um sentido estético também foi observado, constituindo-se como adornos que tornam o corpo belo, segundo os próprios indígenas. Saudável e belo parecem ser categorias êmicas muito próximas e inter-relacionadas.

#### O ESPAÇO DO SISTEMA BIOMÉDICO

A aceitação do tratamento biomédico de forma mais ampla, ocorreu por meio dos fármacos ofertados nas missões e nos postos de atração do Serviço de Proteção Indígena (SPI), por volta de 1950 (Mattos, 2019). O uso da medicina alopática entre os Xavante foi sentido como surpreendente e milagroso por sua eficácia. A rápida recuperação do enfermo também contribuiu para a boa aceitação dos comprimidos e injeções o que, segundo Giaccaria (2000), levou a dependência e ao uso indiscriminado de medicações. Os Xavante reconhecem a eficácia dos fármacos para certos problemas de saúde e os utilizam para curar sintomas.

Na unidade básica de saúde de *Marãiwatsédé* a população tem acesso a diferentes tipos de medicamentos, como analgésicos, xaropes, vermícidias, antiparasitário, anti-inflamatórios, entre outros. Os antiparasitários utilizados para o tratamento de piolhos/pediculose são entregues às mulheres e também às crianças que se penduram na janela da unidade de saúde pedindo "*shampoo*". Durante a permanência em campo havia muitos frascos disponíveis no estoque e nenhuma família encontrou dificuldade em consegui-lo.

O uso indistinto do antiparasitário, como um produto para higiene pessoal de uso diário, leva a uma reflexão sobre os significados aferidos pelos indígenas aos medicamentos. Souza (2007) afirma que novos significados podem emergir do encontro de saberes e práticas próprias do sistema médico tradicional indígena com o sistema médico oficial. A autora realizou um estudo sobre o uso de fármacos industrializados, compreendidos como remédios de farmácia, e os remédios do mato, tradicionalmente utilizados pela comunidade indígena *Fulni-ô* no nordeste brasileiro. E identificou que novos significados são conferidos pelos indígenas aos rótulos e categorias da medicina ocidental, a partir de seu referencial próprio, reelaborando saberes e instituindo espaços intermédicos.

O espaço da intermedialidade é reconhecido como zona de contato entre a biomedicina e a etnomedicina (Follér, 2004), que guarda em si interações e relações de poder, indicando movimentos de apropriação e ressignificação de saberes. É um mundo de significação com ambivalências e articulação de conhecimentos,

que resultam uma medicina híbrida. Todavia, essa fusão de conhecimentos ocorre de forma assimétrica, geralmente ela é incorporada pelos indígenas, enquanto os profissionais permanecem atuando no modelo biomédico técnico e mecânico.

Na aldeia *Marãiwatsédé*, a unidade de saúde constitui-se um ambiente no qual os indígenas dividem com os profissionais de saúde não indígenas, suas enfermidades e preocupações. As relações construídas ao longo dos anos são reconhecidamente um componente básico e essencial do cuidado. Os profissionais de saúde que atuam em *Marãiwatsédé* convivem diariamente com os indígenas e conhecem de perto o cotidiano da aldeia, as dificuldades e as lutas. Alguns profissionais trabalham com os Xavante desde seu retorno à TI em 2004, quando estavam acampados ao longo da estrada.

Ao que parece, não há problemas quanto a rotatividade ou absenteísmo na equipe. De modo geral, a mesma é aceita e respeitada pelos indígenas, o que não impede críticas pontuais direcionadas a um ou outro profissional diante às insatisfações com o serviço oferecido. A aceitação parece estar condicionada a uma postura acessível, que favorece um tipo de relação horizontal, mas também a assertividade das ações do profissional e de sua eficácia.

Por meio das observações diárias ficou claro que a relação estabelecida entre a equipe local e os indígenas extrapolava a relação médico-paciente estabelecida pelo modelo biomédico. Outras formas de cuidar e de se relacionar foram construídas entre os sujeitos, e a unidade de saúde passou a ser um espaço incorporado à rotina dos indígenas de *Marãiwatsédé*. No meio da manhã e no fim da tarde, as mulheres levavam seus filhos para tomar medicação, fazer inalação e participar de consultas com o médico. Geralmente, após a consulta, permaneciam sentadas nos bancos em frente à unidade, conversavam e achavam graça das brincadeiras feitas por alguns profissionais da equipe.

Apesar da existência de um horário habitual de funcionamento, isso não impedia os indígenas a buscar atendimento fora do horário definido. Durante a estada na aldeia, por vezes fomos interrompidos durante o sono ou no intervalo do almoço, com o chamado de indígenas que se aproximavam da cerca do alojamento, localizado nos fundos do posto, solicitando à equipe medicação ou uma consulta de enfermagem. Certa vez, durante o jantar, um grupo se aproximou, solicitando a visita domiciliar a um idoso que estava acamado e que sentia fortes dores. O médico e a enfermeira prontamente atenderam ao chamado, sendo acompanhados pela primeira autora. Na residência, durante a avaliação médica o idoso solicitou um favor à enfermeira, que faria uma viagem até a cidade no dia seguinte. Compreendendo a situação, a profissional acolheu o pedido e informou que, se confirmada a viagem, ela faria o favor. Logo após firmar o combinado o idoso disse que estava sentindo-se melhor.

O que apreendemos é a construção de uma relação de cuidado que vai além da doença em si. A unidade de saúde é um espaço em que ocorre a possibilidade de cuidado e escuta, e onde são estabelecidas relações na lógica sujeito-sujeito, o que não quer dizer que as demandas sejam sempre respondidas ou as estratégias para conseguilas sejam sempre aceitas, recompensadas ou reforçadas pela equipe. Nesse sentido, observou-se durante a permanência na unidade de saúde, que alguns profissionais de saúde eram tratados pelos Xavante como subordinados à comunidade, devendo-lhes servir em suas necessidades, sejam elas pontuais e imediatas ou ulteriores. Em alguns casos a relação era bem mais complexa, implicando em ganhos políticos e prestígios

individuais. Mesmo assim, ao longo do estudo, percebeu-se a construção de uma rede de apoio na unidade local, que produzia saúde no sentido amplo, remetendo à Política Nacional de Humanização do SUS, mais especificamente a uma de suas diretrizes, o acolhimento (MS, 2013). Na medida em que estabelecem um compromisso com a rede socioafetiva da população, como identificado entre a equipe de saúde e a população Xavante, houve a promoção da saúde.

Existem ainda outros espaços que atendem as demandas de tratamento das doenças, são os serviços de saúde especializados e de maior nível de complexidade, localizados nas cidades próximas a TI. Esses serviços nem sempre funcionam como o previsto. As principais falhas apontadas na rede de referência, foram: a morosidade no agendamento das consultas especializadas; o tempo prolongado de espera para agendamento de exames de ultrassonografia; e consultas especializadas. Estas falhas afetam diretamente a resolutividade dos problemas de saúde dos Xavante de *Marãiwatsédé* (Fagundes, 2015).

Nessas circunstâncias, a recusa da família em encaminhar a criança aos serviços de referência ou em aceitar cuidados oferecidos na unidade de saúde da aldeia é frequentemente interpretada pelos profissionais de saúde como resistência cultural ou falta de compreensão acerca da condição clínica da criança, configurando certa tensão e confronto entre os saberes. Os serviços de média e alta complexidade oferecidos nas cidades circunvizinhas, em especial em Bom Jesus do Araguaia e Água Boa, são frequentemente percebidos pelos indígenas como agressivos, seja em razão da natureza dos procedimentos, que envolvem técnicas invasivas, como a cesariana e o uso de cateter, seja pela ausência de práticas de cuidado orientadas por princípios de humanização no atendimento.

A diversidade sociocultural e o despreparo para lidar com as diferenças é um desafio para os serviços de média e alta complexidade em se tratando de pacientes indígenas. As ações em saúde nem sempre são adaptadas às particularidades dos indígenas, nem das etnias em particular (Arias-Murcia & Penna, 2021; Mendes et al., 2018; Pereira et al., 2014).

É no serviço de média e alta complexidade que os indígenas comumente apresentam maior dificuldade de adaptação, seja pelo desconhecimento do ambiente e dos procedimentos, como pelo afastamento da família e pelas experiências anteriores com baixa resolutividade. Nessas situações, o atendimento humanizado dos profissionais de saúde, através da atenção integral, do acolhimento e da escuta qualificada é essencial para dirimir essas sensações e evitar conflitos diante às diferenças (Pereira et al., 2014).

Em seis casos, dentre os 18, em que as crianças indígenas de *Marãiwatsédé* foram encaminhadas para serviços de maior complexidade, o medo e a insegurança acompanharam aqueles que necessitaram dessa assistência, seja pela gravidade dos casos, pelos procedimentos invasivos ou pelo afastamento da família e da comunidade, somados ao estranhamento diante de um ambiente distinto, que fragiliza o sentimento de pertencimento. Ademais, o acesso a tais espaços foi atravessado por conflitos, permeado pelo temor de represálias e pela experiência de discriminação, em razão da disputa territorial. Nesse contexto, os Xavante vivenciaram tensões recorrentes na interação com o sistema biomédico de média e alta complexidade, tensões que se intensificaram durante o processo de desintrusão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora se reconheça o risco de simplificações, buscou-se uma análise que ultrapassasse os números e fosse capaz de revelar o espaço sociocultural e o contexto da assistência em saúde nos 18 óbitos registrados entre 2012 e 2013, traduzindo em diferentes linguagens os sentidos atribuídos a essas mortes. Ao delimitar o período da desintrusão como foco de análise, limitou-se as possibilidades de compreensão das representações de morte para o Xavante. No entanto, a relevância do estudo reside na valoração atribuída às associações elaboradas pelas famílias e na explicitação das narrativas daqueles que vivenciaram os óbitos.

Frente ao adoecimento os indígenas lançaram mão de diferentes sistemas de saúde, evidenciando um modelo eclético, em que formas diferentes de compreensão da saúde, da doença e da cura se fundem. O processo saúde-doença-cuidado e a morte entre os indígenas de *Marãiwatsédé* encontra-se intrinsecamente articulado às concepções políticas, sociais e culturais, ultrapassando a dimensão biológica do corpo e alcançando as noções de pessoa, território e espiritualidade. Diante disso, os indígenas percorrem caminhos diversos buscando a cura. Ao trilhar a busca por cuidado os moradores de *Marãiwatsédé* encontram espaços em que predominam práticas biomédicas, por meio de procedimentos clínicos e terapêuticas medicamentosas. Por vezes, os moradores se apropriam dessas práticas dando a elas um significado diferente daquele originalmente proposto. É necessário que essas ressignificações sejam percebidas e compreendidas pela equipe de saúde em qualquer nível de atendimento. Na atenção primária à saúde, é imprescindível articular os conhecimentos existentes e exercer ações voltadas para minimizar os impactos de possíveis causas evitáveis de morte.

Em determinados espaços, os indígenas são acolhidos e têm suas vozes reconhecidas; em outros, contudo, enfrentam hostilidade e discriminação, sobretudo nos serviços de referência, o que contribui para sua relutância em buscar auxílio. A organização dos serviços de média e alta complexidade, ainda que de forma não intencional, reforça o distanciamento entre os saberes populares e os saberes biomédicos. Nesse cenário, a interpretação da doença e das práticas terapêuticas, sob o ponto de vista dos indígenas, é frequentemente apreendida pelos profissionais de saúde como concepções destituídas de lógica.

A atenção diferenciada, recomendada pela Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, no cotidiano dos serviços de saúde se aproximou de uma indiferença cultural, uma vez que não se estabeleceu um diálogo consistente entre os diferentes saberes, o que limitou a compreensão das condições que atravessaram cada morte. O reconhecimento e a aceitação daquilo que se apresenta como distinto constituem o primeiro passo para a efetivação de práticas interculturais em saúde."

A forma distinta com que os indígenas compreendiam os casos de óbitos em *Marãiwatsédé*, englobou a categoria mal da desintrusão como causalidade, evidenciando uma concepção de morte complexa e multifatorial. Além disso, explicações e terminologias próprias do sistema biomédico apareceram conectadas as explicações populares, sugerindo uma apropriação do conhecimento médico oficial, sem a tradução de fato para o mundo de significação Xavante. Separar esses aspectos e apontar uma causa única para o óbito é incorrer em um grande equívoco. Dimensões biológicas e cosmológicas constituem partes da mesma experiência que explica, para o indígena, a perda das crianças durante o período da desintrusão.

Os cuidados destinados à criança, bem como as estratégias voltadas à prevenção de óbitos, devem ser concebidos a partir de uma perspectiva cultural.

A responsabilidade por sua proteção e bem-estar é compartilhada entre diferentes atores, manifestando-se nos processos de tomada de decisão e na seleção de práticas terapêuticas adequadas. Ao longo do trabalho, foi observado que o cuidado é atribuído às famílias e não a um membro isoladamente. Ao atribuir a resposta à família mostra-se a rede de cuidado formada ao redor da criança, o que leva a pensar na necessidade de estratégias de promoção em saúde que incluam não somente as mães, mas todos os envolvidos no cuidado e, principalmente, aqueles que exercem poder e influência na aldeia.

Ao entender que a trajetória terapêutica da criança passará sob a avaliação e tomada de decisão de diferentes atores sociais (pais, avós, lideranças, professores), torna-se fundamental sensibilizar os profissionais de saúde sobre a dinâmica social existente entre os indígenas. Da mesma forma, considerando que a decisão sobre o início do tratamento, os caminhos a serem percorridos, as práticas terapêuticas a serem utilizadas, o investimento econômico e emocional envolvido no tratamento, bem como a definição do momento de interrupção do suporte vital atravessam a esfera familiar e comunitária, é essencial que estes atores sejam igualmente acionados e integrados ao processo de cuidado ofertado pelos serviços de saúde.

Assim, é indiscutível a importância do diálogo intercultural para formular respostas mais adequadas no sentido de uma atenção à saúde integral, diferenciada, humana e empática para os Xavante de *Marãiwatsédé*. Nesse contexto, será possível delinear estratégias e produzir respostas eficazes para a redução das mortes durante a infância.

## CONTRIBUIÇÃO AUTORAL

**Concepção do estudo:** ACP, SAG; **coleta de dados:** ACP; **análise dos dados:** ACP, SAG; **redação do manuscrito:** ACP, SAG; **revisão crítica para conteúdo intelectual importante:** SAG.

## REFERÊNCIAS

- Airoso da Motta, D., & Oliveira, N. A. (2015). A desintrusão da Terra Indígena Marãiwatsédé e as representações sociais produzidas pela mídia entre agosto de 2012 e janeiro de 2013. *Espaço Ameríndio*, 9(3), 190-225. <https://doi.org/10.22456/1982-6524.57900>.
- Angrosino, M. (2009). *Etnografia e observação participante*. Artmed.
- Arias-Murcia, S. E., & Penna, C. M. M. (2021). A interculturalidade no cotidiano da atenção primária à saúde: o caso do modelo de saúde em Guainía, Colômbia. *Ciência e Saúde Coletiva*, 26(Supl. 2), 3683-3692. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.22372019>.
- Cernicchiaro, A. C. (2021). A terra como corpo: dossiê a "economia do cuidado" contra as cinzas do "povo da mercadoria". *Alea: Estudos Neolatinos*, 23(1), 122-138. <https://doi.org/10.1590/1517-106X/2021231122138>.
- Cessa, R. M. A. (2018). Área alterada pela ocupação de posseiros em Marãiwatsédé, Terra Indígena Xavante. *Revista PesquisAgro*, 1(1), 1-17. <https://doi.org/10.33912/pagro.v1i1.195>.
- Conselho Nacional de Saúde (BR). (2012). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos; Revoga as (RES. 196/96); (RES. 303/00); (RES. 404/08). Recuperado em 19 de janeiro de 2026, de <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>.
- Dantas, J. B., Borges, J. E. R., & Dutra, A. B. (2021). Entre a morte e a experiência da finitude: história e diálogos com o contemporâneo. *Revista do Nufen*, 13 (1), 41-55. Recuperado em 13 de janeiro de 2026, de [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912021000100004](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912021000100004).

- Fagundes, V. F. (2015). *Vulnerabilidade programática da atenção à saúde da criança Xavante no polo base Marãiwatsédé* [Dissertação de mestrado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso]. Repositório Institucional. <http://ri.ufmt.br/handle/1/179>.
- Fagundes, V. F., & Spinelli, M. A. S. (2018). *Atenção à saúde no polo base Marãiwatsédé: características e vulnerabilidades*. In O. A. Takano, O.A., D.P.O. Souza, & S. A. Gugelmin, (Eds.), *Ambiente, trabalho e atenção à saúde: desafios para a saúde coletiva* (pp. 229-257). EdUFMT.
- Fernandes, E. R. (2010). Do Tsihuri ao Waradzu: o que as ideologias Xavante de concepção, substância e formação da pessoa nos dizem sobre o estatuto ontológico do outro?. *Horizontes Antropológicos*, 16(34), 453-477. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832010000200019>.
- Follér, M. L. (2004). Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In E. J. Langdon, & L. Garnelo (Orgs.), *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa* (pp. 106-120). Contra Capa.
- Geertz C. (1989). *A interpretação das culturas*. LTC.
- Giaccaria, B. (2000). *Xavante: ano 2000: reflexões pedagógicas e antropológicas*. UCDB.
- Giaccaria, B., & Heide, A. (1984). *Xavante: povo autêntico*. Salesiana Dom Bosco.
- Gomes, R. (2009). Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In M. C. S. Minayo, S. F. Deslandes, & R. Gomes (Orgs.), *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (28a ed., pp. 79-108). Vozes.
- Gomide, M. L. C. (2008). *Marãñã Bododi: a territorialidade Xavante nos Caminhos Ró* [Tese de Doutorado, Departamento de Geografia Física, Universidade de São Paulo]. <https://doi.org/10.11606/T.8.2009.tde-20102009-163712>.
- Helman, C. G. (2003). *Cultura, saúde e doença* (4a ed.). Artmed.
- Kleinman, A. (1978). Concepts and model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine* (1967), 12(2B), 85-95. [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(78\)90014-5](https://doi.org/10.1016/0160-7987(78)90014-5).
- Kobi, M. C. B. (2016). Estado nutricional da criança indígena Xavante de *Marãiwatsédé*: uma análise ecossistêmica [Dissertação de Mestrado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso]. Repositório Institucional. [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=4048513](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=4048513).
- Langdon, E. J. (2001). A doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença. *Etnográfica*, 5(2), 241-260. <https://doi.org/10.4000/etnografica.2813>.
- Langdon, E. J. (2007). Problematizando os Projetos de Medicina Tradicional Indígena. In Ministério da Saúde [do Brasil], *Medicina tradicional indígena em contextos: anais da I reunião de monitoramento* (pp. 110-119).
- Lima, F. A. N. S. (2015). *Saúde, ambiente e contaminação hídrica por agrotóxicos na Terra Indígena Marãiwatsédé, Mato Grosso* [Dissertação de mestrado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso]. Repositório Institucional. <http://ri.ufmt.br/handle/1/178>.
- Lima, F. A. N. S., & Pignati, W. A. (2018). *Produção agrícola e uso de agrotóxicos: repercussões na terra indígena Marãiwatséde, Mato Grosso*. In O. A. Takano, D.P.O. Souza, & S. A. Gugelmin, S.A. (Eds.), *Ambiente, trabalho e atenção à saúde: desafios para a saúde coletiva* (pp. 123-148). EdUFMT.
- Mattos, S. C. (2019). *Por uma história dissidente: narrativas xavante sobre o contato com os "brancos" e os processos de demarcação de terras indígenas entre as décadas de 1940 e 1970* [Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em História, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/37872>.

- Maybury-Lewis, D. (1984). *A sociedade Xavante*. Francisco Alves.
- Mendes, A. M., Leite, M. S., Langdon, E. J., & Grisotti, M. (2018). O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 184. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>.
- Minayo, M. C. S. (2002). Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In M. C. S. Minayo, & S. F. Deslandes (Orgs.), *Caminhos do pensamento: epistemologia e método* (pp. 83-107). Fiocruz.
- Ministério da Saúde (BR). (2012). *Plano distrital de saúde indígena: DSEI Xavante, 2012-2015*. Secretaria de Saúde Indígena.
- Ministério da Saúde (BR). (2013). *Política nacional de humanização*. Secretaria de Atenção à Saúde.
- Ministério da Saúde (BR). (2024). *Plano distrital de saúde indígena: DSEI Xavante, 2024-2027*. Secretaria de Saúde Indígena.
- Nations, M. (2009). *Corte a mortalha: o cálculo humano da morte infantil no Ceará*. Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575415139>.
- Oliveira, R. C. (2000). *O trabalho do antropólogo*. (O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever, pp. 17-36). UNESP.
- Pereira, É.R., Biruel, P. E., Oliveira, L. S. S., Rodrigues, D. A. (2014). A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. *Saúde e Sociedade*, 23(3), 1077-1090. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300027>.
- Pignati, W. A., Dores, E. F. G. C., Delgado, P. S., Callil, C. T., Weber, O. L. S., Gugelmin, S. A., Mocci, G., Arruda, J. R. S., Lima, F. A. N. S., Oliveira, L. K., & Fagundes, V. F. (2013). *Avaliação de saúde e do nível de contaminação ambiental por agrotóxicos na população, em águas e solos da terra indígena Marãiwatsédé, Mato Grosso*. UFMT.
- Silva, G. A., Silva, I. C., & Borges, M. F. S. O. (2025). Perfil epidemiológico da mortalidade em crianças indígenas menores de cinco anos no Brasil: uma revisão integrativa da literatura *Ciência e Saúde Coletiva*, 30(1), e093420. <https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.09342023>.
- Souza, J. M. A. (2007). *Trajetórias femininas indígenas: gênero, memória, identidade e reprodução* [Dissertação de mestrado, não publicada]. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade da Bahia.
- Souza, L. G., Santos R. V., & Coimbra Júnior, C. E. A. (2010). Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(Suppl 1), 1465-1473. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700058>.
- Welch, J. R., Santos, R. V., Flowers, N. M., Coimbra Júnior, C. E. A. (2013). Na primeira margem do rio: território e ecologia do povo Xavante de Wedezé. Museu do Índio.

## NOTAS

<sup>1</sup> O termo "solidariedade física íntima" é utilizado pelo autor em lugar de *couvade*, por entender que esse último tem sentido amplo, incluindo práticas e costumes que não se aplicam ao Xavante (Maybury-Lewis, 1984, p. 111).

<sup>2</sup> Em alguns grupos existe a figura de um curandeiro sagrado ou xamã que é responsável pelo diagnóstico e tratamento de enfermidades.

---

## FICHA TÉCNICA

**Editor-chefe:** Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto

**Editora assistente:** Layla Raquel Silva Gomes

**Editor associado:** Mayla Cosmo

**Secretaria editorial:** Monica Marchese

**Coordenação editorial:** Andrea Hespanha

**Consultoria e assessoria:** Oficina de Ideias

---