



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA**

**Willian Fernandes Luna**

**Indígenas na Escola Médica no Brasil:  
experiências e trajetórias nas universidades federais**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Botucatu  
2021

Willian Fernandes Luna

Indígenas na Escola Médica no Brasil:  
experiências e trajetórias nas universidades federais

Tese apresentada à Faculdade de  
Medicina, Universidade Estadual Paulista  
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de  
Botucatu, para obtenção do título de  
Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliana Goldfarb Cyrino

Botucatu  
2021

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Luna, Willian Fernandes.

Indígenas na Escola Médica no Brasil : experiências e trajetórias  
nas universidades federais / Willian Fernandes Luna. - Botucatu, 2021

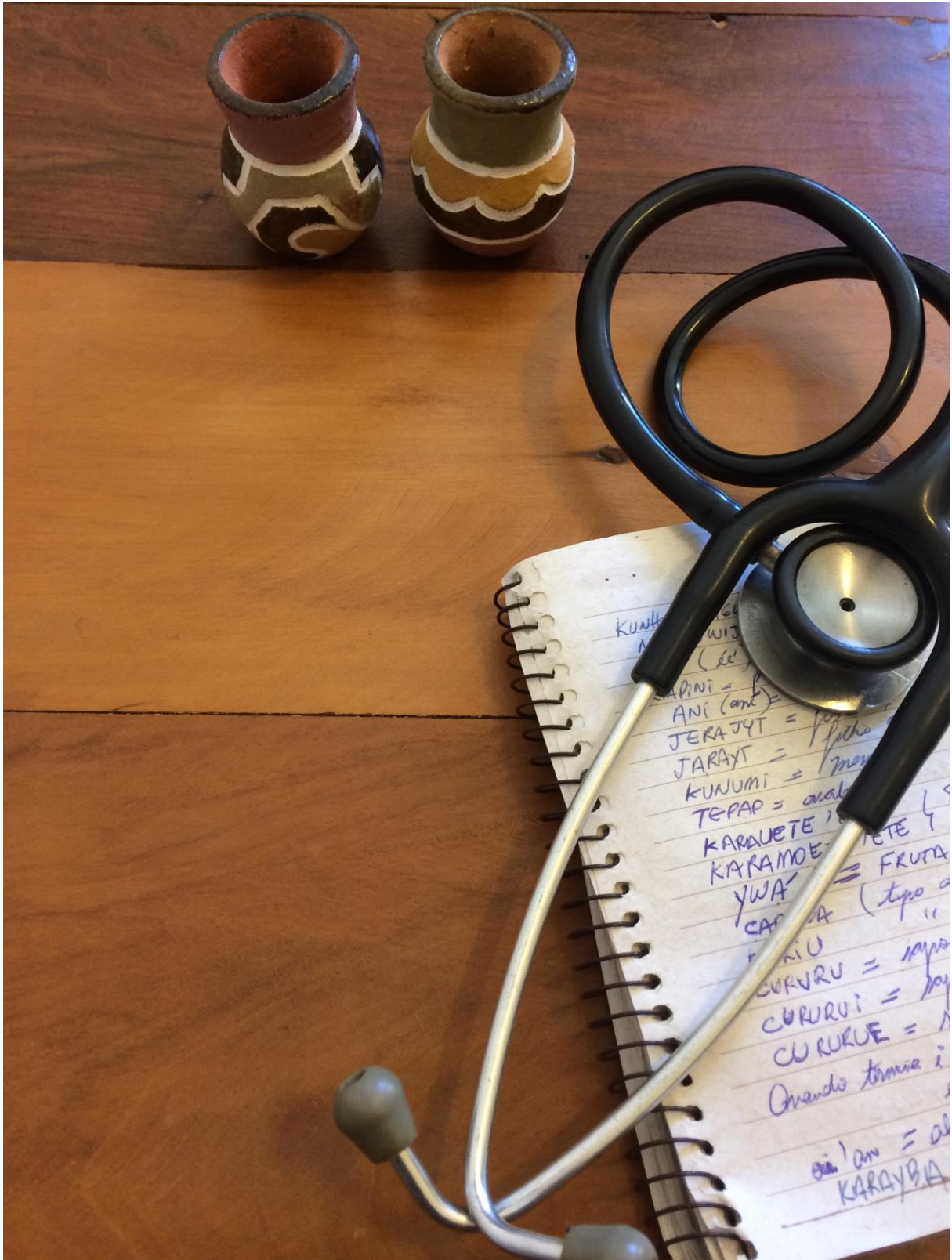
Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita  
Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Eliana Goldfarb Cyrino

Capes: 40602001

1. Povos indígenas. 2. Saúde de populações indígenas. 3. Educação  
de graduação em medicina. 4. Medicina - Estudo e ensino. 5. Programas  
de ação afirmativa. 6. Narrativas pessoais.

Palavras-chave: Ações afirmativas; Educação de graduação em medicina;  
Narrativa; População indígena; Saúde das populações indígenas.



**Indígenas na Escola Médica no Brasil:**  
experiências e trajetórias nas universidades federais

**Willian Fernandes Luna**

**Willian Fernandes Luna**

**Indígenas na Escola Médica no Brasil:  
experiências e trajetórias nas universidades federais**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de doutor em saúde coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Eliana Goldfarb Cyrino

**Comissão examinadora**

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Gersem José dos Santos Luciano - Baniwa  
Faculdade de Educação / Universidade Federal do Amazonas

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Lucia de Moura Pontes  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Isabel Maria da Cunha Rosa Fernandes  
Faculdade de Letras / Universidade de Lisboa

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariana Paladino  
Faculdade de Educação / Universidade Federal Fluminense

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Nelson Filice de Barros (suplente)  
Faculdade de Ciências Médicas / Universidade Estadual de Campinas

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lavinia Santos de Souza Oliveira (suplente)  
Projeto Xingu / Universidade Federal de São Paulo

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. István van Deursen Varga (suplente)  
Departamento de Sociologia e Antropologia / Universidade Federal do Maranhão

Botucatu, 25 de fevereiro de 2021.

Dedico este trabalho a minha avó, Conceição Corrêa Fernandes (*in memoriam*), que me transmitiu sua ancestralidade indígena.

## **Agradecimentos**

À minha mãe, Nicéia Alves Fernandes Luna, por me colocar e me manter em contato com a terra, com os cheiros do mato, com os sabores do sítio, com os cantos dos pássaros e pela emoção das histórias contadas.

Ao meu pai, Osvaldo Antonio Buscariolo Luna, pela serenidade nas decisões tomadas, por me impulsionar ao encontro da diversidade de lugares e pela confiança e alegria genuína estampadas no olhar.

A Estevam Fernandes Luna, meu irmão, por compartilhar comigo a vivência nessa família e a profissão.

A José Anchieta Bezerra de Melo, meu companheiro, por todo afeto, suporte, incentivo e compartilhamento da vida e da trajetória do doutorado.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Roseli Vernasque Bettini, minha orientadora na graduação e na vida, pela amizade e por me provocar a encontrar meus próprios caminhos e sensibilidades, mantendo-se presente a cada salto.

Ao meu orientador no mestrado, Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes, que me ensinou que a pesquisa poderia ser dialógica, artesanal e viva.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliana Goldfarb Cyrino, por dividir comigo a aspiração por uma educação médica que traga justiça e cidadania. Pela confiança e sensibilidade ao me fazer ousar na tessitura da tese.

Aos membros da Banca pela atenção e disponibilidade nas contribuições para o aprimoramento deste trabalho.

Aos colegas e professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNESP, com quem pude compartilhar dos momentos de aprendizado e de angústias da pós graduação.

À UFSCar, pelo apoio institucional dispensado para a realização de todas as atividades relacionadas ao doutorado, e aos professores e estudantes do Departamento de Medicina pela parceria.

Às pessoas do Grupo de Pesquisa “Desenvolvimento de Tecnologia em Atenção Primária à Saúde” da UNESP, pela possibilidade de compartilhar toda a construção da pesquisa.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa “Educação Popular em Saúde da UFSCar”, por ousarmos estabelecer um espaço para construção de pesquisas comprometidas socialmente.

Aos professores do Projecto Humanidades Médicas e da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, em especial à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Isabel Fernandes, por todo afeto e acolhimento durante minha estada em Portugal.

Aos participantes da escola de verão Epistemologias do Sul da Universidade de Coimbra, do ano de 2019, com quem pude aprender com e a partir do Sul.

Aos participantes do grupo PET Indígena - Ações em Saúde da UFSCar, pelas vivências e aprendizados provocados pelo protagonismo indígena.

Aos supervisores e médicos supervisionados nas atividades do Grupo Especial de Supervisão do Programa Mais Médicos no estado de Roraima, pela intensidade dos momentos e densidade dos aprendizados.

Aos pesquisadores do projeto de mapeamento dos novos cursos de medicina do PMM, pela acolhida e pela postura comprometida com a educação médica.

Aos professores e participantes do “Curso Narrativas e Encontros: formação e cuidado em saúde”, pela valorização das narrativas e humanidades na formação em saúde.

Aos participantes do Grupo de Interesse Especial em Saúde Indígena da SBMFC e do Grupo de Trabalho Populações (In)visibilizadas e Diversidades da ABEM, por toda a parceria nas construções compartilhadas.

Às pessoas do recém criado Programa de Extensão em Saúde Indígena da UFSCar, com quem espero construir trajetórias inovadoras, responsáveis e belas.

Aos participantes dos projetos de extensão universitária dos quais fiz ou faço parte, pelas ousadias e gana por transformação.

Aos meus amigos de diferentes momentos da vida, por estarem sempre por perto e com quem aprendo a cada dia maneiras de viver e de ser mais feliz.

Aos docentes, técnicos, estudantes e amigos que me receberam em cada uma das universidades, espero recebê-los também de forma tão carinhosa e atenciosa em alguma oportunidade.

A Julio Francisco Alves Fernandes, por todo cuidado e dedicação na confecção dos mapas da pesquisa.

A Karla Caroline Teixeira e Giovana Kharfan de Lima, pela grande parceria nas construções da pesquisa.

A Aislan Santos, por ter me permitido incluir suas pinturas para iluminação dos entrelugares da tese.

Ao Ministério da Saúde brasileiro e à OPAS-Brasil, pela possibilidade de parceria com a pesquisa financiada por meio da Carta acordo nº44/2017 – OPAS – SCON 2017-2638.

À FAPESP, pelo financiamento da pesquisa por meio do auxílio regular via processo 2019/09426-7.

Aos indígenas estudantes de medicina nas universidades federais, em especial aos participantes desta pesquisa, que me ensinaram tanto ao narrarem e dialogarem sobre suas vivências na escola médica.

Por fim, aos povos indígenas, que com sua força e coragem me pintam a todo momento com sua resiliência.

Agradeço a todas e todos imensamente.

*Eu também fui menino, um “anjinho de Deus”.*

*Na escola, a professora nos ensinou que Balboa, o conquistador espanhol, tinha visto, do alto de um morro muito alto no Panamá, de um lado o oceano Pacífico, e do outro, o oceano Atlântico. Ele tinha sido, disse a professora, o primeiro homem que havia visto esses dois mares ao mesmo tempo.*

*Eu levantei a mão:*

*- Professora, professora...*

*E perguntei:*

*- Os índios eram cegos?*

*Foi a primeira expulsão na minha vida.*

**Eduardo Galeano (2019, p.239)**

## Resumo

LUNA, Willian Fernandes. **Indígenas na Escola Médica no Brasil: experiências e trajetórias nas universidades federais.** 2021. 390f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2021.

A trajetória do ensino superior no Brasil, em especial, da graduação em medicina, é marcada pela restrição a um grupo privilegiado da população. Nas últimas duas décadas, a partir de reivindicações do movimento indígena, ações afirmativas foram sendo desenvolvidas para garantir o direito de acesso a essa população, o que possibilitou o ingresso de indígenas em escolas médicas no país. Esta pesquisa teve como objetivo compreender as experiências e trajetórias de indígenas que cursavam a graduação em medicina em universidades federais brasileiras, entre os anos de 2018 a 2020, a partir de suas narrativas. Buscou-se compreender as estratégias que possibilitaram o ingresso nos cursos; analisar as vivências destes estudantes no processo de ingresso e permanência; reconhecer o encontro entre as suas vivências histórico-culturais e os conhecimentos ofertados na graduação; descrever projetos e perspectivas de atuação futura. A pesquisa foi de abordagem qualitativa, com uso de questionário, entrevistas narrativas individuais, rodas de conversa e diário de campo. Identificou-se 43 cursos de medicina com presença de indígenas, realizando-se encontros presenciais em 14 escolas médicas, com participação de 40 estudantes, de 25 diferentes povos indígenas. Realizou-se análise temática de conteúdo, com definição das categorias: acesso e políticas de permanência na universidade; alteridade na escola médica; sofrimento e resiliência; identidade e coletividade; experiências na e para a saúde indígena. Por meio dos encontros presenciais, ficou estampada a multiplicidade de experiências e trajetórias, característica marcante dos universitários indígenas nas instituições. O ingresso nos cursos se deu quase que exclusivamente por ações afirmativas. Percebe-se que a graduação em medicina oferta uma formação baseada na biomedicina e na exclusão de outras racionalidades, dentre estas, as indígenas. A escola médica está composta por um grupo pouco acolhedor aos indígenas, com relações marcadas por posturas de preconceito, intolerância e tutela. Geram-se, assim, sofrimentos e perdas, de modo que tais estudantes buscam elaborar estratégias de resiliência para sobreviver às adversidades e permanecer no curso. A vivência universitária provoca o movimento de se afirmarem enquanto coletivo de povos indígenas e possibilita assumirem o protagonismo em construções possíveis. O curso de medicina não desenvolve aspectos relacionados à saúde indígena, todavia, a presença dos indígenas provoca discussões e possibilidades para o desenvolvimento de atividades relacionadas ao tema. Os indígenas mantêm suas relações com as comunidades de origem e possuem expectativas de atuarem em atividades relacionadas à saúde indígena após a graduação. Uma outra questão a ser destacada é a possibilidade de trazerem contribuições para a necessária transformação da escola médica. Por fim, as experiências e as trajetórias desses estudantes na escola médica revelam construções na direção de seu protagonismo e de possíveis e desejáveis autorias indígenas no sentido acadêmico, científico, político, epistemológico e para as práticas de cuidado em saúde.

**Palavras-chave:** educação de graduação em medicina; população indígena; ações afirmativas; saúde das populações indígenas; narrativa; ensino superior.

## Abstract

LUNA, Willian Fernandes. **Indigenous people at the Medical School in Brazil: experiences and trajectories at federal universities.** 2021. 390f. Thesis (Doctorate in Public Health) – Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2021.

The history of higher education and especially of medical training in Brazil is marked by the restriction to privileged groups of the population. In the last two decades, the affirmative actions based on claims made by the indigenous movement were developed to guarantee access rights of this population, allowing Brazilian indigenous people to access medical education. This research aimed to understand the experiences and trajectories of indigenous people who studied medicine at Brazilian federal universities, between 2018 and 2020, based on their narratives. We sought: to understand the strategies that allowed them to get a place in the courses; to analyze their experiences in the admission and permanence process; to understand the encounters between their historical-cultural experiences and the knowledge offered during training; to describe projects and prospects for future action. The research used a qualitative approach, using a questionnaire, individual narrative interviews, conversation rounds and a field diary. The research identified 43 medical courses with presence of indigenous people, conducting face-to-face meetings in 14 medical schools, with the participation of 40 students from 25 different indigenous peoples. Thematic content analysis was carried out, using the following categories: access and permanence policies at the university; otherness in the medical school; suffering and resilience; identity and collectivity; experiences in and for indigenous health. Through face-to-face meetings, a plethora of experiences and trajectories were revealed, a hallmark of indigenous university students in institutions. Admission happened almost exclusively through affirmative actions. It is perceived that the graduation in medicine offers training based on biomedicine and the exclusion of other rationales, among them the indigenous ones. The medical schools encompass a group that is not welcoming to the indigenous people, with relationships marked by attitudes of prejudice, intolerance and guardianship, generating suffering and losses. These drawbacks force them to develop resilience strategies in order to survive adversity and hold on. The university experience provokes the movement to assert themselves as a collective of indigenous peoples making it possible to assume the leading role in possible constructions. The medical courses do not develop aspects related to indigenous health; however, the presence of indigenous people raises discussions and possibilities for the development of activities related to that topic. The indigenous people keep their relations with the communities of origin and have expectations of working in activities related to indigenous health after graduation. Another remarkable issue is the possibility of bringing up contributions to the necessary transformation of the medical school. Finally, the experiences and trajectories of these students in the medical school reveal constructions towards their role as well as possible and desirable indigenous authorship in the academic, scientific, political, epistemological sense, including health care practices.

**Key words:** education medical undergraduate; indigenous population; public policy; health of indigenous peoples; narration; education, higher.

## Resumen

LUNA, Willian Fernandes. **Pueblos indígenas en la Facultad de Medicina de Brasil: experiencias y trayectorias en universidades federales.** 2021. 390f. Tesis (Doctorado en Salud Pública) - Facultad de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2021.

La trayectoria de la educación superior en Brasil, y especialmente la graduación médica, está marcada por estar restringida a un grupo privilegiado de la población. En las últimas dos décadas, a partir de reclamos del movimiento indígena, se han desarrollado acciones afirmativas para garantizar el derecho de acceso a esta población, permitiendo el ingreso de indígenas a las facultades de medicina del país. Esta investigación tuvo como objetivo entender las experiencias y trayectorias de los pueblos indígenas que estudiaron medicina en las universidades federales brasileñas, entre los años 2018 a 2020, a partir de sus narrativas. Se buscó comprender las estrategias que les permitieron ingresar a los cursos; analizar las experiencias de estos estudiantes en el proceso de admisión y permanencia; reconocer el encuentro entre sus experiencias históricas y culturales y los conocimientos ofrecidos durante la graduación; describir proyectos y perspectivas de acción futura. La investigación utilizó un enfoque cualitativo, utilizando un cuestionario, entrevistas narrativas individuales, círculos de conversación y un diario de campo. Se identificaron 43 cursos de medicina con presencia de pueblos indígenas, con encuentros presenciales que se desarrollaron en 14 facultades de medicina, con la participación de 40 estudiantes, de 25 pueblos indígenas diferentes. Se realizó un análisis de contenido temático, con definición de las categorías: políticas de acceso y permanencia en la universidad; alteridad en la facultad de medicina; sufrimiento y resiliencia; identidad y colectividad; experiencias en y para la salud indígena. A través de encuentros presenciales, hubo una plétora de experiencias y trayectorias, seña de identidad de los estudiantes universitarios indígenas en las instituciones. La admisión a los cursos se realizó casi exclusivamente a través de acciones afirmativas. Se advierte que la graduación en medicina ofrece una formación basada en la biomedicina con exclusión de otras racionalidades, entre ellas las indígenas. Las facultades de medicina están compuestas por colectivos poco acogedores con los indígenas, con relaciones marcadas por actitudes de prejuicio, intolerancia y tutela. Así, se generan sufrimientos y pérdidas, por lo que buscan desarrollar estrategias de resiliencia para sobrevivir y mantenerse en el proceso. La experiencia universitaria provoca al movimiento para afirmarse como colectivo de pueblos indígenas, que le permita asumir el protagonismo en posibles construcciones futuras. El curso de medicina no desarrolla aspectos relacionados con la salud indígena, sin embargo, la presencia de indígenas provoca discusiones y posibilidades para el desarrollo de actividades relacionadas con este tema. Los indígenas mantienen sus relaciones con las comunidades de origen y tienen expectativas de trabajar en actividades relacionadas con salud indígena después de graduados. Finalmente, las experiencias y trayectorias de estos estudiantes en la facultad de medicina revelan construcciones hacia su rol, así como la posible y deseable autoría indígena en el sentido académico, científico, político, epistemológico y para las prácticas de salud.

**Palabras clave:** educación de pregrado en medicina; población indígena; política pública; salud de poblaciones indígenas; narrativa; educación superior.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pintura: MOÍÁ.....	38
Figura 2 – Pintura: XE R-ETÉ .....	68
Figura 3 – Movimento das três estratégias de exploração do campo da pesquisa. ..	76
Figura 4 – Pintura: TEÇÁ .....	94
Figura 5 – Distribuição geográfica dos cursos de Medicina com estudantes indígenas em universidades federais. Brasil, 2019.....	99
Figura 6 – Quantitativo de estudantes indígenas em cursos de medicina, de universidades federais, com bolsa permanência paga. Brasil, 2019.....	100
Figura 7 – Distribuição das escolas médicas com estudantes indígenas, participantes da pesquisa, e movimentação do pesquisador. Brasil, 2018 a 2020.....	105
Figura 8 – Pintura: ABÁ PUKUÁ .....	114
Figura 9 – Movimentação dos estudantes indígenas, participantes da pesquisa, desde suas origens. Brasil, 2018 a 2020. ....	123
Figura 10 – Trajetória de deslocamento de um indígena de Pernambuco que estuda em Brasília. Brasil, 2020. ....	124
Figura 11 – Trajetória de deslocamento de um indígena do Amazonas que estuda no Rio Grande do Sul. Brasil, 2020 .....	125
Figura 12 – Pintura: MBOTYRA .....	157
Figura 13 – Pintura: POROROK.....	202
Figura 14 – Pintura: ÎANDÉ.....	239
Figura 15 – Pintura: BEBÉ .....	282

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Progressão do número de indígenas no ensino superior. Brasil, 2003-2017 .....	62
Quadro 2 – Síntese dos temas abordados nas categorias temáticas da pesquisa. Brasil, 2020 .....	89
Quadro 3 - Cursos de medicina em universidades federais com a presença de estudantes indígenas. Brasil, 2019 .....	96
Quadro 4 – Nomes fictícios dos participantes das entrevistas narrativas e seus significados. Brasil, 2018 a 2020.....	110
Quadro 5 – Características gerais de cada um dos entrevistados individualmente, das rodas de conversa e dos respectivos cursos. Brasil, 2018 a 2020 .....	111

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Estados federativos de origem dos indígenas bolsistas do curso de medicina, do Programa Bolsa Permanência, do Ministério da Educação. Brasil, 2019 .....	103
Gráfico 2 – Gráfico 2 – Séries do curso dos participantes em números absolutos. Brasil, 2018 a 2020 .....	108
Gráfico 3 – Pertencimento étnico dos indígenas participantes dos encontros presenciais. Brasil, 2018 a 2020 .....	109

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos indígenas bolsistas do curso de medicina, do Programa Bolsa Permanência, do Ministério da Educação. Brasil, 2019 .....	102
Tabela 2 – Caracterização dos locais, quantidades e anos de realização das entrevistas individuais. Brasil, 2018 a 2020 .....	106
Tabela 3 – Caracterização dos locais, quantidade de participantes e anos de realização das rodas de conversa. Brasil, 2018 a 2020 .....	107
Tabela 4 – Perfil dos indígenas participantes da pesquisa. Brasil, 2018 a 2020.....	108
Tabela 5 – Distribuição percentual de raça/cor entre os concluintes da graduação em medicina, de acordo com o ENADE. Brasil, 2016 e 2019 .....	165

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica  
AFMC – Associação das Faculdades de Medicina do Canadá  
AIS – Agente Indígena de Saúde  
AL – Alagoas  
APS – Atenção Primária à Saúde  
ATL – Acampamento Terra Livre  
CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética  
CASAI – Casa de Saúde Indígena  
CCI – Centro de Cultura Indígena  
CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico  
CINEP – Centro Indígena de Estudos e Pesquisa  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CO – Centro-Oeste  
CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena  
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa  
COVID – Corona Virus Disease  
CRM – Conselho Regional de Medicina  
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina  
DENEM – Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina  
DF – Distrito Federal  
DIP – Doença Inflamatória Pélvica  
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena  
EMSI – Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena  
ENADE – Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes  
ENEI – Encontro Nacional de Estudantes Indígenas  
ENEM – Exame Nacional do Ensino Médio  
EPS – Educação Popular em Saúde  
EUA – Estados Unidos da América  
F – Feminino  
Famema – Faculdade de Medicina de Marília  
FAO – Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura

FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo  
FCM/PB – Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba  
FIES – Fundo de Financiamento Estudantil  
FMB – Faculdade de Medicina de Botucatu  
FUNAI – Fundação Nacional do Índio  
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde  
FURG – Universidade Federal do Rio Grande  
GES - Grupo Especial de Supervisão  
GO – Ginecologia e Obstetrícia  
GO – Goiás  
GT – Grupo de Trabalho  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IFES – Instituições Federais de Ensino Superior  
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira  
IPAC – Associação de Médicos Indígenas do Canadá  
LACED – Laboratório de Pesquisas em Etnicidade, Cultura e Desenvolvimento  
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação  
LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros  
M – Masculino  
MEC – Ministério da Educação  
MG – Minas Gerais  
MS – Ministério da Saúde  
MT – Mato Grosso  
N – Norte  
NA – Não se aplica  
NE – Nordeste  
OPAS – Organização Panamericana de Saúde  
PA – Pará  
PAA – Políticas de Ações Afirmativas  
PE – Pernambuco  
PET – Programa de Educação Tutorial  
PET Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde  
PIX – Parque Indígena do Xingu  
PMM – Programa Mais Médicos

PNSPI – Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas  
PPI – Pretos, Pardos ou Indígenas  
PROMED – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares para o Curso de Graduação em Medicina  
Pró-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde  
PROUNI – Programa Universidade para Todos  
PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica  
RR – Roraima  
RS – Rio Grande do Sul  
RU – Restaurante Universitário  
S – Sul  
SASISUS – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena  
SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade  
SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência  
SE – Sudeste  
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena  
SINDCOPSI – Sindicato dos Profissionais e Trabalhadores da Saúde Indígena  
SISU – Sistema de Seleção Unificada  
SOE – Serviço de Orientação Educacional  
SP – São Paulo  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UDESC – Universidade Estadual de Santa Catarina  
UEMS – Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul  
UFAC – Universidade Federal do Acre  
UFAL – Universidade Federal de Alagoas  
UFBA – Universidade Federal da Bahia  
UFCAT – Universidade Federal de Catalão  
UFFS – Universidade Federal da Fronteira Sul  
UFG – Universidade Federal de Goiás  
UFGD – Universidade Federal da Grande Dourados

UFJ – Universidade Federal de Jataí  
UFMA – Universidade Federal do Maranhão  
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais  
UFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso  
UFPA – Universidade Federal do Pará  
UFPB – Universidade Federal da Paraíba  
UFPE – Universidade Federal de Pernambuco  
UFPEl – Universidade Federal de Pelotas  
UFPR – Universidade Federal do Paraná  
UFRB – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
UFR – Universidade Federal de Rondonópolis  
UFRR – Universidade Federal de Roraima  
UFSB – Universidade Federal do Sul da Bahia  
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina  
UFSCar – Universidade Federal de São Carlos  
UFSM – Universidade Federal de Santa Maria  
UFT – Universidade Federal do Tocantins  
UnB – Universidade de Brasília  
UNI – Uma Nova Iniciativa na formação de profissionais de saúde  
UNISUR – Universidad del Sur  
UNESP – Universidade Estadual Paulista  
Unifesp – Universidade Federal de São Paulo  
UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana  
UNIPAMPA – Universidade Federal do Pampa  
UNIR – Universidade Federal de Rondônia  
UNIVASF – Universidade Federal do Vale do São Francisco  
URACCAN – Universidade das Regiões Autônomas da Costa do Caribe da Nicarágua  
USP – Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	25
<b>CAPÍTULO 1 – EDUCAÇÃO MÉDICA, SAÚDE INDÍGENA E OS INDÍGENAS NO ENSINO SUPERIOR</b> .....	38
1.1 A graduação em medicina .....	39
1.2 Formação para atuação na atenção à saúde indígena .....	47
1.3 Políticas de saúde para as populações indígenas no Brasil .....	51
1.4 Acesso dos indígenas ao ensino superior .....	56
1.5 Indígenas nos cursos de medicina no Brasil .....	63
1.6 Os objetivos da pesquisa .....	66
<b>CAPÍTULO 2 – OS CAMINHOS DO PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	68
2.1 O projeto de pesquisa .....	69
2.2 Pesquisas associadas e financiamentos .....	70
2.2.1 Projeto Mapeamento com financiamento MS/OPAS .....	70
2.2.2 Projeto matriz com financiamento FAPESP .....	71
2.3 Perspectiva teórico-metodológica .....	72
2.4 Campo da pesquisa .....	75
2.5 Construção dos dados .....	75
2.5.1 Identificação dos cursos com estudantes indígenas .....	76
2.5.2 Encontros presenciais com os estudantes indígenas .....	77
2.5.2.1 <i>Entrevistas individuais</i> .....	79
2.5.2.2 <i>Rodas de conversa</i> .....	82
2.5.2.3 <i>Diário de campo</i> .....	84
2.6 Pré-análise dos materiais .....	84
2.6.1 Transcrição dos materiais .....	84
2.6.2 Avaliação da qualidade e da suficiência .....	85
2.6.3 Grupo para análise colaborativa .....	86

2.6.4 Ordenação e Impregnação .....	87
<b>2.7 Processo de análise .....</b>	<b>88</b>
2.7.1 Decomposição em partes .....	88
2.7.2 Categorização.....	89
2.7.3 Inferências e descrições .....	90
2.7.4 Interpretações.....	91
2.7.5 Narrativas representativas .....	92
2.7.6 Apresentação dos resultados.....	93
<b>CAPÍTULO 3 – OS NARRADORES DAS EXPERIÊNCIAS .....</b>	<b>94</b>
<b>3.1 Cursos de medicina identificados .....</b>	<b>95</b>
<b>3.2 Estudantes indígenas nos cursos de medicina.....</b>	<b>99</b>
<b>3.3 Participantes da pesquisa.....</b>	<b>104</b>
3.3.1 Sobre os encontros presenciais.....	104
3.3.2 Sobre o perfil dos participantes.....	107
<b>CAPÍTULO 4 – ACESSO À UNIVERSIDADE E POLÍTICAS DE PERMANÊNCIA .....</b>	<b>114</b>
<b>4.1 Políticas de acesso à universidade .....</b>	<b>118</b>
<b>4.2 Trajetórias rumo aos processos seletivos.....</b>	<b>127</b>
<b>4.3 Caminhos anteriores ao curso de medicina .....</b>	<b>134</b>
<b>4.4 A chegada e as políticas institucionais de permanência.....</b>	<b>140</b>
<b>4.5 Indígenas na universidade: por quê e para quem? .....</b>	<b>149</b>
<b>CAPÍTULO 5 – ESTRANHOS NA ESCOLA MÉDICA.....</b>	<b>157</b>
<b>5.1 O encontro dos estranhos com o curso de medicina .....</b>	<b>161</b>
<b>5.2 Diferenças e desigualdades.....</b>	<b>167</b>
<b>5.3 As relações com os demais estudantes de medicina .....</b>	<b>179</b>
<b>5.4 As relações com os professores .....</b>	<b>185</b>
<b>5.5 Conflitos e transformações.....</b>	<b>194</b>
<b>CAPÍTULO 6 – SOFRIMENTO E RESILIÊNCIA .....</b>	<b>202</b>
<b>6.1 Dificuldades e sofrimentos dos indígenas na universidade.....</b>	<b>205</b>
<b>6.3 Sofrimentos dos estudantes de medicina.....</b>	<b>216</b>

<b>6.4 Vivências relacionadas às organizações curriculares .....</b>	<b>224</b>
<b>6.5 Estratégias de sobrevivência e de resiliência.....</b>	<b>227</b>
<b>CAPÍTULO 7 – OS NÓS INDÍGENAS .....</b>	<b>239</b>
<b>7.1 Compromisso com a comunidade de origem .....</b>	<b>243</b>
<b>7.2 O indígena fora de sua comunidade.....</b>	<b>254</b>
<b>7.3 Pertencimento ao coletivo de povos indígenas.....</b>	<b>264</b>
<b>7.4 Constituição do coletivo de universitários indígenas.....</b>	<b>272</b>
<b>CAPÍTULO 8 – EXPERIÊNCIAS NA E PARA A SAÚDE INDÍGENA.....</b>	<b>282</b>
<b>8.1 Compreensões sobre saúde, doença e cura .....</b>	<b>286</b>
<b>8.2 Vivências com práticas de saúde nas comunidades .....</b>	<b>296</b>
<b>8.3 A ausência da saúde indígena nos currículos de medicina .....</b>	<b>305</b>
<b>8.4 Construções possíveis sobre saúde indígena na universidade.....</b>	<b>317</b>
<b>8.5 Perspectivas sobre o indígena médico .....</b>	<b>329</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>340</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>346</b>
<b>APÊNDICE A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>365</b>
<b>APÊNDICE B. QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....</b>	<b>367</b>
<b>APÊNDICE C. ROTEIRO DE APOIO AO ENTREVISTADOR.....</b>	<b>368</b>
<b>ANEXO 1. PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP .....</b>	<b>369</b>
<b>ANEXO 2. RECOMENDAÇÕES PARA O ENSINO DE SAÚDE INDÍGENA .....</b>	<b>388</b>

## INTRODUÇÃO

Durante minha trajetória pessoal-profissional, fui progressivamente adentrando na discussão sobre questões relacionadas à saúde indígena e aos povos indígenas de uma forma mais ampla, experienciando a complexidade no cuidado em saúde, na docência e na pesquisa acadêmica. Nesta introdução, há a narração de algumas vivências significativas, que me levaram a questionamentos provocadores acerca do tema pesquisado na tese.

Eu realizei a graduação em medicina na Faculdade de Medicina de Marília (Famema) entre os anos de 2000 e 2005. Na minha chegada à instituição, fui surpreendido por uma metodologia de ensino completamente diferente do que eu estava habituado. Ao invés de ter aulas expositivas com um professor em uma sala com muitos estudantes, ali todas as atividades seriam em pequenos grupos com cerca de dez estudantes e um professor. A Famema, uma instituição estadual e pública, foi a primeira escola de medicina no Brasil a utilizar metodologias ativas em todo o processo de ensino aprendizagem da graduação. Era então momento de experienciar essa nova proposta metodológica e ter oportunidade de aprender sobre a minha própria trajetória de aprendizagem de forma crítica.

Ao longo da minha graduação, tive experiências muito marcadas pela participação no movimento estudantil, bem como em atividades e projetos de extensão universitária, construindo um caminho possível diante de certas opressões e perplexidades vividas enquanto estudante na escola médica.

As indignações e frustrações geradas naquela estrutura eram fruto de uma não correspondência entre o profissional de saúde que eu sonhava e acreditava que deveria ser - com compromisso social e atitude humanizada – e a postura da escola médica, focada excessivamente na biomedicina, sendo opressora diante do outro que lhe solicita atenção.

Naquela época, nutri interesse em conhecer comunidades indígenas e vivenciar o cuidado em saúde nas aldeias. No entanto não pude realizar tais atividades, devido à escassez de oportunidade e às barreiras burocráticas para o acesso às aldeias. Em contrapartida, tive uma imersão de trabalho com a população ribeirinha em Rondônia, às margens do rio Machado, região endêmica de malária. Durante cerca de um mês, atuei como colaborador no atendimento de populações

daquela região, com um grupo de três médicos de família e comunidade, pesquisadores da Universidade de São Paulo.

Essa experiência foi um divisor de águas para mim, sendo decisiva nos caminhos que trilhei após a graduação, ao me permitir vivenciar outras formas de enxergar o cotidiano e de ser médico “nestes outros brasis”. Optei pela residência de medicina de família e comunidade, a qual pôde ser realizada no Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre (RS).

Nesse momento, vale dizer que desenvolvi as atividades da residência na Vila Dique, uma comunidade localizada na periferia da cidade de Porto Alegre, onde a maior parte da população vivia em área de ocupação, em situação de alta vulnerabilidade social, trabalhando com coleta e processamento de materiais recicláveis. Esse fato me levou a buscar aproximações com as ciências sociais e humanas na saúde, para compreender melhor meu papel naquele local, incluindo o desenvolvimento de estudos e projetos, tendo como referência a Educação Popular em Saúde (EPS). Foi o momento de aprender em roda, no diálogo, a partir dos diferentes saberes, e de reafirmar que saúde, educação e política caminham juntas.

Naquele contexto, ao passo em que desenvolvia, na residência, as atividades na Vila Dique, comecei a acompanhar algumas atividades pontuais na Pós-Graduação em Antropologia Social, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, as quais me proporcionaram participar da disciplina de Sociedades Tradicionais e Indígenas naquele programa, em 2006. Assim, esse foi o início do meu contato teórico e prático com as questões indígenas, oportunizando-me estudar um pouco sobre os modos de viver dos povos originários, bem como conhecer algumas aldeias Guarani e Kaingang no estado do Rio Grande do Sul.

Particpei de eventos organizados pelas associações indígenas e pela universidade; além disso, acompanhei alguns colegas em suas pesquisas relacionadas à temática indígena, que geralmente estavam distantes dos estudos da saúde. Foi a minha primeira vivência em uma aldeia indígena. Lembro-me, ainda, de como foi passar um dia no Cantagalo, uma das aldeias Guarani na região de Porto Alegre. Foi a primeira vez que meus olhos marejaram e eu me emocionei ao ouvir um coral de crianças guarani.

No segundo ano da residência, realizei meu estágio eletivo, durante pouco mais de um mês, no Parque Indígena do Xingu, o que marcou definitivamente minha trajetória profissional. No Xingu, muitas vivências me marcaram, pois, ao lidar com

uma cultura diferente, pude me deparar com dilemas que a graduação, e mesmo a pós-graduação, pouco nos faz refletir.

Ao escrever este texto, fui reler o meu diário de campo daquele mês no Xingu e encontrei o relato de uma das minhas primeiras noites no Diauarum, onde fiquei nas duas primeiras semanas em área: “Era uma noite muito negra (talvez como as onças negras que deram nome ao Diauarum), uma escuridão fascinante tomou conta do Diauarum. E, aqueles milhões de estrelas, faziam do céu negro um espetáculo à parte” (14 de janeiro de 2008).

As noites realmente eram muito marcantes. Dormir na rede, que parecia ser um desafio no primeiro dia, logo se tornou tão habitual e acolhedor, que nunca mais abandonei. Ao ouvir o silêncio e os barulhos, da aldeia e da floresta, sentindo a conexão com a terra, pude resgatar muito de mim, da minha história de vivência constante no mato, de banhos de rio, de conversar ao redor das fogueiras e de sentir a simplicidade da vida. Observar as borboletas na beira dos rios era como enxergar uma leveza um pouco esquecida.

Nesse sentido, era momento de me aproximar das memórias afetivas junto à minha família e em minha cidade natal, Reginópolis – uma pequena cidade no interior do estado de São Paulo, com cerca de quatro mil habitantes – onde vivi a maior parte da minha infância e possuo uma grande rede familiar.

Voltando ao meu diário de campo, destaco outro trecho que me chamou atenção na releitura:

[...] realizamos pinturas corporais com jenipapo. Senti na boca o gosto do jenipapo depois da pintura, que foi ficando mais forte com o passar do tempo. À noite, participamos da festa Yudjá e também fomos pintados com urucum. À luz da lua, os yudjá (mulheres, homens e crianças) dançaram e cantaram ao redor da fogueira. Cada música fazia referência a um animal (macaco, coelho, gaiivota) ou a uma fruta (melancia, banana) (17 de janeiro de 2008).

Lembro-me dessa primeira vez em que tive a minha pele pintada com tinta de jenipapo. Sentir na boca o gosto da tinta é de uma sutileza de sabor e de uma intensidade de imersão. Ouvir sobre o significado do que estava sendo pintado em mim tornou o processo singular, na medida em que eu tinha todo o corpo, inclusive o rosto, sendo pintado com símbolos Yudjá em formato de ondas do rio, já que eles são reconhecidos por serem navegadores do Rio Xingu. Também pude aprender

com os Kaiabi algumas palavras simples na língua nativa, de modo que as utilizava nos atendimentos.

Em todo aquele período, diversos fatores culturais me chamaram atenção, sendo que a maior dificuldade sentida foi a de ultrapassar os limites do reconhecimento dessa multiculturalidade. Naquele contexto, reconhecer a existência de uma diversidade cultural não seria suficiente, pois eu via como necessário aceder a um campo de valorização desses outros saberes e de construir, de forma compartilhada, a partir das diferenças. Voltei do Xingu pintado de jenipapo, de vontades, de motivações e de experiências. Posso tomar as palavras de Freire (1981), para dizer que voltei “molhado”, “ensopado com o compromisso” de defesa dos direitos indígenas.

A busca por valorizar a cultura de povos tão diferentes uns dos outros me levou à especialização em Saúde Indígena, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), realizada nos anos de 2008 e 2009. Nesse último ano de especialização, passei a morar no estado da Paraíba, em busca de me aproximar de um grupo de pessoas que trabalhava essencialmente com EPS, principalmente vinculado à Universidade Federal da Paraíba. Ali atuei como médico na Estratégia Saúde da Família, em uma comunidade na cidade de João Pessoa e, aos poucos, pude entrar em contato com os Potiguara do litoral norte do estado.

Dessa forma, em 2010, iniciei minha atuação como médico da equipe multiprofissional de saúde indígena, no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Potiguara, onde permaneci por três anos. Com os Potiguara, outro tipo de vivência me foi oportunizado, pois, conviver com um povo indígena que sofreu com a invasão de suas terras, no processo de colonização, há mais de quinhentos anos, me apontou para os processos de resistência e resiliência, bem como para o dinamismo cultural.

Lembro-me de, logo no início do trabalho nas aldeias no município de Rio Tinto, ter ouvido: “Eles nem são mais tão índios de verdade”, o que me evidenciou as complexidades e os desafios a que os povos indígenas, de antigo contato com a sociedade envolvente, enfrentam. Éramos, naquela época, três médicos para toda a área indígena, com mais de quinze mil pessoas. Aprendi muito no cotidiano de cada aldeia e fui brindado pela construção de parcerias com profissionais de saúde e lideranças indígenas.

Na sequência, assumi a supervisão acadêmica dos dez médicos que passaram a atuar no DSEI Potiguara; inicialmente, pelo Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e, depois, pelo Programa Mais Médicos (PMM). Além disso, nesse mesmo período, construí e coordenei um projeto de extensão popular no território Potiguara. Esse projeto de extensão, intitulado *Ândé Gúatá* (Nossa Caminhada, em Tupi), foi desenvolvido entre os anos de 2013 a 2015, com estudantes de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, uma instituição privada, onde eu atuava como professor.

Partindo de princípios da EPS, no *Ândé Gúatá* tínhamos como objetivo construir estratégias com a comunidade indígena, para enfrentamento de problemas identificados, de forma compartilhada, oportunizando a imersão dos estudantes de medicina na cultura Potiguara. Passávamos um sábado por mês nas aldeias, vivenciando o cotidiano daquele local, nos deparando com concepções de saúde e doença muito diferentes das habituais, demandando um olhar mais amplo sobre o contexto sociocultural (LUNA *et al*, 2019a).

Recuperei um pequeno trecho da narrativa de uma das estudantes participantes em nossa primeira visita com o grupo da extensão:

Conhecemos, ainda, na Aldeia do Forte, o inteligentíssimo Capitão, que mostrou seu vasto conhecimento e nos fez ver que o índio não tinha nada de ignorante e que tínhamos muito a aprender [...]. Foi muito enriquecedor perceber que minha visão sobre os índios ainda estava tão errada. Nessa época, confesso que ainda tinha certo medo e receio deles e esse contato inicial me fez refletir e mudar muito a visão. Refleti, ainda, o quanto eu não sou inserida em nenhuma causa, o quanto tenho poucos conhecimentos sobre política (KSR, 15 de outubro de 2013).

Ouvir dos estudantes o quanto as vivências com os indígenas eram provocadoras de um movimento de superação de preconceitos e construção de novas compreensões sobre seu compromisso enquanto cidadãos e futuros profissionais de saúde foi um grande estímulo, para desenvolver o projeto por quase três anos. Desse modo, foi a oportunidade de “pintá-los”, também, com tinta de jenipapo.

Interessante perceber que, enquanto professor e coordenador do *Ândé Gúatá*, pude ter experiências diferentes das que tive como profissional da equipe de saúde. No projeto, pude participar das assembleias indígenas, ouvir histórias sobre a

cosmologia Potiguara, reconhecer as especificidades dos modos de viver naquelas aldeias; estar mais presente nas festividades, colaborar nas interações entre comunidade e universidade, atuar em áreas não demarcadas de acordo com as solicitações das lideranças, além de construir parcerias com os universitários indígenas de vários cursos de graduação, estendendo o olhar da saúde para a luta pela terra e pelo direito de ser Potiguara. Era então momento de uma maior implicação política com a causa indígena, de participar das discussões sobre a saúde indígena, mas também dos espaços de disputa e enfrentamento.

Adicionalmente, nesse mesmo período, surgiu o convite, por parte do Ministério da Educação (MEC), para que eu colaborasse, pontualmente, em uma estratégia para supervisionar os médicos do PMM em áreas ditas “remotas”, ou seja, com dificuldade de acesso a partir dos centros urbanos, localizadas na Amazônia brasileira.

Essa necessidade se evidenciou devido à impossibilidade de os supervisores chegarem até esses médicos, de modo a impedir o acompanhamento pedagógico presencial, previsto nas diretrizes do PMM. Nesse sentido, houve uma primeira viagem, realizada ao estado do Amazonas, no final do ano de 2014, onde atuei como supervisor no município de Santo Antônio do Içá. Na sequência, foi constituído, de forma permanente, o Grupo Especial de Supervisão (GES), uma parceria entre o MEC e o Ministério da Defesa.

Inicialmente, o GES não atuou em áreas indígenas; no entanto entre esses médicos, que estavam impossibilitados de serem supervisionados, havia uma parte que atuava em equipes multidisciplinares de saúde indígena, vinculadas ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), por meio dos DSEI.

Dessa forma, fui convidado a colaborar na construção de um projeto piloto do GES em áreas indígenas, iniciando pelo DSEI Rio Tapajós, no Pará. Recordo-me das inquietações nos planejamentos, pois tínhamos receio de como construir, de forma colaborativa, a partir da parceria com os militares (principalmente, com o exército). Além disso, sabíamos dos processos históricos de opressão, conflito e invasão dos territórios tradicionais indígenas, principalmente nas regiões de fronteiras.

Fomos ajustando essa parceria e ficou bem estabelecido que os militares seriam responsáveis pela logística de deslocamento até os locais de supervisão, não estando durante as atividades com os médicos nas aldeias. Além disso, sempre que

possível, todo o planejamento, inclusive a logística, era realizada pelo respectivo DSEI. A parceria funcionou bem e, a partir daí, o GES passou a supervisionar, de forma paulatina, uma parte dos médicos dos DSEI também nos estados do Pará, Roraima e Acre, respectivamente.

No estado de Roraima, atuei como tutor do GES na coordenação da supervisão acadêmica dos médicos do PMM no DSEI Yanomami e Ye'kuana, no DSEI Leste e no município de Uiramutã, que eram as áreas ditas “remotas”. Inicialmente, não era previsto o pernoite nas aldeias com os médicos, o que percebemos que era uma grande perda, já que era importante a aproximação com a vivência em área, o que levou a recomendação de passarmos ao menos uma noite com as equipes de cada um dos médicos supervisionados.

Em algumas regiões, havia Pelotões de Fronteira do exército, mas evitávamos realizar o pernoite nesses locais, privilegiando o contato com a equipe de saúde e com as comunidades indígenas. Eu, como atuava como tutor, acompanhava um dos supervisores nas viagens e ficávamos cerca de quatro dias entre as aldeias; um tempo pequeno, comparado aos grandes períodos em que estes profissionais permaneciam em área até estarem “de arejo”. Porém eram dias intensos e de muito aprendizado com o supervisor, com o médico, com a equipe de saúde, com as lideranças e com a própria comunidade. Eu voltava a dormir na rede, a ouvir o silêncio e os barulhos do mato e da aldeia. Foi um reencontro com as borboletas à beira dos rios.

Vale dizer que estive na tutoria de 2015 ao final de 2018 e, nesse período de trabalho, estava nas aldeias a cada dois meses, acompanhando, presencialmente, as supervisões acadêmicas junto às equipes multiprofissionais de saúde; porém, no restante do tempo, eu era responsável pelo planejamento, educação permanente e avaliação do grupo de supervisores. Foi um momento de problematizar e investigar outras questões, como a forma de gestão e educação permanente na saúde indígena, as relações entre os médicos e a comunidade, bem como as interações, por muitas vezes distanciadas, entre instituições de ensino e o serviço de saúde indígena (LUNA *et al*, 2019b).

Paralelamente, surgiu a oportunidade de fazer um concurso público para professor do curso de medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), no início do ano de 2015. Naquela conjuntura, eu fiquei indeciso, pois a oportunidade de me inserir em uma universidade pública, também era a

possibilidade de ter que me afastar do trabalho com os Potiguara e dos vínculos desenvolvidos na Paraíba. Todavia, ao analisar de forma mais cuidadosa a experiência do curso de medicina da UFSCar, decidi por ousar uma nova trajetória, pois o currículo era (e continua sendo) todo baseado em metodologias ativas de ensino aprendizagem, com uma perspectiva integrada e com uma proposta bem interessante de aprendizado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Fiz o concurso e ingressei no departamento de medicina como professor em julho de 2015, pensando que estaria um pouco mais distante do trabalho junto aos povos indígenas no meu cotidiano da UFSCar. Mas eu estava completamente enganado, pois a UFSCar tinha (e tem) muita presença dos indígenas. Aliás, logo após a aprovação no concurso, fui surpreendido por uma mensagem no celular que dizia: “Professor, seja muito bem-vindo à UFSCar. Sou Orinaldo, indígena e estudante de Medicina aqui na universidade. Pode contar com a gente para o que precisar. Estamos felizes com a sua aprovação.”

Dessa forma, iniciei o contato com universitários indígenas que ingressaram na graduação, por meio do programa de ações afirmativas. A minha proximidade tem sido maior com os estudantes do curso de medicina e dos outros cursos da área de saúde, particularmente com os participantes do Programa de Educação Tutorial – Conexões de Saberes (PET Indígena) – Ações em Saúde. Com os estudantes do PET Indígena desenvolvemos atividades de ensino, de pesquisa e de extensão, relacionados à saúde, aos povos indígenas e à integração desses dois temas.

Junto a alguns desses indígenas, tem acontecido um projeto de extensão, com a realização de rodas de conversa mensais sobre a saúde dos povos indígenas, abertas à participação de estudantes e profissionais, indígenas e não-indígenas, suscitando discussões críticas que, para além das especificidades do cuidado em saúde no contexto indígena, permeiam os preconceitos e os processos históricos de exclusão, as questões identitárias e os direitos indígenas.

No espaço das rodas de conversa, evidenciei o quanto esse encontro de culturas na universidade pode ampliar os olhares sobre as comunidades para os futuros profissionais de saúde. Pude também refletir sobre a interessante oportunidade de construir aprendizados entre indígenas e não indígenas, para atuação tanto no contexto da saúde indígena, como para outros locais.

Desse modo, reconhecer o protagonismo indígena, na possibilidade de um novo olhar sobre a saúde, a doença e o cuidado, pode ser um dos caminhos na

construção entre diferentes culturas, ou seja, entre a cultura ocidental eurocêntrica e as culturas indígenas, entre a biomedicina e os saberes indígenas, na superação de posturas colonizadoras hegemônicas nas formações em saúde (LUNA *et al*, 2020a).

Foi para uma das rodas de conversa, no ano de 2018, que construí a fotografia que abre essa tese, logo após a capa e a folha de rosto obrigatórias. Ela foi composta por pequenos vasos de barro do povo Kadiwéu, por um estetoscópio e pelo meu caderno de anotações utilizado no período em que estava no meu estágio no Xingu. As palavras escritas estão na língua Kaiabi. A fotografia foi utilizada para divulgação da roda de conversa que discutia o encontro entre a biomedicina e as culturas indígenas.

Além dos estudantes do PET Indígena, tenho desenvolvido atividades diretamente como docente dos indígenas no curso de medicina da UFSCar, de modo a buscar estar com eles nos difíceis enfrentamentos na escola médica. Desde que eu estou na instituição, sete foram os indígenas no curso de medicina, sendo quatro atuais estudantes e três já graduados. Entre esses indígenas é interessante reconhecer que há uma grande multiculturalidade, com diferentes povos e com trajetórias muito diversas. As minhas relações com eles têm intensidades variadas, convivendo em espaços da graduação, pesquisa, extensão, sendo que com alguns tenho uma convivência próxima e com outros, mais pontual. Nessas relações, tenho buscado construir espaços em que há protagonismo dos indígenas.

Nesse sentido, percebo que há, em certos momentos, uma invisibilidade deles no curso, tanto frente aos docentes como aos demais estudantes. Em outros momentos, quando se trata de algumas fragilidades nas atividades acadêmicas dos indígenas, há uma situação inversa e a visibilidade se expande. Mesmo tendo se passado quinze anos desde o final da minha graduação, estar na escola médica, agora como docente, me faz perceber que a visão de formação médica baseada na biomedicina, pouco humanizadora e opressora do diferente, permanece. E, para esses indígenas, imagino que essas e outras opressões e violências se somam, gerando uma trajetória que pode implicar em dificuldades e sofrimentos.

Em um momento histórico no Brasil, em que temos vivido tantos ataques à democracia e à fragilização dos direitos dos cidadãos, sinto-me comprometido em registrar que, pela primeira vez, temos a presença de um grupo de indígenas nos cursos de medicina no país, processo iniciado há pouco mais de dez anos, por meio de diferentes ações afirmativas nas instituições.

Trata-se de uma experiência singular, o que me remeteu à peça *O que mantém um homem vivo?*, lançada em 1973, pelo Teatro Vivo, e que, por ser tão atual nos dias de hoje, foi relançada em 2019. A peça se tornou referência pela postura crítica em relação ao autoritarismo e seus efeitos deletérios sobre o indivíduo e a sociedade, ao abordar valores da humanidade, como bondade, ciência, justiça e amor, sob o olhar dialético e humor cáustico de Brecht. Ao responder sobre o título da peça, o autor diz que “um homem é um homem, e ele é muito difícil de destruir” (USP, 2020), o que marca a própria natureza do ser humano e suas contradições.

Diante das contradições da sociedade contemporânea, o compromisso da pesquisa em questão é o de destacar e dar voz aos que, por muitas vezes, são invisibilizados e calados pelos processos de opressão e colonização. Algumas reflexões de Krenak (2019, p.13-14), no livro *Ideias para adiar o fim do mundo*, também adentram o campo dessas inquietações:

E fiquei pensando: “por que insistimos tanto e durante tanto tempo em participar desse clube [da humanidade], que na maioria das vezes só limita a nossa velha disposição para a servidão voluntária?” [...] A modernização jogou essa gente do campo e da floresta para viver em favelas e em periferias, para virar mão de obra em centros urbanos. Essas pessoas foram arrancadas de seus coletivos, de seus lugares de origem, e jogadas nesse liquidificador chamado humanidade.

Nesse contexto, uma fala de Ailton Krenak, em 2018, diante do difícil momento político brasileiro, nos mostra a fortaleza das populações indígenas em seu processo de resiliência e luta:

[...] me perguntaram: “Como os índios vão fazer diante disso tudo?” E eu falei: “Tem quinhentos anos que os índios estão resistindo, eu estou preocupado é com os brancos, como que vão fazer para escapar dessa”. A gente resistiu expandindo a nossa subjetividade, não aceitando essa ideia de que nós somos todos iguais (KRENAK, 2019, p.31).

Dessa forma, essas reflexões também fariam parte do contexto da presença dos indígenas no ensino superior e, mais especificamente, no curso de medicina? Na escola médica, da qual sou docente, percebo a coragem e resiliência dos indígenas, para enfrentar as adversidades no curso. Essa também seria a postura

dos indígenas em outros cursos de medicina? E, nessa direção, quais seriam as dificuldades, as opressões e as violências vivenciadas por esses indígenas nas escolas médicas? Esses indígenas teriam a possibilidade de construir “pontes interculturais” nos cursos de medicina? Eles mantêm seus vínculos ancestrais e suas cosmovisões em um ambiente tão formatado, como a escola médica? Essas são algumas indagações que permeiam a definição da temática desta presente pesquisa.

Nessa perspectiva, reconhecendo e vivenciando a presença dos indígenas na escola médica e “sendo pintado” pelas diversas experiências e por outras versões de mundo e de universidade, fui provocado a elaborar esta tese, na tentativa de amadurecer compreensões, questionamentos e também por registrar construções possíveis em experiências que estão sendo trilhadas.

Portanto esta pesquisa se constrói com foco nas experiências desses indígenas, estudantes de medicina, que enfrentam adversidades, superando limites e construindo uma nova história, individual e coletiva. Todavia reconheço, adicionalmente, que a pesquisa foi desenvolvida enquanto eu vivia experiências com esses indígenas. E essas experiências me afetavam, ao passo que eu ouvia, compartilhava e construía com eles. Experiências no sentido das transformações, de afetar e ser afetado, aprendendo com o que é vivido.

Durante todo o percurso da pesquisa, também era tempo de lembrar e de redescobrir um pouco da minha ancestralidade indígena, tão falada, de forma genérica, pela minha mãe. Ela sempre disse que minha avó materna, já falecida, era descendente de indígenas, mas que não se sabia muito dessa origem, pois minha avó perdera a mãe muito cedo e, por isso, fora criada pelos padrinhos, ficando distante do restante da família. Além disso, sabemos que, de uma forma geral, há uma invisibilidade sobre a ancestralidade indígena nas famílias brasileiras, ao passo de sempre se saber algo da de origem europeia, como no caso das ascendências italianas, alemãs, espanholas, entre outras. No meu caso, o sobrenome Luna vem da minha família paterna, que é de origem da Andaluzia, na Espanha.

Retomando a família da minha avó materna, percebo que mesmo tendo havido uma interrupção das narrativas antigas sobre essa história indígena da família dela, alguns hábitos e costumes se mantiveram e carregam uma afetividade intergeracional.

Na minha família, dezembro é tempo de ir para o mato, colher gabiroya, uma pequena fruta, que nasce no cerrado. Juntar a família, para fazer pamonha, mingau e outras comidas de milho, é relembrar dos sabores e da forma de preparo da minha avó. Contar histórias sobre os tempos vividos no sítio com ela, meu avô e os quinze filhos (tendo três deles morrido muito cedo), é compartilhar as alegrias (e tristezas) de um tempo que, mesmo quem não viveu, como eu, se sente parte e, às vezes, acredita ter vivido.

Na caminhada da pesquisa, comecei a reconhecer, de forma mais explícita que, para além do fenótipo indígena tão evidente da minha mãe, seus irmãos e da minha avó, há costumes e sentimentos de uma ancestralidade quase negada, que me move ao me afetar.

Diante disso, partindo das experiências descritas, das problematizações realizadas e dos compromissos anunciados, esta pesquisa busca compreender a experiência e a trajetória dos indígenas nos cursos de graduação em medicina, em universidades federais brasileiras, a partir de suas narrativas.

Nesse momento, é oportuno mencionar que esta tese está dividida em oito capítulos. Assim, o primeiro capítulo, intitulado “Educação médica, saúde indígena e os indígenas no ensino superior”, busca introduzir o leitor, de forma breve, nos três campos de conhecimento de intersecção da pesquisa, a saber: a educação médica, as políticas de saúde indígena no Brasil e os indígenas no ensino superior, com especial atenção aos cursos de medicina. Tal capítulo se encerra com a apresentação dos objetivos da pesquisa.

Em seguida, destaca-se o segundo capítulo, “Os caminhos do percurso metodológico”, o qual contempla a descrição dos materiais e métodos utilizados para a construção dos dados e análises na pesquisa. Já o terceiro capítulo, “Os narradores das experiências”, traz uma caracterização dos participantes da pesquisa.

No quarto capítulo, intitulado “Acesso à universidade e políticas de permanência”, há as narrativas dos indígenas relacionadas ao ingresso no ambiente universitário, sendo possibilitado, principalmente, pelos programas de ações afirmativas, evidenciando políticas de permanência institucionais.

Nesse contexto, o quinto capítulo, “Estranhos na escola médica”, mergulha nas vivências de alteridade dos indígenas nos cursos de medicina, as quais estão

calcadas em experiências de estranhamento, preconceito e estigmatização, discutindo a relação entre *outsiders* e estabelecidos nesse ambiente.

O sexto capítulo, “Sofrimento e resiliência”, aflora experiências de sofrimento, despertadas pelas dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a graduação de medicina e a atitude de resiliência frente a tais adversidades. Na sequência, o sétimo capítulo, intitulado “Os nós indígenas”, traz discussões relacionadas às narrativas sobre identidade sociocultural, aspectos de interação social e o pertencimento aos diversos coletivos.

No oitavo e último capítulo, “Experiências na e para a saúde indígena”, destacam-se as experiências dos indígenas, relacionadas ao encontro de suas vivências histórico-culturais com as perspectivas da medicina ensinada nas escolas médicas, evidenciando os conhecimentos ofertados e/ou conquistados, relacionados à saúde indígena durante a graduação.

Após essa incursão por cada capítulo, apresentam-se as considerações finais, que buscam sintetizar as principais ideias apresentadas, trazendo algumas conclusões provisórias.

Os títulos dos capítulos acompanham a imagem de uma pintura ilustrativa, todas elas de autoria de Aislan Felipe da Silva Santos – pertencente ao povo Pankararu – estudante do quinto ano da graduação em medicina, na Universidade de Brasília, no ano de 2020. A utilização de oito pinturas, no contexto da tese, foi autorizada pelo autor, sendo que os textos, de descrição destas, apresentados nos rodapés das páginas, também são de autoria do artista.

As pinturas em questão fizeram parte da Exposição Abá Pukuá – Homem Céu, realizada no Hospital Universitário de Brasília, em 2020. Segundo Aislan (SANTOS, 2020),

Abá significa homem, na língua Tupi, e Pukuá significa céu, na língua do povo Kaiapó. Este homem representa força, resistência, beleza, fé, espiritualidade, espírito de justiça e grito. [...] As 24 telas foram pintadas com tinta sobre papel kraft e representam a realização de um sonho, o começo de um novo ciclo e o pedido para que as forças espirituais do meu povo protejam esses espaços e levem a cura a quem mais precisa, através da arte.

## CAPÍTULO 1 – EDUCAÇÃO MÉDICA, SAÚDE INDÍGENA E OS INDÍGENAS NO ENSINO SUPERIOR



**MBOÍÁ<sup>1</sup> (SANTOS, 2020)**

---

<sup>1</sup> “Cobra”.

Este capítulo busca introduzir o leitor, de forma breve, nos três campos de conhecimento de intersecção da pesquisa, que são: a educação médica, as políticas de saúde indígena no Brasil e os indígenas no ensino superior, com especial atenção aos cursos de medicina.

A pintura de abertura deste capítulo, de autoria de Aislan Santos, é intitulada Mboîa, que significa cobra em Tupi. Penso que essa sinuosidade das diversas “cobras” – que também podem ser plantas serpiginosas – se aproximam e se entrelaçam algumas vezes, como são os campos de conhecimento que são alçados no desenvolvimento desta pesquisa, com indígenas, estudantes de medicina. Não por acaso, as três cores das cobras são vermelho, preto e branco. Essas são, respectivamente, as cores das pinturas corporais feitas com urucum, jenipapo e tauá (um tipo de barro branco), realizadas por diversos povos indígenas brasileiros. No caso específico do uso do tauá, trata-se de pinturas específicas dos Pankararu, povo ao qual Aislan faz parte.

Assim, neste capítulo é realizada uma discussão sobre os três campos de conhecimento, mas não de forma exaustiva, pois se trata de trazer alguns elementos que possam contribuir para o debate da pesquisa e favorecer o caminho até os objetivos da investigação que originam esta tese.

## **1.1 A graduação em medicina**

A medicina e a atuação profissional dos médicos vêm sofrendo transformações ao longo do tempo, refletindo as alterações da sociedade, no Brasil e no mundo. Nos séculos XVIII e XIX, a Revolução Industrial trouxe uma ruptura fundamental entre saúde e medicina, com hegemonia desta última e consequente separação entre corpo e mente, eu e outro, pessoa e contexto, distanciando as relações econômicas e comunitárias, com hegemonia progressiva de um paradigma biomecânico na medicina ocidental (QUEIROZ, 1986).

Surgiram, assim, novas formas de se perceber a causalidade das doenças e os mecanismos homeostáticos responsáveis pelo equilíbrio do corpo, com modelos explicativos que revolucionaram a compreensão da gênese de doenças, aproximando a medicina das causas específicas (MAMEDE, 2001).

Dessa forma, principalmente a partir do século XX, o avanço científico trouxe à tona uma compreensão técnica e biologicista sobre a doença, culminando numa compartimentalização do indivíduo, atomização dos conhecimentos e intensa especialização do profissional. Segundo Carapinheiro e Correia (2015), outra constatação é a de que saúde e doença foram sendo compreendidas como dois estados que se excluem mutuamente, ou seja, as pessoas estão saudáveis ou doentes, como dizem “os parâmetros das análises sanguíneas ou as imagens de exames radiológicos incrivelmente precisos”, à luz dos meios de observação e de análise, especialmente após a Segunda Guerra Mundial.

Nesse sentido, passou-se de uma medicina da antiguidade ocidental - que trabalhava com as singularidades - para a utilização de princípios fisiológicos universais sobre o corpo, o que impulsionou a expansão do conhecimento científico da biomedicina, da indústria farmacêutica e de laboratórios de exames complementares (CARAPINHEIRO; CORREIA, 2015). Vale destacar que várias outras concepções estiveram presentes nesse ínterim, sendo ressaltados aqui apenas alguns pontos dessa trajetória de mudanças no campo da medicina.

Com esse processo de expansão da medicina científica ocidental, consolidou-se um modelo biomédico, baseado numa sofisticação tecnológica, que permitiu uma sintonia com o sistema produtivo, na medida em que aumentou o seu poder de intervenção no corpo humano, a fim de moldá-lo às necessidades da produção (QUEIROZ, 1986).

A formação dos médicos, nesse contexto, foi então marcada pela publicação, nos Estados Unidos da América (EUA), do Relatório Flexner, em 1910. Recomendou-se, entre outras coisas, que o ensino de medicina fosse estruturado sobre um alicerce científico, principiasse com uma sólida fundamentação das ciências básicas e com os estudos clínicos posicionados em uma fase posterior, quando o conhecimento dessas ciências fosse aplicado nos cuidados aos pacientes (MAMEDE, 2001; PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Com isso, o relatório contribuiu para uma reorientação dos currículos das escolas médicas, com formação ligada às universidades e à pesquisa científica, deixando para segundo plano os aspectos sociais, culturais e psicológicos (PAGLIOSA; DA ROS, 2008; BRAVO; CYRINO; AZEVEDO, 2014).

No Brasil, as primeiras escolas médicas foram criadas após a chegada da família real lusitana em 1808, seguindo o modelo português de formação dos

chamados cirurgiões barbeiros, dotados de pouco ou nenhum conhecimento teórico, o que foi se transformando com o passar do tempo até a consolidação da medicina como prática profissional e com formações acadêmicas mais elaboradas, com fundamentação técnico-científica e de caráter laico, já no século XX (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

Assim, desde o início do século XX, o ensino de medicina no Brasil experimentou diversos movimentos de mudança na educação médica, dos quais se destacam: a reforma Flexner; a Medicina Integral e Preventiva; o movimento da Medicina Comunitária; os currículos baseados em Metodologias Ativas de ensino aprendizagem e a Integração Ensino-Serviço no Sistema Único de Saúde (SUS) (AROUCA, 1975; SCHRAIBER, 1989; CYRINO, 2002; GODOY, 2018).

Iniciando pela primeira reforma importante na educação médica brasileira, compreende-se que, em decorrência do estudo conduzido por Flexner nos EUA, houve uma reforma “cientificista” no Brasil, na medida em que se recomendou uma reconfiguração da prática educacional das escolas médicas “essencialmente como uma capacitação técnica, cientificamente fundada” (SCHRAIBER, 1989; CYRINO, 2002). Nessa direção, a formação dos médicos somente seria efetiva mediante a “qualificação do aluno em uma prática clínica articulada à pesquisa” e “residindo a aprendizagem, antes de mais nada, na atividade técnica concreta, hospitalar e de pesquisa laboratorial” (SCHRAIBER, 1989, p.109).

Segundo Cyrino (2002, p.26), esse modelo não era reconhecido apenas como o mais adequado, como também era o único “verdadeiramente válido e universal”, com uma compreensão positivista da ciência, em que os fenômenos poderiam ser reduzidos e medidos nos seus constituintes. Já os determinantes desses fenômenos poderiam ser, assim, deduzidos, “reduzindo-se a compreensão dos fenômenos à análise de seus constituintes” (CYRINO, 2002, p.26). Vale ressaltar que essa concepção positivista da ciência estava (e está) presente na maior parte dos cursos de graduação, não sendo uma especificidade da medicina.

Passando para o segundo movimento a ser considerado aqui, chega-se à Medicina Integral e a sua expressão na educação médica com a Medicina Preventiva. Segundo Cyrino (2002, p.18), a Medicina Integral se apresenta no EUA no início da década de 1950, em “decorrência da necessidade de responder à crise de financiamento que se instalava, gerando um enfrentamento entre a organização privada dos serviços médicos e o Estado”. Representou, assim, segundo

Donnangelo (1979), um esforço de superação da articulação inadequada entre a saúde pública e a assistência médica, a primeira sendo de responsabilidade do Estado e a segunda do setor privado.

Ainda segundo Donnangelo (1979), também havia um esforço de superação da abordagem fragmentada do paciente, o que acontecia devido à especialização crescente no campo da medicina, sendo esse também entendido como um projeto reformador da educação médica estadunidense, por meio da Medicina Integral.

Esse ideário da Medicina Integral foi difundido na América Latina, havendo, no Brasil, a introdução da Medicina Preventiva no ensino médico, com influência de fundações e órgãos internacionais, como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (MARSIGLIA, 1995). A estratégia para difusão e concretização de tais objetivos estava na criação de departamentos de Medicina Preventiva, que se destacaram por desenvolver atividades relacionadas à prevenção, tendo sua integração com processos terapêuticos e com atividades de extensão, não se restringindo ao hospital de ensino (CYRINO, 1993; MARSIGLIA, 1995).

De acordo com Cyrino (2002, p.31), no Brasil, esse movimento buscou a formação de um “novo profissional que, com outra atitude, pudesse fazer frente aos problemas da prática médica”, inclusive com a introdução de disciplinas do campo das ciências sociais e humanas, integradas aos conhecimentos biológicos nas graduações de medicina.

Esse modelo recebeu algumas críticas, como a de Sérgio Arouca, que fez considerações sobre esse “dilema preventivista”, discutindo que não havia articulação dos conhecimentos, mas uma repetição dos mesmos discursos ao longo do curso de medicina, além de chamar atenção para o fato de que a atenção era concentrada apenas nos sujeitos, e não nas relações técnicas e sociais (AROUCA, 1975).

O terceiro movimento a ser destacado é o da Medicina Comunitária, a partir da década de 1970, que ofereceu conceitos voltados a se repensar o cuidado médico intimamente ligado às necessidades de saúde da população (CYRINO, 1993). Segundo Cyrino, buscou-se nesse movimento compatibilizar a necessidade de extensão de serviços com os altos custos da assistência médica, reconhecendo-se como essencial “uma simplificação tecnológica nas práticas de atenção à saúde, tendo por base evidências epidemiológicas que apontavam maior prevalência de doenças mais simples na população” em geral (CYRINO, 2002, p.33).

Com base nesses pressupostos, a educação médica assumiu nova proposta de mudança, norteadas pelo desenvolvimento do ensino nos chamados serviços básicos de saúde, devendo o hospital-escola assumir um novo papel ao se integrar ao sistema de saúde (CYRINO, 1993).

Segundo Almeida Filho (2010), nessa mesma década, houve intenso esforço de produção teórica no campo da saúde, para alimentar a luta ideológica de resistência contra a ditadura militar, com a recriação crítica ou a reelaboração de conceitos, como: prevenção, mercado de trabalho, prática médica, raízes sociais do trabalho médico, entre outros.

Já na década de 1980, com a queda da ditadura e a abertura política gradual, o país iniciava a redemocratização política e a reorganização de suas instituições, havendo importante influência do movimento da Reforma Sanitária e a consequente proposição do SUS na Constituição de 1988, desencadeando reflexões e mudanças em torno do processo de formação dos profissionais da saúde (ALMEIDA FILHO, 2010).

Chegando aos anos de 1990, as linhas gerais do movimento da Medicina Comunitária continuaram presentes no arcabouço das propostas de reforma implementadas na América Latina, como é o caso do Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na formação de profissionais de saúde), formulado pela Fundação Kellogg (CYRINO, 2002). Houve incentivo para mudanças metodológicas nos currículos de medicina, como a implantação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, com destaque para a Aprendizagem Baseada em Problemas e a Problematização em algumas instituições, como a Famema e a Universidade Estadual de Londrina.

Segundo Feuerwerker (2002), as escolas médicas brasileiras se encontravam diante do difícil desafio de mudar para formar profissionais críticos, capazes de trabalharem em equipe, de aprenderem a partir da própria prática, de levarem em conta a realidade social e as singularidades dos usuários, de quem devem cuidar com qualidade.

Na interface entre educação e saúde, naquele momento, buscavam-se propostas capazes de superar o então atual modelo de educação médica e de formação de recursos humanos em saúde, resgatando-se temas da ação extensionista da Medicina Comunitária, combinados com as metodologias ativas, mas também foi construído um suposto discurso antagônico às propostas de Flexner, atribuindo-lhes a imagem de inimigas e responsáveis pelo modelo

tecnicista, fragmentado e centrado na doença (ALMEIDA FILHO, 2010). No entanto, segundo Almeida Filho (2010), a formação médica era (e é) resultado de uma complexidade de fatores relacionados à própria relação entre medicina e sociedade, com inter-relação com os processos históricos, colonizadores, de mercado e de anulamento de outros saberes, formas de pensar e de práticas de cuidado desenvolvidas tradicionalmente pela população.

Concomitantemente a isso, o Projeto CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico) propiciou um longo processo de discussão entre docentes, médicos, médicos residentes e estudantes sobre o perfil do egresso da graduação no final da década de 1990 e início dos anos 2000 (CRUZ, 2004). Pesquisa realizada pela CINAEM sobre o modelo pedagógico das escolas médicas no Brasil, em 1997, revelou

[...] a hegemonia absoluta dos conteúdos programáticos que permitem a compreensão do processo saúde-doença centrado no indivíduo biológico. Desvenda a semiologia como instrumental de trabalho que articula a utilização do conhecimento biológico na abordagem dos distúrbios fisiomorfológicos e assegura a reprodutividade da prática médica, funcionando como instituinte da clínica moderna fundamentada no método positivista (CINAEM, 1997, p.36).

Desse modo, percebe-se que a base do ensino médico estava voltada para os avanços das novas e, cada vez mais diversificadas tecnologias de diagnóstico e tratamento de enfermidades, todavia, esse processo não foi acompanhado pelo desenvolvimento da habilidade médica de ouvir, de cuidar, de compreender a vulnerabilidade dos pacientes diante do sofrimento e do adoecer (PUCHALSKI, 2001).

As elaborações do Projeto CINAEM possibilitaram a construção das primeiras Diretrizes Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (DCN), publicadas em 2001, indicando a necessidade de um médico generalista, crítico e focado nas necessidades de saúde da população e para o sistema de saúde vigente (BRASIL, 2001; BRAVO; CYRINO; AZEVEDO, 2014). Apesar de avanços, inclusive com o uso de novas metodologias de ensino-aprendizagem e inserção na rede de serviços de saúde, a formação dos profissionais de saúde ainda se manteve distante do cuidado integral, com qualificação insuficiente para mudanças nas práticas do SUS (GOMES; REGO, 2011; BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Um dos pontos de destaque, que tem sido desenvolvido gradativamente durante as duas últimas décadas, é a aproximação com a Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS durante a graduação de medicina, reconhecendo-se o serviço de saúde como espaço de formação. Assim, os espaços de ensino não devem se restringir aos acadêmicos e aos hospitais, mas devem ser expandidos para as unidades de atenção primária e equipamentos sociais, como escolas, creches, espaços comunitários e projetos sociais (GODOY, 2018).

Nesse sentido, houve programas de incentivo e financiamento da reestruturação do ensino de graduação na área da saúde, sob autoria dos Ministérios da Saúde e Educação, lançados entre 2002 e 2013. Nesse período, foram iniciados: “Programa de incentivo a Mudanças Curriculares para o Curso de Graduação em Medicina” (PROMED – 2002); “Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde” (Pró-Saúde – 2005) e “Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde” (PET Saúde – lançado em 2008 e com várias edições posteriores) (GODOY, 2018).

Em 2013, o Programa Mais Médicos (PMM) foi criado com o intuito de enfrentar os desafios que dificultam a expansão e o desenvolvimento da APS e do SUS, sendo que um de seus eixos busca atuar na formação médica, com o objetivo de ampliar e qualificar a formação de médicos no país, de acordo com as necessidades do SUS (BRASIL, 2013a; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Assim, houve a proposição de um elenco de ações de mudanças na educação médica, com a expansão de vagas em cursos de medicina; a criação de novos cursos de graduação no interior do país, inclusive, em universidades federais; a adoção de diferentes dispositivos para a mudança na formação, com destaque para as novas DCN e a ampliação e a reestruturação das residências médicas (BRASIL, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2019; CYRINO *et al.*, 2020). Algumas dessas iniciativas foram desenvolvidas, outras foram interrompidas e algumas não chegaram a ser implementadas totalmente, sendo resultado das mudanças de gestão federal e da instabilidade política. Todavia o PMM continua ativo, mas ficou bastante restrito ao provimento de médicos para a APS e à supervisão acadêmica destes.

As DCN de 2014 enfatizaram o ensino que valorizasse aspectos socioculturais, humanísticos e biológicos do ser, destacando a preocupação em formar médicos generalistas, efetivos na abordagem ao paciente na APS e na

urgência/emergência, com ênfase na saúde pública e na resolução dos principais problemas de saúde da população (BRASIL, 2014; MEIRELES; FERNANDES; SILVA, 2019). Destacou-se, ainda, a formação de um profissional com habilidades gerais, crítico, reflexivo e ético, pronto para atuar em todos os níveis de atenção em saúde e que seja capaz de praticar ações de promoção, prevenção e reabilitação, respeitando sempre o direito do paciente à cidadania e à dignidade (BRASIL, 2014; MEIRELES; FERNANDES; SILVA, 2019).

Quanto à criação de novos cursos de medicina em universidades federais a partir do incentivo do PMM, em 2013 foi implantada a Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas das Instituições Federais de Educação Superior (BRASIL, 2013b). Assim, foram criados, até 2017, 30 novos cursos de medicina, localizados fora dos grandes centros urbanos e capitais, nas cinco macrorregiões brasileiras (CYRINO *et al.*, 2020). Essas novas escolas médicas possuem arranjos curriculares variados e com a característica de buscarem: a superação disciplinar, com metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a realização de avaliação formativa dos processos, a integração com a rede de atenção à saúde e a formação para a saúde pública (CYRINO *et al.*, 2020).

Dessa forma, embora já tenha havido um longo percurso de mudanças e iniciativas na formação dos médicos no Brasil, a graduação em medicina se mantém fortemente ligada ao modelo biomédico. O modelo da biomedicina é compreendido como a racionalidade médica técnico-científica, biomecânica, que busca a fragmentação e a homogeneização do processo saúde-doença (CARMARGO JUNIOR, 2005), rechaçando, na maioria das vezes, outras racionalidades, práticas populares e outras medicinas.

As transformações nos processos de formação nos cursos de medicina e em outras graduações na área da saúde continuam se mostrando um desafio a ser pensado e reformulado em teoria e estrutura, para que sejam direcionadas para a prática e mais próximas das necessidades de toda a população, incluindo grupos em situação de vulnerabilidade social.

Nos discursos de docentes, gestores e documentos oficiais, a busca por novos caminhos – para reduzir a lacuna construída entre a produção de conhecimento teórico e a realidade vivida nas práticas em saúde, nos diversos níveis de atenção – tem sido bastante presente, mas, na prática, ainda há muitos obstáculos para realmente propiciar esse avanço na formação.

Ainda nessa perspectiva, a biomedicina permanece como a forma de atenção à saúde que mais se expande, anulando outros saberes médicos e pouco reconhecendo as práticas próprias da população, no sentido de os médicos compreenderem e lidarem com os processos de saúde, enfermidade e cura (MENENDÉZ, 2003). Segundo Menendéz (2003), a biomedicina se caracteriza como um modelo médico hegemônico e essa condição faz com que a prática dos médicos esteja subordinada a ela. Como já citado anteriormente, esse modelo ainda é o grande direcionador das práticas de formação médica no Brasil e na maior parte dos países.

Portanto é ainda mais evidente o distanciamento entre educação médica e necessidades sociais e de saúde, ao se tomar como foco a formação médica para atuação nos contextos das populações tradicionais, historicamente invisibilizadas, dentre elas, os povos indígenas.

## **1.2 Formação para atuação na atenção à saúde indígena**

Segundo Diehl e Pellegrini (2014), as graduações em saúde estão longe de contribuir para atuação em contextos interétnicos e interculturais, sendo que experiências de inserção de estudantes em Terras Indígenas são raras. Um reflexo disso é o despreparo para lidarem com especificidades que vão para além das questões que dizem respeito à recuperação estrito senso da saúde, como, por exemplo, organizações sociais e culturais que implicam em práticas e saberes próprios de cuidados, com o corpo individual e coletivo, o que resulta em uma não preparação para o trabalho com os povos indígenas (DIEHL; PELLEGRINI, 2014).

Há experiências desenvolvidas na aproximação entre os cursos de graduação na área da saúde e o cuidado em saúde indígena, todavia nem sempre essas experiências são estudadas e publicizadas em formatos científicos. Assim, são descritos na literatura projetos de extensão universitária com populações indígenas, com foco em: atividades na Casa de Saúde do Índio, como no caso da Universidade de Brasília (GUIMARÃES *et al.*, 2020); práticas de educação em saúde nas aldeias, com a vivência do cotidiano indígena e com foco na educação popular em saúde, como no caso da Universidade Estadual de Santa Catarina (VENDRUSCOLO *et al.*, 2020) e da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (LUNA *et al.*, 2019a); ações com objetivo principal de produzir espaços de construção de saberes entre

indígenas e não indígenas na universidade, como no caso da UFSCar (LUNA *et al.*, 2020a) e em ações de assistência e cuidado em saúde, como no caso do Projeto Xingu da Unifesp (BARUZZI, 2017).

Nesse momento, faz-se necessário destacar o Projeto Xingu, visto que há décadas desenvolve uma extensão comprometida com a formação e a produção científica na aproximação entre os campos da educação, das ciências humanas e sociais e da saúde indígena, além de ter assumido a gestão e atenção à saúde no DSEI Xingu até determinado momento (BARUZZI, 2007). Além disso, o Projeto Xingu desenvolve um ambulatório específico que é referência para o atendimento de indígenas, localizado na cidade de São Paulo (PEREIRA *et al.*, 2014) e oferece uma especialização em saúde indígena, iniciada em 2008, destinada principalmente aos profissionais de saúde que atuam no contexto indígena.

Têm surgido nos últimos anos, principalmente pelo protagonismo dos estudantes indígenas nas universidades, ligas acadêmicas direcionadas a ações de saúde indígena. Existem ligas acadêmicas de saúde indígena na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na Universidade Federal do Pará e na Universidade Federal de Roraima.

Uma estratégia que estimulou projetos das graduações em saúde, relacionados à saúde indígena, foi o PET Saúde, tendo como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade e a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 2008). O PET Saúde teve um edital específico para o contexto indígena, chamado PET Redes - Saúde Indígena em 2013, além de algumas outras iniciativas que escolheram a temática indígena, devido a questões locais das instituições.

Há descrições de experiências do PET Saúde com base no mapeamento de políticas e serviços de saúde indígena (CUERVO; RADKE; RIEGEL, 2015) em ambulatórios especializados no espaço urbano, com o objetivo de trabalhar nas redes de atenção e construção de práticas interculturais (HOEFEL *et al.*, 2015) ou ainda na vivência no serviço de atenção primária à saúde nas aldeias (SILVA *et al.*, 2015).

Aproximações com o universo indígena, mediante a imersão na cultura local – como em experiências de extensão universitária do PET Saúde Indígena ou ainda com as ligas acadêmicas – podem ajudar uma parcela dos estudantes da área da saúde a superar o imaginário romântico, de modo a compreenderem processos

históricos de exclusão das políticas públicas de saúde, além de desenvolverem o respeito e a valorização dos saberes tradicionais, como no caso do Projeto Îandé Gûatá, que buscava propiciar, a estudantes de medicina, a vivência do cotidiano com os indígenas nas aldeias (LUNA *et al.*, 2019a). É oportuno refletir que essas iniciativas não atingem a formação de todos os estudantes, apesar de suas atividades impactarem, indiretamente, os que não são extensionistas.

Há também experiências dispersas de disciplinas optativas ou regulares, específicas sobre Saúde Indígena, em algumas instituições, como no caso da Universidade de Brasília (HOEFEL; SEVERO, 2016) e da Universidade Federal de Tocantins (VALLE *et al.*, 2016). Além disso, há também discussões desenvolvidas dentro de disciplinas e unidades educacionais nos campos da Saúde Coletiva, Antropologia, Humanidades e Saúde da Família e Comunidade.

No Canadá, na Austrália e na Nova Zelândia, bem como em algumas instituições dos EUA, tem sido recomendada a inserção do estudo das particularidades dos indígenas locais nos cursos de medicina, bem como da diversidade cultural desses povos e dos determinantes de saúde regionais. Dessa forma, essas estratégias têm tentado diminuir as desigualdades de compreensão sobre os problemas de saúde que atingem os indígenas, permitindo um melhor entendimento e respeito às diferentes culturas relacionadas à saúde (HANSON *et al.*, 2016; LEWIS; PRUNUSKE, 2017; EWEN; MAZEL; KNOCHE, 2012; STRASSER, 2010; MACKEAN *et al.*, 2007).

Um fato a ser destacado, com relação a essas atividades, é que elas são mais potentes quando desenvolvidas nas próprias comunidades indígenas e, preferencialmente, nas regiões das instituições de ensino, favorecendo as articulações entre academia e comunidade indígena. Outro aspecto a ser destacado é a importância de se discutir o currículo oculto na formação dos médicos, pois não basta incluir conteúdos relacionados à aprendizagem da saúde indígena, mas é necessário refletir sobre como a escola médica compreende a saúde dessas populações (EWEN; MAZEL; KNOCHE, 2012).

No Brasil, focando na graduação em medicina, salienta-se que as DCN de 2014, já apresentadas anteriormente, fizeram alguns avanços iniciais na direção do cuidado em saúde para populações indígenas, pois, apesar de não trazerem de forma explícita a necessidade de desenvolvimento de conteúdos em saúde indígena nos cursos, indicam que devem ser oportunizados aprendizados com relação ao

respeito ao pluralismo de concepções de saúde-doença e à diversidade cultural, além do reconhecimento do universo de diferenças étnico-raciais (BRASIL, 2014).

Quanto à implantação dos novos cursos de medicina, nas universidades federais, gerados pela política de expansão (BRASIL, 2013b), com incentivo do PMM, ressalta-se que essas escolas médicas se instalaram em regiões com baixa densidade na distribuição de médicos, o que pode favorecer a fixação desses futuros médicos após graduados, além da interiorização de profissionais para atuarem em preceptoría e docência na instituição (OLIVEIRA *et al.*, 2019; CYRINO *et al.*, 2020). Nesse contexto, poderão, mesmo que de forma incipiente, favorecer o provimento de médicos em áreas ditas remotas e, talvez, para as comunidades indígenas; no entanto isso não garante que tais profissionais terão perfil e formação para atuarem nesses cenários.

Dessa forma, segundo Cyrino e colaboradores (2020), algumas dessas novas escolas utilizam políticas para incentivo ao ingresso de estudantes provenientes da região onde o curso se instalou, de comunidades indígenas e quilombolas e/ou de outros países latino-americanos. No entanto os projetos pedagógicos dos cursos apresentam poucas construções e direcionamentos para as singularidades regionais, bem como atividades relativas à saúde indígena (CYRINO *et al.*, 2020).

A consolidação do SUS e, conseqüentemente, a formação em saúde direcionada à saúde pública no país podem levar a um projeto de sociedade que amplia os limites do exercício da cidadania, reforçando o papel do Estado em garantir a saúde enquanto direito de todos, inclusive, das populações indígenas. Contudo os desafios de concretizar a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade das ações esbarram, em parte, no perfil de formação dos profissionais da saúde, com excessiva especialização e distanciamento das necessidades da população.

Nesse sentido, muitos são os desafios na educação para o SUS, mas múltiplas são igualmente as possibilidades, cabendo destaque principal às atividades de integração ensino-trabalho-cidadania, conforme defendido por Siqueira-Batista e colaboradores (2013). Assim, estratégias que buscam esse tipo de integração podem favorecer a aprendizagem significativa e sensibilizar para a atuação em saúde indígena no futuro dos estudantes da graduação, atingindo localidades em que há escassez de profissionais de saúde.

Desse modo, a exemplo dos vários movimentos de mudança na educação médica no Brasil, é oportuno ressaltar que as respostas e os caminhos não são simples, nem únicos, havendo uma complexidade de fatores envolvidos na formação desses profissionais de saúde que estão para além da academia, envolvendo, assim, a compreensão do SUS enquanto ordenador da formação dos profissionais da saúde, a consideração das diversidades regionais e desigualdades sociais, além da estrutura contemporânea da sociedade.

### **1.3 Políticas de saúde para as populações indígenas no Brasil**

Segundo o censo de 2010, a população indígena somava quase 900 mil brasileiros (cerca de 0,4% da população brasileira), presentes em todos os estados e no distrito federal, pertencentes a 305 diferentes povos, sendo falantes de 274 línguas (IBGE, 2010).

Na presente pesquisa, a opção foi por utilizar os termos “povos indígenas”, “indígenas” ou “povos originários”, mas é importante salientar que esse uso não foi na direção de compreendê-los de forma homogênea ou genérica, mas no sentido trazido por Gersem Baniwa:

Com o surgimento do movimento indígena organizado a partir da década de 1970, os povos indígenas do Brasil chegaram à conclusão de que era importante manter, aceitar e promover denominação genérica de índio ou indígena, como uma identidade que une, articula, visibiliza e fortalece todos os povos originários do atual território brasileiro e, principalmente, demarcar a fronteira étnica e identitária entre eles, enquanto habitantes nativos e originários dessas terras, e aqueles com procedência de outros continentes, como os europeus, os africanos e os asiáticos (LUCIANO, 2006, p.30).

Assim, segundo Garnelo (2012), a política de Estado dirigida às populações indígenas foi caracterizada, ao longo da história do Brasil, por ações esporádicas e abrangência irregular, com perfil majoritariamente integracionista, com a compreensão de que os indígenas deixariam de existir enquanto grupos culturalmente diferenciados. No entanto essa presunção passou a ser infundada à medida que houve crescimento demográfico e da vitalidade cultural, com a ampliação das pautas ligadas à diferenciação étnica (GARNELO, 2012).

Desde a primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, realizada em Brasília em 1986, foi identificada a necessidade da criação de um subsistema específico de saúde indígena com agência própria para esse fim, que garantisse aos povos indígenas o direito universal à saúde, como estava sendo pleiteado para toda a população brasileira (BRASIL, 1986; LANGDON, 2004). Mesmo assim, as leis orgânicas do SUS não previram quaisquer especificidades na organização do serviço de saúde para os povos indígenas e priorizaram ações de saúde voltadas para as áreas urbanas. Dessa forma, foi apenas em 1999 que as diretrizes para a assistência à saúde dos povos indígenas foram instituídas, definidas na Lei nº 9.836/99 – conhecida como Lei Arouca (BRASIL, 1999).

A lei instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, responsável pela APS, com organização por meio dos DSEI e gestão federal através da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Assim, a FUNASA publicou, em 2002, a Política Nacional de Saúde das Populações Indígenas (PNSPI), que continua em vigor nos dias de hoje, trazendo como seus propósitos:

[...] 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, 2002, p.13).

Dessa forma, as diretrizes descritas na PNSPI focam na interculturalidade e no conceito de atenção diferenciada, por meio da adequação de tecnologias e modos de atuação, para o cuidado em saúde, com a população indígena e reconhecimento de que os seus modos de vida são singulares (PONTES; REGO; GARNELO, 2015). Contemplam, ainda, a diversidade e a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito dos indígenas à sua cultura, apesar de na prática ainda apresentar vários desafios e paradoxos a serem compreendidos e superados (FERREIRA, 2015).

Desde 2010, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) tem gestão central da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), do Ministério da Saúde. Porém a relação entre o SUS e o SASISUS tem sido perpassada por

conflitos e contradições, com disparidades de interesses, de prioridades e de formas de funcionamento, o que dificulta uma interação harmoniosa, ofertando um cuidado ainda centrado em práticas paliativas e emergenciais, geralmente baseado na remoção de pacientes, gerando altos custos, ainda distante de atingir os princípios da APS (MENDES *et al.*, 2018; GARNELO, 2012).

Quanto a essa situação de vulnerabilidade da saúde da população indígena, percebe-se que há, no Brasil, uma vivência de situações de exclusão, marginalidade e discriminação, que colocam essas populações nessa posição. Segundo Coimbra Jr e Santos (2000, p.131), ao se avaliar a morbimortalidade, embora haja dificuldade para acesso aos dados do sistema de informação do SASISUS, é possível perceber problemas relativos à “fome e desnutrição, riscos ocupacionais e violência social”, entre outros, que são “reflexos sobre a saúde decorrentes da persistência de desigualdades”.

Atualmente, a pandemia de COVID-19 colocou em maior evidência as vulnerabilidades indígenas, que estão relacionadas a uma multiplicidade de fatores que se agravam nas condições de saúde (SANTOS; PONTES; COIMBRA JR, 2020). Podem-se elencar situações cotidianas de violência e discriminação; precárias condições de saneamento e habitação; ausência de terras demarcadas e confrontos com invasores; insegurança alimentar; crianças com desnutrição; elevada carga de doenças crônicas não transmissíveis; falta de água potável; presença invisibilizada no contexto urbano; elevada mortalidade infantil; além de alto índice de doenças infecciosas e parasitárias (COIMBRA JR *et al.*, 2013; SANTOS; PONTES; COIMBRA JR, 2020; LEITE *et al.*, 2020).

Em 2013, foi publicado um estudo nacional com os resultados da Primeira Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição Indígena no Brasil (COIMBRA JR *et al.*, 2013), que revelou que, entre as crianças, havia taxas de prevalência elevadas para déficit de altura para idade (25,7%), anemia (51,2%), hospitalizações nos últimos 12 meses (19,3%) e diarreia na semana anterior (23,6%). Para mulheres não grávidas, foram encontradas taxas de prevalência elevadas para sobrepeso (30,3%), obesidade (15,8%), anemia (32,7%) e hipertensão (13,2%) (COIMBRA JR *et al.*, 2013). Os autores concluíram que os dados da pesquisa evidenciam a acentuada transição nutricional pela qual passam os povos indígenas, em todas as regiões brasileiras, com indicadores de saúde piores do que os da população em geral,

ressaltando as dificuldades de acesso aos serviços de saúde (COIMBRA JR *et al.*, 2013).

A pandemia vem aprofundando as iniquidades no contexto indígena, com impactos diretos nas condições de saúde e segurança alimentar, todavia se deve reconhecer que o protagonismo indígena tem tido um papel fundamental na garantia de seus direitos e acesso aos serviços, denunciando a ausência e a lentidão das respostas oficiais e as ações de violência institucional (LEITE *et al.*, 2020).

No campo da saúde indígena, a formação dos recursos humanos é um dos aspectos que requerem atenção, pois não há como fortalecer o SASISUS sem que haja profissionais habilitados para realizar esse tipo de trabalho. Entretanto ainda são poucos os estudos e investigações sobre o perfil dos profissionais – especialmente dos médicos – que atuam nas áreas indígenas, bem como suas dificuldades na adaptação ao trabalho cotidiano e necessidades de formação, mas se pode afirmar que a maioria é recém-formada e busca novos desafios e inserção profissional, com pouco perfil para lidar com complexidades nas relações interculturais, com grande precarização dos vínculos de trabalho (DIEHL; PELLEGRINI, 2014; OLIVEIRA, 2005). Vale ser ressaltado que os dados sobre os profissionais de saúde, que atuam no SASISUS, também não são públicos, o que dificulta a realização de estudos sobre esse perfil.

Outro problema importante é a alta rotatividade dos profissionais nas equipes de saúde indígena, o que é atribuído, principalmente, aos esquemas de contratação, resultando na interrupção dos contratos e em períodos de insegurança relacionados à continuação dos profissionais. A alta rotatividade dos membros das equipes, frente à ausência de capacitação adequada, seja formação anterior ou processo de educação permanente, resulta na falta de preparação por parte dos profissionais para o trabalho em contextos étnicos específicos (LANGDON, 2006). Todavia é perceptível uma mudança no perfil dos profissionais de saúde que atuam no SASISUS, com ocupação progressiva das vagas por indígenas, o que poderia favorecer a superação de algumas das dificuldades na atuação das equipes nas aldeias.

Entre os profissionais de saúde contratados para atuar no SASISUS, de acordo com o Sindicato dos Profissionais e Trabalhadores da Saúde Indígena (SINDCOPSI), cerca de 57% da força de trabalho era composta por indígenas, em um total de 14.257 trabalhadores que estavam contratados no mês de novembro de

2020. Nesse universo de profissionais, havia um total de 156 médicos, com dedicação de 20h ou 40h, contudo não foi possível identificar quantos deles eram indígenas, embora haja uma percepção do SINDCOPSI de que os indígenas ocupam principalmente os cargos de nível médio (como técnicos ou auxiliares de enfermagem, de laboratório, de consultório dentário); de agentes de saúde e de endemias e de assessores indígenas e secretários<sup>2</sup>.

Um estudo realizado sobre o perfil dos trabalhadores da enfermagem no Brasil em 2017, conduzido pela Fundação Osvaldo Cruz, apontou que 0,6% dos profissionais de enfermagem de nível médio (auxiliares e técnicos) eram indígenas (MACHADO, 2017). Entre os enfermeiros com graduação, os indígenas eram 0,3%. Interessante perceber que, ao se comparar com a proporção de indígenas na população brasileira que, de acordo com o Censo 2010, é de 0,4%, verifica-se que, nas equipes de enfermagem, os graduados estão abaixo dessa porcentagem, enquanto os auxiliares e técnicos de enfermagem estão acima desse valor.

É oportuno destacar que já na primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, no texto aprovado na plenária final, o item 5, relacionado à política de recursos humanos, recomendou que houvesse

estímulo à formação de pessoal em saúde, nas próprias comunidades envolvidas, dos diversos níveis (agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, etc.)” e “garantia de vagas para pessoas indígenas em Universidades Públicas brasileiras, nos cursos de formação de saúde, à semelhança dos convênios de cooperação internacional já em prática (BRASIL, 1984, p.3).

Desse modo, os profissionais que atuariam no contexto indígena deveriam ter formação para desempenharem suas atividades, além de serem recomendadas vagas para a formação de indígenas nos cursos de graduação na área da saúde nas universidades públicas. Todavia, no contexto de questões relacionadas à atenção à saúde indígena, é importante ressaltar que, historicamente, há pouco acesso para que os indígenas adentrem o ensino superior como universitários em cursos de alta concorrência, como os da área da saúde, dificultando muito a formação, no ensino superior, de profissionais de saúde que sejam dessas comunidades.

---

<sup>2</sup> Dados e informações disponibilizados pelo SINDCOPSI em 30 de novembro de 2020, a partir de solicitação do pesquisador.

Desde 2012, além dos contratados, uma nova conformação de profissionais se estabeleceu no trabalho em saúde com as populações indígenas, com a inserção dos médicos de dois programas federais de provimento: o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), que foi desenvolvido entre 2011 e 2017, e o Programa Mais Médicos, a partir de 2013. Foram ocupadas, com esses programas, vagas ociosas nos 34 DSEI. Dessa forma, os programas federais de provimento possibilitaram um incremento no acesso ao atendimento médico nas comunidades indígenas (BRASIL, 2015; FONTÃO; PEREIRA, 2017).

Esses profissionais, apesar de em sua maioria não possuírem formação específica para atuarem em saúde indígena, fazem a especialização em Saúde Indígena pela Unifesp. Além dessa formação, eles são acompanhados por um supervisor acadêmico, vinculado a uma instituição de ensino, com objetivo de favorecer o aprendizado e o desenvolvimento de competências de tais médicos para que estes possam atuar na saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2015; LUNA *et al.*, 2019b).

Apesar de atualmente haver um número maior de médicos nas equipes, quando comparado ao período anterior a esses programas de provimento, o desafio permanece, pois esses médicos estão nesses postos de forma provisória e o desenvolvimento de ações para melhor qualidade da atenção prestada pela equipe à comunidade nem sempre é eficiente.

#### **1.4 Acesso dos indígenas ao ensino superior**

Com a Constituição de 1988, o direito mais importante conquistado pelos povos indígenas foi o reconhecimento de sua capacidade civil, colocando fim a cinco séculos de dúvidas sobre “a humanidade e capacidade cognitiva destes” (BRASIL, 1988; BANIWA, 2019, p.40). Além desse primeiro momento legislativo, que reconheceu os povos originários como sujeitos de seus próprios direitos, outros dois momentos foram fundamentais na trajetória da educação escolar indígena: o deslocamento da responsabilidade da educação indígena da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para o MEC em 1991 e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, em 1996 (COHN, 2016; MELLO; SOUZA; PALOMINO, 2018).

Nesse sentido, houve um rompimento oficial com as políticas de tutela e integração, com a garantia de uma educação escolar bilíngue e diferenciada, com

conquistas em termos de escolas de ensino fundamental e médio nas comunidades indígenas (MELLO; SOUZA; PALOMINO, 2018; BANIWA, 2019). Assim, segundo Baniwa (2019, p.43), as escolas indígenas começaram a ser concebidas e localizadas nas aldeias, com propósito de “reafirmação e promoção das culturas, línguas, tradições, saberes, fazeres, valores, identidades e conhecimentos indígenas”, de modo a superar as “velhas escolas coloniais”.

Essas conquistas, relativas à educação escolar, foram resultado principalmente de reivindicações do movimento indígena por participação e protagonismo nessas construções; inicialmente, pela educação básica e, posteriormente, pelo ensino superior.

Para compreender a importância da educação escolar para os indígenas, é necessário reforçar que esse modelo de educação é “uma invenção do colonizador”, criado para manter e garantir “a reprodução e a continuidade dos modos de vida dos colonizadores europeus” (BANIWA, 2019, p.59). Nesse contexto, a educação escolar é uma oportunidade para que os povos indígenas possam se aproximar e aprender conhecimentos dos não indígenas – e seus modos de pensar, agir e viver – permitindo estabelecer “[...] estratégias eficazes de defesa, resistência e garantia de direitos coletivos indígenas” (BANIWA, 2019, p.61).

Quanto ao ensino superior, até o ano 2000 era pequeno o número de indígenas que conseguiam o ingresso nos cursos de graduação; os que chegaram, o fizeram em universidades que ampliaram alguns *campi* no interior dos estados; eram indígenas que migraram sozinhos para as cidades, por motivos diversos; ou, ainda, aqueles que foram retirados de suas famílias por religiosos e receberam o ensino básico em colégios internos (MELLO; SOUZA; PALOMINO, 2018).

No entanto foi ao longo das duas primeiras décadas do século XXI que algumas políticas favoreceram a presença de indígenas no ensino superior, provocadas principalmente por reivindicações do movimento indígena, apesar das contradições no processo histórico de escolarização dos povos indígenas no Brasil, marcado pela dominação e colonização (LUCIANO, 2006). Dessa forma, algumas estratégias foram sendo criadas, local e nacionalmente, para que o direito de acesso ao ensino superior fosse garantido aos indígenas, como programas de inclusão e de ações afirmativas, em cursos regulares ou de formação intercultural (PALADINO, 2012; LIMA, 2018). As ações afirmativas podem ser compreendidas como:

[...] todo programa, público ou privado, que tem por objetivo conferir recursos ou direitos especiais para membros de um grupo social desfavorecido, com vistas ao bem coletivo. Etnia, raça, classe, ocupação, gênero, religião e castas são as categorias mais comuns em tais políticas. Os recursos e oportunidades distribuídos pela ação afirmativa incluem participação política, acesso à educação, admissão em instituições de ensino superior, serviços de saúde, emprego, oportunidades de negócios, bens materiais, redes de proteção social e reconhecimento cultural e histórico (FERES JÚNIOR *et al.*, 2018)

A expressão “ações afirmativas” tem origem nos EUA, nos anos 1960, em um momento de reivindicações para extensão da igualdade de oportunidades a todos (FERES JÚNIOR *et al.*, 2018). Ao que pese aquele momento de reivindicações, é necessário reconhecer que desde os anos 1990 as ações afirmativas são contestadas nos EUA, alternando-se períodos em que houve aceitação ou não de critérios raciais para admissão nas universidades, em diferentes estados e instituições. Em outros locais também foram desenvolvidas experiências nesse sentido, como em vários países da Europa, na Índia, na Malásia, na Austrália, no Canadá, na Nigéria, na África do Sul, na Argentina e em Cuba, sendo que outros termos foram utilizados, como: “ação ou discriminação positiva” ou “política de reserva” (PALADINO; ALMEIDA, 2012; FERES JÚNIOR *et al.*, 2018).

No Brasil, as ações afirmativas chegam carregadas de uma variedade de sentidos, o que reflete as experiências históricas dos outros países em que foram desenvolvidas (PALADINO; ALMEIDA, 2012). Para Feres Júnior e colaboradores (2018), três argumentos fundamentais justificam as políticas de ações afirmativas: reparação, justiça distributiva e diversidade, sendo que pelo menos um desses pontos sempre esteve presente nos diversos países em que foram implementadas.

A afirmação dos direitos de cidadania exige liberdade e igualdade, para que representem a possibilidade concreta de igual tratamento e oportunidades, levando-se em consideração as diversas condições históricas, às quais os sujeitos estão submetidos. Porém os indivíduos – por razões culturais, sociais, econômicas e até acidentais – se situam em lugares desiguais na sociedade e, portanto, cabe ao Estado desenvolver políticas, as chamadas ações afirmativas, que abranjam somente determinado grupo social ou conjunto de indivíduos, visando lhes assegurar maior igualdade material, para se atingir uma sociedade mais igualitária.

Assim, as ações afirmativas partem da constatação dessa realidade complexa em busca da igualdade entre cidadãos, o que não está restrita à lei, mas as suas

bases estão assentadas numa ideia de justiça, na qual cabe ao Estado garantir também a igualdade material ou substancial de todos no país. Nessa direção, o Estado necessita criar estratégias, como as ações afirmativas, para assegurar condições mínimas para igualdade e dignidade entre os cidadãos, como para “desempenhar atividades familiares e sociais, para que possa, enfim, assegurar sua sobrevivência econômica e cultural na sociedade em que está inserido” (MURGO; BAIONI, 2015, p.107).

Um dos referenciais teóricos que colaboram nessa compreensão são as proposições de “igualdade de possibilidades”, baseadas nos trabalhos sobre “justiça distributiva” de John Rawls. Segundo Possomai e May (2008), o autor sugere que somente com uma intervenção estatal consistente haveria a possibilidade de superar as desigualdades, realocando as oportunidades e bens existentes na sociedade em benefício da coletividade (POSSOMAI; MAY, 2018).

Além disso, o conceito de ação afirmativa também pode ser adotado a partir dos princípios defendidos pela Convenção para a Eliminação de todas as formas de Discriminação Racial de 1966, da Organização das Nações Unidas, ratificada pelo governo brasileiro em 1969. Nela, defende-se a dignidade e a igualdade inerentes a todos os seres humanos, sem discriminação de raça, sexo, idioma ou religião, sendo recomendada a adoção de

medidas necessárias para eliminar rapidamente a discriminação racial em todas as suas formas e manifestações, e a prevenir e combater doutrinas e práticas raciais com o objetivo de promover o entendimento entre as raças e construir uma comunidade internacional livre de todas as formas de separação racial e discriminação racial (BRASIL, 1969).

Nesse sentido, é importante ressaltar que não se trata aqui de promover a desigualdade ou de assegurar “divisões inexistentes” na sociedade, mas, sim, de promover a inclusão dos grupos socialmente vulneráveis (LOBATO; BENEDETTI, 2012). Na própria recomendação do governo brasileiro sobre a Convenção de 1966, é feita essa ressalva no caso da instituição de ações que busquem assegurar a igualdade de oportunidades:

Não serão consideradas discriminação racial as medidas especiais tomadas com o único objetivo de assegurar progresso adequado de certos grupos raciais ou étnicos ou de indivíduos que necessitem da

proteção que possa ser necessária para proporcionar a tais grupos ou indivíduos igual gozo ou exercício de direitos humanos e liberdades fundamentais, contando que, tais medidas não conduzam, em consequência, à manutenção de direitos separados para diferentes grupos raciais e não prossigam após terem sido alcançados os seus objetivos (BRASIL, 1969).

Assim, nesse contexto, reconhece-se que as ações afirmativas estão para além da inclusão, mas são estratégias que podem favorecer a diminuição das injustiças socioeconômicas, culturais e simbólicas. Nancy Fraser (2006) discorre sobre esses conjuntos de injustiças, relatando que, embora estejam mutuamente entrelaçadas, é importante reconhecê-las, para que se possa superá-las. Segundo Fraser (2006), para as injustiças socioeconômicas, o “remédio” seria realizar “redistribuições de renda, reorganização da divisão de trabalho e controles democráticos dos investimentos”. Para as injustiças culturais e simbólicas, seria necessário o reconhecimento e a “revalorização das identidades desrespeitadas e dos produtos culturais dos grupos difamados” (FRASER, 2006, p.232). No sentido dessas compreensões, as ações afirmativas podem ser estratégias em direção à redistribuição e ao reconhecimento, diminuindo os dois conjuntos de injustiças.

Nessa direção, a partir das discussões relativas às ações afirmativas, compreendem-se essas iniciativas como uma política pública capaz de provocar a desconstrução de assimetrias historicamente estabelecidas, o que, no caso das universidades, pode implicar em estratégias para acesso de pessoas de baixa renda, negros e indígenas nas instituições públicas (UFSCAR, 2016). Com isso, as políticas e os programas relacionados ao acesso às universidades buscaram torná-las mais plurais, na busca por corrigir desigualdades e superar critérios traçados à luz de uma meritocracia que privilegia a elite dominante (GONÇALVES E SILVA; MORAIS, 2015).

As primeiras experiências de ações afirmativas envolvendo estudantes indígenas no Brasil remontam o início da década de 1990, por meio de convênios da FUNAI com algumas universidades públicas e privadas (LUCIANO, 2006). No entanto foi a partir do início do século XXI que houve propostas políticas de ingresso diferenciado, de forma mais ampla, com experiências locais, inicialmente, em universidades estaduais, seguidas por universidades federais com formas de organização e critérios muito diferentes entre si (FERES JÚNIOR *et al.*, 2018; LIMA, 2018).

Já nos programas de ações afirmativas específicas para ingresso de indígenas houve destaque para os projetos e intervenções desenvolvidos pela equipe do Laboratório de Pesquisas em Etnicidade, Cultura e Desenvolvimento (LACED), do departamento de Antropologia do Museu Nacional, no fomento de ações afirmativas para o acesso, permanência e sucesso educacional de estudantes indígenas no ensino superior, trabalhando em parceria com diversas universidades e recebendo recursos de organizações não governamentais (LIMA, 2018). A principal iniciativa nesse sentido foi o Projeto Trilhas do Conhecimento, desenvolvido de 2004 a 2010, viabilizado com recursos do *Pathways to Higher Education*, da Fundação Ford.

Posteriormente, foi sancionada a lei 12.711 (BRASIL, 2012), que garantiu a reserva de 50% das matrículas por curso nas universidades federais a alunos oriundos do ensino médio público, com cotas para pretos, pardos e indígenas. No entanto a lei federal não garantiu vagas específicas para indígenas, o que tem ocasionado pouca aprovação nas seleções, pois são ocupadas principalmente por outros grupos também foco das ações.

Complementarmente às políticas das instituições públicas de ensino, houve a implementação do Programa Universidade para Todos (Prouni) e a ampliação do Fundo de Financiamento Estudantil (Fies), políticas do governo federal que trouxeram grande impacto no ensino superior privado, com inclusão de pessoas em idade universitária, cuja baixa renda não lhes permitia arcar com os custos das mensalidades (FERES JÚNIOR *et al.*, 2018).

Foi nesse contexto das políticas de ações afirmativas que houve uma quantidade maior de indígenas acessando o ensino superior. Embora já houvesse, anteriormente, indígenas graduados, estes não haviam ingressado por programas desse tipo, além de não haver, até então, uma reflexão sobre as possibilidades de a formação no ensino superior contribuir para uma atuação mais efetiva dos indígenas em projetos e ações de interesse de suas comunidades (PALADINO; ALMEIDA, 2012). O quadro 1 mostra a progressão no número de indígenas no ensino superior nas últimas duas décadas:

Quadro 1 – Progressão do número de indígenas no ensino superior. Brasil, 2003 - 2017.

Número de indígenas no ensino superior ao longo dos anos		
2003	2010	2017
1.300*	7.000**	56.700***

Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2020.

Notas: (\*) Dados da FUNAI; (\*\*) Dados do artigo de SILVA; TARGINO e CORREIA, 2012; (\*\*\*) Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP, 2017.

Percebe-se que o número de indígenas no ensino superior saltou de forma bastante significativa nesse período, sendo que, em 2017, quando somavam cerca de 56,7 mil, esse número representava 0,68% do total de 8,3 milhões de estudantes matriculados nessa etapa, de acordo com o Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) (BRASIL, 2017).

Em 2017, do total de universitários indígenas, 13,9 mil estudavam em universidades públicas, enquanto a maioria estava matriculada em instituições particulares de ensino superior, segundo dados do mesmo censo. No Brasil, tomando o censo demográfico (IBGE, 2010), os brancos representavam 48% da população, sendo que, a partir da análise dos dados do questionário socioeconômico do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE), realizado por Ristoff (2014), constatou-se que o campus brasileiro ainda era cerca de 20% mais branco que a sociedade brasileira, mesmo após uma série de políticas públicas que buscaram transformar esse cenário.

Nesse íterim, duas modalidades favoreceram o acesso dos indígenas ao ensino superior em universidades públicas: as formações interculturais, destinadas exclusivamente aos indígenas, e as vagas reservadas em cursos regulares, oferecidos pelo sistema universitário corrente (CINEP, 2010). Os cursos de formação intercultural se destinam, prioritariamente, à formação de professores em nível superior, para atuarem em escolas situadas em terras indígenas ou, em muitos casos, para dar continuidade à formação dos já professores das escolas nas comunidades. Além disso, há cursos interculturais nas áreas de direito, saúde, gestão ambiental e territorial (PALADINO; ALMEIDA, 2012).

A segunda modalidade direciona candidatos indígenas para a formação nos cursos regulares em diversas universidades públicas e algumas poucas privadas,

que oferecem bolsa a esses estudantes. As vagas estão previstas de forma muito variada, podendo ser reservadas em um número definido para todos os cursos da instituição; em um número total por instituição, com cursos a serem definidos anualmente; ou ainda instituições em que a opção de destinar vagas reservadas é do corpo docente do curso (PAULA, 2013). Entre os cursos regulares, está o curso de medicina, um dos mais procurados e concorridos entre os indígenas que buscam o ensino superior.

### **1.5 Indígenas nos cursos de medicina no Brasil**

Observando especificamente os estudantes dos cursos de medicina no Brasil, nos afastamos ainda mais da presença de indígenas, já que em grande parte são brancos, oriundos de escolas privadas e com renda familiar maior que a média da população brasileira (RISTOFF, 2014; BRASIL, 2019a; BRASIL, 2019b). Nesse contexto, reconhece-se que os cursos de medicina são tradicionalmente elitizados desde sua criação no Brasil, sendo que podem ser considerados como destinados a um grupo privilegiado da população, conformando uma carreira de acesso pouco democrático (VARGAS, 2010).

Ainda numa proporção de 67% de brancos, frente aos 48% da população brasileira, muito lentamente o curso de medicina se torna composto por uma diversidade maior da população, auxiliado em grande parte pelo Prouni e pelo Fies nas instituições de ensino superior privadas, pela lei das cotas e programas de ações afirmativas nas instituições públicas, o que pode ser observado de forma muito mais acentuada em outros cursos de graduação (BRASIL, 2019b; RISTOFF, 2014).

Dessa forma, a inclusão de indígenas nos cursos de medicina possibilita uma tentativa de superação da exclusão dessas populações nos processos formativos; para além disso, pode trazer diversidade para o universo de formação dos médicos, aproximando outras formas de pensar o processo saúde-doença.

Nesse sentido, o ingresso dos estudantes indígenas deve estar atrelado à compreensão da formação acadêmica, que não seja assimilacionista e integracionista, pois esse não é o objetivo com o acesso, mas, sim, que possibilite o reconhecimento das diversidades culturais e ouse a possibilidade da

interculturalidade crítica, ou seja, de novas construções a partir do encontro de culturas (PALADINO; ALMEIDA, 2012; WALSH, 2019).

No entanto esse é ainda um grande desafio, pois a educação médica tem, de forma hegemônica, o direcionamento para a formação biomédica e, na maior parte das vezes, não consegue formar médicos competentes para trabalhar com as complexidades multiculturais, como as necessidades das comunidades indígenas. Assim, a formação de indígenas, nos cursos de medicina, pode favorecer a presença de profissionais nas comunidades e melhor atenção à saúde indígena.

As primeiras experiências de indígenas brasileiros, ingressando nos cursos regulares de medicina, aconteceram a partir da primeira década do século XXI, por meio de parcerias da FUNAI (como na Universidade de Brasília e Universidade Federal do Pará), depois pelas políticas de ações afirmativas nas universidades estaduais e federais e, por fim, pela lei de cotas. Paralelamente a essas ações, houve vagas destinadas a indígenas na Escola Latino-americana de Medicina em Cuba e na Venezuela, sendo as seleções realizadas junto aos partidos políticos e movimento indígena.

Entretanto ainda há uma grande demanda reprimida para ingresso dos indígenas nos cursos de medicina, o que pode ser evidenciado pelo número de candidatos para uma vaga no curso de medicina na UFSCar, para ingresso em 2018, que foi de 235 (UFSCAR, 2017).

O número total de indígenas que, atualmente, está estudando medicina nos diversos cursos brasileiros não é contabilizado pelo MEC, pois nem todas as instituições informam sobre raça, cor e etnia. Todavia um dado que foi disponibilizado pelo MEC, especificamente para esta pesquisa<sup>3</sup>, foi o quantitativo de bolsas permanência pagas a indígenas que cursavam medicina nas universidades federais, sendo esse número de 175 em 2018 e 192 em 2019. Esses números estão detalhados no capítulo 3 desta tese.

Na Austrália, há uma interessante política para acesso de pessoas historicamente excluídas dos cursos de medicina, havendo o critério de que 25% dos estudantes de medicina sejam oriundos de zonas rurais, sendo esse critério mais importante que suas notas em avaliações para ingresso. Segundo Vanni e colaboradores (2017), para as populações originárias, a probabilidade de entrar na

---

<sup>3</sup> Dados fornecidos pelo Ministério da Educação em 07 de outubro de 2020, relativo ao pagamento de bolsas permanência a estudantes indígenas dos cursos de medicina, de universidades federais.

escola de medicina é ainda maior, porque não há médicos aborígenes em número suficiente, sendo que em 2014 foi a primeira vez que a porcentagem de alunos de medicina desses grupos refletiu a porcentagem dessa população, que é de 2,5% (VANNI; CYRINO; RIBEIRO, 2017).

No Canadá, várias instituições têm reserva de vagas para estudantes da região onde o curso está instalado, principalmente para indígenas, como é o caso da Universidade do Norte de Ontário. Além do favorecimento para o ingresso, também são trabalhadas temáticas locais sobre saúde rural e indígena, propiciando maior protagonismo à comunidade, o que pode trazer o compromisso com a saúde local (JACKLIN; STRASSER; PELTIER, 2014; STRASSER *et al.*, 2016).

Há experiências inovadoras e que trazem avanços no ensino superior, com construções a partir e para os povos originários na América Latina, com destaque para a rede continental de universidades comunitárias interculturais indígenas, com instituições no México (UNISUR), Equador (Amawtay Wasi), Bolívia (quíchua, aimará e guarani) e Nicarágua (HOOKER BLANDFORD, 2014; CASTILLO *et al.*, 2013). Nesse último país, foi criada, em 1996, a Universidade das Regiões Autônomas da Costa do Caribe da Nicarágua (URACCAN), com objetivo de acompanhar os processos de desenvolvimento acadêmico na região, mas também de revitalização dos conhecimentos e práticas dos povos locais, oferecendo carreiras relevantes para promover autonomia e fortalecimento cultural e identitário (WILLIAMS MULLER, 2019).

Na URACCAN, houve a elaboração de uma graduação em medicina intercultural, que iniciou em 2009 sua primeira turma no campus de Bilwi, buscando formar profissionais comprometidos em defender a cultura dos povos indígenas, afrodescendentes e população da costa do Caribe da Nicarágua. Com uma formação baseada na medicina ocidental e na compreensão da medicina tradicional dos povos daquela região, a formação dos médicos interculturais é realizada junto ao serviço de saúde pública, em um modelo realista e prático, refletindo a riqueza espiritual das cosmogonias e das filosofias indígenas, fontes de sabedoria e equilíbrio harmonioso entre os povos com sua terra (URACCAN, 2020).

No Brasil, não há experiência de cursos de graduação em medicina intercultural, sendo o bacharelado em Gestão em Saúde Coletiva Indígena – do Instituto Insikiran, da Universidade Federal de Roraima - o único que traz uma graduação intercultural na área da saúde. Iniciado em 2013, com o ingresso de 40

estudantes anualmente, é um curso destinado à formação de indígenas, sendo duas vagas ofertadas para não indígenas que comprovem atuação no SASISUS (FREITAS; TORRES, 2017).

Dessa forma, a partir das discussões iniciais, apresentadas na inserção dos três campos de conhecimento, finalizo o capítulo no próximo item, buscando problematizar e direcionar para os objetivos da pesquisa.

### **1.6 Os objetivos da pesquisa**

A partir da recuperação da trajetória da educação médica, das políticas de saúde indígena e do percurso para chegada dos indígenas aos cursos de medicina no Brasil, percebe-se que ainda há muitos caminhos a serem abertos e trilhados na formação desses indígenas, futuros médicos.

Garantir o direito de acesso ao ensino superior é uma das estratégias para superação das desigualdades sociais e das injustiças, todavia quais foram as estratégias institucionais ou individuais que favoreceram o acesso desses indígenas nos cursos de medicina? Em que instituições eles conseguiram acesso? Como são as experiências vivenciadas na universidade e na escola médica? Como são as relações deles com os docentes e demais estudantes? Quais são as dificuldades e estratégias utilizadas para enfrentá-las? Possuem perspectivas para trabalhar na saúde indígena ou em suas comunidades de origem? A trajetória de formação é em um sentido assimilacionista e integracionista, ou são possíveis construções interculturais? Esses são alguns questionamentos entrelaçados à chegada e à presença dos indígenas às graduações de medicina no país.

Nessa perspectiva, o objetivo da pesquisa foi definido como: compreender as experiências e as trajetórias de indígenas nos cursos de graduação em medicina em universidades federais brasileiras, a partir de suas narrativas.

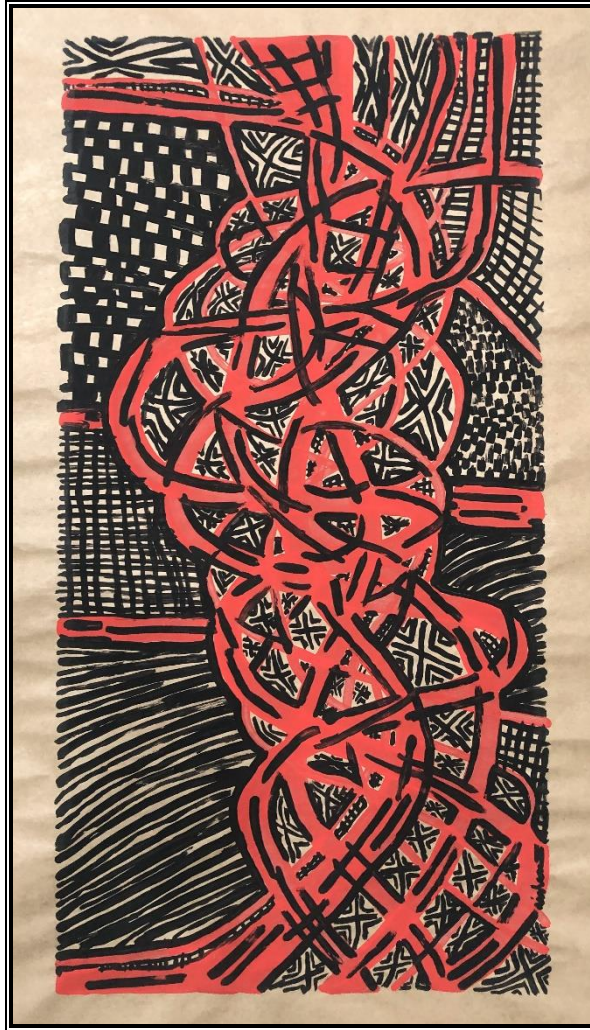
Como objetivos específicos foram apresentados:

- a) identificar estudantes indígenas na graduação em medicina nas universidades federais brasileiras, entre os anos de 2018 e 2020;
- b) compreender as estratégias que possibilitaram o ingresso nos cursos;

- c) analisar as vivências destes estudantes no processo de ingresso e permanência na escola médica, identificando potencialidades, fragilidades e estratégias de superação de dificuldades;
- d) reconhecer como é, para estes estudantes, o encontro entre as suas vivências histórico-culturais e os seus saberes tradicionais frente aos conhecimentos ofertados na graduação de medicina;
- e) descrever projetos e perspectivas de atuação destes futuros profissionais de saúde.

Portanto a tese que sustenta centralmente este estudo tem base na necessidade de, ao escutar o indígena que está estudando na escola médica, responder aos questionamentos e alcançar os objetivos destacados, favorecendo compreensões sobre esse contexto contemporâneo. O caminho para essa construção é apresentado no próximo capítulo.

## CAPÍTULO 2 – OS CAMINHOS DO PERCURSO METODOLÓGICO



**XE R-ETÉ<sup>4</sup> (SANTOS, 2020).**

---

<sup>4</sup> “Meu corpo”.

Neste capítulo, apresenta-se o corpo que dá sustentação a esta pesquisa, descrevendo-se o percurso metodológico utilizado e que deu estrutura, bem como possibilidade, para que os movimentos de investigar, analisar e articular fossem possíveis e gerassem resultados consistentes, garantindo uma postura ética e responsável no caminho do pesquisar.

A obra de Aislan, apresentada na página anterior, intitulada XE R-ETÉ, remete à força gerada, a partir da diversidade encontrada em um “corpo” com grafismos singulares. Semelhante à pintura, a trajetória desta investigação buscou entrelaçar, de forma artesanal, as diversidades advindas do campo e da perspectiva teórico-metodológica, valorizando as singularidades.

Esta pesquisa foi iniciada em janeiro de 2018 e concluída em janeiro de 2021. Foi iniciada, por meio do aprofundamento teórico sobre educação médica, presença de indígenas no ensino superior e saúde dos povos indígenas, que são temáticas que se relacionam com o campo de investigação, conforme apresentado anteriormente.

Buscou-se, sempre que possível, identificar publicações nacionais e internacionais com foco no ingresso e permanência de indígenas nas universidades em cursos da área da saúde, especialmente, na graduação em medicina. Todavia, é oportuno salientar que havia poucas publicações, estritamente direcionadas ao tema, o que levou ao necessário diálogo com as temáticas que se aproximavam do campo de estudo.

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, os aprofundamentos teóricos possibilitaram a construção paulatina do primeiro capítulo desta tese, além das discussões realizadas, com os resultados apresentados nas categorias de análise.

## **2.1 O projeto de pesquisa**

O projeto de pesquisa, para a elaboração desta tese, buscou corresponder às orientações da Resolução número 466, de 12 de dezembro 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata da pesquisa com seres humanos; da Resolução CNS nº 510/2016 (Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais) e da Resolução CNS nº 304/2000 (Pesquisa com População Indígena). Além disso, seguiu às recomendações da Portaria da FUNAI 177/PRES/2006, mais

especificamente ao seu artigo sexto. Também foram consideradas as resoluções e portarias supracitadas, para a construção das declarações de anuência e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice A).

O projeto passou pela avaliação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), com aprovação para a realização de todas as etapas de exploração de campo, sob CAAE: 01510018.4.0000.5411 (anexo1).

## **2.2 Pesquisas associadas e financiamentos**

Para viabilizar e potencializar o desenvolvimento do projeto de pesquisa, que originou esta tese, foi realizada uma parceria com outro projeto, também vinculado à FMB/UNESP, bem como a associação de dois projetos de iniciação científica com estudantes de medicina da UFSCar, conforme descrito na sequência.

### **2.2.1 Projeto Mapeamento com financiamento MS/OPAS**

No ano de 2018, houve a possibilidade de parceria com um projeto financiado pelo Ministério da Saúde brasileiro e Organização Panamericana de Saúde (OPAS), sendo executado pela FMB/UNESP, com o seguinte título: “Avaliação do desenvolvimento da dimensão Formação para o SUS no Programa Mais Médicos: mapeamento das ações de expansão de vagas, da criação de novos cursos e da implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais em escolas médicas federais brasileiras”.

O projeto recebeu financiamento por meio da Carta acordo nº44/2017 – OPAS – SCON 2017-02638, sendo desenvolvido durante todo o ano de 2018, de modo que os pesquisadores de campo estudaram trinta novos cursos de medicina, implantados a partir da política de expansão das escolas médicas federais, estimulada pelo Programa Mais Médicos.

Na ocasião, o autor desta tese fez parte da equipe de pesquisadores de campo, tendo a responsabilidade de visitar principalmente os novos cursos de medicina que possuíam estudantes indígenas. Seis cursos foram visitados, no segundo semestre de 2018, por meio dessa parceria, período em que houve a construção de dados com indígenas nos cursos de medicina para a presente tese.

### 2.2.2 Projeto matriz com financiamento FAPESP

Construiu-se um projeto de pesquisa matriz, vinculado à FMB/UNESP, intitulado “Experiências de Estudantes Indígenas nos Cursos de Medicina das Universidades Públicas Brasileiras”, com objetivo de investigar as experiências dos indígenas, estudantes de medicina, nas escolas públicas.

A equipe de pesquisa desse projeto foi composta por: Willian Fernandes Luna; Eliana Goldfarb Cyrino; Giovana Kharfan de Lima e Karla Caroline Teixeira. O projeto em questão, de pesquisa matriz, recebeu financiamento por meio de auxílio regular da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo processo 2019/09426-7.

O período de vigência de tal pesquisa é de 01/10/2019 a 30/09/2021, sofrendo alguns impactos no cronograma, devido à pandemia de COVID-19. Por esse financiamento, foi possível visitar sete cursos de medicina, para a construção de dados da pesquisa.

Durante o desenvolvimento desse projeto matriz, outros dois projetos filiais foram construídos junto a estudantes de graduação, por meio de Iniciação Científica, com financiamento da FAPESP, conforme descrito abaixo:

- Projeto de Iniciação Científica 1: “Narrativas de estudantes indígenas sobre as experiências na graduação de medicina”. Estudante: Giovana Kharfan de Lima. Orientação: Eliana Goldfarb Cyrino e Willian Fernandes Luna. Período de vigência: 01/04/2020 a 31/12/2020. Processo 2019/24863-4. A estudante estava no sexto ano do curso de medicina, na UFSCar.
- Projeto de Iniciação Científica 2: “Mapeamento dos indígenas nas graduações de medicina nas universidades federais brasileiras”. Estudante: Karla Caroline Teixeira. Orientação: Eliana Goldfarb Cyrino e Willian Fernandes Luna. Período de vigência: 01/06/2020 a 31/05/2021. Processo 2019/24876-9. A estudante está no quarto ano do curso de medicina, na UFSCar, e é indígena do Povo Pankararu.

Para além do financiamento, que possibilitou a realização da pesquisa, envolver outros projetos e pesquisadores, em um projeto matriz, trouxe a

oportunidade de ampliar os espaços de diálogo da pesquisa, o que provocou novos olhares, motivações e, até mesmo, certa superação da habitual trajetória solitária de uma pesquisa desenvolvida no doutorado.

### **2.3 Perspectiva teórico-metodológica**

Para a compreensão do campo empírico, realizou-se um estudo exploratório, cuja abordagem foi qualitativa. A opção pela pesquisa qualitativa se deu por esta adentrar uma realidade de relações sociais e pelo cotidiano do qual pesquisador e participantes da pesquisa estão inseridos, o que dificulta a objetivação das ciências da natureza e, ao mesmo tempo, possibilita avançar para a subjetividade e compreensão de fenômenos e processos, num campo marcado pela especificidade e diferenciação (MINAYO, 2006).

Dessa forma, a pesquisa qualitativa se preocupa menos com os aspectos que se repetem; em contrapartida, é mais atenta à dimensão sociocultural, que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas (MINAYO, 2017).

Durante a investigação, também foi realizado um levantamento quantitativo, para descrever o grupo estudado e favorecer a compreensão geral sobre o universo da pesquisa. Todavia, ressalta-se que esses dados não foram analisados pelo tratamento da bioestatística.

Na trajetória da pesquisa, três conceitos teórico-metodológicos foram essenciais e permearam as opções e caminhos assumidos: experiência, narrativa e diálogo.

O estudo em destaque concebe a experiência por meio do conceito do filósofo da educação Jorge Larrosa Bondía (2002), professor na Universidade de Barcelona, como sendo “o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece”.

Desse modo, a experiência diz respeito ao que o ser humano apreende no lugar que ocupa no mundo e nas ações que realiza, se expressando na linguagem e sendo organizada pelo sujeito por meio da reflexão e da interpretação, em um movimento em que o narrado e o vivido por si estão entranhados (MINAYO, 2012).

Bondía (2002, p. 21) defende que “o homem é um vivente em palavra”, pois as palavras determinam o pensamento e dão sentido ao que somos e ao que nos

acontece. O autor ainda reforça que a informação não é experiência, alegando que o excesso de informação não deixa espaço para que a experiência aconteça, dizendo que:

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço (BONDÍA, 2002, p.24).

Já a narrativa, segundo Benjamin (2012), é compreendida a partir de uma relação entre experiência, tempo e memória; em um ato de narrar, que não busca ser um romance, nem um relatório, mas uma história tecida da própria reminiscência. Além disso, para ele, “o narrador retira o que ele conta da sua própria experiência ou da relatada por outros” (2012, p. 217), refletindo que as narrativas não são originárias de um indivíduo isolado, mas, principalmente, da oralidade e das relações interpessoais.

Desse modo, para tal autor, a narrativa é uma forma artesanal de comunicar sem a intenção de transmitir um excesso de informações, mas abarcando conteúdos a partir dos quais as experiências são transmitidas, imprimindo-se “a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso” (BENJAMIN, 2012, p.221).

Utilizando-se da orientação teórica dos estudos narrativos, faz-se necessário apontar também a sua contribuição nas relações entre estrutura e ação social, entre contextos específicos de interação social e contextos societários mais amplos e, no caso específico da saúde, as narrativas podem ser vistas como elementos centrais para construção da experiência (CASTELLANOS, 2014).

No campo da saúde coletiva, as narrativas utilizadas nas pesquisas qualitativas podem seguir diversas correntes teóricas, possibilitando a relação entre estruturalismo e fenomenologia num resgate do sujeito, principalmente de caráter descritivo e etnográfico, mas que pode avançar em um sentido de intervenção (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008).

O terceiro conceito que orientou os caminhos teórico-metodológicos desta pesquisa foi o diálogo, numa perspectiva de convivência entre o pesquisador e os participantes da pesquisa. O diálogo é a marca de trabalhos que têm como referencial a Educação Popular; tanto nos estudos acadêmicos, em pesquisa e extensão, como nos realizados por movimentos sociais, com uma presença marcada em toda a América Latina.

Dessa forma, o diálogo é compreendido como “um ato de criação”, gerado pelo encontro de pessoas “mediatizadas pelo mundo para pronunciá-lo”, e “pronunciando o mundo os homens o transformam” (FREIRE, 2005. p.91). Nessa medida,

O diálogo é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar ideias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de ideias a serem consumidas pelos permutantes (FREIRE, 2005. p. 91)

Nesse sentido, conforme defende Freire (2005), “a dialogicidade se funda no amor e na fé no ser humano” e exige “confiança, humildade e comunhão, isto é, disponibilidade para estar e aprender com o outro” (OLIVEIRA *et al.*, 2014. p.128). Assim, desenvolver uma pesquisa, tendo o diálogo como uma de suas essências, favorece o processo de humanização e valorização de saberes, atitudes, posturas e visões de mundo, concebidas por pessoas que vivenciam experiências distintas (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Além disso, é preciso compreender o processo de pesquisa não como um movimento estritamente técnico-científico, mas como um processo de “conviver metodológico”, ou seja, é estabelecer confiança e valorizar o compartilhamento de saberes e experiências de vida, com “olho no olho, abrindo caminhos para a construção de um processo que seja libertador, humanizador” (OLIVEIRA *et al.*, 2017, p.133), com implicação e compromisso.

Portanto, a postura do pesquisador foi a de estar em campo para além de “coletar” dados, mas, sim, de construir saberes, a partir das narrativas ouvidas e dos diálogos realizados, buscando se aproximar das experiências dos indígenas, estudantes de medicina e, ao mesmo tempo, compartilhar com os participantes da

pesquisa e com outras pessoas envolvidas o que estava (ou não) sendo realizado nas instituições, a partir da presença dos indígenas.

## **2.4 Campo da pesquisa**

O campo da pesquisa foi compreendido como o conjunto de cursos de medicina com a presença de estudantes indígenas, nas universidades federais do Brasil, entre os anos de 2018 a 2020, opção essa definida por algumas características, citadas a seguir: a) essas instituições estão sujeitas a uma base de normativas federais comuns; b) nas universidades federais estuda uma parte significativa dos estudantes indígenas nos cursos de medicina no Brasil; c) o pesquisador atua como professor no departamento de medicina da UFSCar, que possui um desses cursos com presença de indígenas.

Assim, levando-se em consideração essa última condição, somada ao fato de o pesquisador atuar em projetos com indígenas, o campo aqui não foi compreendido como separado ou distante do pesquisador, mas como sendo um campo-tema, pois está interconectado nas relações e eventos do cotidiano (SPINK, 2003). De certa forma, pode-se dizer que o campo-tema é a temática da pesquisa em si e, portanto, a todo o momento o pesquisador estava “em campo”.

Como nas bases de dados do MEC não havia informações sobre quais e quantos cursos contemplavam estudantes indígenas, inviabilizou-se, inicialmente, a definição dos participantes da pesquisa na exploração de campo, sendo necessário desenvolver uma estratégia para esse mapeamento, conforme descrito subsequentemente.

## **2.5 Construção dos dados**

A pesquisa utilizou três estratégias para a construção de dados:

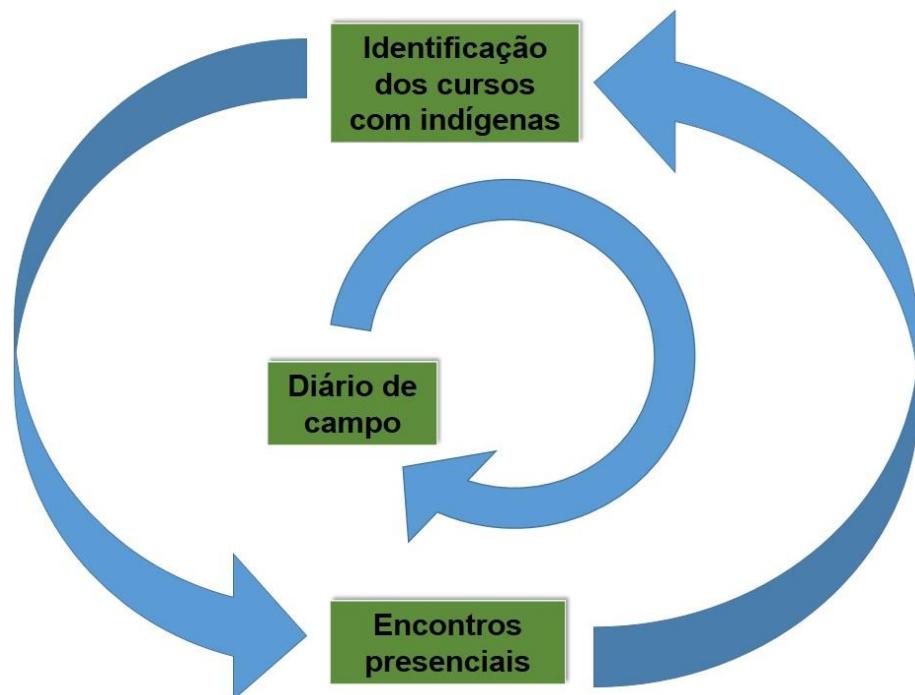
- a) Identificação dos cursos de medicina com presença de estudantes indígenas;
- b) Encontros presenciais com os estudantes indígenas;
- c) Escrita de diário de campo.

Vale ressaltar que as três estratégias não aconteceram de forma sequencial, pois foram desenvolvidas em ciclos, ou seja, após a identificação das primeiras

instituições e dos estudantes indígenas, foram realizados alguns encontros presenciais, que propiciaram a identificação de outros cursos e estudantes, e assim sucessivamente.

A escrita do diário de campo foi realizada pelo pesquisador e aconteceu durante todo o período da pesquisa. A ilustração abaixo busca representar o movimento de integração das estratégias:

Figura 3 – Movimento das três estratégias de exploração do campo da pesquisa.



Fonte: Elaborada pelo pesquisador, 2020.

### 2.5.1 Identificação dos cursos com estudantes indígenas

Essa estratégia objetivou identificar onde havia indígenas na graduação de medicina, nas universidades federais, nos anos de 2018, 2019 e 2020; sendo realizada no período de julho de 2018 a março de 2020.

A busca teve início no contato com informantes-chave, principalmente por meio dos indígenas universitários da UFSCar e professores de outras instituições, utilizando-se da técnica Bola de Neve, numa cadeia de referência.

A partir desse tipo de amostragem não probabilística, cada informante-chave ou participante da pesquisa indica outras pessoas com o perfil necessário para o estudo, possibilitando que o pesquisador as localize, já que se trata de um grupo de pessoas que não estava listado ou descrito em documentos e bases de dados institucionais nacionais. Essa técnica é utilizada para grupos de pessoas que podem ser difíceis de serem acessadas, devido a alguma característica específica ou pela falta de dados no início da pesquisa, favorecendo a pesquisa exploratória (BIERNACKI; WALDORF, 1981; VINUTO, 2014).

Concomitantemente a essa técnica, também foram realizadas buscas em materiais institucionais que faziam referência a estudantes de medicina que fossem indígenas. Dentre esses, um material relevante foi a relação das instituições que tiveram bolsas permanência pagas a estudantes indígenas de medicina, no ano de 2019, fornecidas pelo MEC, apontando a presença de 192 indígenas, estudantes de medicina, sendo bolsistas naquele ano. Apesar da relevância desse último material, ressalta-se que nem todos os estudantes indígenas recebem bolsa permanência.

Dessa forma, ao final da pesquisa, identificou-se um total de 43 cursos de medicina, em universidades federais, com a presença de estudantes indígenas.

### 2.5.2 Encontros presenciais com os estudantes indígenas

Paralelamente ao levantamento dos cursos e instituições, iniciou-se a definição de quais seriam incluídos para a realização dos encontros presenciais com os estudantes. O número de locais a serem visitados não foi definido inicialmente, mas houve uma estimativa de que seriam de 10 a 15 cursos de medicina, com a participação de 25 a 30 estudantes indígenas.

Desse modo, para a seleção das instituições e dos entrevistados, buscou-se, de forma intencional, proporcionar uma diversidade de gênero, idade, séries do curso, regiões geográficas do país, realidades das instituições, diferentes povos indígenas e situações de saúde local. O objetivo com esse grupo de participantes foi trazer homogeneidade e diferenciação, riqueza e volume de dados, com abrangência a múltiplas dimensões do fenômeno, considerando as interações em todo o processo (MINAYO, 2017).

Os encontros presenciais ocorreram no período de julho de 2018 a março de 2020, em 14 cursos e com uma participação total de 40 estudantes indígenas dos cursos de medicina. É válido salientar que as visitas foram interrompidas a partir da segunda quinzena de março de 2020, devido à pandemia de COVID-19, sendo que ainda estavam previstas, naquele momento, outras três viagens para a construção de dados.

A cada visita realizada, até três estudantes indígenas, do respectivo curso de medicina, eram convidados a participar de uma entrevista individual, sendo agendada de acordo com a disponibilidade do entrevistador e do indígena. No caso dos cursos em que havia ao menos dois estudantes indígenas, estes eram convidados a participar de uma roda de conversa, que era agendada no horário em que tivessem maior disponibilidade.

Nesse momento, é válido dizer que os critérios de inclusão, para a participação na pesquisa, foram: ser estudante autodeclarado indígena e estar cursando qualquer série da graduação em medicina em universidade federal. Os critérios de exclusão foram: idade inferior a 18 anos e estar afastado do curso no momento da visita, mesmo que temporariamente. No caso específico da UFSCar, foram excluídos os estudantes que desenvolviam atividades curriculares diretamente com o pesquisador no período da pesquisa.

Para o encontro com os participantes, houve uma preocupação em planejar como seria a melhor maneira de se aproximar desses interlocutores, especialmente quando se tratava dos primeiros contatos, que ocorreram antes das idas às instituições (MINAYO, 2006).

Nesse sentido, iniciou-se uma rede de relações com os convidados para participação, por meio das lideranças indígenas nas instituições e dos docentes que atuavam com proximidade aos estudantes indígenas. Esse movimento de reconhecimento das desconfianças, além da construção compartilhada dos encontros presenciais, foi essencial para a efetivação das entrevistas e das rodas de conversa.

A maior parte dos convidados aceitou participar da pesquisa, sendo que, em todas as instituições visitadas, pôde-se realizar ao menos uma entrevista individual ou roda de conversa. Os que não aceitaram participar da pesquisa justificaram a indisponibilidade de tempo ou preferiram não explicitar seus motivos.

Todos os entrevistados participaram de forma voluntária, tendo a explicação, por parte do pesquisador, dos objetivos da pesquisa e dos compromissos éticos, com a utilização do TCLE (apêndice A) em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

Nos encontros presenciais, os possíveis riscos, para os participantes, eram: a) quebra de sigilo sobre os dados; no entanto o pesquisador se comprometeu em manter todos os dados pessoais registrados em arquivo digital, utilizando-se de códigos de identificação, nos quais apenas os pesquisadores tinham acesso; b) constrangimento em dar opiniões, o que foi minimizado pela liberdade de não responder o que não convinha ao participante.

Após concordarem com os termos éticos da pesquisa, todos preencheram um questionário breve sobre o perfil do participante (apêndice B), com o objetivo de conhecer suas características gerais.

Para além dos encontros com os indígenas, estudantes de medicina, nas visitas também foram realizadas conversas com docentes, servidores técnico-administrativos e outros estudantes indígenas (inclusive, as lideranças dos coletivos nas universidades). Esses momentos tinham o objetivo de compreender, de forma mais ampla, como se dava a presença dos indígenas nos cursos de medicina, mas também tinham o intuito de compartilhar as experiências nas diferentes instituições, de acordo com a perspectiva da dialogicidade da convivência metodológica (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Dessa forma, essas eram conversas para troca e construção de saberes. Vale ressaltar que, nesses momentos, não foram levantados dados de forma sistematizada, mas sim registros no diário de campo. Adicionalmente, é oportuno destacar que os contatos entre o pesquisador e os participantes da pesquisa foram mantidos após as visitas, tendo em vista a construção de uma certa rede de colaboração e compartilhamento de experiências para além da construção de dados desta investigação.

#### 2.5.2.1 *Entrevistas individuais*

Uma das técnicas utilizadas para a construção dos dados foi a entrevista individual, por compreender a fala como

[...] reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, por meio de um porta-voz, as representações grupais, condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 2006, p.204).

Assim, optou-se por realizar encontros presenciais, que pudessem valorizar a oralidade, no reconhecimento de que as diferentes culturas indígenas estão baseadas, principalmente, na tradição oral, com modos de organização de vida, conhecimentos e valores transmitidos de pais para filhos (LUCIANO, 2006).

Para muitos povos indígenas, o valor é atribuído à oralidade e não à escrita, sendo que a memória e a tradição cultural são repassadas de geração para geração, as quais são relacionadas às histórias individuais e coletivas, trazendo cosmologias próprias (LUCIANO; SIMAS; SILVA, 2020). Dessa forma, a partir da oralidade, é possível perceber que há elementos constitutivos da memória que foram vividos de forma individual e pela coletividade, inclusive acontecimentos que estão fora do espaço e tempo do narrador (POLLAK, 1992).

Nesse sentido, a entrevista foi compreendida como uma técnica privilegiada de comunicação, sendo caracterizada como uma conversa com iniciativa do entrevistador, com uma determinada finalidade, mais especificamente destinada a construir informações para a pesquisa (MINAYO, 2006).

Entre as diversas possibilidades do uso de entrevistas, a escolha foi por uma entrevista narrativa, caracterizada como uma ferramenta não estruturada, visando à profundidade de aspectos específicos, a partir dos quais emergem histórias de vida, tanto do entrevistado quanto das entrecruzadas no contexto situacional (MUYLAERT *et al.*, 2014).

Segundo Jovchelovich e Bauer (2002), esse tipo de entrevista visa encorajar e estimular o entrevistado a contar, de uma forma livre, algum acontecimento importante de sua vida e do contexto social. Assim, quando as narrativas são usadas como um instrumento na construção de dados na pesquisa qualitativa, a própria comunicação cotidiana, de contar e escutar histórias, é potencializada (CUNHA, 1997).

Dessa forma, buscou-se, com o uso das narrativas, que os participantes pudessem trazer suas experiências e suas subjetividades, podendo esse ato ser também compreendido enquanto uma intervenção, em um resgate e/ou construção

dos sentidos do que foi vivido, possibilitando a ampliação de olhares dos envolvidos na poética dos encontros (LUNA *et al.*, 2020b).

Nessa medida, tendo como base a ideia de valorizar a narrativa dos participantes da pesquisa, a influência do entrevistador, nas narrativas, foi mínima, ressaltando ainda a importância de se utilizar apenas a linguagem que o informante empregava, sem a imposição de qualquer outra forma de comunicação, já que o método pressupunha que a perspectiva do informante se revelava melhor ao usar sua linguagem espontânea (JOVCHELOVICH; BAUER, 2002).

Nas entrevistas narrativas, levou-se em consideração a seletividade da memória, sendo importante o que a pessoa registrou de sua história, o que experienciou, o que era real para ela e não os fatos em si (MUYLEAERT *et al.*, 2014). Nesse aspecto, retomando o conceito de Bondía (2002), vale ressaltar que a experiência foi aqui entendida como aquilo que transforma o sujeito, não sendo apenas o que acontece, mas o que o toca.

No caso específico desta investigação, o momento da entrevista narrativa era precedido por um encontro informal e espontâneo, a fim de propiciar um ambiente de confiança e de vínculo entre pesquisador e participante. Nesse momento, também eram explicados os objetivos da pesquisa e os compromissos do pesquisador. A entrevista narrativa era iniciada com o seguinte disparador:

- Conte como tem sido sua experiência enquanto estudante de medicina. Para isso, você pode contar sobre suas vivências no curso, desde suas motivações que o levaram a querer cursá-lo, seu ingresso na faculdade, sua permanência, suas experiências com as outras pessoas, os seus aprendizados na escola médica, além das expectativas que você tem para o futuro quando for médico. Você pode contar de uma forma livre, não precisa ter nenhuma sequência, podendo contemplar apenas o que você preferir.

Dessa forma, a partir desse disparador, os estudantes narravam suas experiências, havendo pequenas intervenções do investigador, principalmente no sentido de demonstrar empatia e interesse na história que estava sendo contada. Para situações em que os participantes tiveram dificuldades em narrar, a partir apenas desse único disparador, dois disparadores complementares foram utilizados ao longo da entrevista, os quais estão descritos abaixo:

- Fale sobre os momentos em que você pôde falar sobre os saberes tradicionais da sua comunidade, tanto no curso de medicina como em outros espaços da universidade.
- Conte quando você mais se lembrou da sua comunidade e do seu povo nas atividades do curso de medicina.

Entretanto, esses dois disparadores complementares foram utilizados em poucas situações, tendo prevalecido apenas a narrativa derivada do primeiro disparador. As entrevistas com cada participante foram realizadas em um único encontro, não havendo necessidade de momentos repetidos com o mesmo participante.

No projeto, estava prevista uma possível complementação da entrevista narrativa com questões pré-estabelecidas, caso ocorresse grande distanciamento dos objetivos da pesquisa, que seria realizada por meio de um roteiro de apoio (apêndice C). No entanto não houve a necessidade de utilizar tais questões em nenhuma das entrevistas.

Foi realizado um total de 24 entrevistas, com duração mínima de 16min e máxima de 1h56min; porém boa parte das entrevistas teve a duração de 35 a 45min. Era esclarecida ao participante a possibilidade de ele utilizar o tempo que desejasse, não havendo limitações quanto à duração da entrevista.

Os locais de realização das entrevistas foram variados, pois o entrevistado pôde escolher o local de sua preferência; dessa forma, foram realizadas entrevistas nas próprias universidades, nos hospitais universitários, em espaços de eventos ou nas moradias dos entrevistados. O pesquisador, autor da tese, foi o único entrevistador e em nenhuma das situações houve a presença de outra pessoa no local. Todas as 24 entrevistas foram gravadas em áudio e incluídas no estudo.

#### 2.5.2.2 Rodas de conversa

A opção pelo uso da roda de conversa como técnica metodológica para construção de dados, com o grupo de participantes, ocorreu pela experiência do pesquisador com essa técnica, que foi também utilizada em pesquisa da dissertação de mestrado e em outras investigações pessoais com educação médica. Além disso,

essa escolha aconteceu porque nesse encontro se esperava trabalhar com o diálogo e a problematização na direção da construção coletiva de saberes, já que não seria utilizado um roteiro de perguntas pré-estabelecidas, caracterizando-se como um momento de conversa (LUNA; BERNARDES, 2016; BERNARDES *et al.*, 2015).

Ademais, a roda de conversa é um recurso que possibilita um maior intercâmbio de informações entre pesquisador e participantes (SPINK, 2008), pois se inicia com a provocação sobre um tema pelo pesquisador ao grupo e, a partir daí, as pessoas apresentam suas elaborações sobre ele, discutindo e se posicionando de forma dialógica nesse espaço (MÉLLO, 2007).

A roda de conversa tem seus princípios baseados nos Círculos de Cultura, descritos por Paulo Freire no livro *Educação como Prática de Liberdade*, de 1967. Os Círculos de Cultura, pensados a partir da lógica da educação popular (FREIRE, 1980), se caracterizavam como uma experiência, por meio de um grupo de pessoas, quando o aprendizado era construído de forma dialógica e não numa perspectiva de transmissão de conhecimentos, pois todos ensinavam e aprendiam. Nesse espaço coletivo, novas hipóteses de leitura do mundo poderiam ser elaboradas.

Dessa forma, a roda de conversa é defendida aqui como uma possível técnica de pesquisa, pois não há interesse em reificar verdades, mas sim utilizar o princípio da dialogia para estabelecer conversas no cotidiano, em que os participantes são ativos na produção do conhecimento (LUNA; BERNARDES, 2016).

Nas rodas de conversa, foi utilizada a mesma questão provocadora da entrevista narrativa, sendo complementada, quando necessário, pelos mesmos dois disparadores subsequentes. Foram realizadas seis rodas de conversa, com duração de 55min a 1h10min, com a participação de quatro a oito estudantes, sempre com a condução do pesquisador, sendo realizadas nas respectivas universidades.

Houve um total de 29 participantes nas rodas de conversa, sendo que quatro não eram indígenas, mas estudantes de medicina de origem quilombola, que se sentiram convidados a participar, o que foi autorizado pelo pesquisador. Ressalta-se que nove dos 24 indígenas entrevistados, individualmente, também participaram das rodas de conversa. Todas as seis rodas de conversa foram gravadas em áudio e incluídas no estudo.

### 2.5.2.3 *Diário de campo*

O diário de campo é um caderno de notas do pesquisador, em que são anotadas observações sobre a realização da pesquisa, contendo impressões pessoais, que vão se modificando ao longo do tempo (MINAYO, 2006). Nesses registros, encontra-se o que foi observado e ouvido pelo pesquisador, para além das rodas de conversa e das entrevistas propriamente ditas, ou seja, são elementos contextuais, que colaboraram para o processo de análise e escrita dos resultados (OLIVEIRA, 1996).

O uso do diário de campo possibilitou uma forma de distanciamento e de deslocamento da posição perante a experiência, garantindo que tensionamentos e sentimentos vivenciados, no momento da pesquisa de campo, fossem registrados a partir do olhar do pesquisador, mas sem a preocupação, naquele momento, quanto à análise dos conteúdos. Foi um espaço de narrativa e não apenas de descrição, possibilitando o registro dos movimentos do pesquisador ao se deparar com as reflexões em campo (DIEHL; MARASCHIN; TITTONI, 2006).

No caso desta pesquisa, o diário de campo possibilitou registrar a experiência do investigador durante todo o processo de construção de dados e vivências relacionadas ao campo do estudo.

## **2.6 Pré-análise dos materiais**

Para preparação, análise e interpretação dos materiais provenientes da pesquisa de campo, este estudo fez uso das orientações da análise temática de conteúdo, de acordo com as recomendações de Gomes (2013) e Minayo (2006; 2012). Não foram utilizados “software” ou aplicativos para o gerenciamento, processamento ou análise dos dados da pesquisa.

### 2.6.1 Transcrição dos materiais

Para iniciar o processo de preparação dos materiais para a análise, os áudios das 24 entrevistas e das seis rodas de conversa foram transcritos, utilizando-se as recomendações da transcrição naturalista (AZEVEDO *et al.*, 2017), com transcrição minuciosa do que foi dito, incluindo diferentes elementos para além do conteúdo

verbal, tais como a linguagem não-verbal, aspectos contextuais e de interação entre o entrevistador, o(s) entrevistado(s) ou outros envolvidos.

Na sequência, realizou-se uma segunda audição para conferência de todo o material; checou-se observações realizadas pelo pesquisador, no momento do encontro com os participantes, além da exclusão de alguns elementos de fala, tais como: vícios de linguagem excessivos, vocalizações involuntárias e erros da linguagem coloquial, visto que a análise não seria da linguagem, mas do conteúdo, com o cuidado de não se descaracterizar a forma em que foi narrado.

Realizou-se uma última audição, para chegar à versão final das transcrições, quando foram incluídos os cabeçalhos com as informações gerais sobre o material, ajustadas as pontuações, de modo a não alterar a intenção e as ênfases dadas pelos participantes, além de excluir os termos, nomes e identificações que poderiam comprometer o sigilo das informações.

Durante as entrevistas, os participantes escolheram nomes ou palavras indígenas para substituírem seus nomes na pesquisa, o que foi feito durante o processo de transcrição. As rodas de conversa foram identificadas com numeração de 01 a 06, na sequência em que foram realizadas. Nas transcrições das rodas de conversa não se identificou cada um dos participantes que falaram, mas apenas se eram falas do entrevistador ou dos participantes.

As falas dos quilombolas participantes foram excluídas apenas quando se referiam exclusivamente a experiências desses estudantes e não se relacionavam ao contexto dos indígenas.

Os arquivos de áudio serão descartados após a conclusão da pesquisa. Vale dizer que um dos entrevistados e um dos participantes de uma roda de conversa solicitaram o envio da transcrição para conferência, o que foi realizado nessas duas situações.

### 2.6.2 Avaliação da qualidade e da suficiência

Inicialmente, o período de realização dos encontros presenciais estava previsto para ser finalizado em abril de 2020; no entanto, devido à pandemia de COVID-19, esse processo foi interrompido, com cancelamento das visitas programadas a outros três cursos.

Ressalta-se que a possibilidade de substituir os encontros presenciais por entrevistas remotas (via telefone ou internet) foi analisada, todavia, avaliou-se que os estudantes indígenas, em sua maioria, retornaram para suas comunidades, onde não necessariamente possuíam boa rede de telefonia e/ou conexão com a internet. Além disso, para romper com as desconfianças iniciais, geradas pelas habituais e frequentes pesquisas com participantes indígenas, o encontro presencial se fazia necessário.

Portanto, decidiu-se por avaliar a qualidade e a suficiência dos materiais já levantados até a primeira quinzena de março de 2020, utilizando-se a extensão do objeto e a complexidade do estudo como critérios, além de se analisar a reincidência e a complementaridade das informações (GOMES, 2013). Assim, avaliou-se que o material já refletia, em quantidade e qualidade, as múltiplas dimensões do fenômeno estudado, possibilitando trazer homogeneidades e singularidades (MINAYO, 2017), optando-se por seguir em direção à análise e finalizando-se a etapa de construção de dados.

### 2.6.3 Grupo para análise colaborativa

No contexto de pré-análise do material, uma atividade de análise colaborativa foi realizada em fevereiro de 2020, com a participação de integrantes do grupo de pesquisa “Desenvolvimento de Tecnologia em Atenção Primária à Saúde”, da Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista (FMB/UNESP); entre eles, professores, estudantes de pós-graduação e graduação.

Com o objetivo de ampliar os olhares iniciais sobre o material, disponibilizou-se a transcrição final de três entrevistas narrativas para os integrantes, além dos objetivos desta pesquisa e dos referenciais metodológicos, solicitando-se que, após a leitura, cada um esboçasse a definição de três pré-categorias e apontassem trechos que ilustrassem essa proposição. O compartilhamento aconteceu em reunião com o grupo de pesquisa, funcionando como um exercício para os integrantes, contribuindo, posteriormente, para a própria definição de pré-categorias pelo pesquisador.

Essa atividade foi inspirada em práticas de análise colaborativa, realizadas entre participantes do Projecto Humanidades Médicas<sup>5</sup>, sediado na Faculdade de Letras, da Universidade de Lisboa – Portugal, que possui pesquisadores de várias instituições (FERNANDES *et al.*, 2018). O grupo conta com participantes das áreas de Literatura, Medicina, Enfermagem, Filosofia, Sociologia, Psicologia, Ética, entre outras (FERNANDES *et al.*, 2018). O pesquisador, autor desta tese, realizou seu estágio sanduíche do doutorado na área de Medicina Narrativa junto ao Projecto Humanidade Médicas, no ano de 2019. Nessa direção, houve uma busca por aproximar as humanidades, especialmente a literatura, da área da medicina e da saúde em geral, realizando os movimentos da medicina narrativa, que são atenção, representação e afiliação (CHARON, 2016).

#### 2.6.4 Ordenação e Impregnação

Seguiu-se com a seleção e a ordenação dos materiais, com a leitura dos textos teóricos que balizaram inicialmente o projeto, complementando-os; recuperou-se o material contido no diário de campo, o qual foi somado aos materiais transcritos, que foram às fontes primárias (MINAYO, 2012).

O pesquisador realizou, então, uma fase de leitura compreensiva do material, de forma exaustiva, priorizando as fontes primárias, no sentido de se impregnar pelos conteúdos, buscando ter uma visão de conjunto, apreendendo as particularidades do material a ser analisado, elaborando pressupostos iniciais e questionamentos que serviram para a análise e interpretação (MINAYO, 2012; GOMES, 2013).

Essa leitura exaustiva do material possibilitou o levantamento das seguintes pré-categorias de análise: Vivências sobre saúde nas comunidades; Escolha pela medicina; Chegada à universidade; Estranhamentos e preconceitos no curso de medicina; Compromisso com a coletividade; Identidade; Saúde indígena; e Perspectivas futuras de atuação.

Dessa forma, escolheram-se formas de classificação inicial, decidindo-se iniciar a análise pelos materiais das entrevistas narrativas e, em um segundo

---

<sup>5</sup> Para maiores informações sobre o Projecto Humanidades Médicas, acessar <http://humanidadesmedicas.letras.ulisboa.pt/>

momento, seguir para as rodas de conversa, inter-relacionando-se com análises do material do diário de campo.

## **2.7 Processo de análise**

Ao longo de todo esse processo, conforme orientado por Minayo (2006), não foi buscada a análise da frequência das falas e das palavras como critérios de objetividade e cientificidade, pois limitariam esse processo à descrição de dados. A opção foi por buscar a compreensão dos significados no contexto das falas. O percurso analítico e sistemático teve como intuito, portanto, tornar possível a objetivação de crenças, valores, representações, relações e ações humanas, bem como sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade, possibilitando a construção de conhecimento científico (MINAYO, 2012).

A análise temática utiliza o tema como conceito central, aqui entendido como frases ou resumos (GOMES, 2013) sobre o conteúdo trazido pelos participantes ao narrarem sua experiência enquanto indígenas que estudavam a graduação em medicina nas universidades federais. Assim, foram realizados os procedimentos de decomposição, categorização, inferência, descrição e interpretação, que não ocorreram, necessariamente, de forma sequencial, mas foram construídos de forma integrada.

### **2.7.1 Decomposição em partes**

A partir das pré-categorias de análise, definidas anteriormente, iniciou-se a exploração do material propriamente dito, realizando-se a decomposição em partes, sendo que foram definidos como unidades de registro trechos em que os participantes narravam sobre o tema. Optou-se por recortar partes que pudessem trazer o sentido completo sobre o tema narrado, evitando-se a fragmentação excessiva, o que poderia trazer perdas de significação. Dessa forma, essas partes foram distribuídas, classificando-as de acordo com as pré-categorias. Além disso, foi feita a leitura desses materiais, dialogando com textos de análise (GOMES, 2013).

### 2.7.2 Categorização

Na releitura das partes, de acordo com as pré-categorias e dialogando com os referenciais teóricos, bem como com os objetivos da pesquisa, reorganizou-se o material, a partir da identificação de núcleos de sentido (GOMES, 2013). Partiu-se, então, para a análise desses núcleos de sentido, buscando temáticas mais amplas e eixos em torno dos quais seriam discutidas as narrativas, emergindo-se cinco categorias de análise relacionadas às experiências dos indígenas nos cursos de medicina, a saber:

- Acesso à universidade e políticas de permanência;
- Alteridade na escola médica;
- Sofrimento e resiliência;
- Identidade e coletividade;
- Vivências na e para a saúde indígena.

Foi buscada, dessa forma, a definição de categorias: homogêneas, utilizando-se dos mesmos princípios de categorização, que foram os temas narrados ao longo das narrativas; exclusivas, pois cada tema narrado estava apenas em uma das cinco categorias, embora intimamente relacionadas; concretas, buscando defini-las de forma objetiva; adequadas aos objetivos da pesquisa e aos conteúdos apresentados (GOMES, 2013; MINAYO, 2006). Assim, realizou-se o esforço de síntese, diminuindo o número de subconjuntos, prezando pela riqueza de informações e enfatizando quais eram as estruturas de relevância, apontadas no estudo de campo (MINAYO, 2012).

Com o objetivo de possibilitar uma visão integral sobre os resultados da pesquisa, apresenta-se o quadro seguinte com uma síntese dos temas abordados nas cinco categorias descritas anteriormente.

Quadro 2 – Síntese dos temas abordados nas categorias temáticas da pesquisa. Brasil, 2020.

<b>CATEGORIAS TEMÁTICAS</b>				
<b>Acesso à universidade e políticas de permanência</b>	<b>Alteridade na escola médica</b>	<b>Sufrimento e resiliência</b>	<b>Identidade e coletividade</b>	<b>Vivências na e para a saúde indígena</b>
Políticas de acesso à universidade	Estranhos no curso de medicina	Dificuldades enfrentadas	Compromisso com a comunidade de origem	Compreensões sobre saúde, doença e cura
Trajetórias rumo aos processos seletivos	Barreiras institucionais	Choque cultural	Invisibilidade indígena	Vivências com especialistas tradicionais
Caminhos anteriores à medicina	Preconceitos e discriminação	Afastamento da família	Afirmação étnica	Vivências com equipe de saúde indígena
A chegada na instituição	Estereótipos e estigmatização	Perdas e saudades	Pertencimento ao coletivo de povos indígenas	Cuidados tradicionais realizados pela família
Políticas de permanência	Diferenças e desigualdades	Angústias, sofrimentos e adoecimentos	Relações com movimento indígena	Saúde indígena no currículo de medicina
Importância dos indígenas na universidade	Relações interpessoais na escola médica	Observações sobre organização curricular	Coletivo de universitários indígenas	Atividades extracurriculares sobre saúde indígena
Interculturalidade	Transformação da escola médica	Estratégias de sobrevivência e resiliência	Identidade dinâmica	O indígena médico

Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2020.

### 2.7.3 Inferências e descrições

O procedimento de inferência foi realizado a partir da dedução, de forma lógica, dos significados e compreensões sobre os conteúdos dos materiais, partindo

de premissas já aceitas, com base nos pressupostos teóricos e outros estudos relacionados ao tema (GOMES, 2013).

Dentro de cada uma das categorias, as questões foram descritas em sua homogeneidade e em suas diferenciações internas, em um movimento classificatório, que buscou privilegiar o sentido do material de campo; todavia não como uma verdade essencialista (MINAYO, 2012).

Dessa forma, é necessário destacar que os estudantes indígenas pertenciam a uma grande variedade de povos indígenas, sendo que a perspectiva de análise não pôde partir das epistemologias e ontologias específicas de cada um de seus povos. Apesar de se reconhecer e de se valorizar as diferentes visões de mundo – que influenciam diretamente na forma de narrar suas experiências – não seria possível uma análise do conjunto dos materiais se fossem consideradas as especificidades de cada povo. Portanto, focou-se na análise das experiências dos indígenas, relacionadas à universidade, e não nas experiências específicas, vivenciadas apenas na comunidade ou em outras localidades.

#### 2.7.4 Interpretações

Nesse íterim, paulatinamente o pesquisador chegou ao sentido das falas e de sua contextualização empírica, reconhecendo algumas lógicas internas dos sujeitos e do grupo, na tentativa de superar apenas o nível descritivo do material empírico (MINAYO, 2012). Nesse ponto foi necessário retornar às referências teóricas iniciais, de modo a complementá-las, sendo relacionadas, especificamente, ao conteúdo das categorias.

Nessa medida, elaborou-se uma síntese interpretativa, por meio de uma redação que pudesse dialogar com os objetivos, provocações iniciais e pressupostos da pesquisa, sem perder de vista que o material construído era narrativo e que deveria ser valorizado, no sentido das histórias contadas (BENJAMIN, 2012). Desse modo, duas estratégias foram utilizadas na escrita para valorizar o contexto narrativo: cada categoria possui uma narrativa representativa que inicia o texto; além disso há trechos, não muito curtos, nas citações das falas dos participantes ao longo do texto.

### 2.7.5 Narrativas representativas

As narrativas representativas foram entendidas aqui como exemplos contundentes da temática da categoria, tendo sido construídas a partir das entrevistas dos participantes, apresentando-se narrativas mais amplas e completas quando comparadas aos trechos das falas dos participantes, citados ao longo das categorias. O objetivo foi introduzir uma narrativa de experiências de um participante, relacionada com a temática da categoria, podendo trazer um efeito vocativo e provocador no leitor, antes de se iniciar os resultados e discussões ali desenvolvidos.

Para a construção da narrativa representativa, identificou-se um trecho de uma das entrevistas que trazia uma reflexão contundente sobre a temática da categoria. Recortou-se esse trecho e foram eliminadas as repetições e os desvios tomados pelo narrador, comuns nas narrativas orais, resultando em uma narrativa reflexiva provocativa.

Topograficamente, na tese, as narrativas representativas estão localizadas liminarmente às categorias, sinalizando uma fronteira e introduzindo um novo terreno. Pode-se dizer que as narrativas liminares se aproximaram de características que estão entre uma epígrafe e um prólogo. A epígrafe é uma citação, geralmente um trecho de uma obra literária, poesia ou até a letra de música, sendo um elemento pré-textual, utilizado para enriquecer esteticamente e/ou poeticamente o material. Já o prólogo possui a função de apresentar alguns direcionamentos ao leitor, podendo ser entendido como escritos preliminares, sendo uma introdução prévia da obra.

Para a construção das narrativas representativas, tomou-se ainda como inspiração os episódios ilustrativos, que são construídos em pesquisas para pôr em evidência determinado aspecto do evento, sendo finalizado com um clímax que tem impacto no ouvinte (VAN MANEN, 2014; PEREIRA, 2015). No entanto para a construção dos episódios ilustrativos, segundo a sugestão de Van Manen (2014), busca-se descrever um só incidente, incluindo detalhes concretos importantes que possam exemplificar o que se quer dizer, trazendo a dimensão do vivido ao leitor, como se ele próprio tivesse vivenciado, excluindo-se os posicionamentos do narrador.

Desse modo, algumas dessas características não foram utilizadas no caminho de construção das narrativas representativas, pois se buscou manter os posicionamentos e reflexões sobre os assuntos trazidos pelo narrador, além de não necessariamente trazerem um incidente objetivo e único, como recomendado pelos autores sobre os episódios ilustrativos.

À vista disso, em cada uma das cinco categorias foi apresentada uma narrativa representativa, que ilumina e se relaciona à leitura dos resultados e discussões.

#### 2.7.6 Apresentação dos resultados

Portanto, produziu-se um texto buscando ser fiel aos achados de campo, contextualizando-o e tornando-o capaz de transmitir informações coerentes e fidedignas, além de trazer interpretações; todavia abrindo novas indagações, como defendido por Minayo (2012). Os resultados não foram apresentados separados das discussões, pois se entendeu que isso fragmentaria as compreensões e fragilizaria o aprofundamento. Assim, são apresentados capítulos em que estão integrados esses dois itens.

No próximo capítulo são apresentados alguns mapas, quadros, tabelas e gráficos, para a descrição do mapeamento das escolas médicas identificadas e dos participantes da pesquisa, os chamados narradores das experiências.

### CAPÍTULO 3 – OS NARRADORES DAS EXPERIÊNCIAS



TEÇÃ<sup>6</sup> (SANTOS, 2020)

---

<sup>6</sup>“Olhos atentos”: representa cores e pinturas corporais dos povos indígenas (SANTOS, 2020).

A imagem de abertura deste capítulo, intitulada “Teçá” (olhos atentos), remete à semelhança dos olhos indígenas em meio a uma pluralidade de cores, pinturas corporais e grafismos. Aventa-se, dessa forma, que simultaneamente haja semelhanças e discordâncias entre os povos indígenas, provocando uma multiplicidade de olhares.

Neste capítulo, são descritas características do universo da pesquisa, com a apresentação dos participantes e das instituições que fizeram parte deste estudo, no intuito de trazer um panorama geral sobre os narradores das experiências analisadas nos capítulos subsequentes.

Assim, a busca não foi por apresentar dados e informações estatísticas, porém destacar algumas particularidades e singularidades que podem favorecer a compreensão multifacetada das experiências vivenciadas pelos indígenas, estudantes nos cursos de medicina, das universidades federais brasileiras.

### **3.1 Cursos de medicina identificados**

Existiam, em 2019, 69 universidades federais, localizadas em todos os estados brasileiros e no distrito federal, com um total de 80 cursos de medicina, segundo dados do MEC (BRASIL, 2019). Para a realização da pesquisa, buscou-se, então, realizar um mapeamento de quais cursos de medicina tinham ao menos um estudante indígena naquele ano.

Nesse sentido foram identificados, por meio do método Bola de Neve (BIERNACKI; WALDORF, 1981; VINUTO, 2014) e por buscas em materiais institucionais, um total de 43 cursos de medicina, em universidades federais, com a presença de estudantes indígenas, ou seja, 53,75% dos cursos federais de medicina possuíam, naquele ano, ao menos um estudante indígena. O quadro 3 apresenta a relação desses cursos.

Quadro 2 – Cursos de medicina em universidades federais com a presença de estudantes indígenas. Brasil, 2019.

Região Geográfica	Estado	Instituição	Cidade	
NORTE	Pará	Universidade Federal do Pará (UFPA)	Altamira	
			Belém	
	Rondônia	Universidade Federal de Rondônia (UNIR)	Porto Velho	
	Roraima	Universidade Federal de Roraima (UFRR)	Boa Vista	
	Tocantins	Universidade Federal do Tocantins (UFT)	Palmas	
Araguaína				
Acre	Universidade Federal do Acre (UFAC) (*)	Rio Branco		
NORDESTE	Alagoas	Universidade Federal de Alagoas (UFAL) (*)	Maceió	
	Bahia	Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)	Teixeira de Freitas	
			Santo Antônio de Jesus	
		Universidade Federal da Bahia (UFBA)	Salvador	
			Vitória da Conquista	
	Pernambuco	Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) (*)	Paulo Afonso	
			Petrolina	
			Caruaru	
	Paraíba	Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) (*)	Recife	
			João Pessoa	
Maranhão	Universidade Federal da Paraíba (UFPB) (*)	Imperatriz		
		Pinheiro		
		São Luiz		
CENTRO - OESTE	Distrito Federal	Universidade de Brasília (UnB)	Brasília	
	Goiás	Universidade Federal de Goiás (UFG)	Goiânia	
			Universidade Federal de Catalão (UFCAT)	Catalão
			Universidade Federal de Jataí (UFJ)	Jataí
	Mato Grosso	Universidade Federal de Rondonópolis (UFR)	Rondonópolis	
Universidade Federal de Mato Grosso			Cuiabá	

		(UFMT)	
	Mato Grosso do Sul	Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)	Dourados
		Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)	Campo Grande Três Lagoas
SUDESTE	São Paulo	Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)	São Carlos
	Minas Gerais	Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	Belo Horizonte
SUL	Paraná	Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA)	Foz do Iguaçu
		Universidade Federal do Paraná (UFPR)	Curitiba Toledo
	Rio Grande do Sul	Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)	Santa Maria
		Universidade Federal de Pelotas (UFPeL)	Pelotas
		Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)	Uruguaiana
		Universidade Federal do Rio Grande (FURG)	Rio Grande
		Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	Porto Alegre
		Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)	Passo Fundo Chapecó
	Santa Catarina	Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	Araranguá Florianópolis

Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2020.

Notas: (\*) Instituição que não possui Política de Ações Afirmativas, com reserva de vagas específicas para indígenas.

Em todas as universidades federais brasileiras, os processos de seleção para ingresso levam em consideração a lei federal 12.711/2012, com vagas para o grupo PPI; entretanto o cumprimento da lei não garantiu a presença de indígenas nas graduações de medicina, já que os pretos, pardos e indígenas concorrem entre si para uma porcentagem de vagas nos cursos regulares.

Dessa forma percebeu-se que na maioria dos cursos identificados, 36 dos 43, havia algum tipo de PAA com vagas específicas para indígenas, ou seja, 5 IFES – somando um total de 7 cursos de medicina – não possuíam reserva de vagas para

indígenas, tendo seus estudantes indígenas ingressado por outras vias. Nessa direção, indica-se que a principal via de acesso nos cursos de medicina e, provavelmente, em outros cursos de alta concorrência, são as vagas reservadas pelas PAA.

Destaca-se que as IFES que possuíam PAA não são instituições que, ao acaso, tiveram processos que culminaram com a construção de políticas para acesso dos indígenas aos seus cursos regulares. São instituições que se destacam por políticas progressistas e de inclusão, com defesa de processos democráticos e trajetórias de vanguarda, na direção de se constituírem enquanto universidades pluriétnicas e multiculturais. Assim, ressalta-se que são instituições que foram protagonistas e arrojadas ao se abrirem para o ingresso de indígenas nos cursos regulares, pois essa não era (e não é) uma política federal para as IFES.

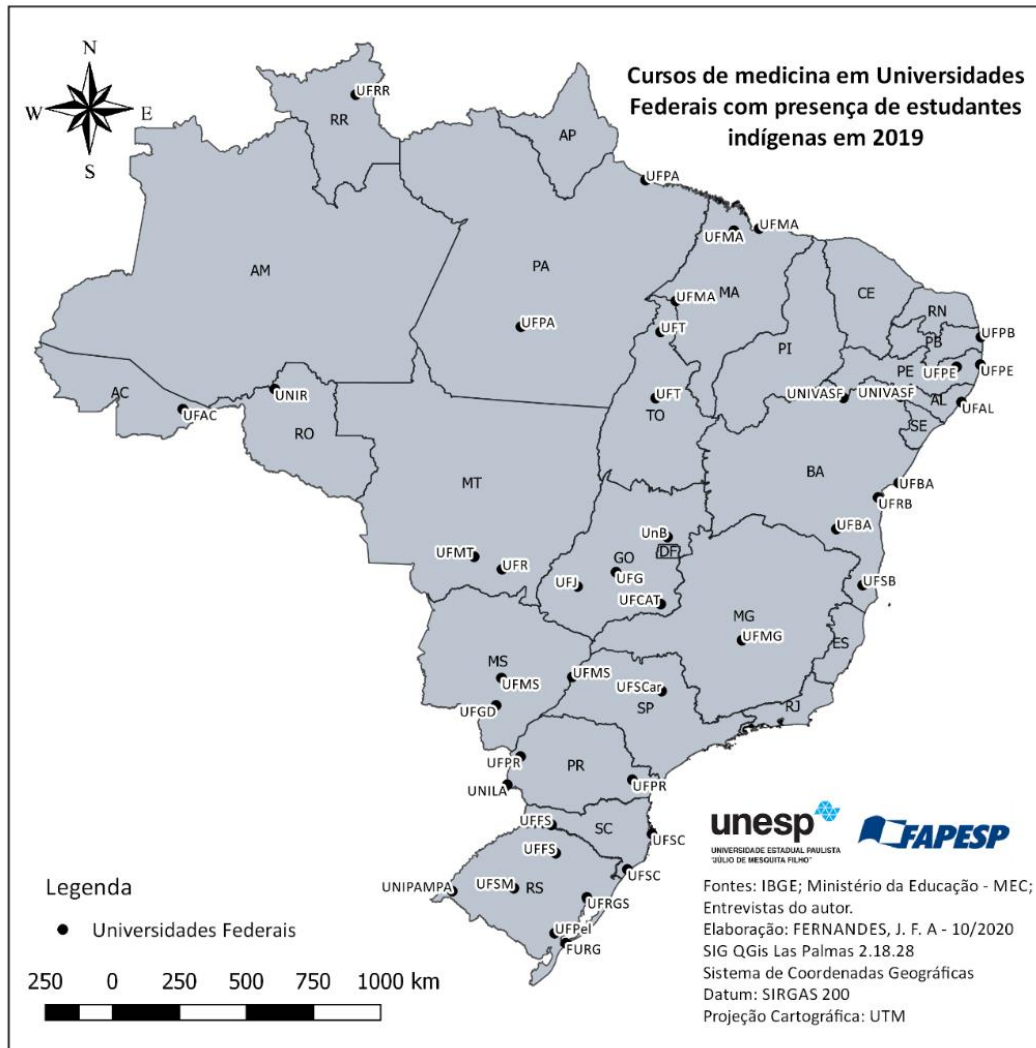
Quanto ao formato das PAA, que possibilitaram vagas específicas para estudantes indígenas, duas foram as modalidades: percentual reservado nas vagas já existentes ou criação de vagas suplementares. Nesse contexto, havia instituições que possuíam provas de seleção específicas para os indígenas – os vestibulares indígenas – e outras que utilizavam as próprias notas do ENEM nos processos seletivos.

Adicionalmente, percebeu-se que a presença de indígenas foi identificada tanto em instituições e cursos mais antigos quanto nos mais recentes. Na maioria das vezes, a opção pela reserva de vagas nas PAA foi das IFES e não especificamente dos cursos de medicina.

Vale ressaltar que dentre os 43 cursos com a presença de indígenas, 17 foram criados a partir da política de expansão dos cursos de medicina em universidades federais, com o incentivo do Programa Mais Médicos a partir 2013, sendo implantados em regiões com ausência de escolas públicas de Medicina e baixa densidade de médicos (CYRINO *et al.*, 2020), revelando que essas IFES parecem ter tido interessante abertura para a construção de estratégias de inclusão e acesso, como as PAA.

A figura 5 traz um mapa com a distribuição geográfica dos cursos identificados, possibilitando uma visão panorâmica.

Figura 5 – Distribuição geográfica dos cursos de medicina com estudantes indígenas em universidades federais. Brasil, 2019.



Ao se comparar as regiões geográficas quanto ao número de cursos de medicina com a presença de estudante indígena, destacou-se grande heterogeneidade. As IFES das regiões Centro-Oeste e Sul, em sua maioria, possuíam indígenas nos cursos de medicina; enquanto o Sudeste, que é uma região que possui 19 universidades federais, havia indígenas em apenas dois cursos de medicina. Já no Nordeste e no Norte, uma parte contemplava tais estudantes no curso de medicina e outra não.

### 3.2 Estudantes indígenas nos cursos de medicina

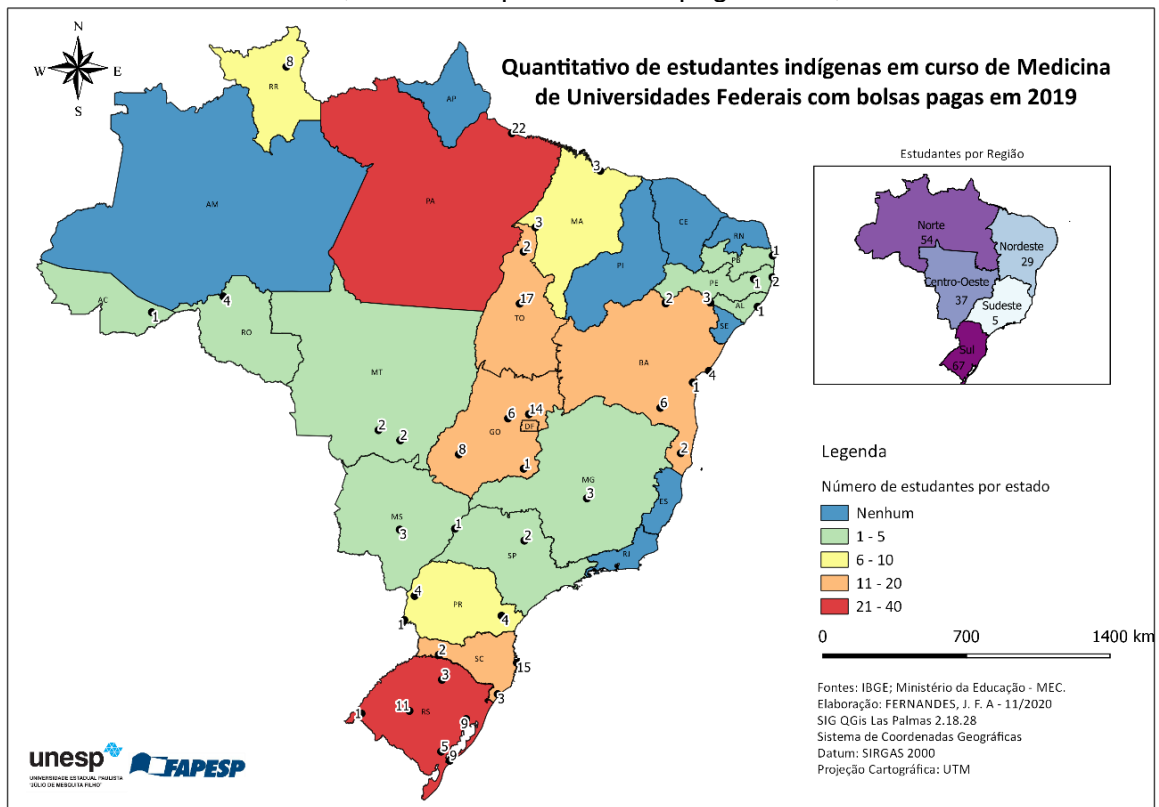
É oportuno dizer que não foi possível definir, pela pesquisa, o número de indígenas que cursavam a graduação em medicina em cada um dos cursos. Todavia

foi possível apreender uma aproximação desse dado, ao se ter avaliado a distribuição do número de estudantes beneficiários de bolsas permanência do MEC, sendo levantado o quantitativo das que foram pagas a indígenas nos cursos de medicina no ano de 2019, que somaram 192 bolsistas.

Ressalta-se que nem todos os indígenas que estudam medicina são bolsistas do Programa Bolsa Permanência; todavia a imensa maioria está inscrita, o que permite depreender que este era um dado próximo do total de estudantes nos cursos de medicina, de universidades federais, no ano de 2019.

Desse modo analisou-se a distribuição desses bolsistas, seu perfil e origem. A figura 6 traz a distribuição desses bolsistas por IFES, tendo sido utilizadas colorações diferentes para evidenciar o quantitativo de bolsistas, em cada um dos estados. A figura pequena, à direita, traz o somatório de bolsistas por região.

Figura 6 – Quantitativo de estudantes indígenas em cursos de medicina, de universidades federais, com bolsa permanência paga. Brasil, 2019.



Ao analisar o mapa acima, percebe-se a grande disparidade na distribuição dos bolsistas. A região Sudeste contemplou apenas cinco bolsistas naquele ano, enquanto a região Sul apresentou o maior número no país, com 67 bolsistas. Dois estados se sobressaíram quanto às bolsas permanência pagas: Pará e Rio Grande

do Sul, somando, cada um deles, mais de 20 bolsistas, destacando-se PAA implantadas há cerca de dez anos.

Na sequência há estados com um número importante, entre 11 a 20 estudantes bolsistas, a saber: Santa Catarina, Bahia, Goiás, Tocantins e o Distrito Federal. Mereceu destaque a pouca quantidade, ou ausência, de bolsas pagas em vários estados das regiões Nordeste e Sudeste. Também chamaram atenção alguns estados que, apesar de terem uma população indígena expressiva, não possuíam nenhum bolsista em 2019, que é o caso do Amazonas, Amapá, Ceará, Espírito Santo e Rio de Janeiro, consequência da ausência de PAA, com vagas específicas para indígenas nas respectivas IFES.

Algumas IFES se destacaram quanto ao número de indígenas nos cursos de medicina, que foi o caso da UFPA, com 22; da UFT, com 19; da UnB, com 14 e da UFSM, com 11 bolsistas. No caso dessas duas primeiras IFES, havia dois cursos de medicina.

Outro detalhe a ser enfatizado é que, nos dados disponibilizados pelo MEC, os bolsistas da UFPA estavam todos cadastrados como pertencentes ao curso do campus sede em Belém, sendo que, pelo método da Bola de Neve, foi identificada a presença de indígenas no curso de medicina de Altamira. Assim, no caso específico dessa IFES, ficou impossibilitada a definição de quantos estudantes estudavam em cada um dos cursos e, dessa forma, o mapa localiza indígenas apenas em Belém.

De toda forma, evidencia-se que em 2019 existiam estados federativos com grandes populações indígenas em que, contraditoriamente, os cursos de medicina de suas respectivas IFES não possuíam indígenas. Acredita-se que esse resultado tenha como principal causa a falta de PAA para acesso de indígenas nessas instituições. Portanto se mantinha, como apresentado no relatório de 2010, do Centro Indígena de Estudos e Pesquisa (CINEP), uma não correspondência entre a distribuição da população indígena pelo território nacional e as iniciativas de PAA para acesso ao ensino superior, de modo que é preciso avançar, nesse sentido, em muitas IFES e estados federativos (CINEP, 2010).

Nessa mesma direção Paladino (2012, p. 180-181), discutindo sobre a situação dos indígenas no ensino superior, problematiza o fato de

não existir uma correspondência entre a distribuição da população indígena pelo território nacional e a localização das iniciativas por

parte das universidades destinadas a garantir o acesso desse segmento ao ensino superior, ou seja, não se verifica um maior número de ações afirmativas nas regiões em que a presença indígena é numericamente superior.

Tal autora exemplifica que em 2012, na região Norte, apenas 35% das instituições de educação superior públicas possuíam PAA; todavia essa é a região onde se concentra o maior contingente da população indígena no Brasil. Já na região Sul, que possui uma população indígena relativamente menor, apresentou uma maior disseminação de PAA, sendo realizadas, naquela época, em 61,9% das instituições de ensino superior (PALADINO, 2012). Como se pode perceber pela distribuição dos indígenas nos cursos de medicina em 2019, apresentada anteriormente, a situação específica nesses cursos não difere do panorama geral, apresentado pela autora em 2012.

Quanto ao perfil dos indígenas bolsistas do curso de medicina, nas universidades federais, os dados fornecidos pelo MEC possibilitaram a construção da tabela 1, apresentada abaixo:

Tabela 1 – Perfil dos indígenas bolsistas do curso de medicina, do Programa Bolsa Permanência, do Ministério da Educação. Brasil, 2019.

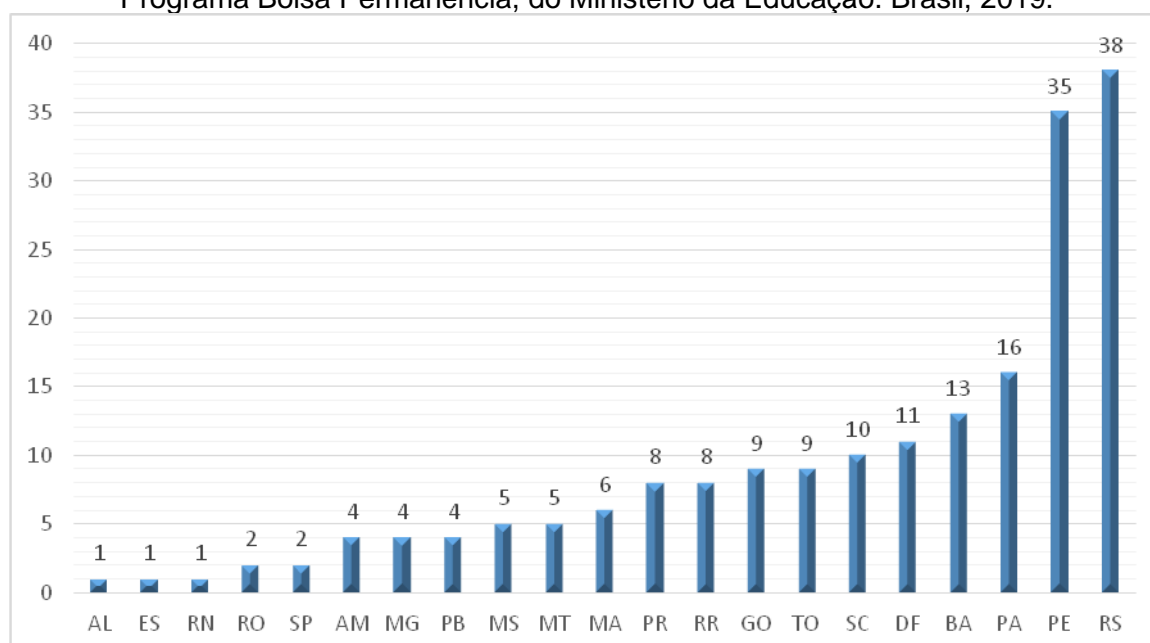
<b>Característica</b>	<b>Descrição</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Gênero	Masculino	103	53,64
	Feminino	89	46,36
	Total	192	100
Faixa Etária	Menos de 20 anos	14	7,29
	Entre 20 e 25 anos	89	46,35
	Entre 26 e 30 anos	49	25,52
	Entre 31 e 35 anos	22	11,46
	Mais de 35 anos	18	9,38
	Total	192	100

Fonte: Elaborada pelo pesquisador, 2020.

Como é possível observar na tabela acima, havia uma ligeira predominância do gênero masculino entre os indígenas bolsistas. Além disso a faixa etária de maior frequência ficou entre 20 e 25 anos, somando-se quase a metade dos bolsistas.

Quanto à origem desses estudantes, foi possível construir o gráfico 1, que expõe a grande disparidade no acesso dos indígenas aos cursos de medicina.

Gráfico 1 – Estados federativos de origem dos indígenas bolsistas do curso de medicina, do Programa Bolsa Permanência, do Ministério da Educação. Brasil, 2019.



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2020.

No gráfico acima chama atenção o fato de dois estados terem um grande número de estudantes bolsistas, sendo 38 no Rio Grande do Sul e 35 em Pernambuco. Apesar de números relativamente próximos, a partir das entrevistas e observações realizadas durante a pesquisa, pode-se explicar as causas para esses quantitativos elevados de formas diferentes nas duas situações. Enquanto no Rio Grande do Sul o número provavelmente esteja relacionado à quantidade expressiva de cursos de medicina nas IFES e às PAA, desenvolvidas por elas; no caso de Pernambuco há uma predominância de indígenas, de vários povos, buscando estudar medicina mesmo que fora do estado, o que, inclusive, pode ser alvo de outros estudos.

É interessante destacar que, em muitas das IFES que visitei, encontrei estudantes de medicina de origem do estado de Pernambuco e, apesar dessa grande demanda, não havia, em 2019, PAA para acesso dos indígenas nas IFES pernambucanas, sendo este o único estado que apresentou essa grande divergência entre número de estudantes bolsistas e PAA.

Com exceção de Pernambuco, todos os estados de origem dos bolsistas que somaram ao menos cinco estudantes eram estados com IFES que possuíam PAA. Esses foram: Rio Grande do Sul, Pará, Bahia, Distrito Federal, Santa Catarina,

Tocantins, Goiás, Roraima e Paraná. Também é válido salientar a ausência de indígenas de origem de 06 estados – Acre, Amapá, Ceará, Piauí, Rio de Janeiro e Sergipe –, que são estados que não possuem PAA em suas IFES, o que reforça que a ausência de políticas desse tipo dificulta o acesso de indígenas naquela região.

Essa ausência de indígenas nesses estados corrobora as discussões de Paladino (2012) sobre os indígenas no ensino superior no Brasil. A pesquisa da autora analisou que, embora as IFES não restringissem as PAA para candidatos indígenas do estado em que se localizavam, essa era uma limitação para indígenas de outros estados e regiões (PALADINO, 2012). Ademais, ela acrescenta que “tal discordância entre localização de população indígena e localização da instituição” provocava o deslocamento por grandes distâncias, inclusive representando dificuldades e demandando custos elevados para os candidatos (PALADINO, 2012. p. 181). Esses grandes deslocamentos têm sido frequentes entre os estudantes indígenas nos cursos de medicina, o que é apresentado posteriormente nesta pesquisa.

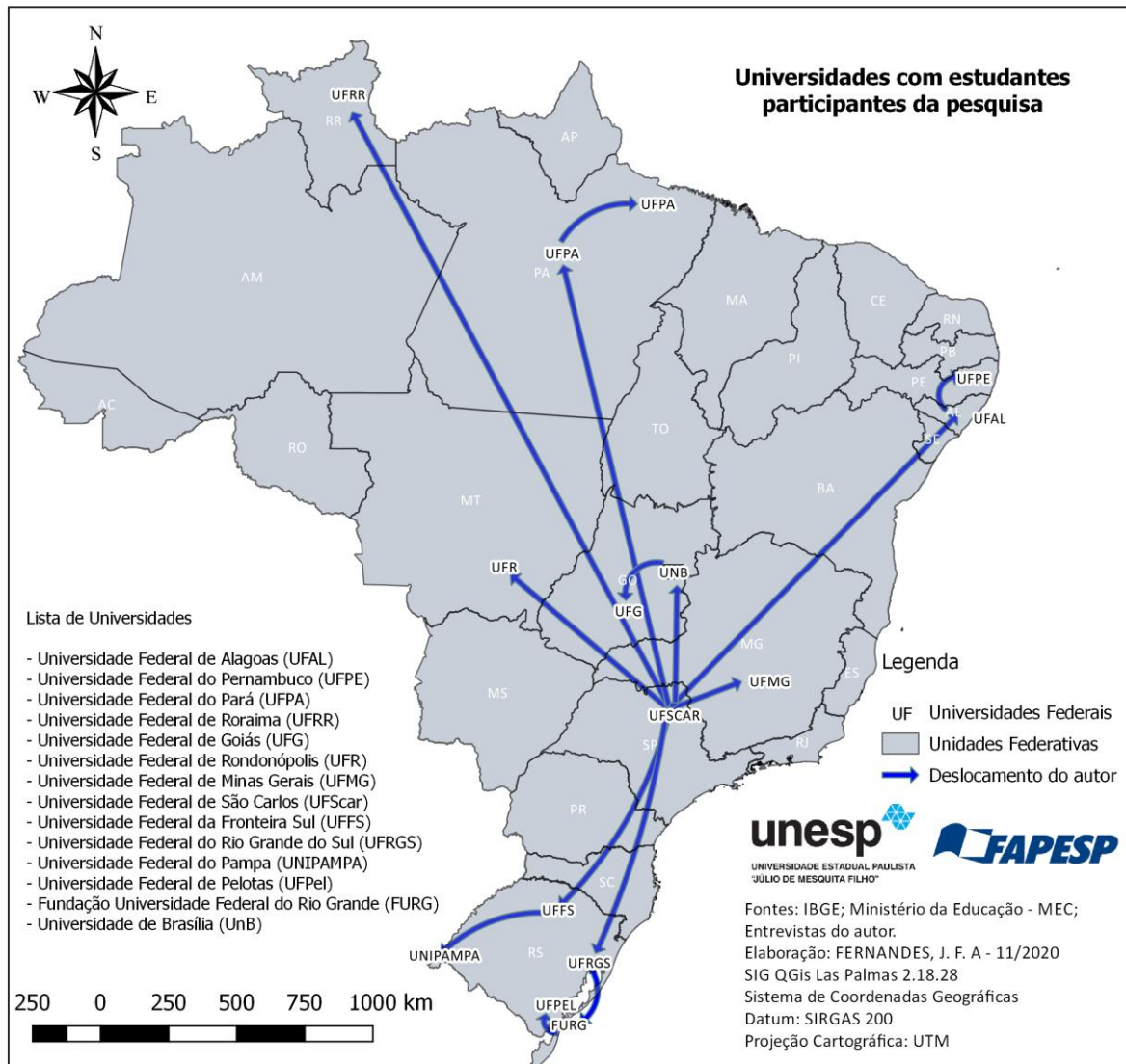
### **3.3 Participantes da pesquisa**

#### **3.3.1 Sobre os encontros presenciais**

Ao longo dos anos 2018, 2019 e 2020, foram realizados encontros presenciais com os estudantes indígenas de 14 cursos de medicina em 13 diferentes IFES, compondo-se um conjunto heterogêneo de contextos acadêmicos. Os participantes da pesquisa estudavam medicina nas seguintes instituições e cidades: Universidade de Brasília – Brasília/DF; Universidade Federal da Fronteira Sul – Passo Fundo/RS; Universidade Federal de Alagoas – Maceió/AL; Universidade Federal de Goiás – Goiânia/GO; Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte/MG; Universidade Federal de Pelotas – Pelotas/RS; Universidade Federal de Rondonópolis – Rondonópolis/MT; Universidade Federal de Roraima – Boa Vista/RR; Universidade Federal de São Carlos – São Carlos/SP; Universidade Federal do Pampa – Uruguaiana/RS; Universidade Federal do Pará – Altamira/PA; Universidade Federal do Pará – Belém/PA; Universidade Federal de Pernambuco – Caruaru/PE; Universidade Federal do Rio Grande – Rio Grande/RS; Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre/RS. Dessa forma, é apresentada na figura 7 a

distribuição geográfica das instituições e dos cursos que tiveram estudantes indígenas, participantes da pesquisa.

Figura 7 – Distribuição das escolas médicas com estudantes indígenas, participantes da pesquisa, e movimentação do pesquisador. Brasil, 2018 a 2020.



Por questões éticas, ao longo do texto, optou-se por não relacionar, especificamente, cada um dos participantes às instituições e aos cursos que lhes são pertencentes, pois isso facilitaria a quebra do sigilo das informações, já que eram em um número muito reduzido em algumas das escolas médicas. Nesse sentido, também não houve especificação de que tipo de estratégia de construção de dados foi utilizada, se entrevista e/ou roda de conversa, em cada um dos locais. Todavia, foram construídas duas tabelas, que estão apresentadas a seguir, para

compreensão geral sobre a quantidade, o período de realização dos encontros presenciais e os locais de realização. A Tabela 2 apresenta as características relacionadas às entrevistas individuais, enquanto a tabela 3 traz as rodas de conversa.

Tabela 2 – Caracterização dos locais, quantidades e anos de realização das entrevistas individuais. Brasil, 2018 a 2020.

<b>Ano de realização</b>	<b>Regiões Geográficas</b>	<b>Cidade</b>	<b>Número de entrevistados</b>	<b>Número de indígenas no curso</b>
2018	Norte	Capital	03	08
	Norte	Interior	02	02
	Centro - Oeste	Interior	01	02
	Sudeste (*)	Interior	02	04
	Sudeste	Capital	01	01
	Sul	Interior	01	01
	Sul	Interior	01	04
	Total		11	22
2019	Norte	Capital	02	16
	Nordeste	Interior	01	02
	Nordeste	Capital	01	01
	Sudeste (*)	Interior	01	NA
	Sul	Capital	01	09
	Sul	Interior	03	09
	Sul	Interior	01	05
Total		10	42	
2020	Centro - Oeste	Capital	03	14
	Total		03	14
2018, 2019 e 2020	Total Geral		24	78

Fonte: Elaborada pelo pesquisador, 2020.

Nota: (\*) Refere-se a estudantes da mesma instituição, entrevistados em momentos diferentes. NA: Como se refere a uma mesma instituição, não se aplica a somatória desse valor, porque já foi contabilizado no ano de 2018.

Tabela 3 – Caracterização dos locais, quantidade de participantes e anos de realização das rodas de conversa. Brasil, 2018 a 2020.

Ano de realização	Regiões do país	Tipo de cidade	Número de participantes	Número de participantes indígenas	Número de indígenas no curso
2018	Norte	Interior	04 (*)	02	02
	Norte	Capital	05	05	16
	Sul	Interior	04	04	04
	Total		13	11	22
2019	Sul	Interior	05 (*)	03	09
	Total		05	03	09
2020	Centro - Oeste	Capital	08	08	14
	Centro - Oeste	Capital (**)	03	03	06
	Total			11	20
2018, 2019 e 2020	Total geral		29	25	51

Fonte: Elaborada pelo pesquisador, 2020.

Nota: (\*) Presença de dois estudantes quilombolas na roda de conversa. (\*\*) Único curso em que foi realizada apenas roda de conversa, sem nenhuma entrevista individual.

Como se pode analisar na tabela 3, houve um total de seis rodas de conversa, que somaram um total de 29 participantes, sendo que quatro desses estudantes de medicina eram pertencentes a comunidades quilombolas e não a povos indígenas. Apesar de ter sido acolhido o pedido para participarem, as informações e características dos estudantes quilombolas e falas que diziam respeito apenas a esse grupo de estudantes, não fizeram parte da análise, já que eles não eram foco desta pesquisa. Entre os participantes indígenas das rodas de conversa, 9 também foram entrevistados individualmente.

Desse modo, somando-se os 24 entrevistados individualmente com os 16 participantes exclusivos das rodas de conversa, chegou-se ao número de 40 estudantes indígenas que participaram da pesquisa, em um universo de 84 indígenas, nos 14 cursos de medicina visitados.

### 3.3.2 Sobre o perfil dos participantes

Quanto aos participantes, houve uma diversidade de idade, gênero e número de filhos, havendo, ainda, certa predominância do gênero masculino, com idade entre 20 a 25 anos, o que é semelhante ao conjunto de estudantes bolsistas do

Programa Bolsa Permanência em 2019, apresentado anteriormente. Quanto ao estado civil, a maioria se declarou solteiro, e quanto à presença de filhos, a maioria afirmou não os ter. A tabela 4 abaixo traz os detalhes do perfil desses participantes.

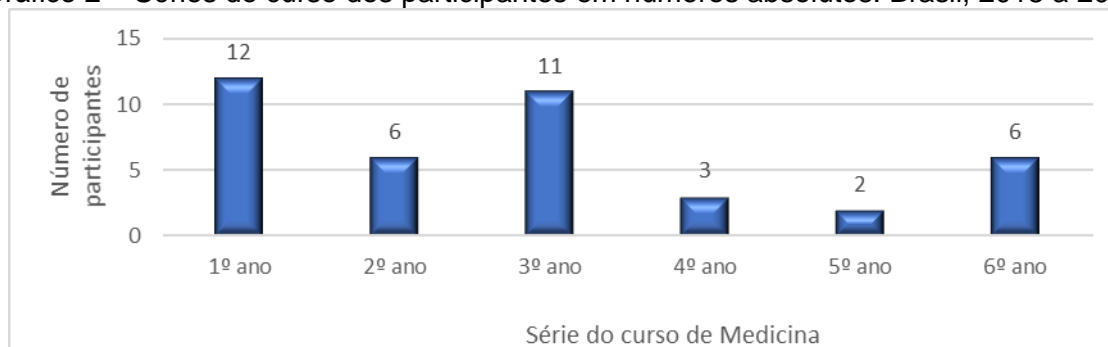
Tabela 4 – Perfil dos indígenas participantes da pesquisa. Brasil, 2018 a 2020.

Característica	Total	Descrição	Frequência
Gênero	40	Masculino	26
		Feminino	14
Faixa Etária	40	Menos de 20 anos	7
		Entre 20 e 25 anos	19
		Entre 26 e 30 anos	7
		Entre 31 e 35 anos	5
		Mais de 35 anos	2
Estado Civil	40	Solteiro	34
		Casado / União estável	6
		Divorciado / Separado	0
		Viúvo	0
Filhos	40	Não tem filhos	27
		1 filho	6
		2 filhos	2
		3 filhos	2
		Não informado	3

Fonte: Elaborada pelo pesquisador, 2020.

Entre os 10 estudantes que possuíam filhos, 7 eram homens e 3 eram mulheres. Quanto à série da graduação que estavam cursando, houve uma distribuição nos seis anos da graduação, conforme pode ser visualizado no gráfico 2.

Gráfico 2 – Séries do curso dos participantes em números absolutos. Brasil, 2018 a 2020.

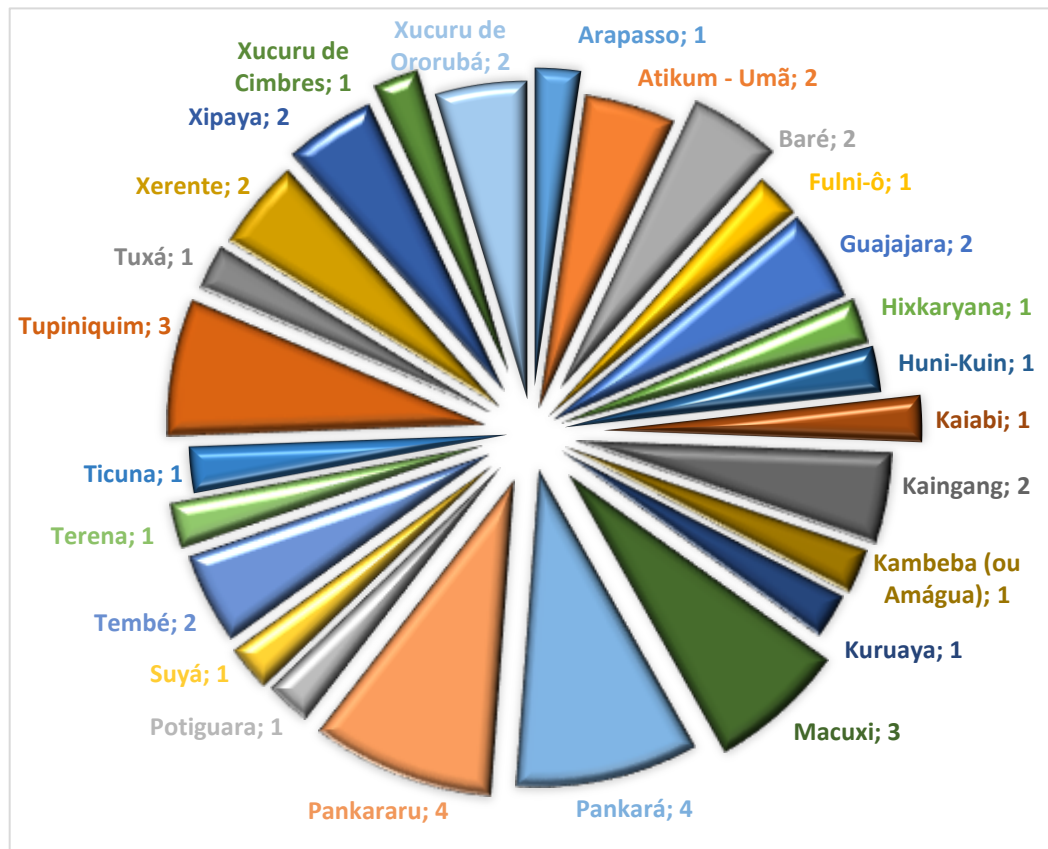


Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2020.

Foi possível perceber uma relativa maior participação dos estudantes dos primeiros três anos do curso. Essa característica contempla duas explicações: os estudantes dos últimos anos da graduação tiveram menor disponibilidade para participar dos encontros presenciais, principalmente das rodas de conversa, pois comumente possuem um volume maior de atividades, mesmo no período noturno; três desses cursos tinham recebido os primeiros estudantes indígenas há menos de três anos, não possuindo indígenas a partir do quarto ano do curso. O ano de ingresso dos participantes no curso de medicina variou entre os anos de 2011 a 2020.

Quanto ao pertencimento étnico dos participantes autorreferido nos encontros presenciais, houve uma grande heterogeneidade, como é apresentado no gráfico 3, que possibilita visualizar o conjunto desses diferentes povos indígenas. Os nomes dos povos e a forma de escrita foram mantidos de acordo com o que foi relatado pelos participantes.

Gráfico 3 – Pertencimento étnico dos indígenas participantes dos encontros presenciais. Brasil, 2018 a 2020.



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2020.

Somaram-se, assim, um total de 25 povos indígenas, sendo que três dos participantes se identificaram como pertencentes a dois povos. Como se pode perceber no gráfico, entre os participantes havia indígenas de todas as regiões brasileiras, sendo que, para a maioria dos povos representados (13 de 25), teve apenas um estudante entrevistado. Quanto aos demais povos indígenas representados, 8 tiveram 2 participantes na pesquisa, 2 povos com 3 participantes e 2 com 4 participantes.

Outras duas medidas foram utilizadas para garantir o sigilo das informações dos participantes. As rodas de conversa foram identificadas com números aleatórios de 1 a 6, não citando cada estudante que participou. Já nas entrevistas narrativas, os nomes dos entrevistados foram substituídos por nomes fictícios, de acordo com o que está apresentado no quadro 4 abaixo.

Quadro 3 – Nomes fictícios dos participantes das entrevistas narrativas e seus significados. Brasil, 2018 a 2020.

<b>Nomes fictícios</b>	<b>Significados</b>
ABAÇAI	Espírito que habita as florestas.
APY-MAMÃ	Onça.
ARAGUACI	Pássaro.
ARAPUÁ	Serra onde os Pankará vivem.
CUMARU	Uma aldeia de origem da sua família.
FATHOA	Número um em Yaathê, língua de origem Fulni-ô.
FOCAJ	Nome de um pajé muito poderoso.
INSIKIRAN	Um semideus Macuxi.
KARI'OCA	Homem branco da maloca.
KAPOI	Lua.
KEKARYEHTOTHO KOMO	Dedicação, esforço.
KHANTE	Estrela em Kisêdjê.
MAYÁ	Água.
MBARETE	Pessoa forte ou guerreiro.
NENXAH	Homem da mata.
PUCRERON	Abelha.
RATRIKSIÊ	Guerreiro da Lua.
TAUÁ	Barro do qual se faz a pintura corporal.
TENETEHAR	Ser indígena.
TOTEEM	Tipo de boneca amazônica.
TYPÁ	Rouxinol em tupi língua geral (Nheengatu).

UBÁ KRIKRI	Bom fruto.
WEI	Sol em Macuxi.
XINÃ BENÁ	Novo pensamento.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2020.

Os nomes fictícios foram escolhidos pelos próprios participantes durante os encontros presenciais, tendo sido dada a recomendação para que escolhessem uma palavra, uma expressão ou um nome indígena, explicando o seu significado, de modo a valorizar sua singularidade. Dois participantes escolheram nomes que os identificariam facilmente, o que levou o pesquisador a definir outros nomes fictícios, a partir de palavras utilizadas pelos entrevistados durante a pesquisa. Os nomes fictícios e seus significados foram listados no quadro da mesma forma como os entrevistados informaram, sendo que algumas vezes eles especificaram a qual língua a palavra ou expressão pertencia.

Ao longo da pesquisa, os trechos e os recortes das falas das entrevistas e rodas de conversa estão identificados com os nomes fictícios ou com o número da roda de conversa e, para que seja possível conhecer um pouco quem são e onde estudavam esses narradores, construiu-se o quadro abaixo com algumas de suas características e de suas instituições, no momento do encontro presencial.

Quadro 5 – Características gerais de cada um dos entrevistados individualmente, das rodas de conversa e dos respectivos cursos. Brasil, 2018 a 2020.

Nome para identificação	Gênero (s)	Idade(s) em anos	Série(s) no curso de medicina	Ano de ingresso	Região da IFES	Fundação do curso (*)
ABAÇAI	M	29	5º ano	2011	CO	Antiga
APY-MAMÃ	F	19	1º ano	2018	N	Recente
ARAGUACI	M	31	4º ano	2012	S	Antiga
ARAPUÁ	F	44	6º ano	2013	SE	Intermediária
CUMARU	M	22	3º ano	2018	CO	Antiga
FATHOA	M	30	2º ano	2018	S	Antiga
FOCAJ	M	25	6º ano	2014	N	Antiga
KARI'OCA	M	34	1º ano	2018	S	Recente
INSIKIRAN	M	24	2º ano	2017	N	Intermediária
KAPOI	M	24	3º ano	2016	N	Intermediária
KEKARYEHTOTH	M	24	1º ano	2018	N	Recente

KOMO						
KHANTE	F	28	4º ano	2014	CO	Recente
MAYÁ	F	26	6º ano	2014	SE	Intermediária
MBARETE	F	20	2º ano	2017	S	Recente
NENXAH	M	34	6º ano	2011	S	Antiga
PUCRERON (**)	F	21	3º ano	2017	NE	Antiga
RATRIKSIË	M	25	3º ano	2016	S	Antiga
TAUÁ	M	25	3º ano	2013	CO	Antiga
TENETEHAR	F	24	6º ano	2014	N	Antiga
TOTEEM	F	25	5º ano	2012	SE	Antiga
TYPA	F	32	1º ano	2019	S	Antiga
UBÁ KRIKRI (**)	M	25	4º ano	2016	NE	Recente
WEI	M	19	1º ano	2018	N	Intermediária
XINÃ BENÁ	M	27	6º ano	2012	SE	Intermediária
RODA 1	M e F	19 a 29	1º e 2º anos	NA	S	Recente
RODA 2	M e F	19 a 24	1º ano	NA	N	Recente
RODA 3	M e F	19 a 23	1º, 2º e 5º anos	NA	N	Antiga
RODA 4	M	30 a 34	4º, 4º e 6º anos	NA	S	Antiga
RODA 5	M e F	19 a 21	1º, 2º e 3º anos	NA	CO	Antiga
RODA 6	M e F	18 a 40	1º, 2º, 3º e 4º anos	NA	CO	Antiga

Fonte: Elaborado pelo pesquisador, 2020.

Nota: M – Masculino e F – Feminino; N – Norte, NE – Nordeste, CO – Centro Oeste, S – Sul, SE – Sudeste; NA – Não se aplica. (\*) A fundação do curso foi considerada recente quando ocorreu em até 10 anos; intermediária, de 11 a 25 anos; antiga, a partir de 26 anos; (\*\*) com Ingresso no curso de medicina, por meio de processos relacionados à Lei No.12.711/2012 (Lei de Cotas) em IFES, com ausência de Políticas de Ações Afirmativas.

Dessa forma, pode-se perceber que os encontros presenciais proporcionaram, intencionalmente, um volume expressivo de encontros e uma multiplicidade de características dos narradores, tais como: gênero, idade, povos indígenas, regiões de origem e séries do curso. Quanto às IFES, foram visitadas em diferentes regiões geográficas do país, em cidades do interior e em capitais, no *campus* sede ou demais *campi*, com períodos de fundação do curso de medicina variados, evidenciando homogeneidade e também diferenciação (MINAYO, 2017).

Quanto aos processos de ingresso, 12 cursos das instituições visitadas possuíam PAA, com vagas específicas para indígenas, e dois não possuíam, tendo apenas dois estudantes entrevistados que ingressaram por meio das cotas determinadas pela Lei No.12.711/2012 nessas duas IFES.

Assim, finaliza-se essa caracterização dos narradores das experiências, sendo retomadas algumas descrições, aqui apresentadas, em capítulos subsequentes ou ainda complementadas posteriormente, quando pertinente ao entendimento das discussões desenvolvidas.

Na sequência, são trazidos os resultados e as discussões apresentados em capítulos, compostos cada um por uma das cinco categorias já descritas. Nesse sentido, um dos indígenas entrevistados, *Ubá Krikri*, finalizou sua narrativa com algumas recomendações para o processo de análise que seria feito a partir do material construído nos encontros presenciais:

*Durante todo esse caminho que vocês estão fazendo e esse acúmulo que vocês estão fazendo... Como vai ser muito diferente uns dos outros, é muito importante que vocês tentem entender que as experiências são muito singulares. Muitas vezes, nem todo o estudante vai estar tão à vontade, e isso pode acontecer, isso é legítimo também, da história de cada um, do momento de cada um também. E, também não procurar estabelecer padrões, né? Porque, às vezes, acontece de querer encontrar uma história padrão, procurar uma identidade padrão que faz parte do imaginário. Porque o pensamento foi formado assim, foi formado para procurar o dissidente, e aí as normalizações do que ele não é. E, aí eu acho que vai sempre rolar esse movimento. E, é ter muito cuidado com isso. [...] Costumam ter armadilhas, e fugir das armadilhas coloniais é sempre fugir das arapucas que a vida vai colocando o tempo todo, e elas estão por toda a parte (UBÁ KRIRI).*

Essa narrativa traz, de forma muito enfática, a recomendação para que não se buscassem padrões estabelecidos e se valorizasse a multiplicidade de experiências e trajetórias entre eles, os indígenas nos cursos de medicina. Como *Ubá Krikri* trouxe, buscar esses padrões poderia levar a “armadilhas coloniais”, então, durante toda a pesquisa, tentou-se fugir dessas “arapucas” no sentido de reconhecer as singularidades narradas pelos participantes.

Em cada uma das categorias dialogou-se com referenciais teóricos, relativos à discussão dos temas, no campo das ciências sociais, humanas e da saúde

**CAPÍTULO 4 – ACESSO À UNIVERSIDADE E POLÍTICAS DE PERMANÊNCIA****ABÁ PUKUÁ<sup>7</sup> (SANTOS, 2020).**

---

<sup>7</sup> Homem Céu.

*Porque hoje em dia não adianta a gente ficar só dentro da aldeia e preservar a cultura. Porque, para preservar o que está ali, a gente tem que ter outros meios e meu avô sempre fala isso. Ele fala, da mesma forma que outras lideranças grandes também falam, que hoje a guerra é no papel e caneta e você precisa ao menos saber o básico, para preservar aquilo que a gente tanto luta há muito tempo, que é a cultura, para manter ali. E, se você não tem papel e caneta, qualquer um pode te passar a perna, que é o que acontece. Em volta das aldeias, é só fazenda, agrotóxico e soja. Então assim, para alguma coisa acontecer ali, a gente tem que ter esse conhecimento, tem que ter conhecimento das doenças que causa, da prevenção dessas doenças, o quê que a gente tem que fazer para melhorar a saúde. E não só nessa área, não só na área de saúde, como também na área da educação. Aumentar esse acesso, em tantas outras áreas, também pode ajudar. A questão de fazer formação em agronomia mesmo, né? O povo vai usar agrotóxicos lá nas fazendas, mas imagina o quanto seria rico se desse para juntar os dois conhecimentos. Se, assim, como a gente já tem essa agronomia indígena, local mesmo, então dá para fazer essas duas coisas juntas e isso enriquece, isso deixa a gente mais forte, porque não tem mais como ficar isolado. Do jeito que o Brasil e a gente se encontram, vir para a universidade é a maneira que a gente tem para poder se proteger, para gente poder ir em frente e sobreviver.*

*KHANTE*

Neste capítulo é apresentada a categoria de análise sobre as experiências dos indígenas, relacionadas ao acesso às universidades e às políticas de permanência institucionais durante a graduação.

A pintura de Aislan, que apresentei junto ao título deste capítulo, foi a que deu nome à sua exposição no Hospital Universitário de Brasília. Abá significa homem na língua Tupi, enquanto Pukuá é céu, na língua Kayapó. Nesse sentido, Aislan relata que o encontro do homem com o céu, juntamente com duas línguas indígenas, representa a forma e a resistência de ser um universitário indígena e de “gritar” por meio da arte (SANTOS, 2020).

As discussões apresentadas neste capítulo iniciam a imersão nas experiências dos estudantes de medicina, que chegaram à universidade e foram desafiados a permanecerem nela.

Os narradores descreveram suas trajetórias, que possibilitaram o ingresso na universidade e nos programas de acesso aos cursos regulares, com destaque para as políticas de ações afirmativas (PAA), além de descreverem políticas institucionais relacionadas à permanência, sobressaindo a importância destas para a formação dos indígenas no ensino superior.

Como trazido na narrativa representativa, localizada liminarmente a esta categoria e contada pela entrevistada *Khante*, discutir sobre o contexto do universitário indígena é também discutir sobre a construção de maneiras de proteção e resistência dos povos indígenas, apontando intenções de “juntar os dois conhecimentos”, o indígena e o acadêmico.

Para as discussões do capítulo, optei por dialogar com autores que discutem as ações afirmativas no ensino superior, bem como com estudos de caso sobre os universitários indígenas no Brasil. Foram utilizados materiais de alguns autores indígenas, com destaque para Gersem dos Santos Luciano, ou Gersem Baniwa, como ele tem assinado nos últimos textos. Gersem é indígena do povo Baniwa e professor na Universidade Federal do Amazonas. Membro do Conselho Nacional de Educação (2006/2008 e 2016 a 2020), ele faz parte do movimento indígena e suas publicações têm impactado as discussões sobre a educação escolar indígena. Reflexões e apontamentos de Baniwa são utilizados neste capítulo e nos demais resultados apresentados.

Busquei aqui não focar apenas em discussões específicas sobre as experiências de estudantes de medicina, mas sim sobre universitários indígenas de

uma forma mais ampla. Assim, ao longo deste capítulo, há um diálogo com as narrativas indígenas, com as conversas realizadas com os grupos de estudantes, por meio de observações que realizei em campo e com outros estudos e referenciais teóricos relacionados ao tema aqui desenvolvido.

Para essa discussão, os resultados são apresentados em cinco subcategorias:

- 1) Políticas de acesso à universidade. São apresentados núcleos de sentido relacionados aos processos diferenciados para ingresso de indígenas em cursos regulares no ensino superior; às políticas de ações afirmativas, à lei de cotas e à reserva de vagas; aos grandes deslocamentos para ingressarem nos cursos de medicina.
- 2) Trajetórias rumo aos processos seletivos. São apresentados núcleos de sentido relacionados às características que propiciaram que cada um desses estudantes pudesse chegar aos processos seletivos.
- 3) Caminhos anteriores ao curso de medicina. São trazidos núcleos de sentido que descrevem as experiências em outros cursos de graduação e formações técnicas; as vivências laborais; como foi o momento da aprovação na seleção para medicina.
- 4) A chegada e as políticas institucionais de permanência. São apresentados núcleos de sentido relacionados “às chegadas” nas instituições; aos apoios financeiros institucionais, com destaque para a bolsa permanência; aos apoios à moradia e à alimentação; às assessorias, tutorias e monitorias pedagógicas.
- 5) Indígenas na universidade: por quê e para quem? São apresentados núcleos de sentido relacionados às justificativas para o acesso dos indígenas à universidade; ao encontro entre diferentes conhecimentos e saberes; às reflexões sobre as possibilidades a partir da presença do indígena no ambiente universitário.

#### 4.1 Políticas de acesso à universidade

##### ***por enquanto a gente precisa de reserva de vagas***

Ter acesso à universidade foi relatado como um grande desafio para os estudantes indígenas, que percorreram trajetórias individuais muito variadas até adentrarem neste ambiente acadêmico, mais especificamente no curso de medicina. Nesse contexto, dos 40 participantes da pesquisa, nenhum havia ingressado por vagas de ampla concorrência, sendo que dois foram aprovados pelas cotas determinadas pela Lei Nº 12.711 (BRASIL, 2012) e 38 em vagas específicas para indígenas.

A Lei federal Nº 12.711/2012, conhecida como lei de cotas, garante a reserva de 50% das matrículas por curso, nas universidades federais, a estudantes oriundos do ensino médio público, com cotas para pretos, pardos e indígenas (PPI) (BRASIL, 2012). Todavia, conforme defendido por Baniwa (2019), a definição do MEC de colocar os grupos de pretos, pardos e indígenas “para concorrerem entre si para as mesmas vagas é um equívoco, pois se tende a prejudicar o seguimento indígena, por exclusão” (BANIWA, 2019, p.175). E foi essa destacada dificuldade de acesso aos cursos de medicina, por meio das cotas PPI, que observei nas universidades que visitei, sendo que conheci apenas cinco estudantes indígenas, dos cursos de medicina, que ingressaram por essa via, tendo sido dois deles entrevistados.

Nesse sentido, os estudantes entrevistados também reforçaram que dificilmente um indígena ingressava no curso de medicina pela via das cotas PPI, o que reforça a insuficiência da lei para o acesso desse grupo nos cursos de alta concorrência, como o de medicina:

*Lá naquela universidade do meu estado, como é naquela cota PPI, acaba não entrando nem preto nem indígena, entrando só os pardos, principalmente nos cursos de muita concorrência. Então, na medicina, não entra ninguém dos indígenas. Só teria se tivesse mesmo reserva de vaga, como aqui (MBARETE).*

*Deixa eu lembrar, não conheço ninguém mais que seja indígena aqui. Eu acho que só eu... eu não conheço... Talvez eu seja a primeira indígena. Será? Isso é porque aqui não tem vaga para indígena. Eu entrei pelo ENEM<sup>8</sup>, pelas cotas, mas daí acaba ficando*

---

<sup>8</sup> ENEM é a sigla para Exame Nacional do Ensino Médio, que foi iniciado em 1998. É realizado em todo o Brasil por pessoas que já concluíram ou estão em fase de conclusão do Ensino Médio. O objetivo principal desse exame é o de verificar o quanto os estudantes aprenderam nessa etapa

*muito mais restrito. Eu sei que tem outras universidades que tem mais indígenas, mas aqui na medicina eu acho mesmo que sou a única. Os outros são dos outros cursos, mas também não conheço muito (PUCRERON).*

*Aqui não é reserva de vagas, é ENEM! Tem aquela porcentagem, que é a cota para preto, pardo e indígena. E não tem uma reserva só para indígena não. Nos outros cursos, tem mais alguns indígenas. Na medicina, tem esse menino, mas a gente não tem tanto contato assim, talvez se eu conversasse com ele eu descobriria que tem mais, não sei, vou falar com ele para perguntar. Mas nós somos poucos (UBÁ KRIKRI).*

Dois dos narradores acima, *Ubá Kriki* e *Pucreron*, ingressaram por meio das cotas PPI e destacaram que esse ingresso era ínfimo em suas instituições. Na terceira roda de conversa, realizada com os estudantes indígenas da medicina, o assunto também foi discutido pelo grupo, quando relataram a existência de outros dois estudantes, que ingressaram pelas cotas:

*Aqui, pelas cotas, não tem entrado quase ninguém. Eu tenho um irmão que entrou pela cota indígena, pelo ENEM, e tenho uma prima também que ela entrou pela cota... Na medicina, os dois. Atualmente, são os dois que entraram pela cota. [...] É através do ENEM que eles conseguiram, foram dois que conseguiram entrar para ser estudante de medicina. Um está no nono e outro está no quinto período (RODA 3).*

Segundo Baniwa (2019), colocar os indígenas para disputarem as vagas da cota PPI, deixa-os em desvantagem, devido aos seus processos educativos distintos, reforçando ainda que a marca principal dos direitos indígenas é “a diferença e a equivalência e não a igualdade e a similaridade” (BANIWA, 2019, p.176) e, por isso, há reivindicação de que haja tratamento diferenciado pela política e não a inclusão pela homogeneização, como nas cotas PPI.

Portanto fica evidente que, apesar da importante conquista histórica com a lei de cotas, ainda se trata de uma ação insuficiente para o acesso dos indígenas no ensino superior. Segundo o mesmo autor, a lei de cotas homogeneiza a política para a diversidade, empobrecendo-a e negando-a, ao se estabelecer uma única política para segmentos sociais e étnicos tão diversos, desconsiderando que entre os indígenas já há imensa diversidade (BANIWA, 2019).

Assim, as formas de ingresso por PAA, que garantiram vagas específicas para indígenas nos cursos regulares, são as que mais têm propiciado o acesso aos cursos de medicina, e não as cotas PPI. Parte dessas PAA foi iniciada anteriormente à lei de cotas, e outras vieram depois; no entanto surgiram de demandas do movimento indígena, local e nacional, determinando um caráter diversificado nas IFES, devendo ser continuadas e ampliadas (BANIWA, 2019).

Quanto ao formato das PAA específicas para indígenas, três foram as modalidades referidas nas narrativas dos estudantes: processo seletivo específico para indígenas; reserva de vagas (com criação de vagas suplementares ou porcentagem nas já existentes) e bonificação extra na nota para indígenas. Essas ações não eram excludentes entre si e se somavam em algumas instituições.

No caso da ação relativa ao processo seletivo específico, geralmente chamado de vestibular indígena, alguns estudantes a narraram como potente e, em algumas situações, destacaram que houve valorização das vivências indígenas e conhecimentos específicos dos candidatos, como narrado por *Tenetehar* e *Insikiran*:

*Na seleção, tinha uma entrevista [...] e nisso a gente tem que demonstrar quem a gente é realmente dentro da comunidade e aí eu fui, conversei com meus parentes<sup>9</sup>, enfim, e aí eu fui muito bem, contei sobre o que eu vivia na comunidade. E aí, como eu te falei da entrevista [no processo de seleção da universidade], eu consegui e aí eu passei (TENETEHAR).*

*No processo seletivo [...] aí veio a pontuação de currículo, que não sei o que... Uma das coisas que eles exigem lá é... um ponto assim, um ponto extra para quem levar uma carta assinada pelo Tuxaua<sup>10</sup> da sua comunidade já ganha 2 pontos, e quem teve algum curso técnico na área de saúde já tem mais um pontinho extra... vai valorizando para quem é da comunidade (INSIKIRAN).*

Dessa forma, alguns vestibulares específicos intentaram realizar provas mais adequadas para o processo seletivo dos indígenas, reconhecendo que esses candidatos tiveram trajetórias diferenciadas na educação básica, estratégia que repercutiu no aumento do número de candidatos e também em maior aprovação nas

---

<sup>9</sup> O uso do termo parente, como trazido por TENETEHAR e, posteriormente, em muitas outras narrativas, não está relacionado apenas ao parentesco familiar, mas aos outros indígenas, inclusive, de outros povos, sendo uma forma de se chamarem uns aos outros.

<sup>10</sup> Tuxaua significa liderança e é utilizado pelos povos indígenas, principalmente no estado de Roraima.

experiências da UFSCar (UFSCar, 2017) e da UFRGS (BERGAMASCHI; DOEBBER; BRITO, 2018).

Os participantes desta presente pesquisa reiteraram a alta concorrência e a insuficiência das vagas reservadas, semelhante ao referido em experiências de algumas universidades federais, como na UFSCar (COHN, 2016; UFSCar, 2017), na UFPR (SILVA, 2016), na UFRGS (DOEBBER, 2017; BERGAMASCHI; DOEBBER; BRITO, 2018) e na UFRR (LISBOA, 2017), onde tradicionalmente houve grande concorrência entre os indígenas para os cursos da área da saúde e, mais especificamente, em medicina. Assim, destacaram a necessidade desses programas diferenciados para acesso dos indígenas nesses cursos:

*Então, eu acho que, por enquanto, a gente precisa da reserva de vagas para poder entrar na medicina. Não dá para gente estar na ampla concorrência com as outras pessoas, é desigual, é injusto, eu acho... Eu acho não, eu tenho certeza. Só que depois que a gente está aqui, o que eu percebo é que a gente dá conta! (ARAPUÁ).*

*As universidades têm aberto poucas vagas, porque a demanda é extremamente grande. A gente tem estatísticas aí, no último vestibular aqui acho que foram de 900 e poucos candidatos, eu acho que quase 600 eram concorrendo para uma vaga da medicina, muitos de muito longe. As universidades que tem uma contingência de população indígena próxima delas não têm discutido isso, acho que isso é uma negligência. Principalmente no Acre, de onde eu venho, que não tem um programa de ações afirmativas (XINÁ BENA).*

*Eu acho que aqui, no Rio Grande do Sul, é um dos estados que mais tem vagas. No Nordeste mesmo tem pouquíssimas vagas, na Bahia, tem um pouco, lá em Pernambuco, não tem... ações afirmativas assim não... Eu fiquei bem impressionado assim... inclusive, lá no Nordeste, tem muitas etnias e poucas universidades federais que estão ainda abrindo as portas para nós conseguirmos entrar. Então, para fazer medicina, tem que ir embora para longe (RODA 4).*

Na narrativa de *Xinã Bená* e na roda de conversa 4, como apresentado no trecho acima, os estudantes discutiram sobre a inevitabilidade de grandes deslocamentos para os que buscam fazer o curso de medicina e vivem em regiões em que as instituições mais próximas não dispõem de PAA. Cursar medicina numa região desconhecida foi então a realidade de muitos dos participantes da pesquisa, que se mudaram especificamente para estudar. Ao identificarem que, diferentemente das instituições de sua região, havia locais distantes que

contemplavam vagas reservadas para estudantes indígenas, eles ousaram estar nessas localizações antes impensadas:

*A dificuldade é justamente você sair da sua área, tipo, para mim, seria muito mais cômodo tentar fazer no próprio estado [...] Fazer ali... mas, a gente vê que a política do próprio estado é muito fraca ainda nessa questão de você ter política de fatos concretos para comunidade indígena. A gente não tem reserva específica para indígena... E depois você sai, daí tem essa questão financeira de se manter fora da sua região (KARI'OCA).*

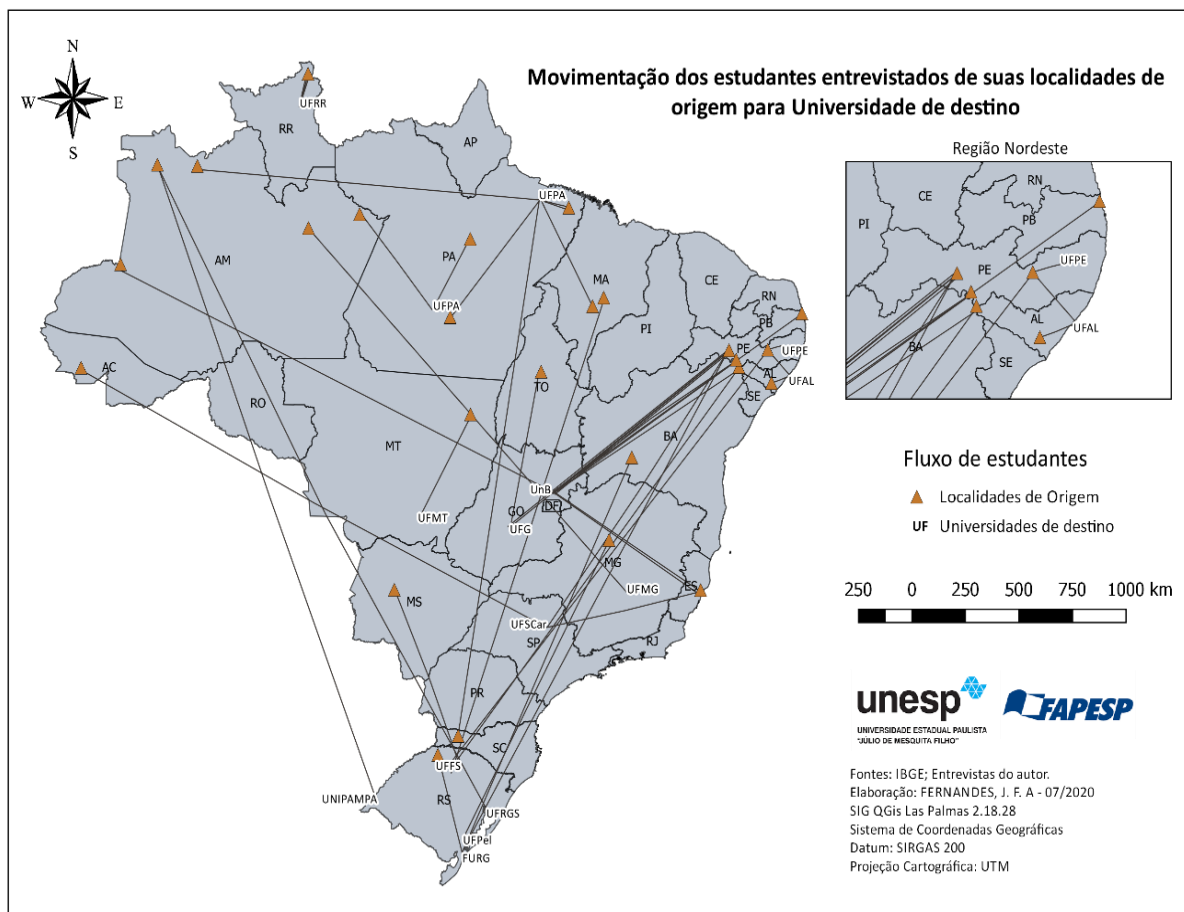
*Lá no meu estado não tem vaga reservada para a gente. Não veem que precisam fazer política, para que haja indígena na universidade. [...] E acho assim, que se você for uma pessoa daquela região, daquele local, é muito mais fácil retornar para o seu lugar. Então, daí eu vejo a importância de ter faculdade lá (ARAPUÁ).*

*Eu nunca pensei em morar ou residir em outro estado, eu sempre quis ficar lá na minha região, porque eu queria contribuir estando lá, sabe? Então, eu tinha umas economias e falei: “eu vou tentar a vida lá fora, buscar mais oportunidades”. Apesar de ser um estado que tem um grande número de pessoas indígenas, as universidades são poucas, e as que tem, não tem vestibular específico para indígenas. É muito fechado (TYPA).*

*Na minha etnia, nós somos vários estudantes de medicina. Estamos em muitos lugares; a maioria no Brasil, mas tem fora também. Tem em Cuba, no Tocantins, em Brasília, no Maranhão, Rondônia, São Paulo, Minas, Rio Grande do Sul, Bahia. Todos fora da nossa região (ARAGUACI).*

Em busca por visualizar a movimentação de todos os 40 participantes, desde suas localidades de origem até às universidades onde estudavam no momento da pesquisa, construiu-se o mapa disponível na figura 9. A origem dos estudantes é representada por um triângulo amarelo, sendo conectado por uma linha à instituição em que estudavam no momento da pesquisa.

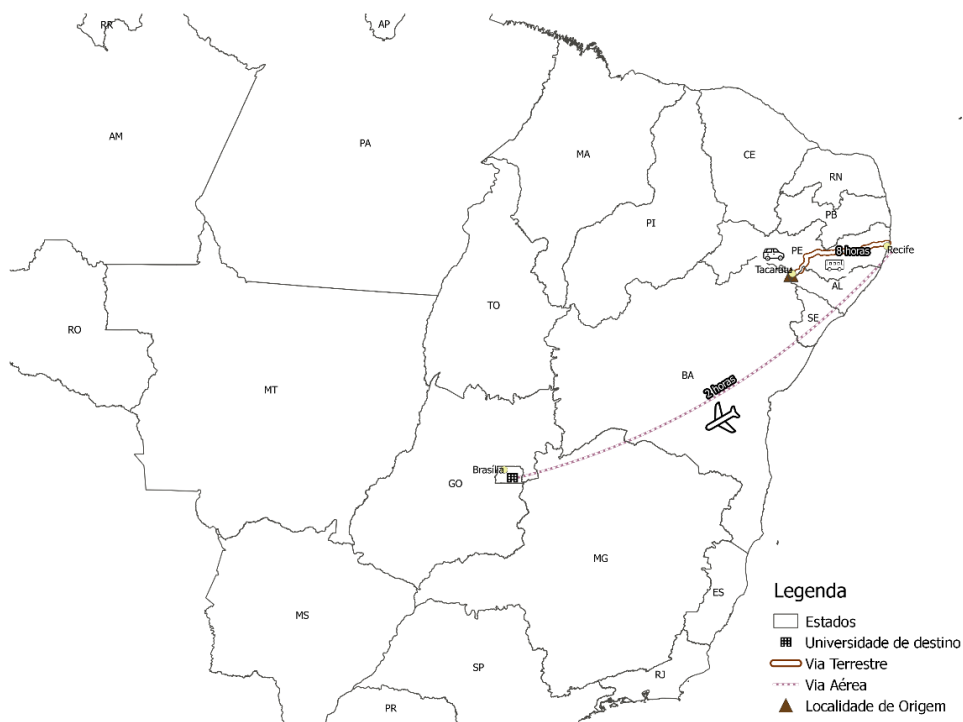
Figura 9 – Movimentação dos estudantes indígenas, participantes da pesquisa, desde suas origens. Brasil, 2018 a 2020.



No mapa acima, revelam-se os grandes deslocamentos ocorridos pelo território nacional, construindo um emaranhado de origens e destinos entre os participantes da pesquisa.

Como forma de exemplificar um desses deslocamentos, pode-se tomar a trajetória de um dos indígenas que saiu de sua aldeia, no interior de Pernambuco, para chegar a Brasília, conforme apresentado na figura abaixo:

Figura 10 – Trajetória de deslocamento de um indígena de Pernambuco que estuda em Brasília. Brasil, 2020.

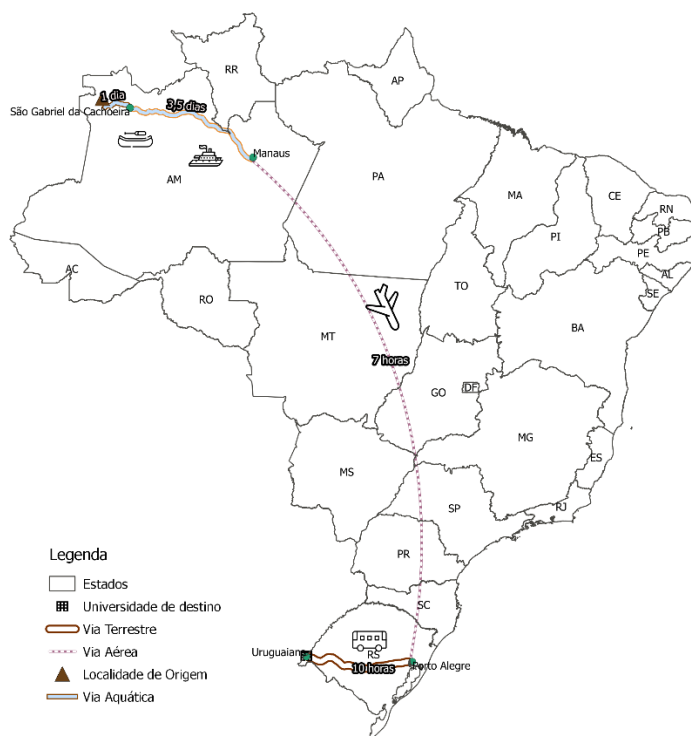


Elaborado pelo pesquisador, 2020.

No deslocamento iniciado na aldeia, esse estudante vai de carro até o município de Taracatu, em uma viagem de aproximadamente 15 minutos. De lá, ele pega um ônibus até Recife, levando cerca de oito horas. De Recife para Brasília, ele faz um voo de cerca de duas horas, quando não faz conexões, somando-se, minimamente, quinze horas de deslocamento para chegar à cidade onde faz o curso de medicina, em um total de mais de 2600 quilômetros percorridos.

Descrevendo outro exemplo de movimentação, um dos estudantes saiu da região de São Gabriel da Cachoeira, no noroeste do estado do Amazonas, com destino a Uruguaiana, no Rio Grande do Sul, conforme ilustrado na seguinte figura:

Figura 11 – Trajetória de deslocamento de um indígena do Amazonas que estuda no Rio Grande do Sul. Brasil, 2020.



Elaborado pelo pesquisador, 2020.

Da mesma forma que visualizado na imagem acima, esse indígena relatou que de sua aldeia à zona urbana de São Gabriel da Cachoeira leva cerca de um dia de barco, com um motor rabeta. De lá, ele toma um barco para Manaus, numa viagem que dura cerca de três dias e meio. De Manaus, faz um voo até Porto Alegre, com sete horas de duração, seguindo de ônibus até Uruguaiana por mais dez horas, ou seja, somando todo esse deslocamento, foram mais de 6 mil quilômetros percorridos, sendo que, se forem acrescidos os intervalos entre as mudanças de transporte, não há como realizar esse trajeto em menos de uma semana.

Um dos estudantes participantes da segunda roda de conversa também contou como fez para chegar de sua aldeia, no interior do Amazonas, à Altamira - PA, cidade em que estudava:

*Primeiro, eu vim da aldeia para cidadezinha lá perto, que são dois dias de viagem de barco. E, lá da cidade, fui para Santarém de barco, e de Santarém para Belém de ônibus. Daí, quando cheguei lá, descobri que eu tinha passado para outra cidade, que era Altamira.*

*Eu não sabia onde era Altamira, aí eu pesquisava para ver onde era, para decidir o caminho que eu ia. Eu pesquisava na internet. Daí vim de lá e cheguei aqui em outro ônibus, direto na Universidade mesmo. [...] Então, foram vários dias para conseguir chegar a primeira vez aqui (RODA 2).*

Vários desses longos percursos estão estampados no mapa e nas imagens, que evidenciam um fluxo das regiões em que não havia PAA – para ingresso de indígenas nas universidades – para as que possuíam. Destacam-se, assim, os deslocamentos do Amazonas e de Pernambuco, com destino ao Rio Grande do Sul e ao Distrito Federal.

Percebe-se que vários indígenas migraram para outras regiões, o que também pode ter sido potencializado por outras variáveis, como a utilização das notas do ENEM para ingresso e a realização de vestibulares indígenas descentralizados, que favoreceram a chegada dos indígenas aos processos seletivos, mesmo que em regiões distantes de suas moradias, o que também foi identificado em um estudo na Universidade Federal da Bahia (SOUZA, 2016).

Ademais, alguns compararam as duas formas de ingresso na universidade, por cotas PPI e por vagas específicas para indígenas, discutindo os benefícios dos programas de reserva de vagas para acesso e para acolhimento institucional, pois já chegavam mais identificados enquanto indígenas, fato que, segundo *Mayá*, também potencializava o olhar diferenciado da instituição:

*No fim das contas, eu passei aqui em fisioterapia, tirei uma das melhores notas de todos os vestibulares que tinham acontecido. Passei aqui pelo ENEM na fisioterapia, antes de passar na medicina. Então, toda vez que alguém falava assim, eu dizia: “gente, não é só que de certa forma eu conseguiria passar pelas duas coisas, só que acabei escolhendo ir pelo vestibular indígena, porque você acaba sendo vista pela universidade de uma forma diferente”. [...] Mas, assim, você se identifica como grupo indígena, é diferente de quando você entra no vestibular normal, pelo ENEM, entendeu? Você pertence àquele grupo. E isso é desde a chegada mesmo (MAYÁ).*

Essa situação corrobora com que foi relatado pelos dois participantes da pesquisa, no início desta categoria, que ingressaram no curso de medicina pelas cotas, *Ubá Kriki* e *Pucreron*, pois demonstraram sentir certa invisibilidade em suas instituições e o fato de conhecerem poucos indígenas que nelas estudavam. No caso de *Mayá*, ela reforçou que preferiu ingressar pela PAA, mesmo tendo sido aprovada pela seleção regular da universidade, pois isso a tornava “mais

identificada” como pertencente ao “grupo indígena”. Dessa forma, ingressar pelas PAA também possibilitava uma atenção especial da instituição desde a chegada.

## 4.2 Trajetórias rumo aos processos seletivos

### ***Só ter a vaga não é suficiente***

No tocante aos processos específicos para ingresso de indígenas, os participantes ressaltaram que a divulgação nem sempre chegava aos possíveis candidatos que viviam em locais mais afastados dos centros urbanos, destacando que, nessas situações, as informações chegavam a partir de iniciativas de outras pessoas ou instituições que desenvolviam ações mais próximas às comunidades:

*Aqui tem o programa de inclusão do estudante indígena da universidade, e eu também não conhecia esse programa, eu sei que ele existe há muito tempo [...] Assim, como eu ficava sempre na aldeia, eu não tinha... eu não sabia como funcionava essa questão de entrar na universidade. Depois que eu comecei estudar, que eu fui ver que tem vários indígenas formados pela universidade, que é pelo programa de inclusão. [...] Eu não sei se essa informação ainda é muito... não chega lá. Era pouca gente que sabia, às vezes... eu mesma fui descobrir no último ano que existia isso. E eu trabalhava no DSEI e tinha acesso às informações. Se for pensar em quem está lá, sem acesso nenhum, lá na aldeia, realmente não chega mesmo. Chegou a outras pessoas para fazer inscrição, mas eram pessoas que moravam na cidade (KHANTE).*

*O primeiro processo seletivo especial para indígena foi em 2010 e, depois disso, só quatro anos depois foi entrar indígena de lá da minha comunidade, porque o pessoal não conhecia, não era divulgado, então, eu soube através desse rapaz do Conselho Indigenista Missionário (TENETEHAR).*

*Uns anos antes de eu passar, eu nunca tinha ouvido falar que tinha que existir as cotas, que a gente tinha um meio de entrar na universidade que não fosse pelo ENEM. E tinha um motorista da SESAI, que trabalhava no povo vizinho, nos Pankararu, e ele foi lá, trabalhou lá uma semana, quando ele retornou, aí ele falou comigo e ele disse: “Você é muito trabalhadora. Por que você não faz medicina?” Aí, eu falei: “Ah não, uma coisa que não é para mim”. Depois, eu fui pesquisar e descobri que tinha o processo seletivo para a gente (ARAPUÁ)*

Situações como as vividas por essas estudantes reforçam a carência na divulgação, mas também apontam para as possibilidades do trabalho intersetorial,

para que as informações cheguem às comunidades mais distantes. Além disso, os indígenas reforçaram a escassez de apoios relacionados a transporte, hospedagem e alimentação, para que pudessem fazer as seleções, o que também foi relatado por outros autores (TASSINARI, 2016; COHN, 2016; SILVA, 2016), destacando-se que não era apenas a divulgação que se apresentava insuficiente para que os indígenas, de áreas mais distantes dos centros urbanos, pudessem participar dos processos seletivos.

Na experiência da UFSC, Tassinari (2016) discute que havia barreiras já nas tentativas de inscrição no processo do vestibular, observando que os desafios encontrados pelos candidatos indígenas eram de diversas ordens e que iam muito além do sucesso na prova em si. A autora destacou dificuldades relacionadas à falta de acesso às formas usuais de divulgação do vestibular; falta de acesso à rede internet, para a realização da inscrição *on-line*; dificuldade de transporte até os locais da prova e a língua portuguesa como segunda língua em alguns casos (TASSINARI, 2016). Na pesquisa presente pesquisa, questões como essas também surgiram:

*Mas não teve ajuda nem nada. E nem era só questão de divulgação, porque da aldeia mesmo ninguém conseguiu ir fazer a prova, até... e outras desistiram, porque não tinha como... não podia pagar para poder ir fazer a prova. [...] Tanto é que no meu caso eu até vendi algumas coisas da minha casa para poder fazer as provas, porque senão não tinha conseguido. Tive que ir para a capital do estado para fazer a prova. E aí, você faz a inscrição, aí tem uns dias das provas e aí você vai e é tudo por conta própria. Não tem nada de ajuda (KHANTE).*

*Bem, eu vim para cá prestar o vestibular e a minha dificuldade foi tipo alojamento, porque eu não conhecia ninguém aqui, então, é difícil para as pessoas se deslocarem da comunidade para poder vir fazer a prova, e a instituição não proporciona um alojamento ou algo do tipo. E eu acho que isso é uma das reivindicações que a gente tem que colocar aqui, porque é importante se a gente quer beneficiar as pessoas da comunidade, é necessário que haja subsídios, para que eles possam participar. E, muitas vezes... a questão do transporte, às vezes, não é tão fácil assim conseguir um transporte, é com muita dificuldade, e parece que às vezes não colocam em conta. Tem que melhorar essa questão de dar esse subsídio, inclusive, antes da pessoa ingressar na universidade em si (TYPA).*

Nesse íterim, Baniwa (2019) discute que devido a todas essas questões, que resultam em dificuldades de acesso aos vestibulares realizados em centros urbanos,

os candidatos residentes nas cidades são os que mais se beneficiam das PAA de acesso. Dessa forma, o mesmo autor indica certa preocupação ao acrescentar que esses estudantes, que vivem na zona urbana, nem sempre possuem sensibilidade para os valores e princípios comunitários da vida indígena, o que pode gerar menor impacto para as comunidades quando ingressam na universidade, pois há chances de viverem distantes de seus coletivos (BANIWA, 2019).

Um dos entrevistados, *Xinã Bená*, relembra das dificuldades enfrentadas para chegar até o local para fazer o processo seletivo, em um período em que sua instituição não realizava o vestibular descentralizado:

*Eu vim de ônibus, que era mais barato, porque para vir para cá é muito caro. Naquela época, só tinha aqui a prova, então, não dava nem para fazer mais perto de casa. Tinha que vir. Aí eu vim de ônibus, passei 3 dias de vinda, eu nunca tinha vindo para essa região. Cheguei aqui e fiz o processo seletivo. Na época, tinha a prova objetiva, a redação e a entrevista (XINÃ BENÁ).*

Nesse sentido, outro narrador, *Tauá*, destacou que foi factível para ele fazer a seleção para ingresso no curso, porque ela aconteceu relativamente próxima à sua comunidade, de forma descentralizada, o que oportunizou a outros indígenas, de localidades distantes da sede da universidade, também participassem:

*E aí foi quando eu soube do vestibular específico daqui e eu fui fazer. Só que eu não conhecia ninguém aqui. Ainda assim, eu fui fazer, porque a prova foi feita em um povo lá no meu estado, é uma prova descentralizada. E aí, eu juntei um dinheirinho, incentivei outros jovens também da aldeia, porque eu já estava fora. E para quem não tinha acesso à internet, aí levei esse edital para lá, discuti com um pessoal que estava se formando no ensino médio e pedi para ver se eles conseguiam sair para prestar vestibular também. Eu acho que nessa época fomos dezessete. Eu saí da cidade onde eu estava e eles saíram do povo mesmo, a gente se encontrou e foi fazer os três dias de prova. E aí, eu fiz a prova sem ter muita noção de como seria isso, se eu ia conseguir ou não, e se eu conseguisse, o que eu ia fazer. Mas eu estava consciente de que assim, se caso eu passasse, eu ia assumir a responsabilidade de algum jeito (TAUÁ).*

Há experiências de vestibulares indígenas descentralizados em algumas instituições, e eles têm sido desenvolvidos com o objetivo de possibilitar que indígenas de regiões mais afastadas possam concorrer, como na UnB, na Universidade Estadual de Campinas e na UFSCar (MELLO; SOUZA; PALOMINO, 2018).

Um dos narradores, *Cumarú*, relatou que o vestibular indígena aconteceu na sua cidade, o que tornou o processo mais acessível do que para sua irmã, além de ter sido mais facilmente informado do processo seletivo, ao ser avisado por uma professora do ensino médio, que havia sido informada sobre o vestibular indígena:

*A minha irmã, ela conseguiu passar assim, e ela passou pelo ENEM. Então, eu acho que o dela, eu acho que foi até mais difícil, porque não tinha um programa específico, que acontecesse mais perto lá de casa. [...] Aí, eu tive uma certa sorte que ela não teve, porque no período que ela estava fazendo não tinha o vestibular descentralizado. Daí, uma professora minha, lá do ensino médio, me mandou o edital, ela nem sabia que eu estava pensando em sair, ela mandou para mim sobre o vestibular indígena lá na minha cidade. Aí, eu falei: “Vou fazer”. Aí, peguei o edital e comecei a estudar ponto por ponto [...] Daí eu fiz isso, fiz o vestibular, deu certo e eu passei, então, eu vim para cá só depois de ser aprovado mesmo (CUMARU).*

Ademais, das políticas institucionais de acesso, ressaltaram que as características de suas trajetórias pessoais possibilitaram o ingresso no curso de medicina, o que parece ser mais decisivo do que em outros cursos de graduação, como também apontado em um estudo na UFPR (SILVA, 2016). Dentre as características, a presença de familiares que já tinham cursado o ensino superior e a experiência prévia na cidade favoreceram sua trajetória rumo à universidade:

*O que me ajudou foi eu já ter uma noção do que que era uma universidade, eu já tinha esse acesso prévio, eu fui criado por uma família que já tinha essa cultura, de universidade, né? Já tinha pessoas na família que tinham feito faculdade. Os meus pais adotivos não, mas os netos – porque eles eram, assim, eles eram casados e tinham dez filhos, e eles criaram bastante netos – e os netos tinham morado com eles e eu morava junto. Eu tinha muito contato, e eles tinham começado a fazer faculdade. [...] Então, eu já tinha essa cultura de academia (XINÁ BENÁ).*

*Nós somos em cinco irmãos. Tem o meu irmão mais velho, que faz Medicina. Depois, tem uma irmã, que está estudando aqui na cidade e está tentando entrar pelo vestibular indígena. [...] E eu morei dois anos na casa de um médico, que me ajudou, porque daí não precisava pagar para morar. Os anos que eu fiz cursinho, morei lá. Meu tio e meu irmão também. [...] Então, ter alguém que tem experiência de estudo e essas coisas, isso tudo ajudou muito a decidir o que fazer depois do ensino médio... E até antes, também, já tinha outro conhecimento. Acho que até por isso eu consegui entrar na faculdade mais rápido que o meu irmão e o meu tio, porque eu já tinha isso também, né? Porque ter outras pessoas que estão tentando entrar, ajuda, né? Ajuda muito (WEI).*

*Então, para início de conversa, eu sempre convivi com dois mundos, meu pai não é indígena e minha mãe é indígena. Então, eu morava no município onde, tipo, viviam pessoas não indígenas, onde o meu pai foi uma dessas pessoas que foi morar para lá e conheceu minha mãe e aí casaram-se. Só que quando ele casou, minha mãe passou a morar na cidade com ele, ela já tinha tido eu, e aí, fui crescendo sempre nesses dois mundos, cidade e comunidade indígena. [...] Minha mãe, ela fez pedagogia à distância, aí era uma aula semanal presencial. E aí, foi até a parte que eu me empolguei mais para fazer a faculdade, que eu fazia pesquisa para ela. Eu estava no ensino médio (KAPOI).*

Outros estudantes destacaram que ter frequentado, mesmo que por períodos breves, escolas particulares e cursos preparatórios para os processos seletivos das universidades, os cursinhos, fez a diferença nessa trajetória para ingresso no curso de medicina:

*Eu comecei a jogar handebol com meu irmão, e aí com dois anos... eu comecei a jogar com doze e com quatorze anos a gente recebeu uma proposta para ir para estudar em um colégio. Então, a gente jogava e em troca ganhava bolsa em um colégio particular. Daí meu irmão estudou o terceiro ano nesse colégio e eu estudei o segundo e uma parte do terceiro. E, quando chegou em uma parte do terceiro eu acabei resolvendo voltar para casa, porque apesar de ter a bolsa no colégio particular, a gente não tinha os mesmos benefícios que os estudantes tinham por lá. Eu acordava às 5h30min da manhã, tinha que ir para academia, depois da academia, fazia fisioterapia alguns dias da semana, treino físico e aí voltava pra casa. Tinha que fazer comida, as tarefas da escola, 13h30min entrava no colégio, aí o colégio era até 18h30min, 19h começava o treino. E aí, eu retornava para casa, chegava quase às 23h. Aí, quase todas as quintas e sextas-feiras, a gente estava viajando para competições do estado ou fora do estado, chegamos até a jogar internacionalmente também, na Argentina (RATRIKSIÊ).*

*Eu concluí o ensino médio na minha cidade, então, a minha base era muito fraca, então, eu migrei para a capital do estado, procurando cursinho e fiz 5 anos de cursinho. Foi bem sofrido, inclusive, mas valeu a pena, porque eu construí a minha base toda nesses 5 anos (ARAGUACI).*

*Só ter a vaga não é suficiente, porque, como eu disse, no caso da minha história, para mim, o que pesou muito foi eu ter feito cursinho. Isso me ajudou bastante nesse conhecimento para poder concorrer a essa vaga. Então, se eu não tivesse tido essa oportunidade de vir para a cidade para estudar, eu não teria passado, mesmo tendo a vaga. Além das vagas, que é muito importante, precisa pensar mais sobre quem é que precisa delas. Além disso, eu acho que ter um reforço para educação de quem é de comunidade, porque se não fosse o cursinho, talvez eu não estaria aqui ainda, eu estaria tentando ainda correr atrás do que eu estava atrás por ter estudado*

*na comunidade. Então, essas estratégias têm que ser um pouquinho melhoradas (WEI).*

Como discutido por *Wei* no trecho acima, a existência das vagas reservadas não garante que os indígenas das comunidades consigam acessar as universidades. Nesse sentido, *Baniwa* (2019) discute que é favorável à inclusão dos indígenas residentes ou que estudaram em centros urbanos, todavia ressalta que há necessidade de se atender também aos indígenas que vivem nas aldeias, pois senão os processos, “ainda que específicos, continuarão hierarquizados e excludentes” (BANIWA, 2019, p.179), pois é injusto tratar igualmente indígenas em contextos tão diferentes como genéricos.

Desse modo, mesmo com os programas diferenciados de acesso, havia mais dificuldades para os estudantes que sempre viveram nas aldeias e não tiveram outros espaços de formação ou experiências na zona urbana, principalmente nos cursos de alta concorrência, como na medicina. Essa questão foi trazida pelos estudantes entrevistados:

*Eu ainda percebo uma fragilidade muito grande na promoção desses processos seletivos para quem é de dentro da aldeia, eu acho muito frágil e, inclusive, um dos objetivos do projeto que a gente está desenvolvendo entre os Pankará é possibilitar esse acesso mais facilitado para os estudantes que moram nas aldeias e que frequentam as escolas indígenas, porque a maior parte das pessoas que fazem esses processos seletivos são pessoas que já fazem vestibulares. Então, tem que ver o que precisa apoiar para esses que estão ali, nas escolas indígenas (ARAGUACI).*

*Mas como eu falei, uma pessoa que foi nascida e criada e não saiu da aldeia, eu acho muito difícil de conseguir entrar e conseguir entrar mais para esses cursos... mais concorridos. Não que os outros sejam cursos ruins, mas eles acabam não tendo tanta opção, sabe? Aquilo ali que eles conseguem fazer e pronto. E assim, a gente morando na cidade e tal, a gente acaba tendo mais estímulo para fazer alguma coisa e lá não tem isso, sabe? (MBARETE).*

Cabe ressaltar ainda que não se trata de reforçar que o ensino na zona urbana é de qualidade superior ao desenvolvido nas escolas indígenas, localizadas nas aldeias, nem de indicar que as escolas indígenas devam propiciar aprendizados semelhantes aos das escolas da cidade. Trata-se de reconhecer que a educação escolar indígena deve ser diferenciada e baseada em outros aprendizados e preceitos que não necessariamente favorecem o bom desempenho nos processos

seletivos das universidades, que, geralmente, possuem critérios homogêneos e que não valorizam as potencialidades étnico-culturais e linguísticas dos povos indígenas. Um dos entrevistados, *Insikiran*, refletiu sobre esse aspecto na sua trajetória, comparando os aprendizados na escola indígena com os conteúdos que compunham o vestibular indígena para ingresso na universidade:

*Eu fiz cinco anos de cursinho. Então, foi um período que eu comecei a me dedicar a aprender essa outra forma de estudo. [...] Foi também uma das coisas que eu pensei que lá, na nossa escola, ela não tinha uma estrutura, assim, ou alguma coisa de... o gestor não se preocupava com o ensino de quem fosse buscar fazer o ensino superior, medicina ou direito. Foi quando eu percebi que realmente a educação de lá era muito ruim para essas áreas. Era boa para outras coisas, para o aprendizado mesmo do indígena. Só que no vestibular era cobrada essa parte das matérias do cursinho. [...] E também o que é um pouco chato assim, é que é um vestibular para indígena, tudo bem, só que não tem diferença de indígena da comunidade para um indígena da cidade, então, aqui o indígena da cidade ele tem, o que, se ele tiver ganhando um salário razoável, ele vai ter uma facilidade... Como é que eu posso dizer, ele vai ter condições de pagar uma escola particular para o filho dele, então, ele vai concluir o ensino médio numa escola particular e depois vai fazer cursinho, depois provavelmente entrar... porque quando ele fizer a inscrição, ele vai fazer a inscrição pelo vestibular indígena mesmo, ou seja, não tem... diferença na seleção, mas eles não têm uma história na comunidade (INSIKIRAN).*

Alguns estudantes narraram, adicionalmente, as limitações, especialmente as financeiras, ao saírem das aldeias para estudarem na cidade, reforçando o importante apoio dos familiares e da comunidade, para que pudessem partir, já que tinham o desejo de se tornarem universitários:

*E aí, eu fiz ensino médio, terminei e não passei de primeiro, não consegui passar, e aí, eu fiz um ano de cursinho, lá perto mesmo, porque a gente não tinha condições de mandar para a capital para fazer cursinho, essas coisas. Não tinha condições também de me manter, porque meus pais são agricultores, eles trabalham lá, meu pai planta e colhe, tem uns animais, tudo lá na comunidade. E vivem disso, vendem lá na feira, minha mãe e meu pai trabalham lá na feira, eles vendem tapioca, que é a maioria das pessoas lá. O pessoal lá faz isso, a gente vende a massa de tapioca, a goma, a massa de mandioca e a tapioca e pronto. [...] Mas eu queria estudar e eles ajudaram da maneira que dava (PUCRERON).*

*E aí, eu falei com os meus pais, principalmente com a minha mãe, professora, que eu queria sair para estudar. E que eu não queria trabalhar lá dentro, porque eu não sabia fazer nada, eu tinha medo*

*de trabalhar em roça, porque essa parte braçal nunca foi comigo. E aí, eu tive o incentivo dela, do meu povo e de algumas lideranças. Foram me ajudando e apoiando (TAUÁ).*

Na fala de *Tauá*, também se percebe que o fato de sua mãe ser professora pode ter favorecido o seu desejo e a possibilidade de estudar para além do ensino médio, como relatado por outros universitários que possuíam familiares professores.

Nessa medida, ressalta-se que houve um conjunto de situações adversas para que tais estudantes chegassem aos processos seletivos e, complementarmente, uma conjunção de características que propiciaram a realização desse trajeto. Entre essas características, foram fundamentais: acesso à informação; os apoios financeiros não institucionais; a presença de familiares que eram universitários ou que já tinham se graduado; a experiência prévia de viver na cidade; a relação com outros universitários no meio social; a realização de parte dos estudos em escolas particulares e ter frequentado cursos preparatórios para os processos seletivos das universidades.

### **4.3 Caminhos anteriores ao curso de medicina**

#### ***não era o que brilhava meus olhos, mas foi importante***

Uma vivência pregressa, destacada pelos participantes, foi o início ou a conclusão de outro curso superior. Vários desses foram na área da saúde, a saber: enfermagem, odontologia, farmácia, serviço social e fisioterapia. Algumas vezes, a intenção já era fazer a graduação em medicina, mas precisavam de um preparo maior para ingressarem no curso:

*Eu comecei a trabalhar e comecei a fazer um curso de enfermagem, porque eu não sabia dos processos seletivos específicos, né? Eu não sabia, nem tinha ideia, e daí um amigo falou: “são processos seletivos específicos, que algumas universidades no Brasil têm”. E aí, eu comecei a pesquisar, a fazer provas. E eu fiquei três anos, até pela dificuldade que eu tinha, principalmente com o português, com outras disciplinas também, eu tinha muita dificuldade, então, eu comecei a estudar mais. Dei muita sorte que um amigo era professor... Ele é professor de língua portuguesa, então, ele resolveu me ajudar nessas questões (FATHOA).*

*Eu já fazia vestibulares indígenas, porque o pessoal já comentava bastante, o pessoal da minha cidade, que morava em Brasília. E aí,*

*eu comecei odonto, fiz um ano, depois decidi largar e voltar a fazer cursinho, para tentar medicina de novo, que é o que eu já queria antes (ARAGUACI).*

*E aí, eu saí com dezesseis anos, para fazer enfermagem lá no estado mesmo, era uma autarquia, recebendo bolsa, e aí, eu pensando sobre isso também, foi a primeira vez que eu saí da aldeia para morar sozinho e me manter basicamente sozinho. [...] E aí, eu fiquei dois anos fazendo esse curso, mas não era o curso que eu queria, então, eu fui tentando outros vestibulares (TAUÁ).*

Outros indígenas se motivaram a estudar medicina durante a realização do outro curso, decidindo tentar nova seleção, como relatado nos trechos abaixo:

*Eu fiz o ENEM, tirei uma nota razoável e daí consegui uma bolsa integral para uma faculdade particular... numa faculdade particular lá, pelo PROUNI, serviço social. E aí, eu fiz um ano. [...] Aí eu não sei por qual motivo, acho que acessando a internet na FUNAI, eu achei uma divulgação do processo aqui da universidade. Assim, eu sempre quis uma área que mexesse com pessoas [...] E eu achei que a medicina poderia me ajudar de uma forma mais direta, até com a questão indígena (XINÁ BENÁ).*

*No fim das contas, eu passei aqui em fisioterapia, tirei uma das melhores notas de todos os vestibulares que tinham acontecido. Então, entrei na fisio. Fiz um ano de fisio aqui, um ano de fisio e eu dividia quarto com uma estudante indígena que fazia medicina. Isso me motivou a prestar medicina (MAYÁ).*

*Aí, por último, foi até no Carnaval, eu passei para a universidade federal. Aí, eu fui e comecei a cursar odontologia. No começo, eu gostava muito, eu nem me imaginava fazendo outro curso, e eu também fazia muita pesquisa lá, porque eu participava de grupo de pesquisa e lá eles faziam muito esses laboratoriais, e eu até tentei algumas pesquisas lá na minha cidade também. A gente fez uma pesquisa lá sobre a fluoretação das águas [...] Daí, eu comecei a me apegar mais à clínica, daí eu vi que aquilo não era mais o que eu queria fazer para o resto da vida. E, quando eu percebi isso, eu falei: “Agora, eu vou ter que fazer novamente o ENEM”. Isso foi no quinto semestre. [...] Daí, surgiu a possibilidade e eu fiz o vestibular para medicina, mas nem contei para minha família (CUMARU).*

Os entrevistados relataram que as formações de nível técnico na área da saúde também foram processos importantes para chegarem até à medicina. Relataram ter cursado formações técnicas de enfermagem, de agente de saúde e de saneamento. Nesse contexto, é válido salientar que os cursos da área da saúde são, junto da educação e direito, os mais procurados pelos candidatos indígenas, o que pode ser explicado principalmente por serem carreiras mais evidentemente ligadas

às políticas indigenistas e trajetórias pessoais (COHN, 2016; SILVA, 2016; BANIWA, 2019), como narrado por alguns estudantes:

*Eu terminei o ensino médio na aldeia e depois fui para a cidade lá perto para fazer o técnico. Aí terminei o... são dois anos de técnico de enfermagem. Fiquei esse tempo todo só estudando. Nunca trabalhei, só apenas estudando, ajudando meu pai e estudando. Eu me formei lá na cidade perto da aldeia, fiz técnico de enfermagem. Terminei e gostei. Eu sou um técnico, aí vi a experiência... A dificuldade do atendimento dos médicos do meu povo, né? Aí eu falei: "nossa, então ou Enfermagem ou Medicina" (KEKARYEHTOTHO KOMO)*

*E eu fiz o curso de agente de saúde, então, assim, eu acho que um pouco fui meio que influenciada, digamos, de uma boa forma, com toda a equipe também da área de saúde que trabalhava. Então, foi desde esse início que eu comecei a trabalhar como agente de saúde, fiz o curso e aí por alguns anos trabalhei lá. Só eu queria continuar os estudos e lá nas aldeias não tinha na época, não tinha como terminar o ensino médio... Eu peguei o certificado... porque era curso de agente de saúde e era junto com... eles davam o certificado também do ensino médio junto... Então, eu acabei terminando o ensino fundamental e fui para a cidade. [...] Então, eu comecei a trabalhar no DSEI (KHANTE)*

Além dos cursos da área da saúde, os atuais estudantes de medicina passaram por outras áreas ligadas à educação, o que também citam Bergamaschi, Doebber e Brito (2018) ao discutirem pesquisas com universitários indígenas de cursos em geral. Os estudantes da presente pesquisa narraram essas vivências:

*Daí tive a oportunidade de começar a fazer o ensino superior justamente na universidade estadual, onde ingresso para fazer matemática. Terminei o curso de matemática, retorno para lecionar no estado, para tentar contribuir justamente nisso. Trabalho um ano no estado, tentando trazer algumas questões indígenas. Mas aí aqui é muito complicado, você tem toda uma formação... dizer que você pode mudar e tudo mais, e no momento que você entra no sistema você vê que não é bem isso, né? Tudo que você aprendeu, você não pode aplicar, porque o meu foco quando eu faço a minha licenciatura de matemática era justamente isso: tentar colaborar com a comunidade indígena (KARI'OCA).*

*Só que, como eu era muito nova, minha mãe não deixaria eu ir para outros lugares, então, eu acabei ficando um ano sem fazer faculdade. Aí, depois disso, eu fui fazer pedagogia, fiz dois anos de pedagogia lá. E trabalhei até numa escola indígena como professora. Porque lá a gente pode ser professor antes da formação completa e eu gostava daquilo. Mas não era a mesma coisa, não era o que brilhava meus olhos, mas foi importante. E aí, resolvi abrir de novo,*

*desde então eu já tinha me inscrito para cá, para a universidade, só que sempre escutava da minha mãe que eu era muito nova e ela não queria que eu saísse da aldeia e eu acabei sempre adiando isso. [...] Hoje, eu ainda tenho um pouco dessa postura que eu aprendi na pedagogia (MAYÁ).*

*O que me ajudou bastante, assim, essa autoaceitação foi porque eu comecei a faculdade de história lá. Lá na minha cidade mesmo. Aí tipo, foi muito bom, sabe? Logo no começo, assim, porque foi cronológico. Então, foi logo no começo essa questão de estudar a nossa identidade indígena, e tipo, eu comecei a achar muito bom e comecei a gostar de me identificar enquanto indígena. E já não era uma coisa que eu tinha vergonha, era uma coisa muito boa (MBARETE).*

Essas experiências possibilitaram amadurecimento e novas compreensões sobre sua identidade e seu papel nas comunidades indígenas, como relatou *Mbarete* na última narrativa. E mesmo alguns conhecimentos que, à primeira vista, pareceriam distantes do processo de formação em medicina, foram ressignificados nas falas dos estudantes indígenas:

*Acabei passando em agronomia na universidade federal. Antes, eu tentei vários outros vestibulares, eu sabia que eu queria medicina, mas eu já sabia que ia ser uma dificuldade muito grande em passar, então, eu tentei várias outras coisas na área da saúde também, cheguei até a ter algumas aprovações, mas acabei escolhendo agronomia, porque estava mais perto de casa, já conhecia o pessoal, já sabia que era uma cidade que não tinha um custo de vida tão alto. E eu pensei também que na agronomia eu teria disciplinas de biologia, química e matemática, que poderiam me ajudar, já que eu não podia pagar um cursinho, e estando na universidade ajudaria, de alguma forma, a estudar para os vestibulares. Acabou que eu fui levando agronomia, fiz quatro anos, a agronomia me ajudou bastante, porque acabou que entre 2010 e 2015, especificamente, a gente começou uma luta mais forte por território, lá na minha comunidade. Eu acabei ajudando muito nessa luta, que está relacionada também à saúde do meu povo [...] E aí, eu comecei na medicina depois, no início foi muito difícil, acho que no geral o primeiro ano de medicina para todo mundo já é muito difícil, mas eu consegui carregar, e eu acho que ajudou bastante minha experiência na agronomia, porque eu já vinha de quatro anos de universidade, então, eu já tinha uma rotina de estudos, além de entender de questões da agronomia e ainda ajudar mais minha comunidade (RATRIKSIÊ).*

Dessa forma, *Ratriksiê* trouxe também a ampliação da formação universitária ao destacar a importância da formação em agronomia para o seu percurso de

formação em medicina, inclusive no sentido de uma construção interdisciplinar da trajetória universitária.

Nesse panorama, recuperando algumas reflexões de Morin (2007) sobre o aprendizado no espaço universitário, a experiência dos estudantes em outros cursos e áreas do conhecimento pode ter criado a possibilidade de uma formação interdisciplinar, que religa saberes e favorece a postura crítica dos estudantes para a vida em sociedade (MORIN, 2007). Nas trajetórias narradas, esse caminho contextualizado e próximo das complexidades do mundo foi construído pelos próprios estudantes, proporcionando aproximação de saberes.

Entretanto não apenas as experiências acadêmicas influenciaram e foram destacadas nas trajetórias para ingresso no curso de medicina, mas também as laborais, que propiciaram inclusive o aporte financeiro, para que pudessem fazer as seleções e iniciassem os cursos:

*Lá, eu trabalhei um ano, um ano, como professor de matemática. Trabalhei na sede do município, um pouco distante da minha comunidade. Eu trabalhei um ano e daí eu fui chamado para trabalhar no banco. Trabalhei um período, trabalhei três anos, quase quatro anos no banco, por questões financeiras mesmo, né? Porque como professor é bem difícil. Deu até para fazer uma reserva de dinheiro também para poder já ir pensando talvez em sair. Já era um plano nessa época, então, eu precisava me preparar para poder me manter (KARI'OCA).*

*Olha, eu tinha esse pensamento assim, na verdade eu nunca tinha pensado em me mudar da minha região do Amazonas. Eu sempre viajei, como eu trabalhei na associação indígena, né? Eu tive a oportunidade de fazer curso em Manaus, eu tive a oportunidade de conhecer Roraima, Brasília, outros estados. Eu aprendi bastante naquela época e fui planejando estudar. [...] Tinha umas economias e isso me ajudou nesse tempo até chegar aqui na medicina (TYPA).*

Os participantes da pesquisa realizaram vários processos seletivos, relatando os desgastes e a resiliência na caminhada até a aprovação. Uma das estudantes, Arapuá, narrou como experienciou ter ficado duas vezes em segundo lugar no vestibular da universidade em que estudava:

*Nessa época, eu trabalhava como técnica de enfermagem em três trabalhos. Aí, eu fiquei sabendo do vestibular para indígena da universidade. Aí, eu falei assim: "Na hora que abrir as inscrições desse lugar, eu vou fazer a minha". Eu tenho vontade de chorar até hoje. [...] Fiz no primeiro ano e fiquei em segundo lugar. Aí fiz o*

*vestibular no ano seguinte e fiquei novamente em segundo lugar. Melhor, falei: “Nossa, eu e o Lula, vai ficar toda vez em segundo lugar, a gente está concorrendo todas as eleições, mas não consegue ganhar nunca!”. Aí, eu fiquei em segundo novamente, aí eu pensei em desistir, falei assim: “Eu não vou tentar mais. Eu não consigo”. [...] Foi quando eu vi que tinham me mandado uma mensagem que a outra pessoa tinha saído e eu podia entrar na vaga dela, mas era uma mensagem antiga, já tinha passado o tempo de eu poder entrar na vaga dela, aí eu chorei mais uma semana. Eu liguei para a universidade e eles falaram: “Era uma possibilidade de uma vaga, mas agora a gente já está em setembro, então, sinto muito, não dá para fazer nada”. Eu fiz um arroz com lágrimas nesse dia. Era eu cozinhando, assim, e as lágrimas caindo. [faz gesto com a mão como se as lágrimas caíssem dos olhos]. Já tinha me separado do marido e essa oportunidade eu já tinha perdido. [...] Ainda bem que eu não desisti e no outro ano entrei (ARAPUÁ).*

Após tentativas diversas e caminhos variados, a aprovação para ingresso no curso de medicina, de uma universidade federal, foi narrada com detalhes por alguns dos estudantes. Ao falarem desse acontecimento em específico, os participantes da pesquisa se emocionaram, silenciaram e sorriram, recuperando de suas memórias como havia sido esse momento:

*Mas e aí foi assim, eu recebi o e-mail na sexta-feira, nem estava cuidando, porque eu achei que não ia passar. [Silêncio. Retoma a fala emotiva]. Aí, na segunda-feira, tinha que fazer a matrícula já na segunda e terça e aí até então eu tinha começado entrar nos papéis e tal. Porque assim, eu não tinha nenhuma documentação, nem nada que comprovasse assim, nem minha mãe tem. A minha família tem, só que assim, a gente acabou se desligando um pouco disso, infelizmente. E aí, eu tive que vir para cá em cima da hora, assim (MBARETE).*

*Eu morava na aldeia, e eu decidi cursar medicina, [...] quando eu fiz a prova e saiu o resultado, eu pensava que eu não ia passar, mas quando saiu os aprovados meu nome estava lá [faz silêncio e retoma]. Aí foi o meu primo que ligou para mim dizendo: “Tu passou em medicina”. Eu ainda não sabia... lá na aldeia não tem celular, a gente não usa, a gente só usa aquele rádio que é muito difícil de ouvir bem. Aí eu vou ver as notícias... quando eu estava pescando, daí fui falar com meu primo. Aí o meu pai decidiu, ele ficou feliz, sabia das minhas vontades. Mas meu pai também não ficou feliz, entendeu? Porque eu sabia que era difícil cursar a medicina longe da família, como meu pai não tinha condições para me mandar, também, aí ficava difícil, complicado para me manter aqui na cidade. Aí, ele decidiu: “Tu tem que ir, é uma oportunidade que você está tendo, de fazer gratuito pelo governo federal. Então, vai!” Aí, decidi vir, mas ainda não sabia nada como ia ser (RODA 2).*

*E começou, agora chegamos na universidade, é algo assim que eu acho que é a maior conquista que a gente está tendo, é porque a*

*gente chegou na universidade. É muito expressivo para mim, é muita felicidade cada um de lá da nossa comunidade que está entrando na universidade. E quando fui eu agora. [Silêncio. Respira profundamente e retoma a fala]. Na verdade, para te falar a verdade, eu nem acreditava, porque eu falei: “Meu Deus, como assim?”. Eu já acostumada com trabalho que eu estava tendo lá na roça. Porque quem trabalha ali, cara, não quer mais nada, tu não quer mais nada. Só que assim, sempre realmente foi um sonho fazer medicina (APY-MAMÁ).*

*E aí, saiu o resultado, eu estava estudando lá na cidade, e aí só tinha uma semana para estar aqui na universidade. Era uma sexta-feira que finalizava tudo, eu soube em uma terça, e aí eu não conhecia ninguém, mas, mesmo assim, falei: “Eu vou”. Botei tudo na mala, passei em casa rapidinho, pedi a benção a quem tinha que pedir, fiz meus pedidos lá, agradecendo primeiramente. E aí, quando eu cheguei, cheguei aqui em uma sexta-feira, três horas da tarde, com uma mala desse tamanho assim [Faz gesto com a mão, mostrando ser grande], só preocupado, porque no edital dizia que tinha que finalizar a matrícula naquele dia e naquele horário específico, umas seis horas finalizava tudo (TAUÁ).*

Nessa perspectiva, por meio de uma diversidade de experiências e processos de dedicação ao estudo, superaram as barreiras institucionais que permaneciam mesmo com a realização dos processos diferenciados para ingresso dos indígenas, de modo que conseguiram aprovação nas seleções, muitas vezes em instituições distantes de suas localidades de origem. Nessas trajetórias, ressaltaram que o fato de terem feito outros cursos e trabalhado em outras funções propiciou um rico processo de amadurecimento, que repercute em suas vivências acadêmicas atualmente.

#### **4.4 A chegada e as políticas institucionais de permanência**

##### ***em pé, com uma mala desse tamanho, sem conhecer ninguém***

A chegada à universidade, após a aprovação na seleção, foi destacada como um momento marcante em suas experiências, caracterizada por rupturas, por mudanças e pelos encontros e desencontros nesse novo local onde fariam o curso de medicina. Estudantes da UnB, em um artigo escrito no ano de 2012, relataram as expectativas e as decepções nessa chegada ao ambiente universitário, referindo que se sentiram sozinhos ao chegar à instituição e que muitos desistiram no início das PAA (SILVA; TARGINO; CORREIA, 2012). Na presente pesquisa, os estudantes de

medicina nas universidades federais também relataram como foi essa chegada, destacando as dificuldades iniciais, para as quais nem sempre as instituições estavam preparadas:

*Nossa, minha chegada... A gente teve um período muito curto... eu não tive essa adaptação de... eu não conhecia a cidade, eu não conhecia ninguém. Então, acho que me marcou mesmo foi lá no corredor da universidade sem ter para onde ir, sabe? Eu falava: “E agora, eu cheguei na faculdade, mas vou fazer o quê?” Com mala e tudo. É porque eu cheguei aqui e eu não sabia para onde ir, não tinha dinheiro, não tinha nada. Aí, eu cheguei e aí me falaram que eu tinha que ir lá no serviço de assistência ao estudante. Daí eu fiquei lá no bloco central com as minhas malas e aí quando passou uma menina eu perguntei onde era, ela falou que era lá. Aí, eu fui lá e aí me passaram o número da assistente social, que eu tinha que falar com ela. Aí, eu falei com ela, falei como que ia ficar a minha situação. Aí como ela viu que era muito urgente. [...] Ela perguntou se eu tinha conhecidos, família ou alguma coisa assim. Eu falei que não tinha nada. Aí ela falou assim que eu tinha que ficar lá esperando para ela mexer com os documentos e me encaminhar para a casa do estudante, só que antes disso esse processo ia levar um tempinho, questão de documentação, burocracia. Aí como ela não tinha nada para fazer comigo, ela conseguiu um recurso, pagando uma semana de hotel para mim, até eles conseguirem uma vaga para mim na casa do estudante. Eu fiquei uma semana no hotel. Eu fiquei aqui até umas oito da noite, esperando ali na universidade e de lá eu fui pro hotel. Sozinha (KHANTE).*

*E aí, eu cheguei em uma sala que eu vi que se chamava SOE, aí eu vi Serviço de Orientação ao Estudante, aí eu pensei: “Essa aqui vai me ajudar”. Aí, eu entrei lá e naquela época, assim, não tinha essa estrutura que tem hoje para nos receber, e aí, o coordenador ficou desesperado por me ver em pé, dezenove anos eu tinha, em pé, com uma mala desse tamanho, sem conhecer ninguém. O dinheiro que eu tinha eu dei para o cara me trazer para cá, praticamente. Aí, ele falou: “O que você está fazendo aqui, menino? Você não precisava ter vindo agora, entrasse em contato com a gente, que a gente dava um jeito de segurar a vaga, de conversar”. Mas eu já estava lá mesmo e falei: “Não, eu cheguei, vamos resolver aí”. Aí, eu fiz a matrícula e fui apresentado à universidade assim por cima (TAUÁ).*

Nesse sentido, vale ressaltar que, apesar de existirem políticas de acesso, nem sempre havia políticas institucionais relacionadas à permanência dos indígenas, como apontado no estudo de Bergamaschi e colaboradores (2018), que em uma revisão de estudos sobre a presença de indígenas nas universidades brasileiras apontou que as políticas de permanência ainda eram um grande desafio para as universidades, havendo desencontros entre as necessidades dos estudantes e o que era ofertado pelas universidades, ressaltando como

imprescindíveis os esforços para aprimoramento das ações de permanência (BERGAMASCHI; DOEBBER; BRITO, 2018).

Segundo Paladino (2012), discutindo a presença de indígenas nos cursos regulares no Brasil, uma percepção comum dos entrevistados por ela foi o enfrentamento de dificuldades para a permanência nos cursos superiores, principalmente as econômicas, como a garantia de moradia, alimentação, transporte e aquisição de materiais escolares.

Semelhante ao contexto retratado por Paladino (2012), na presente pesquisa as dificuldades iniciais mais retratadas também foram as financeiras e as relacionadas à moradia, pois já haviam tido os custos para o deslocamento e nem sempre as instituições oportunizaram hospedagem na chegada dos estudantes, como já relatado acima por *Tauá* e *Kanthe*. Outros também narraram sobre essas questões:

*Mas, assim, fora disso eu vi que a universidade se preocupou na questão do acolhimento, sabe? Tanto que, logo quando eu cheguei, entraram em contato, ligaram, perguntaram, mas isso depois que eu já tinha me classificado. Só que a gente sabe que isso não é o bastante. De início, tudo é mais difícil, porque você não conhece a cidade, você às vezes não tem um dinheiro, então, a situação fica bem difícil realmente, para se adaptar. Porque se você... isso depois fica fácil, porque você faz amizade, sabe? Porque você já conhece outros colegas e a gente vai se ajudando (TYPA).*

*Foi um pouco difícil por causa financeira. Financeira do meu pai que não trabalha com salário, que são agricultores que fazem plantação na roça. Eles trabalham na roça bastante [...]. A parte financeira que me afetou muito, talvez quase eu desisti por causa disso. Meu pai fala que não tinha como me ajudar. E eu morava no hotel, pagava R\$ 500 por mês, e o meu pai não trabalha. Aí, depois disso, eu procurei... conheci a outra estudante indígena da medicina, e ela me apresentou o pessoal daqui da cidade e tive a intimidade. Eles conseguiram um quatinho para mim, para eu ficar. Aí, me acomodei lá, naquele lugar, assim, facilitou para mim, para eu ficar aqui estudando, entendeu? Coisa que é difícil, que eu passei até esse semestre, mas ainda bem que tinha a outra estudante indígena. Agora ainda estou tendo um pouco de dificuldade na parte financeira ainda, porque eu não estou recebendo a bolsa permanência, que ainda não saiu (KEKARYEHTOTHO KOMO).*

Dessa forma, os estudantes relataram as dificuldades iniciais enfrentadas e acrescentaram os apoios informais e voluntários de outros indígenas, de amigos e de familiares que favoreceram a permanência inicial. Algumas das universidades garantiram hospedagem e alimentação desde a chegada dos indígenas, outras

passaram a oferecer apenas depois de algum tempo de início, como apontado em estudos em várias universidades federais (COHN, 2016; SILVA, 2016; BERGAMASCHI; DOEBBER; BRITO, 2018). Um dos estudantes, *Tauá*, relatou como foram as dificuldades iniciais, relacionadas à ausência de apoio para moradia, além de revelar os impactos em sua vida universitária a partir do momento em que passou a morar na residência estudantil:

*Aí foi quando a minha outra dupla passou, o que passou veio, a gente se conheceu e saiu para morar junto numa pensão por aí. Mas, ainda assim, sem receber bolsa, tudo dependente aí da família e de amigos. [...] Depois, vir para casa do estudante me deu pelo menos um lugar assim, para eu saber que não preciso me preocupar tanto, estou dentro da universidade, estou comendo e tenho um lugar para dormir, e isso repercutiu muito bem no outro semestre, até a questão de estudo. E mais presença, assim, dentro da sala de aula. Eu chegava mais disposto, eu via que eu não tinha mais essa carga tão grande, de pensar: “Como eu vou pagar aluguel? De onde eu vou tirar o dinheiro? Como eu vou voltar para universidade?”. Parei de me humilhar para algum professor ou coordenador sobre a minha situação (TAUÁ).*

*Mayá* e *Nenxah* narraram a impossibilidade de desempenharem atividade remunerada concomitantemente ao curso, devido à dedicação integral à graduação em medicina, o que reiterava a necessidade dos apoios institucionais:

*[...] se tu não tiver estrutura aqui dentro, não tem a menor condição, e em um curso de medicina, até no direito e outros cursos, não consegue se manter. São cursos integrais, são cursos que demandam... a Enfermagem, por exemplo, também... tem que ter uma dedicação ao curso exclusiva, diária e integral (NENXAH).*

*E isso, imagina para uma pessoa que não tem renda nenhuma e se você vier, é um fator de desistência, porque, igual na medicina, não dá para trabalhar, você tem uma carga horária extensa, você tem que estudar um milhão de coisas. [...] Mas eu acho que a universidade em si, ela traz várias possibilidades do indígena conseguir se manter aqui economicamente, de forma que eu praticamente... foram raras as vezes que eu precisei do apoio econômico da minha família (MAYÁ).*

Os apoios institucionais foram destacados como decisivos para permanência dos indígenas nas universidades, tendo sido valorizados desde o acolhimento na chegada à instituição, sendo realizados de forma muito variada em cada um dos locais.

Até 2013, havia uma ajuda financeira da FUNAI<sup>11</sup> para a permanência dos estudantes indígenas no ensino superior, no entanto, era irregular e com um valor insuficiente. Mesmo assim, os estudantes reconheceram que essa bolsa foi essencial naquele momento inicial de ingresso dos indígenas nas universidades, sendo que os outros auxílios foram sendo conquistados progressivamente, como narrou *Tauá*:

*No começo, a Funai dava uma bolsa, mas passava uns três meses, atrasava, nesses três meses você não sabia o que fazer. Quem ia cobrir um aluguel de R\$ 1.800,00, que era na época? A gente não podia nem alugar longe também, porque não conhecia, não sabia. Então, existia a bolsa, mas ela saía quando queria, não dava para fazer um cronograma do pagamento do aluguel. Foram dois anos até receber os auxílios da universidade mesmo. Primeiro, foi a bolsa permanência, porque aí pelo menos ficou os R\$ 900,00 no controle, né? Aí deu para eu organizar melhor, depois foram as assistências mesmo, o RU<sup>12</sup>... O RU foi depois, mas não foi muito tempo depois. Mas foi depois da bolsa, o RU e a moradia, tudo isso foi praticamente junto, mas já deu para ir organizando (TAUÁ).*

Outra estratégia complementar, que trouxe uma bolsa e tutoria pedagógica em algumas instituições, a partir de 2010, foi o Programa de Educação Tutorial, articulado ao Programa Conexões de Saberes, direcionado, especificamente, para universitários indígenas, o PET Indígena, com desenvolvimento de ações inovadoras para construção de saberes entre as comunidades populares e a universidade, atribuindo uma bolsa aos participantes (FREITAS, 2015). Foram dezessete grupos aprovados em diferentes IFES, nas cinco regiões geográficas brasileiras. Alguns estudantes entrevistados participaram do PET Indígena e relataram o impacto positivo ao ingressarem no grupo:

*A própria Universidade, dando já moradia e a bolsa alimentação, já ajudou bastante, acho que é um aspecto bem importante. Nessa época, tinha auxílio da FUNAI, que era pouco, mas tinha... era irregular... E aí, eu consegui entrar no Pet Indígena. O Pet começou em 2010 e em 2011 eu consegui já entrar no PET, aí a questão financeira também me ajudou, porque, nesse momento, era bem difícil (XINÁ BENÁ).*

---

<sup>11</sup> A Fundação Nacional do Índio – FUNAI é o órgão indigenista oficial do Estado brasileiro. Criada por meio da Lei nº 5.371, de 5 de dezembro de 1967, vinculada ao Ministério da Justiça, é a coordenadora e principal executora da política indigenista do Governo Federal. Sua missão institucional é proteger e promover os direitos dos povos indígenas no Brasil.

<sup>12</sup> Sigla para restaurante universitário.

*Quando eu cheguei, a gente não tinha bolsa nenhuma. Era bolsa de 180,00, que era uma bolsa atividade, que você ia fazer uma atividade num lugar xis e recebia essa bolsa... Não tinha bolsa permanência. Eu entrei em março, e a bolsa... acho que a bolsa permanência começou em junho. Aí em maio apareceu essa vaga do PET, então, tipo, quem ganhava 180,00, aí passou a ganhar 400,00, era muito dinheiro, porque eu ganhava 180,00, então, aí eu comecei a ganhar esses 400,00 e isso me ajudou também a continuar (ARAPUÁ)*

No sentido dos apoios financeiros, foi destacada a indiscutível repercussão da implantação do Programa Bolsa Permanência, financiado pelo governo federal a partir de 2013. É uma política pública voltada à concessão de auxílio financeiro aos estudantes, sobretudo, aos quilombolas, indígenas e em situação de vulnerabilidade socioeconômica, matriculados em instituições federais de ensino superior, e assim contribui para a permanência e a diplomação dos beneficiados (BRASIL, 2013c; SILVA, 2016). O recurso é pago diretamente aos estudantes de graduação. Nas narrativas, os estudantes reiteraram a importância dessa bolsa, pois supria as despesas com moradia, transporte e alimentação:

*E eu tenho a bolsa permanência e, para mim, é muito dinheiro, é muito dinheiro. Meus pais não vivem com muito, então, para me manter aqui é muito, foi bem mais tranquilo para os meus pais. Eu até conversei com mainha, às vezes, de como seria ter que pagar aluguel, mais comida, mais viver... eu não tenho carro e, assim, é difícil você andar de ônibus para todos os cantos e tal. Mas, ainda assim, está dando certo até agora (PUCRERON).*

*Aqui a gente teve o apoio da universidade só na questão da alimentação e moradia, mas não é um valor muito grande, né? Dá para se manter bem razoavelmente. Aqui a gente não tem restaurante universitário. Se tivesse, daria uma ajuda. Parece que vai abrir esse mês. A gente está esperando que abra de fato, já vai ajudar bastante. E agora eu consegui regularizar a questão da bolsa permanência, deu mais tranquilidade agora (KARI'OCA).*

*Para eu conseguir a bolsa permanência, passou muito tempo. Uns seis meses para eu conseguir a bolsa. Foi nesse período que eu entrei até o meio do ano. Quando eu consegui a bolsa, as coisas ficaram bem melhores, porque como eu ia morar sozinho, tinha que ter dinheiro para as contas, para pagar, principalmente alimentação (INSIKIRAN).*

*Agora, eu já estou recebendo bolsa permanência também. Daí já ajuda mais. porque no cursinho era mais difícil, porque eu não recebia nada. Apesar de não pagar aluguel, água e luz lá na casa de um médico onde a gente ficava. Mas agora que eu já estou com a bolsa permanência, melhorou muito. Demorou um pouquinho, porque*

*a gente fez o cadastro e demoraram para pagar. Mas agora já está certo, já recebi duas mensalidades (WEI).*

Como foi possível observar nas narrativas de *Insikiran* e *Wei*, a bolsa permanência demorou a ser paga a eles, o que tem acontecido principalmente nas inscrições de universitários ingressantes a partir de 2018. Além disso, o Programa Bolsa Permanência apresenta algumas limitações, pois, apesar de ter sido proposto para universidades públicas e para a pós-graduação, o MEC restringiu esse benefício a estudantes da graduação em IFES (BANIWA, 2019). Outros estudantes narraram dificuldades relacionadas ao Programa:

*Então, é uma questão bem complicada, e eu acho que a bolsa do MEC, de R\$ 900, ajudou muito os indígenas a permanecerem nas universidades. E isso está sendo um problema bem sério no momento. Eu estou recebendo atualmente, mas os ingressantes desse ano de 2018 não receberam ainda, e a gente já está em outubro (XINÁ BENÁ).*

*Eu tenho bolsa permanência, mas o aluguel aqui é absurdo, então, a bolsa é só para o aluguel, [...] mas eu passei seis meses sem receber. Então, foi bem difícil esse começo, porque cheguei aqui na cidade e não tinha muito de onde tirar. Dependi muito do apoio da minha família, que foi me ajudando da forma como dava (CUMARU).*

*Não tem como minha família estar aqui comigo, então, quando eu cheguei, eu morava no pensionato e agora estou morando sozinha. E eu ainda não estou recebendo a bolsa permanência. Ano passado, quando abriu, só ficou faltando um papel, sabe? Isso é difícil, porque faz muita falta. Não teve como. E aí, esse ano [2018], estão todos os papéis certos, mas eu acho que não foi mandado ainda. Eu já postei minha parte, mas aí depois volta tudo para a assistente social e aí ela dá seguimento. Esse ano foi bem difícil para abrir a inscrição (MBARETE).*

Um dos estudantes, *Nenxah*, destacou que a bolsa permanência era paga por até dois semestres a mais do que o previsto para a conclusão do curso, o que geralmente dava sete anos, no caso do curso de medicina. Sendo assim, ele deixou de receber nos seus últimos anos de graduação, já que chegou ao sexto de medicina no nono ano de estudos na universidade, o que foi causado por algumas reprovações:

*Eu fiquei sem a bolsa permanência agora no final do curso. [...] E, esse ano que apertou, porque daí como a bolsa do MEC tem aquele prazo de conclusão, aquela carência do semestre, e como a minha*

*conclusão de curso vai ser em 9 anos – eu até me perdi nisso, quero nem lembrar o quanto que fiquei de tempo aqui na universidade – eu acabei perdendo a bolsa do MEC e fiquei só com o auxílio moradia, porque aí me deram um apoio individual, para eu poder ficar e pagar um aluguel, já que eu não tenho mais a casa do estudante, até porque o deslocamento é ruim, porque fica longe do hospital (NENXAH).*

Semelhante ao estudo de Bergamaschi e colaboradores (2018) com estudantes indígenas dos cursos regulares da UFRGS, os entrevistados destacaram as assessorias, monitorias e tutorias pedagógicas como potentes colaboradoras nos processos de ensino-aprendizagem, tendo sido apresentadas com características diferentes em cada universidades, com participação de técnicos, docentes e/ou outros estudantes (BERGAMASCHI; DOEBBER; BRITO, 2018):

*E aí, a universidade oferece bolsas, oferece projetos, oferece moradia, oferece alimentação e, além disso, além desse aspecto financeiro, que eu acho muito forte e que eu não tenho do que reclamar aqui, tem a assistência pedagógica, que se você precisar, eles estão ali. E tem monitorias. Isso ajuda muito (MAYÁ).*

*Aqui a gente tem uma pedagoga de apoio pedagógico, que é a mãe de todo mundo. Ela puxa a orelha de quem tem que puxar, ela apoia quem tem que apoiar, você vai mal em alguma disciplina, ela te chama, conversa... Então, ter esse serviço de apoio pedagógico, ajuda muito. É ter uma referência (ARAPUÁ).*

Em uma das rodas de conversa, os indígenas problematizaram sobre a monitoria realizada por outros estudantes, trazendo as potencialidades e limitações dessa atividade e reforçando a importância de que esses monitores fossem comprometidos com a defesa dos direitos indígenas:

*Posso dar uma ideia? Eu acho que seria interessante a gente tentar organizar alguma coisa para uma reunião com os monitores, tipo, falar sobre saúde indígena e quilombola para os nossos monitores, porque hoje eu estou com uma monitora que eu me dou bem, em toda a função, mas eu sinto que ela não sabe muito sobre comunidades. Fica mais só no apoio técnico e na bolsa, do que o real interesse e compromisso com a causa. Então, eu acho que seria interessante aproximar os que são um tanto quanto distantes do que realmente somos. Eles ajudam muito na questão pedagógica e nos estudos, não vou reclamar, mas eu acho que seria interessante eles saberem mais sobre a gente e que, querendo ou não, eles são visados junto a nós.*

*É uma estratégia interessante, porque é para além do ensino teórico, é muito mais do que isso, né?*

*Na última reunião dos bolsistas, eu ainda falei a função de... porque eu já tive outros dois monitores, eu acho, e não fechava o jeito de estudar e os encontros. É sempre todo mundo correndo e a gente não conseguia ter muito vínculo. E aí, eu até falei que, para mim, o que deu certo foi eu ter um vínculo maior, de poder ter a pessoa como amiga, dela saber o que eu realmente passo, da questão social mesmo envolvendo os indígenas. Então, eu disse que queria que fosse um monitor que soubesse que ia estar visado como a gente, que se envolvesse com a gente e que tivesse compromisso com a causa indígena, que soubesse quem a gente é (RODA 4).*

Assim, da mesma forma que apontado por Bergamaschi e colaboradores (2018), no estudo na UFRGS, as monitorias ainda apresentavam vários desafios, incluindo a efetividade e a afetividade, as incompreensões sobre os processos e a sobreposição dos critérios técnicos aos empáticos (BERGAMASCHI; DOEBBER; BRITO, 2018).

Nesse campo de apoio à permanência, alguns estudantes reforçaram que as ações e os processos de acolhimento foram fundamentais para a superação das dificuldades e permanência na instituição:

*A universidade deu um amparo muito grande nos primeiros anos, de moradia, de assistência estudantil, enfim, é uma universidade que tem muita coisa. [...] E aí, se não fosse essas ações da universidade, eu não estaria aqui hoje. E todos os apoios que eu tive aqui colaboraram para que eu permanecesse, porque tem a questão pedagógica, a questão psicológica, tem a questão financeira, então, todas essas questões se somaram, para eu permanecer e estar aqui até hoje, podendo daqui uns dias, a um mês, estar concluindo o curso (NENXAH).*

*As dificuldades são meio que em geral. As políticas de permanência têm que ser melhoradas, vendo esse lado do indígena, de ter dificuldades, de nunca ter morado na cidade. Então, a gente tem que melhor acolher os indígenas, porque está “pegando”, porque, pelo menos em medicina, o que eu estudei em uma pesquisa que eu fiz, o que eu levantei de transtornos depressivos, ansiosos, está feio o negócio. Mas eu espero que melhore, que a gente seja melhor aceito, melhor recebido (FOCAJ).*

As narrativas relacionadas à permanência desses estudantes nas universidades desvelaram vivências que apontam para um necessário aprimoramento dos apoios institucionais, para que suas trajetórias acadêmicas na graduação possam ser trilhadas com mais estabilidade.

#### 4.5 Indígenas na universidade: por quê e para quem?

##### *O que eu iria ser como indígena?*

Os estudantes destacaram, em suas narrativas e nas rodas de conversa, justificativas para que os indígenas sejam universitários, ressaltando a possibilidade de apreensão de novos conhecimentos que possam trazer impactos diretos para os indivíduos, os familiares e as comunidades, como indicado por vários autores (MELLO; SOUZA; PALOMINO, 2018; BANIWA, 2019; PALADINO; ALMEIDA, 2012).

Para Baniwa e Hoffmann (2010), esse desejo de ingresso no ensino superior está relacionado ao enfrentamento das condições de marginalização vividas pelos povos indígenas, podendo a educação ser “ferramenta para promover suas próprias propostas de desenvolvimento e intervenção dentro e fora das comunidades” (BANIWA; HOFFMANN, 2010, p.8). Os entrevistados trouxeram esses aspectos em suas falas:

*Vai contribuir muito com a própria comunidade, porque é uma melhora muito significativa a partir do momento em que você tem um quadro de profissionais qualificados para estar lutando pelas suas ideias, pelo seu modo de viver, mantendo o seu território e isso vai impactar muito, principalmente para os povos indígenas de comunidades mais afastadas, onde as políticas públicas quase nem chegam (KARI'OCA).*

*Eu acho assim, que a gente precisa de conhecimento para poder ajudar o nosso povo. É algo que não é para todos [...] E, assim, eu acho importante dar voz, dar visibilidade para o nosso povo. Para a gente saber falar, saber se defender quando necessário. Então, acho que o conhecimento, ele é a arma de tudo. Se você tem conhecimento, tem como você brigar pela demarcação da sua terra, tem como você brigar por alguma ajuda que os outros necessitem (ARAPUÁ)*

*É um objetivo muito grande, né? Eu já estou me preparando para isso e a gente não pode esquecer do nosso povo, a gente sempre tem que lembrar de nosso povo que está nas aldeias, nosso povo que passa por muitos problemas muito difíceis, a educação indígena muito precária, questão de saúde indígena também, cada vez mais piorando, nosso povo está morrendo bastante no Brasil. [...] Então, meu vínculo é diretamente com a comunidade da aldeia, por isso que eu vim estudar na universidade. Por isso, que eu vim (RODA 5).*

*Então, eu acredito que isso é importante, porque, como as lideranças falam, hoje em dia, a nossa arma é o estudo, da gente se capacitar para estar garantindo e efetivando as políticas, para que as coisas*

*sejam feitas, e tem que estar constantemente vigiando, né? Para que a gente não perca direitos que foram conquistados com muita luta. E, para isso, a gente tem que estar sempre se apoiando e acompanhando tudo, né? Entrando na questão da política, seja ela partidária ou não, tem que estar ativo, para realmente garantir esses direitos e conquistar ainda mais outros que não foram conquistados e que a gente sabe que ainda tem muito o que fazer, né? (TYPA).*

Nas justificativas acima, os estudantes destacaram que, no acesso ao ensino superior, eles vislumbraram uma oportunidade de que suas comunidades se apropriassem de conhecimentos e habilidades que permitiriam lutar por direitos e construir, com autonomia, seus projetos de vida, como também discutido por Paladino e Ossola (2016), ao refletirem sobre os jovens indígenas no ensino superior na América Latina. As mesmas autoras ainda discutem que havia pouco conhecimento sistematizado sobre o impacto do acesso e da formação de indígenas no ensino superior, defendendo a realização de estudos nesse sentido (PALADINO; OSSOLA, 2016).

Nessa direção, os entrevistados relataram algumas repercussões a partir do ingresso na universidade, antes mesmo de se graduarem, como o estímulo e a oportunidade para que outras pessoas da família e da comunidade também pudessem ingressar no ensino superior, principalmente ao ser a primeira geração de universitários naquele local:

*E tem uma carga muito grande, porque na minha família indígena eu sou o primeiro a entrar no ensino superior, na verdade, eu sou o único, até então. Então, imagina a diferença que pode fazer para todos (RATRIKSIÊ).*

*Meu pai tinha medo de eu sair, tinha medo de eu jogar bola e quebrar um braço, então, depois de mim, acho que as portas se abriram tanto para o meu irmão mais novo. Tem também uma irmã minha que mora aqui, que faz cursinho também, só que ela mora com a tia, com uma tia minha... Lá em casa, eu acho que todo mundo vai fazer faculdade, dos irmãos (KAPOI).*

*[...] minha mãe, quando eu vim para cá, ela sofreu muito e eu também sofri bastante, porque fui o primeiro da família que saiu, eu saí para enfrentar esse curso [...] Mas isso ajudou muito para outras pessoas de lá, para poderem estudar, saberem como são os processos, as formas de chegar até a universidade. Então, já mudou para gente lá (RODA 5).*

As PAA que possibilitaram que os indígenas ingressassem no ensino superior são uma conquista histórica importante para o processo de democratização do

direito à educação superior no Brasil e na promoção da igualdade de oportunidades a todos os cidadãos. Dessa forma, o ensino superior tem sido um dos caminhos procurados pelos indígenas para se apropriarem de outros conhecimentos e saberes e, dessa maneira, viabilizarem a ocupação de espaços na formulação de estratégias contra hegemônicas (LIMA, 2007). Todavia é importante considerar o caráter polissêmico e até conflituoso no planejamento e execução das ações, pois há compreensões de interculturalidade e de inclusão bastante diversos (PALADINO; OSSOLA, 2016). Portanto é interessante ter clareza de algumas limitações relativas a esse acesso, assim como reflete Baniwa (2019, p.168):

As políticas de cotas e as PAA não podem ser consideradas um fim em si mesmas, nem como solução única para os problemas de desigualdade e exclusão educacional no país. É um ponto de partida para se pensar o enfrentamento mais pragmático das desigualdades associadas à exclusão e às discriminações racial, sociocultural, econômica e étnica.

Nesse contexto desafiador, um dos estudantes, *Focaj*, refletiu que quando chegou à universidade, ainda para fazer o vestibular, pensou sobre quem seria ele naquele ambiente, um indígena na universidade, gerando preocupações:

*A primeira dificuldade que eu senti, já na prova, foi o tamanho da cidade, assusta! É uma capital bastante movimentada, tem muito trânsito, é muito barulhenta, e isso já causa o primeiro impacto. De repente, a gente sai de uma aldeia em que só tem barulho de vento, criança correndo de um lado para o outro, não tanto esse calor, porque aqui é uma cidade bastante quente. Então, já gerou um impacto, uma certa ansiedade, por imaginar como vou me movimentar, como vou me localizar em uma cidade desse tamanho. De: "Quando eu vier para cá, onde eu vou morar e como é que vai ser?" Então, eu já fiquei um pouco assustado com a cidade e com o tamanho também da universidade. Imaginei o quanto de pessoas que frequentavam aquele lugar e como eu iria me localizar. Como eu iria me inserir nesse meio? O que eu iria ser como indígena? Como eles iriam me ver nesse meio junto deles? Então, foi uma coisa que eu pensei bastante na época, quase que não venho por conta, eu acho, que desse medo de, não sei, não ser aceito. [...] mas eu consegui vir (FOCAJ).*

No caminho de discutir os questionamentos de *Focaj*, pode-se dizer que a educação indígena é tradicionalmente focada na transmissão e nos aprendizados de suas culturas por gerações, dos mais velhos para os mais novos, com responsabilidade coletiva da comunidade e de forma processual, acompanhando-se

os fazeres dos mais experientes e possibilitando que os indígenas continuem sendo eles mesmos (MELIÁ, 1999; MELLO; SOUZA; PALOMINO, 2018).

Desse modo, o deslocamento para uma “capital bastante movimentada” e para o ambiente universitário poderia romper com esse processo de educação indígena e torná-lo diferente de quem ele era ou seria. Quem seria, então, este indígena no ambiente universitário e distante de sua comunidade? Relembro aqui uma frase muito escutada por mim nas visitas e entrevistas realizadas na pesquisa, que foi: “Posso ser o que você é, sem deixar de ser o que sou”. Dita, inicialmente, por Marcos Terena em décadas passadas e retomada por diversas lideranças indígenas, essa frase se tornou um importante argumento do movimento indígena para a formação universitária, defendendo-a como uma significativa estratégia na construção de saberes, no encontro de diferentes culturas e conhecimentos, e enquanto “arma” na militância pelos direitos indígenas junto à sociedade nacional (MUNDURUKU, 2012; MELLO; SOUZA; PALOMINO, 2018).

A inserção e a convivência na universidade trouxeram possibilidades de os universitários reconhecerem outros conhecimentos, talvez numa busca de um equilíbrio entre os saberes indígenas e os ensinamentos que a universidade geralmente oferece, que são os conhecimentos que os estudantes buscavam acessar por meio do ingresso nesse ambiente acadêmico.

Nas palavras de Cohn (2016, p. 21), “esse duplo reconhecimento parece ser um desafio da universidade e uma batalha constante dos estudantes”. A academia busca ensinar o que é homogêneo, reproduzível, enquanto os indígenas tem um conhecimento pautado em outras múltiplas epistemologias, características da grande heterogeneidade entre os universitários indígenas e seus processos de aprendizagem (COHN, 2016).

Da mesma forma que *Khante* defendeu na narrativa representativa, que “dá para fazer essas duas coisas juntas e isso enriquece, isso deixa a gente mais forte”, outros entrevistados também trouxeram essa possibilidade de aproximação entre os diferentes campos de conhecimento em suas trajetórias universitárias:

*Então, é isso que eu vejo, a importância que eu vejo é isso, é de ter pessoas com conhecimento que ajudem aquele que talvez não tenha, porque o conhecimento dele é para outra coisa. Não que ele não tenha conhecimento, ele tem para trabalhar na roça, para rezar, para os rituais, para outras coisas, mas para conviver com as outras pessoas da sociedade talvez o nosso conhecimento seja um pouco*

*mais reduzido, então, por isso, eu acho muito importante um indígena na universidade, num universo amplo que não é só o seu. Aqui a gente não convive só com indígena, a gente convive com pessoas de todos os jeitos. Eu aprendo muito com isso (ARAPUÁ).*

*Porque você vai trazer todo o conhecimento que essa comunidade traz para universidade e você vai levar para a comunidade esse conhecimento também, que pode estar contribuindo para poder manter o seu modo de vida e tentar melhorar qualidade de vida das comunidades mais afastadas, porque nem uma política infelizmente chega nessas comunidades mais afastadas, principalmente na minha região (KARI'OCA).*

*Eu acho que com a minha cultura eu tenho mais o que aprender do que ensinar. E eu tenho essa preocupação de estar catalogando, de estar fazendo pesquisa e realmente dando, digamos, visibilidade para valorizar, porque eu tenho esse projeto da valorização da cultura indígena como um todo, porque a gente vê que as pessoas valorizam muito o que não é nosso. A gente vê aqui, tipo, chimarrão, típico daqui da região sul, sabe? Poucas pessoas sabem que vem da cultura indígena. Então, eu quero trabalhar na valorização da cultura indígena, seja na culinária, seja na saúde, seja em outros campos assim. Eu quero contribuir, de alguma forma, para dar os créditos para os povos indígenas, para tirar aquela imagem de que a gente é um povo atrasado, para realmente mostrar o que é ser indígena, mostrar a riqueza que a gente carrega, essas contribuições que não são visibilizadas, e que não são valorizadas (TYPA).*

Adverte-se que esse movimento raramente é de mão dupla, ou seja, as universidades pouco reconhecem que os indígenas – que estão inseridos enquanto estudantes no ensino superior – tenham o que ensinar à comunidade universitária (AMARAL; BAIBICH-FARIA, 2012). Todavia ter universitários indígenas traz a possibilidade de se construir um novo cenário acadêmico nas instituições de ensino superior, no sentido de se constituir uma universidade pluriétnica e de romper com posturas que anulam outros tipos de conhecimento.

Nesse ínterim, assume-se que, tradicionalmente, a universidade lida com os indígenas, lançando mão de uma postura assimilacionista e integracionista. A primeira busca fazer com que os grupos adotem valores nacionais, enquanto a segunda tem a intenção de que os indivíduos integrem gradualmente a cultura nacional (PALADINO; ALMEIDA, 2012).

Dessa forma, é premente ultrapassar esses modelos para acessar uma compreensão de universidade enquanto espaço multicultural e, quiçá, intercultural (PALADINO; ALMEIDA, 2012; GONÇALVES E SILVA; MORAIS, 2015). A multiculturalidade se refere ao reconhecimento da diversidade na sociedade e o

respeito a essas diferenças, já por interculturalidade se compreende o que é construído a partir “das particularidades das diferenças” (WALSH, 2019. p.15).

Nessa perspectiva, utilizando as considerações de Catherine Walsh (2019), é possível pensar em uma universidade que possibilite espaços interculturais com os universitários indígenas, a partir da superação de uma mescla ou hibridização dos conhecimentos, para atingir novas construções negociadas entre os conhecimentos indígena e ocidental.

A expressão interculturalidade, nessa perspectiva crítica, tem origem a partir do conceito adotado pelo movimento indígena equatoriano, em que se busca a ruptura da colonialidade e a transformação (WALSH, 2019). Dessa maneira, a interculturalidade é compreendida como um processo decolonial ou seja, uma construção que busca

transformação radical com as estruturas, instituições e relações existentes. O fato de que seu sentido vem desse movimento pensando, não só para ele, mas para o conjunto da sociedade, é significativo, tanto pela diferença que marca com o projeto hegemônico-dominante e sua ideia de que os indígenas só se preocupam consigo mesmos, como pela aposta, proposta e projeto diferentes que surgem (WALSH, 2009, p.22).

Quando utiliza o termo decolonial, ao invés de utilizar descolonial, Walsh explica que prefere utilizar o termo “decolonial”, suprimindo o “s”, para marcar uma distinção com o significado de descolonizar, em seu sentido clássico, ou seja, não é desfazer o colonial ou revertê-lo, mas superar a colonialidade do momento pós-colonial na América Latina, com uma posição de “transgredir e insurgir” (WALSH, 2013, p. 24-25. tradução própria).

Alguns estudantes trouxeram apontamentos no sentido de abrir possibilidades para constituição de novos conhecimentos e uma nova universidade a partir das PAA:

*E aí, eu fiquei pensando nesse caminho todo, né? Quando eu decidi fazer um curso de saúde, eu decidi fazer, porque tinha uma linha na minha família de tratamento tradicional, só que eu nunca me identifiquei por esse lado, por ser uma linhagem feminina. Mas, ao mesmo tempo, eu sempre acompanhei. Isso foi me encantando, esse lado de aprender mais sobre esse conhecimento tradicional nosso mesmo, que é vivo e que é ciência, e a juntar com esse conhecimento que é fora daquele mundo, né? A universidade nem sempre está preparada para isso, mas é o que a gente tenta fazer,*

*meio individualmente, um pouco com os outros. Aos poucos, eu acho que vai se construindo uma universidade que talvez vá respeitar e trabalhar mais próxima dos saberes indígenas (TAUÁ).*

*E eu acho que é importante a gente ter todo tipo de pessoa fazendo medicina, sabe? Na verdade, não só medicina, mas todos os cursos. Fazer o que quiser estar fazendo, sabe? Isso amplia, assim, os olhares. [...] E faz talvez construir algo novo, que ainda não sei explicar bem como seria (MBARETE).*

*Eu acho que é importante as ações afirmativas justamente nessa questão de tentar colocar... que o espaço não é só daquelas pessoas que tem o privilégio de ter um ensino de qualidade, entendeu? Principalmente uma universidade federal, ela tem que agregar o máximo possível. Talvez, essa reserva de vagas vá nos proporcionar de fato isso, porque ela vai contribuir não só para o profissional que vai entrar, não só para estudantes de um modo geral, mas para a própria universidade tentar mudar sua visão de como enxergar o entorno, porque até então a universidade ficava como cavalo branco. E agora ela vai ter um contato mais próximo com as outras classes sociais a partir do momento que você agrega tanto estudante indígena, quilombola ou qualquer outra pessoa diferente, que não tem aquele perfil padrão da universidade federal. [...] E isso vai impactar muito, principalmente para os povos indígenas, mas também para a própria universidade nesse sentido. A universidade começa a enxergar todos os problemas que estão ao redor da própria universidade. Consegue ter uma visão um pouquinho mais avançada e acaba melhorando a forma de você ensinar, acaba sendo alterada, porque não tem como você se manter a mesma a partir do momento que você recebe pessoas um pouco diferentes no ensino superior (KARI'OCA)*

Assim sendo, a universidade deve ficar atenta para não caminhar no sentido de favorecer a assimilação “dos jeitos de pensar e de produzir conhecimento” hegemônicos na academia, devendo se preocupar com os ingressantes por PAA, para que estes “não rejeitem ou considerem inferiores os conhecimentos que trazem de seu grupo social e étnico”, pois isso acarretaria na imposição de interesses nocivos ao seu grupo de origem (GONÇALVES E SILVA; MORAIS, 2015, p.17).

Apesar dos obstáculos e certas contradições, é imperioso que haja espaço para o protagonismo indígena e a factibilidade de construir pontes entre diferentes conhecimentos, o acadêmico e o tradicional (DAL' BÓ, 2010). Além disso, com a inclusão dos indígenas nas universidades, criam-se oportunidades de se repensar as carreiras universitárias, as disciplinas, as áreas de pesquisa, pois há demanda para atender às coletividades vivas, histórica e culturalmente diferenciadas (LIMA, 2007).

Percebe-se que as PAA possibilitaram uma inclusão inicial de indígenas em parte dos cursos de medicina em universidades federais, numa tentativa de superação da exclusão dessas populações nos processos formativos. As experiências desses indígenas, relacionadas ao seu acesso e às políticas de permanência, trouxeram uma grande diversidade de situações e se aproximaram das de outros universitários indígenas, tendo sido percebidas algumas especificidades, como as relativas ao período de estudos nas cidades; à, praticamente, exclusividade de ingresso por reserva de vagas; à alta concorrência nos cursos; aos grandes deslocamentos das localidades de origem até às universidades e à frequente passagem por outros cursos de graduação.

A partir do aperfeiçoamento e da ampliação das ações relacionadas à permanência dos indígenas nas universidades, pode-se valorizar suas potencialidades e novas construções podem ser alçadas, por meio desse encontro de saberes e pessoas, provocado pelo acesso dos indígenas à universidade e, mais especificamente, aos cursos de medicina.

**CAPÍTULO 5 – ESTRANHOS NA ESCOLA MÉDICA****MBOTYRA<sup>13</sup> (SANTOS, 2020).**

---

<sup>13</sup> "Flor".

*No ensinamento indígena, se ensina assim. A gente aprende com a natureza. Não é que é um ensinamento, assim, não é que é meu, isso eu aprendi também no processo de autoconhecimento. Desde criança, a gente aprende com os mais idosos. Eles ensinam isso para gente. Eles falam: “Cada pessoa é uma pessoa, a gente não pode pegar todos e colocar como se fosse igual”, no sentido de pegar todos e colocar dentro de uma forma, dentro de um quadrado, porque nem os quadrados são iguais, tem vários tamanhos de quadrados. Então, eles pedem para a gente observar a natureza, observar um tipo de árvore frutífera e comparar com outra. Pode ser uma ingazeira com um açazeiro, pode ser a goiabeira com o jatobá, com qualquer outra planta que você quiser, você faz a comparação. Um exemplo, da ingazeira. A ingazeira, ela não se julga melhor ou mais importante ou mais frutífera, porque dá o fruto em “xis” tempo, enquanto que uma outra árvore, vamos supor, o açazeiro, dá em outro tempo. Então, cada um tem o seu tempo de florir e de dar seus frutos. Então, não é igual, é diferente. Nenhuma se julga mais que a outra, nenhuma se julga mais inteligente, mais frutífera, mais sábia, mais útil, mais bonita, porque aquela dá flor o ano todo e aquela dali dá flor uma vez no ano. No final, todas vão florir, e no final todas vão dar frutos. Alguém vai dizer: “Ah, mas ela não dá fruto aquela planta ali”. Não dá fruto, mas dá uma bela sombra. E tem umas que dão fruto, mas não dão uma sombra tão boa quanto aquela, mas nem por isso perde o valor. Cada uma das árvores é única.*

TOTEEM

Neste capítulo, é apresentada a categoria de análise sobre as experiências de alteridade na escola médica, quando os indígenas vivenciaram situações de estranhamento, preconceito e estigmatização ao estarem inseridos nos cursos de medicina. Os narradores descreveram a escola médica como um espaço em que, historicamente, indígenas nunca estiveram, discorrendo sobre as relações com sujeitos que, habitualmente, já compunham o grupo de pessoas relacionadas ao ambiente da medicina.

A pintura de Aislan que selecionei para este capítulo é intitulada *Mbotyra*, que significa flor em tupi. Ela faz uma alusão ao florescimento exuberante, de coloração vermelha e com contorno apiculado, em meio a folhagens monótonas, homogêneas e monocromáticas. Poderia ser o surgimento, naquele ambiente, de estranhos, destacados e carregados de singularidades, como as árvores descritas por *Toteem*, na narrativa representativa deste capítulo, ao trazer características das ingazeiras, dos açazeiros, do jatobá e das goiabeiras. Como descrito pela narradora: “cada um tem o seu tempo de florir e de dar seus frutos. Então, não é igual, é diferente”.

Para conduzir o diálogo sobre as relações narradas pelos estudantes indígenas, nas escolas médicas federais, tomei como principal referencial teórico o modelo explicativo de relações entre estabelecidos e “outsiders”, descrito por Norbert Elias (ELIAS; SCOTSON, 2000). Vale salientar que na compreensão sociológica de Elias não há um abismo que separa o indivíduo e a sociedade, mas entre eles há uma relação cuja compreensão supera tanto o individualismo quanto o coletivismo, pois, segundo ele, “ninguém duvida de que os indivíduos formam a sociedade ou de que toda sociedade é uma sociedade de indivíduos” (ELIAS, 1994, p.13).

A partir de uma etnografia realizada na década de 1950, em uma pequena cidade industrial da Inglaterra – que recebeu o nome fictício de *Winston Parva* –, Elias e Scotson (2000) descreveram a heterogeneidade da comunidade a partir das diferenças e desigualdades sociais de determinados grupos, identificados como os “established” (estabelecidos) e os “outsiders” (de fora). A denominação de estabelecidos foi utilizada para um grupo de indivíduos, que ocupava posições de prestígio e poder, e que se autopercebia, e era reconhecida, como uma “boa sociedade”, mais poderosa e melhor. Essas pessoas possuíam uma identidade social construída a partir de uma combinação singular de tradição, autoridade e influência, pois elas fundavam o seu poder no fato de serem um modelo moral para

os outros. Já os “outsiders” eram aqueles indivíduos que não eram membros de uma “boa sociedade”, eram os que estavam fora dela. Tratava-se de um conjunto heterogêneo e difuso de pessoas unidas por laços sociais menos intensos naquele local do que aqueles que uniam os estabelecidos e controladores do ambiente (ELIAS; SCOTSON, 2000).

Assim, os autores descreveram que as pessoas do grupo com menor tempo na cidade – que chegaram posteriormente ao primeiro grupo – eram estigmatizadas e consideradas com menor valor frente ao grupo que já morava na cidade há mais tempo e se autorrepresentava como superiores. Faz-se importante destacar que a expressão “outsider” é utilizada na tradição sociológica sem que seja traduzida para outro idioma, diferente do restante da obra que a contém. A expressão foi descrita inicialmente por Howard Becker, em 1963, no livro *Outsiders: studies in the sociology of deviance*, traduzido para o português como *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*.

Embora Elias não tenha tratado especificamente das questões indígenas em seus estudos, ele defendeu o uso desse modelo explicativo para outras relações, inclusive, citando a possibilidade de aproximá-lo das relações das populações ameríndias nos países latino-americanos (ELIAS; SCOTSON, 2000, p.32). Dessa forma, neste texto, a opção foi por dialogar com esse modelo explicativo, na intenção de discutir as relações entre os estabelecidos nos cursos de medicina e os recém-chegados indígenas, que chegaram como estrangeiros, como “outsiders”. Acrescenta-se que, em alguns momentos, os indígenas não chegaram sozinhos, mas acompanhados de negros, quilombolas e estudantes pobres.

É evidente que o universo de relações é mais complexo na situação de indígenas nos cursos de medicina, no entanto, a relação estabelecidos – “outsiders” é uma das características desse encontro. Contraditoriamente, os indígenas, nos cursos de medicina, são os “de fora”, num país em que são as populações nativas, os povos originários, ou seja, os “de dentro”. Outras questões históricas e étnicas também estão relacionadas, tanto frente à situação de opressão e colonização vivida pelos indígenas, bem como pelas conformações das escolas médicas. Assim, ao longo deste capítulo, o referencial teórico de Elias é retomado algumas vezes, dialogando com as narrativas dos estudantes indígenas e com outros estudos e referenciais teóricos. Para essa discussão, os resultados estão apresentados em cinco subcategorias:

- 1) O encontro dos estranhos com o curso de medicina. São apresentados núcleos de sentido relacionados às resistências dos sujeitos institucionais aos ingressantes indígenas; à chegada dos “outsiders” ao espaço dos estabelecidos;
- 2) Diferenças e desigualdades. São apresentados núcleos de sentido relacionados às diferenças frente aos demais estudantes do curso, pois tinham necessidade de buscar apoios institucionais, aprender conhecimentos do ensino básico e superar dificuldades relacionadas à língua portuguesa; os estereótipos romantizados sobre o indígena genérico; a estigmatização e desigualdade na escola médica;
- 3) As relações entre os estudantes de medicina. São apresentados núcleos de sentido relacionados à resistência e aos preconceitos com os estudantes indígenas; o encontro com outros “outsiders”; o acolhimento por colegas de curso;
- 4) As relações com os professores. São apresentados núcleos de sentido relacionados às experiências de preconceito e discriminação com os povos indígenas; às posturas de estigmatização e de tutela nessa relação; a possibilidade de o professor ser um mediador cultural;
- 5) Conflitos e transformações. São apresentados núcleos de sentido relacionados aos conflitos a partir do que vivenciaram nos cursos; a descontinuidade de vagas específicas para indígenas; os possíveis impactos na formação dos médicos a partir da diversidade de discentes na escola médica; as transformações institucionais progressivas a partir da inclusão dos “de fora”.

## **5.1 O encontro dos estranhos com o curso de medicina**

### ***no começo é difícil, cheio de obstáculos***

Conforme descrito no capítulo anterior, ao iniciarem o curso de medicina, foi agregada, muitas vezes, a condição de estarem numa região que não era a originária dos estudantes, com pessoas muito diferentes das que estavam habituados a conviver anteriormente. Os indígenas que ingressaram no curso de medicina eram de regiões diversas, processos históricos e de etnias muito diferentes entre si, o que os aproximava, nesse contexto, de uma destacada característica dos

“outsiders” de Elias, pois eram recém-chegados ao local, heterogêneos e com poucos laços sociais anteriores entre si (ELIAS; SCOTSON, 2000).

Embora os demais estudantes de medicina também pudessem ser oriundos de outras regiões – e, de fato, a maior parte dos estudantes é de outra localidade e/ou região – no caso dos indígenas, eles vinham de trajetórias pessoais e coletivas muito diferentes desses outros estudantes, com características socioculturais que os tornavam ainda mais diferentes. Nesse sentido, Baniwa (2019) chama atenção para o fato de “as culturas indígenas não serem subculturas da cultura dominante”, mas sim detentoras de “lógicas, racionalidades e sistemas cosmológicos e epistêmicos próprios” (BANIWA, 2019, p.99), o que evidencia o contexto de estrangeirismo na escola médica.

Na situação de Winston Parva, entre os “outsiders” e os estabelecidos não havia diferença social, étnica ou racial, além disso, naquele contexto, apenas o tempo de chegada à cidade os diferenciava (ELIAS; SCOTSON, 2000). Já aqui, a questão étnica é somada aos que chegavam de fora, o que reforçava a diversidade entre os grupos. Adicionalmente, pode-se dizer que o tempo de chegada ao curso de medicina era diferente, pois os indígenas foram incluídos recentemente como estudantes nessas instituições. Portanto, especialmente com esses pioneiros, houve certa resistência em sua aceitação e sua chegada foi pouco acolhida por parte da comunidade acadêmica, com posicionamentos contrários às PAA, advindos de professores, estudantes e funcionários:

*Então, eu comecei em 2011 e estou aí, com bastante dificuldade no início. A questão do processo todo, da aceitação dos professores, dos colegas, do sistema SISU<sup>14</sup> – que, na época, era novo também e estava sendo adaptado – o ENEM, as cotas. Todas aquelas questões que eram bastante polêmicas e questionadas, em função da qualidade e do ensino, enfim, da universidade (NENXAH).*

*Quando eu cheguei aqui na universidade, era um ambiente muito hostil para quem era das ações afirmativas, de verdade, era muito hostil. As pessoas posicionavam-se escancaradamente, assediavam moralmente, isso foi em 2012, que foi o ano que eu cheguei aqui na universidade, e foi um período bem complicado. [...] Era uma outra atmosfera aqui dentro. Eram todas as pessoas muito altas e loiras, era muito engraçado de observar, porque eram todos daqui do*

---

<sup>14</sup> O Sistema de Seleção Unificada (SISU) é um programa do MEC, que oferece vagas em universidades públicas por meio das notas obtidas no ENEM. A participação é gratuita e todo o processo acontece de forma virtual.

*extremo sul do estado. Eram todos parentes dos professores, sobrinhos dos professores, neto do diretor, primo de não sei quem. Um núcleo familiar muito forte e que a universidade ainda tem, mas nem tanto agora. Já é um pouquinho menos, mas ainda existe. A forma de ingresso da universidade mudou nesse período. No ano que eu entrei foi a primeira turma 100% ENEM, aí é outro perfil, deu uma melhorada nessa composição das pessoas. Inclusive, entre os próprios funcionários e setores da universidade existia isso (ARAGUACI).*

Essa resistência dos sujeitos das instituições com os primeiros indígenas que chegaram a elas, bem como com estudantes de outros grupos, ditos minoritários, foi muito frequente nas universidades que iniciaram PAA para ingresso de estudantes de grupos excluídos historicamente do ensino superior. Como descrito por *Nenxah*, esse grupo contrário às PAA também tinha dificuldades em compreender a importância dos processos de ingresso por meio do ENEM e do SISU, que buscavam favorecer a democratização do acesso às universidades federais (RISTOFF, 2014).

Alguns estudantes da UnB relataram suas experiências iniciais em um artigo, em que descreveram que sentiram distanciamentos e resistências dos estudantes, dos professores e dos funcionários, destacando ainda que foi nos cursos mais elitizados, como na medicina, que as convivências com as outras pessoas da universidade foram mais difíceis para os pioneiros que ingressaram (SILVA; TARGINO, CORREIA, 2012). Em uma das rodas de conversa da pesquisa, os participantes discutiram sobre essa questão:

*Bom, eu entrei aqui na universidade em uma época bem mais áspera [...] porque na época que eu entrei era pesado, os professores se posicionavam, chamavam e falavam: “Olha, eu sou contra esse processo seletivo, já fique sabendo”. Era assim, e eu sofri uma abordagem dessas na época. Uma professora me chamou... uma professora dessas que circulam por aqui ainda, ela é muito antiga mesmo, acho que está aqui desde sempre, e ela me chamou e falou... primeiro, ela me olhou de cima a baixo e disse: “Ah, tu é o novo estudante indígena, é?” Aí eu: “Sim”. Aí ela começou a dizer um monte de absurdos sobre não ser a favor do processo seletivo especial. Aí eu: “Está, tudo bem”. Aí eu saí, fui conversar com o professor que é nosso tutor hoje, e ele falou que se eu me posicionasse contra essa professora eu nunca mais ia sair da universidade. Então, era melhor eu deixar quieto.*

*Foi mesmo, e aí nós, que éramos os primeiros, sofríamos essa abordagem, “Meu Deus”, a professora cantava em Tupi na sala e falava: “E aí, traduzam o que eu cantei”. Assédio moral escancarado (Roda 4).*

Nesse sentido, percebe-se que duas formas de preconceito apareceram de forma associada na conversa dos estudantes e que estiveram presentes em diversas outras narrativas. Primeiro, foi trazido um sentimento de hostilidade para com os primeiros ingressantes, por processos diferenciados na instituição, como as cotas e as PAA. Depois, houve certa intolerância com a presença dos indígenas no ambiente acadêmico, o que aponta para o preconceito com pessoas de outras culturas e de outras epistemologias, independentemente da forma de ingresso na instituição, como trazido por outros estudantes:

*Desde o começo, tinham pessoas que nos viam como, esqueci a palavra... como quem não tinha perfil para ser médico. Pessoas não médicas e médicas que entendiam que nós não tínhamos perfil para ser médico. É assim, as pessoas determinam o nosso perfil. Então, basicamente, eu acho que é isso: "eu não tinha perfil para ser médico" (NENXAH)*

*Digamos que há uma certa... existe um padrão dos estudantes de medicina, e os professores gostam desse padrão de medicina, reverenciam esse padrão de estudante de medicina. Falta muito conhecimento ainda para outras realidades e outras culturas, então, eu pondero um pouco, apesar dos pesares. Mas eu não sou esse padrão, e isso me dá uma certa revolta de perceber que talvez ali não fosse o meu lugar (ABAÇAÍ).*

Como narrado por *Nenxah* e *Abaçaí*, outras pessoas traziam visões sobre o não pertencimento dos indígenas ao perfil convencional de estudantes de medicina, ou seja, de futuros médicos. Nesse contexto, pode-se dizer que o curso de medicina é composto tradicionalmente por um perfil diferente dos indígenas que ingressaram, havendo uma maioria de brancos, oriundos de escolas privadas e com renda familiar seis vezes maior que a média da população brasileira (RISTOFF, 2014).

Analisando os dados do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE), realizado pelo INEP em 2019, verifica-se que no perfil dos concluintes dos cursos de medicina está inclusa uma renda familiar acima da média dos brasileiros. De acordo com dados do IBGE de 2019, cerca de 24% das famílias brasileiras tinham uma renda mensal de até R\$1.245,30 (BRASIL, 2019a), enquanto pelos dados do ENADE, apenas 6,8% das famílias dos estudantes de medicina tinham como renda mensal o valor de até R\$1.431,00 (BRASIL, 2019b).

Ainda segundo o ENADE 2019 (BRASIL, 2019b), percebe-se que 0,3% dos estudantes concluintes da graduação em medicina se declararam indígenas,

enquanto 67,1% eram brancos. Apesar de 0,3% ser uma porcentagem baixa (e inferior aos 0,4%, representado pela população indígena entre os brasileiros pelo censo demográfico em 2010), ela é superior ao ENADE anterior, de 2016, quando os indígenas foram 0,2% (BRASIL, 2016).

Ao se observar os números brutos, houve um salto de 32 indígenas concluintes em medicina no ano de 2016 para 62 em 2019. Esse aumento significativo é devido principalmente ao período de início da maioria das PAA, que se deram nos arredores dos anos 2010 e, por isso, tiveram apenas uma parte com concluintes em 2016, sendo que em 2019 a maioria já estava com alunos no último ano de graduação em medicina. Além disso, a lei de cotas (Lei Nº 12.711) para as IFES é de 2012, não havendo ainda concluintes a partir desse tipo de ingresso em 2016.

Na sequência, a tabela traz um comparativo sobre a distribuição dos estudantes concluintes, segundo raça/cor nos ENADE de 2016 e 2019.

Tabela 5 – Distribuição percentual de raça/cor entre os concluintes da graduação em medicina, de acordo com o ENADE. Brasil, 2016 e 2019.

Cor/Raça	ENADE 2016 (*)	ENADE 2019 (*)
Branca	68,2%	67,1%
Preta	3%	3,4%
Amarela	2,7%	2,5%
Parda	23,1%	24,3%
<b>Indígena</b>	<b>0,2%</b>	<b>0,3%</b>
Não quero declarar	2,8%	2,4%
Total	100%	100%

Fonte: Elaborada pelo pesquisador, 2020.

Nota: Dados dos relatórios síntese do curso de medicina; ENADE 2016 e 2019, segundo o INEP (BRASIL, 2016; 2019).

É interessante analisar que esse padrão de estudantes de medicina brancos e com renda acima da maioria da população não é apenas brasileiro, tampouco contemporâneo, mas faz parte do processo histórico de muitos países, em que o acesso aos cursos de medicina acaba sendo restrito ao grupo que detém o poder econômico e político.

Nessa perspectiva, um estudo estadunidense clássico foi realizado por Becker, Geer, Hughes e Strauss na segunda metade da década de 1950, analisando

a socialização na escola médica em três instituições, tendo sido pioneiro no campo da sociologia da educação médica (NUNES; BARROS, 2014). No livro oriundo da pesquisa, o *Boys in White*, os pesquisadores discutem sobre as expectativas e perspectivas dos estudantes, suas interações e os processos de mudança ao longo do curso, e não por acaso o livro recebeu esse título, pois os estudantes de medicina eram, em sua esmagadora maioria, homens e brancos, ou seja, rapazes brancos que usavam branco (BECKER *et al.*, 1961; NUNES; BARROS, 2014). A narrativa de *Abaçaí*, que já estava nos últimos anos de graduação, revela como se sentiu:

*Acho que são traumas do começo, sei lá, que as pessoas não gostam de indígena, de gente que é diferente do que eles esperam, que não é branca... Eu acho que é meio que sentir um quebra-cabeça que vai somando e hoje no internato já observo tudo. Uma coisa meio que estrutural, de todas as áreas, seja em relação à pesquisa ou a um comportamento do professor, a uma piadinha assim, uma coisinha “de boas”, mas quando você vai juntar você vai ver o quebra-cabeça no final. E que a coisa é mesmo estrutural, e que assim, não tem uma certa acessibilidade, entendeu? Estamos entrando assim em um lugar que talvez não somos bem vistos. Falar isso é bem forte, né? Porque ninguém quer falar, mas no começo isso foi bem perceptível, essa coisa de não ser bem-vindo (ABAÇAÍ).*

Pode-se dizer que os habituais estudantes desses cursos, brancos e com renda familiar maior que a média brasileira, se reconheciam e eram reconhecidos enquanto um grupo estabelecido, utilizando-se do conceito de Elias e Scotson (2000). Vale salientar que os professores também fazem parte desse grupo estabelecido na escola médica, pois são, em sua maioria, médicos e médicas brancos, que vêm dessa mesma trajetória familiar e social. Portanto estudantes e professores na escola médica compõe um coletivo de indivíduos que fundam sua distinção a partir do princípio da antiguidade (dos que estavam há mais tempo no local) e possuem poder reforçado pela tradição, autoridade e influência (ELIAS; SCOTSON, 2000).

## 5.2 Diferenças e desigualdades

### **como se eu fosse estranha aqui**

Nas narrativas dos entrevistados surgiram, assim, dificuldades relacionadas a situações em que as diferenças dos “de fora” culminaram em desigualdades nas relações nas escolas médicas, gerando estranhamentos neste novo local em que estavam inseridos.

Dessa maneira, ao se analisar os contextos sócio-históricos, as diferenças podem ter produzido desigualdades no momento em que foram consideradas enquanto injustiças sociais e compreendidas como fragilidades no ambiente da universidade (LAHIRE, 2008).

Como já desenvolvido no capítulo anterior, os estudantes indígenas necessitavam de apoios e auxílios institucionais, portanto “batalhar” para a conquista desses benefícios os distinguiu da maior parte dos estudantes de medicina que, segundo eles, não tinham essas demandas:

*Eu acho que a gente ficou um semestre todo correndo atrás de assistência... batalhando... enquanto isso, a medicina estava lá fazendo os eventos dela, estava fazendo acolhimento, o trote. De nada disso eu participei, eu estava em outra “vibe”, mais real para mim. Era negócio de moradia, de alimentação, que não era fácil de conseguir na época. Eu me lembro que eu cheguei, eu já estava chegando e fazendo um ato com os outros indígenas, dos outros cursos. Já estava chegando e tendo que brigar. Eu não tive tempo nem de raciocinar sobre o meu curso de medicina. A maioria do meu curso não precisava ficar pensando em onde morar, em como ir para a universidade. [...] Então, vir para a Casa do Estudante me deu essa liberdade de pensar mais sobre o meu curso mesmo, de fazer as coisas que todo mundo faz quando entra na universidade. Pelo menos a maioria do meu curso, que já entra com apartamento e um carro. Aí hoje eu tenho um duplex e moro perto da universidade, vou começar a viver como eles também (risos) (TAUÁ).*

*Chegar na faculdade não é muito fácil para quem vem de aldeia, que não sabe se comunicar direito assim e você tem que correr atrás das coisas. E, assim, eu acho que nessa parte também a gente sofre um pouco assim, porque você chega assim sem nenhuma estrutura que tem que correr atrás das coisas mesmo. Eu não via os outros estudantes da medicina tendo que fazer isso naquela época. Não a maioria (KHANTE).*

Outra diferença descrita, que os destacou enquanto estranhos nesse início do curso, foi o fato de alguns terem dificuldade com a língua portuguesa e com falas que demandavam maiores elaborações:

*[...] é muito mais fácil eu entender quando está na minha língua, entendeu? Isso é mais importante, o que o professor fala para mim e também tento entender na minha língua. Aí eu guardo na forma da minha língua. É um pouco difícil para mim traduzir na minha mente, entendeu? Traduzir para minha língua o que foi falado é muito difícil, então, algumas coisas eu entendo normalmente em português, outras não. Ou coloco como se fosse uma palavra simples para eu poder compreender. É isso que eu faço (KEKARYEHTOTHO KOMO).*

*Assim, pesa um pouco mais para gente que é indígena, por conta, até porque o português não é nossa língua, digamos, materna. Às vezes, você vê coisas escritas em livros... porque eu faço essa, digamos, uma tradução, para eu entender. Só que tem coisas ali que não têm na minha língua, né? Aí fica assim, meio que dificulta isso mesmo. Mesmo agora, depois de vários anos, ainda preciso fazer isso. Agora menos do que antes, tanto é que tem coisas que na língua tem que não existe em português, por exemplo, e nunca vai existir. Daí a gente tenta pegar um significado mais próximo que tem, mas não chega a ser aquilo que a gente realmente está falando ali. Hoje eu tenho um vocabulário um pouco mais extenso do que quando eu cheguei, mas mesmo assim ainda tenho um pouco de dificuldade (KHANTE).*

*Porque a gente tem dificuldade, por mais que você tenha contato com as pessoas da cidade, o seu vocabulário ele é pobre. Você conhece as palavras, porque você lê, a gente não chegou aqui à toa. Você leu bastante livros de literatura, romances. Mas eu tinha dificuldade de fazer uma fala elaborada, defender uma ideia. E no curso, que é baseado no que você fala, então, eu tinha muita dificuldade para falar, para me expressar, para usar uma palavra que a pessoa compreendesse aquilo que eu estava falando (ARAPUÁ).*

Nesse contexto de dificuldades com a língua portuguesa, faz-se necessário ressaltar que a barreira nessa situação não é a língua indígena falada pelos estudantes, mas sim as universidades que têm dificuldade de lidar com as línguas indígenas. Para Baniwa (2019), a manutenção de uma língua indígena, falada ou escrita, é um ato de resistência sociopolítica, ainda que de modo assimétrico, já que não é a língua hegemônica no Brasil.

A própria Constituição Federal (BRASIL, 1988) garante o reconhecimento das línguas indígenas e sua afirmação nos processos educativos das pessoas indígenas. Todavia Baniwa (2019) afirma que as instituições públicas

governamentais têm dificuldade para lidar com a grande diversidade étnico-cultural e linguística dos povos indígenas e caminha na perspectiva de homogeneizar os processos e inviabilizar os direitos específicos. Ele ainda complementa que

[...] o que poderia representar riqueza, potencialidade e possibilidade de inovação político-administrativa, pedagógica, metodológica e epistemológica, a diversidade de línguas, saberes, de culturas e de tradições indígenas acaba se tornando justificativa para não se implementar políticas públicas e [...] direitos específicos (BANIWA, 2019. p.21).

Dessa forma, pode-se compreender que são as políticas institucionais que não favorecem o desenvolvimento dos processos de ensino-aprendizagem dos indígenas em suas línguas originárias na universidade, de modo que estas não devem ser compreendidas como empecilho nesse âmbito.

Nas falas dos entrevistados e nas minhas visitas às universidades durante a pesquisa, não houve qualquer relato sobre a valorização de suas línguas indígenas no contexto dos cursos de medicina, apesar de boa parte dos entrevistados falar outras línguas além do português. Nesse caminho da homogeneização, uma fala indicou a necessidade de aprendizado da língua inglesa, que, segundo a narradora, *Typa*, era utilizada, de forma habitual, nas atividades do curso, o que dificultava ainda mais a sua inclusão no processo de aprendizado:

*E, quando eu entrei na universidade, especificamente no curso de medicina, eu me deparei com várias dificuldades, dentre elas, a questão da... Eu estou no inglês agora, porque nas aulas os slides são apresentados, na maioria das aulas, em inglês. Então, você é obrigada a procurar outros meios para poder seguir nesse meio acadêmico, então, a dificuldade é bem maior. É porque você vem de uma educação que não é comparável, sabe? Então, você sempre tem que estudar mais, tem que sempre estar estudando um pouco mais do que os teus colegas, para você poder acompanhar, porque senão você fica perdido. E para isso é necessário a gente se capacitar, é necessário a gente falar uma outra língua, porque senão a gente nem sente que é possível (TYPA).*

Na narrativa acima, *Typa* indicou dificultadores que também foram descritos por vários outros entrevistados, como a formação do ensino básico, que foi bastante destacada entre eles, pois tiveram processos formativos bem diferentes da maioria dos outros estudantes dos cursos de medicina, o que os colocava em desigualdade no ponto de partida da graduação:

*Na universidade, eu tive muita dificuldade com cadeiras, com matérias, com o aprendizado, sabe? Com coisas que eu nunca tinha visto antes. Meu ensino fundamental e médio também foram muito fracos, a escola indígena, naquela época, era bastante fraca, tinha bastante dificuldade, e minha base do ensino médio foi péssima também. Então, era tudo novo, eu tive que voltar toda a base de novo (NENXAH).*

*A medicina sempre foi muito distante para mim, por causa do ensino. Eu sempre morei ali na comunidade, então, infelizmente, o ensino foi fraco assim. Eu acho que para chegar na medicina foi assim, eu tive, tinha... então, sempre foi um sonho muito distante. Aí eu fiquei até os dezenove anos na aldeia, quando eu me formei no ensino médio, e por causa de questões financeiras mesmo eu acabei indo para trabalhar numa cidade do interior de São Paulo (FATHOA).*

*No início, eu acho que foi basicamente isso, o primeiro impacto, a fala dos professores também, eu acho bastante coisa, eu não entendia, umas coisas do ensino médio que eles só pincelavam e eu não entendia também, porque eu não tinha pegado bem no ensino médio. Coisas sobre biologia, essa coisa mais básica, que eles não explicavam, só falavam: “acontece isso e isso, é dessa forma”. Mas eu não conseguia resgatar isso, eu meio que boiava bastante nas aulas, por exemplo, de biologia molecular, nas coisas mais aprofundadas (FOCAJ).*

Em uma das rodas de conversa os participantes também discutiram sobre essa questão:

*[...] eu fico imaginando que pelo menos para nós, indígenas, o pessoal mesmo que são aldeados, para ti fazer aquela documentação, só a documentação para entregar para faculdade, aquilo é um absurdo, porque tem gente que nem sabe para onde vai. A nossa formação não é para isso.*

*Aí falam: “Ah, mas tem que ser igualdade”. Olha, mas [...] como que vocês querem igualdade se o ensino de vocês aqui é diferente. Pelo menos o básico, vocês têm. Porque o nosso não tem nada para essa parte de entrar na faculdade. Tem que ter igualdade na educação, se tem igualdade na educação lá na aldeia, o tanto que as coisas que ofertam aqui, a partir daí a gente ainda conversa. Mas não tem como [...] nas nossas aldeias, não tem educação igual o branco tem aqui, é muito diferente (Roda 2).*

Quanto às fragilidades na formação básica, trazidas pelos estudantes, é necessário elencar que eles se referem principalmente ao aprendizado dos conhecimentos demandados pela universidade, o que não é o principal foco dos conteúdos desenvolvidos nas escolas indígenas básicas.

É interessante destacar que, depois das conquistas da Constituição de 1988, as políticas de educação escolar indígena passaram a buscar a valorização e reconhecimento dos processos próprios de aprendizagem. Assim, os povos indígenas poderiam ter autonomia para utilizar seus “sistemas educativos tradicionais, com métodos, pedagogias, cosmovisões, filosofias, ontologias e epistemologias próprias” (BANIWA, 2019, p.41). Todavia esses processos diferenciados muitas vezes carecem de políticas públicas que deem conta das diversas especificidades e de garantir que as demandas dos povos indígenas sejam atendidas com qualidade.

Nesses termos, ao trazerem a fragilidade em sua escolarização básica, várias questões precisam ser consideradas, pois não se trata de apontar para uma necessidade de que as escolas indígenas sejam orientadas para o ensino dos conhecimentos que serão solicitados na universidade e em seus processos seletivos para ingresso, mas de levantar que os aprendizados desenvolvidos por esses estudantes foram diferentes da maioria dos estudantes de medicina. Em suas narrativas, os entrevistados apontam algumas reflexões nesse sentido:

*Não porque a gente é ... sei lá, burro, que precisa da cota para chegar até aqui. Mas o acesso à educação que nós tivemos no passado [...] não é igual ao que outros estudantes de medicina tiveram. Cada um de nós aprendeu outras coisas, para viver em outros lugares. [...] No começo, é difícil, cheio de obstáculos, mas a gente consegue, porque depois que a gente entra, a gente dá conta! Porque o indígena que está aqui e passou, estudou muito. Mas não foi em colégios bons, com uma boa estrutura (ARAPUÁ).*

*A nossa educação era diferente lá na minha escola. Eu aprendi, mas essa parte das matérias não foi de uma qualidade boa, então, algumas coisas eram novidade para gente. O pessoal que estudou em cursinho já sabia de tudo aquilo, eles passaram por aquilo, então, é mais fácil o entendimento. Enquanto eles entendiam mais rápido, a gente tinha que demorar mais para entender e se dedicar muito mais que eles. Então, ser um estudante indígena é isso, né? Provar o tempo todo que você também consegue chegar naquele nível, embora, às vezes, possa demorar um pouco mais, mas você vai conseguir também chegar lá (TENETE HAR).*

*Toda vez que iniciamos o semestre, a gente começa a refletir com tudo que passou. E, cada vez que a gente começa a avançar, mesmo que seja um pouquinho, é bom olhar para trás e ver que a gente consegue, que a gente tem força, e querendo ou não a gente consegue avançar no nosso tempo e na nossa forma (TAUÁ).*

Como pode ser analisado nas narrativas acima, apesar de relatarem algumas dificuldades, os estudantes fizeram questão de reforçar que elas não foram impedimento para o seu progresso no curso, desde que houvesse possibilidades e oportunidades para que conseguissem percorrer essa trajetória com suas diferenças. No entanto ficam marcadas também as desigualdades, estampadas nas trajetórias dos estudantes, que se deparavam com “obstáculos”, vivenciando “demoras para entender” e conseguindo apenas “avançar no seu tempo”.

Essa relação entre desiguais certas vezes se intensificou no decorrer do tempo nas vivências do curso de medicina. Assim, descreveram situações em que o esperado era que os indígenas sempre fossem “inferiores” na realização das atividades acadêmicas, num processo de estigmatização grupal dos “outsiders”, ou seja, daqueles que não pertenciam ao grupo dos estabelecidos (ELIAS; SCOTSON, 2000). Dessa forma, havia situações de generalização de eventuais fragilidades ou erros cometidos por parte dos indígenas.

*Toteem* narrou a situação de estigmatização dos indígenas e relatou que essa condição também englobava todo o grupo de estudantes que ingressou por meio de PAA, os chamados de “povo da cota” na universidade em que estudava:

*O tratamento diferente fica visível quando a nota está baixa. Quando uma pessoa que não é de cota – que não é negro, que não é indígena, que não é das minorias – pega uma nota baixa ou ela reprova, os professores, a sociedade lá, já dizem: “Oh”. E batem a mãozinha ali nas costas: “Não fica assim não, é porque você estava muito cansado, você estava sobrecarregado, você é uma pessoa inteligente”. Mas quando é uma pessoa de uma ação afirmativa, as pessoas não têm esse mesmo trato, elas apontam o dedo. E eu escutei esses comentários: “Está vendo, é cota. É o povo da cota. Está vendo aí como é que é?”. Quer dizer, a gente não pode errar. Quando algum indígena vai mal, o pessoal já pensa: “acho que ele estudava pouco, era fraco”. Como se fizesse um esforço menor. E eu disse: “Vamos escutar e saber a história dessas pessoas. Será que é por causa disso? E se você estivesse na mesma condição que ela? Será que você continuaria com as tuas notinhas boas?” (TOTEEM).*

Para Goffmann (2017, p.11), “a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias” de estereótipos. Assim, nas rotinas de relação social, em ambientes estabelecidos, enquanto o estranho aparece “podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros”, podendo ser encarado como uma “pessoa fraca, estragada e diminuída”, deixando

de ser considerada como comum e causando um efeito de descrédito, evidenciando assim o estigma (GOFFMANN, 2017. p.12).

Desse modo, nas relações entre os estudantes na escola médica, o estigma esteve frequentemente associado aos indígenas, caracterizando-os como inferiores aos demais estudantes. Nesse aspecto, Barthes (1987, p. 43) argumenta que “o que pode ser opressivo num ensino não é finalmente o saber ou a cultura que ele veicula, são as formas discursivas através das quais ele é proposto”.

Algumas narrativas trouxeram situações em que o tratamento dado aos indígenas e aos demais estudantes era tão diferente que havia certa surpresa quando o desempenho dos indígenas nas atividades acadêmicas era “bom” ou de destaque:

*Quando eu tirava uma nota melhor, uma nota boa, mais alta do que a média geral nas primeiras disciplinas, então, as pessoas ficavam comparando com a minha nota, como se a minha tivesse que ser sempre a pior. [...] Recentemente, eu publiquei um artigo sobre prevalência de prematuridade e fatores associados. Aí eu coloquei no Instagram e as pessoas da turma ficaram meio chocadas: “Como assim um indígena publicou um artigo em uma revista com Qualis bom?” (RATRIKSIÊ).*

*Um colega um dia falou: “Não, tu não é indígena, não! Tu só usou a cota para passar. Como é que tu tira nota boa?” Ele tinha esse pensamento de que pelo fato de eu ser indígena eu não poderia tirar nota boa, eu não poderia acompanhá-los (TENETEHAR).*

*Quando as pessoas ficam sabendo que eu sou indígena [...] quando surge oportunidade e eu falo, elas ficam mais surpresas. Falam: “Ah, nossa! E você conseguiu passar sem reprovar? Você é inteligente!” Essas coisas assim. É mais nesse sentido, aí eu tento relevar essas coisas, porque se eu for ficar pensando, eu acho que é pior (CUMARU).*

Segundo Elias, a sociodinâmica da estigmatização – quando um grupo lança estigma sobre o outro – é diferente do preconceito individual, pois não está relacionada às qualidades das pessoas, mas sim ao fato de elas fazerem parte ou não de um grupo dominante. Dessa forma, o estigma persistente para com os “outsiders” pode levá-los a se julgarem inferiores ao outro grupo (ELIAS; SCOTSON, 2000), ou seja, um estigma para com os indígenas na escola médica. Houve relatos que apontaram nessa direção:

*A gente tem sempre um pé atrás, a gente sempre fala assim “eu sei menos”. [...] O que eu aprendi durante a vida eu não aprendi como eles. Eu não fui preparada tanto quanto eles (ARAPUÁ).*

*Eu acho que eu achei que era muito incapacitado para fazer as coisas, eu acho que o espaço no começo me deixou muito assim, me sentindo incapaz. Tipo, o burro. E o sistema ajudou bastante com a minha desgraça mental também. Tem muito isso, essa carga de tipo, até mesmo um complexo de inferioridade com relação a isso, assim, então, isso mexe muito (ABAÇAÍ).*

Na diversidade de vivências e trajetórias históricas – tanto dos estudantes indígenas quanto dos povos aos quais eles pertencem – uma forma frequente de preconceito, por parte das pessoas no meio acadêmico, foi a visão sobre um indígena genérico. Essa imagem de um indígena único, que vive na mata e se alimenta apenas do que coleta, pesca e caça, vem de uma concepção idealizada e estereotipada pela história, pelos meios de comunicação e pela literatura, que descrevem o indígena como algo estático e genérico (SANTOS, 2013).

Nesse sentido, o estereótipo representa um modelo rígido e simplificador, a partir do qual se interpreta o comportamento dos sujeitos e grupos, sem se considerar o contexto (FLEURI, 2006). Assim, nas instituições, havia expectativas de que os indígenas fossem semelhantes a esse imaginário romântico do selvagem e primitivo, associado ao período colonial brasileiro, desconsiderando a perspectiva dinâmica das vivências indígenas e demais questões sócio-históricas:

*As pessoas nos olhavam e perguntavam se nós andávamos pelados nas aldeias. E eu respondia: “Só se quiser, mas não é uma regra”. E existiam essas percepções bem primárias sobre o que é ser indígena, sobre qual o propósito da nossa presença aqui dentro (ARAGUACI).*

*Então, eu acho assim, quando você fala para uma pessoa que é “indígena” [faz sinal de aspas com as mãos], a pessoa generaliza. Entendeu? “ah não, o cara indígena”. [...] Outras pessoas eu entendia que quando elas falavam de índio, elas já generalizavam, do tipo: “andava pelado, vive às custas do governo, ignorante”. E não é tudo assim. [...] Eu vejo um pouco de ignorância nessas pessoas, só isso (KAPOI).*

Outros indígenas descreveram as vivências relativas a situações de preconceito devido à própria aparência física não corresponder às características relativas ao estereótipo do indígena genérico. Nesse contexto, o preconceito traduz uma falta de flexibilidade nos modelos estabelecidos pelos estereótipos na

compreensão entre grupos, trazendo forte conotação emocional e afetiva, tendendo a tornar absolutas as imagens reducionistas preestabelecidas (FLEURI, 2006).

Alguns entrevistados narraram situações nesse sentido:

*Como eu te falei, foi bem difícil a questão de fazer a prova e tudo. Até mesmo para fazer a prova, porque antes de ter ingressado aqui que a gente foi fazer a prova eles pediam tipo muitas documentações, e, para mim, que era branca de pele, a situação que eu te falei foi muito mais burocrático, porque tipo eles queriam saber de tudo. Tipo, falavam muito, muito, muito mesmo. Daí teve toda uma investigação em relação a minha família, então, assim, eu achei assim que por um lado é muito bom, porque eles estão querendo ter certeza da origem da pessoa... Estão investigando mesmo a fundo. Estão querendo saber se está entrando realmente alunos indígenas ou não. Porém, por outro lado, eu fiquei meio entristecida, porque o que eles pediram para os outros alunos para mim eles pediram mais coisas, só que assim [...] e eu fiquei meio entristecida. Nós temos a pele bem branca, totalmente diferente nossos estereótipos. Mas somos indígenas de qualquer forma! (APY-MAMÁ).*

*Porque sempre tem a minha historinha que eu tenho a carinha de branca. Mas que eu sou indígena. Eu sei que eu não sou o perfil ou o estereótipo de um indígena, mas se você me perguntar qualquer coisa eu vou ter argumento para te responder, então, eu não me sinto constrangida, pelo contrário, eu acho que quando você não conhece, você julga, então, eu conto a minha história e sem problemas (MAYÁ).*

*Eu não tenho estereótipo e aparência de ser indígena. Eu sou bastante questionado aqui na universidade por isso. Logo que eu cheguei, teve umas pessoas que me olharam e disseram: "Você é um indígena, como assim?" Aí eu tinha que explicar toda a minha história, tudo que eu passei, tudo que aconteceu, a questão da comunidade (NENXAH).*

Em uma das rodas de conversa, os indígenas discutiram sobre as vivências relacionadas aos estereótipos e aos preconceitos vividos por eles, refletindo que eles se somavam e vinham, inclusive, dos aprendizados na escola básica:

*[...] muita gente critica, porque acha que não: "Índio não pode ter isso. Índio ter energia elétrica? Mas onde já se viu, índio dormir em cama e não na rede? Meu Deus, isso é um absurdo!" Então, as pessoas têm um preconceito. O preconceito das pessoas, na minha opinião, está mais na estereotipagem do que o índio tem que ser, do que eles impõem.*

*Eles criam um muro ao redor de você.*

*Eu senti um pouco no, mais no começo. Acho que porque como eu fui a segunda pessoa a entrar e não tinha uma presença assim, tão*

*significativa na universidade, foi pior comigo. Tinha ainda [...] o fato de fato de ter uma cota específica para isso e tal...*

*Acho também que eles estão meio que... No começo, assim, existiam estereótipos muito pré-definidos: "Índio xis é isso, de A a Z". [...] É só aquele estereótipo do indiozinho com cocarzinho de cartolina na cabeça, que se faz no dia do índio na escola (Roda 1).*

Um dos indígenas, *Ratriksiê*, narrou a associação de vários desses estigmas na relação com os sujeitos do curso de medicina, como os preconceitos com estudantes ingressantes por PAA, o fato de ser o primeiro indígena no curso de medicina de sua instituição e a não correspondência ao estereótipo físico do indígena genérico:

*Mas eu enfrentei dificuldades, inclusive, bastante preconceito no início, principalmente por ser o primeiro indígena na medicina. Então, as pessoas chegam e olham esperando um indígena com estereótipo, cabelo escorrido. Daí chega eu, de pele branca, que não tem o cabelo escorrido, que não tem nenhum estereótipo indígena. E daí as pessoas questionaram bastante se eu era ou não era. Alguns colegas chegaram na época a falar na minha frente que eu não merecia a vaga, que eu não deveria estar aqui (RATRIKSIÊ).*

Como trazido ainda por *Ratriksiê*, ele foi questionado se ele “era ou não era” indígena. Para Antonio Carlos de Souza Lima, antropólogo vinculado ao Museu Nacional, que tem estado próximo a iniciativas, projetos e pesquisas relacionados à presença dos indígenas nas universidades, a sociedade brasileira foi reeditando preconceitos com o passar do tempo e buscando sempre relacionar o indígena ao “primitivo, ao verdadeiro índio, calcado na imaginação romântica” (LIMA, 2015, p.437). Ainda segundo Lima (2015 p.437), chega-se ao extremo de se dizer que “os verdadeiros índios seriam os que se aproximassem [...] de índios do descobrimento” (LIMA, 2015). Outros indígenas aqui também narraram a associação entre o fato de não corresponderem ao estereótipo exótico a não serem indígenas ou, ainda, a não serem indígenas “de verdade”:

*Como eu não tenho assim tantas características físicas assim, tão como eles esperam dos indígenas, então, o pessoal fica pensando que eu sou maranhense, ou algo assim. De vez em quando, eu falo em algum grupo que sou indígena, daí eles até nem acreditam muito no começo (WEI).*

*Eu sou prima do cacique, então [...] aí todo mundo: “O quê? como assim? Você não é?”. Aí eu digo que sou: “Só porque eu nasci*

*branca?”. A culpa não é minha se eu nasci branca, e tipo, porque eu passo mais invisível se ninguém perguntar para mim: “Ah, você é indígena?”. [...] Então, tem essa coisa ruim que acontece algumas vezes do pessoal desacreditar que eu seja quem eu sou. É engraçado, porque eu não escondo e ainda falo que sou indígena e de onde eu vim. O povo não acredita, porque olha para minha cara, e eu sou branca e tenho o olho claro, então, as pessoas ficam tipo: “Como assim, você é indígena?”. Eu já conversei com muita gente sobre isso, as pessoas dizem: “ah, que legal”, mas eu sinto como se elas não acreditassem, sei lá, como se não fosse “indígena de verdade”, como já ouvi, uma coisa real (PUCRERON).*

*Eu sempre fui bem recebido, eu não sofri grandes preconceitos. Mas sempre tiveram piadinhas. Eu até ria junto, mas, no fundo, ficava aquele ar de preconceito, aquela coisa que a gente passa por eu usar celular, por eu não ter o cabelo liso preto. Às vezes, até por falar o português direito, eles já faziam piadinha, porque eu não era indígena. Sempre tentando afastar de mim o que eu era, por eu parecer com eles. Aí, sobre isso, eu sempre lembro de uma frase de um indígena de onde vem o meu nome, que ele diz: “Eu posso ser quem você é, sem deixar de ser quem eu sou” (FOCAJ).*

Nessa última narrativa, *Focaj* associou – complementarmente aos estigmas antes descritos por outros estudantes – uma reflexão sobre a postura das pessoas na escola médica, de o considerarem “parecido com eles”, o que o afastaria do “que ele era”.

Nesse caminho da normalização sobre quem são os estudantes de medicina e quem são os indígenas, destacam-se características do estigma, pois, para Goffmann (2017), ele só existe se houver um grupo normal, já que ele é resultado de “uma linguagem de relações e não de atributos dos indivíduos” (GOFFMANN, 2017, p.13), ou seja, só é possível existirem pessoas estigmatizadas, se houver outras pessoas que sejam consideradas normais. Assim, no caso de *Focaj*, por ele se parecer com os demais colegas do curso e não com a imagem estereotipada dos povos indígenas, não o consideravam indígena, como se ele não pudesse ser ao mesmo tempo indígena e estudante de medicina, reforçando sua condição de “outsider”.

É possível compreender o quanto o processo de estereotipia invade a escola médica. Os níveis mais íntimos da singularidade e da subjetividade dos estudantes são constantemente manipulados por uma linguagem estereotipada. Acerca disso, é oportuno mencionar o pensamento de Bosi (2003, p.117), quando nos diz que “o estereótipo nos é transmitido com tal força e autoridade que pode parecer um fato biológico”.

Alguns estudantes narraram que, ao se apresentarem evidenciando características culturais nas atividades cotidianas nas universidades, surgiram contradições nas posturas, havendo valorização por parte das pessoas, mas também funcionando como um sinal de reforço para tornar as pessoas do grupo estigmatizado mais fáceis de serem reconhecidas em sua condição, como descrito na relação entre estabelecidos e “outsiders” (ELIAS; SCOTSON, 2000).

Assim tais estudantes sofreram preconceitos quando realizaram práticas diferentes das habituais realizadas pelos demais estudantes de medicina, como descreveu *Tauá*, ao relatar que não se sentia à vontade para “se sentar no chão” ou para “acender um cachimbo”. Também houve estranhamentos quando utilizaram adornos e pinturas corporais, como narrado por *Tenetehar*, demandando explicações e justificativas:

*Na Universidade, eu não posso andar ali e fazer as minhas coisas, por exemplo, andar com um ornamento, acender um cachimbo, sentar no chão sem parecer estranho. Já começam a achar que são drogas, como já acharam que era maconha e essas coisas. Aí eu tenho que me explicar, aí já até passou a vontade. Então, eu evito (TAUÁ).*

*Quando eu saía da aldeia e vinha para cá, às vezes eu vinha pintada. Aí algumas pessoas ficavam me olhando estranho, eu percebia e eu me sentia um pouco incomodada com aquilo. [...] Então, eles pensavam que a nossa mão estava suja e aí eu tinha uma grande preocupação, porque eles ficavam olhando assim, eu percebia que a pessoa queria falar alguma coisa, mas parece que não tinha como. Daí eu falava: “olha, isso aqui não é sujeira, não é tatuagem, isso aqui é uma pintura indígena, eu sou de comunidade indígena”. Isso é uma pintura feita com jenipapo, que é uma fruta que a gente tira e extrai a tinta e isso aqui faz parte da minha cultura, não vou deixar de fazer. [...] Uma colega minha, ela teve uma experiência muito negativa [...] chamaram a pintura que ela estava adornada de “marmota”. Então, foi um termo pejorativo. E aí, estava ela e outros estudantes também, então, eles ficaram muito tristes com relação àquilo, e aí chamaram atenção dele. Eu não sei o que aconteceu, mas eu sei que ele se retratou com ela e com os estudantes (TENETECHAR).*

Todavia a utilização de adornos e pinturas corporais também foi descrito por outro prisma. Nesse âmbito, o conceito de “outsider within” pode favorecer a compreensão dessas relações. Descrito por Patrícia Hill Collins (2016), por meio de seus estudos sobre o feminismo negro nos Estados Unidos da América, o “outsider within” é o indivíduo que se insere em um grupo que não é o seu

habitualmente, trazendo olhares diferentes sobre as relações no seu local de origem e no ambiente em que está inserido, sendo que, no caso de Collins, ela ressalta as compreensões das sociólogas negras nas universidades.

No caso da presente pesquisa, pode-se dizer que os indígenas que estão inseridos como estudantes nos cursos de medicina seriam compreendidos como “outsiders within” e, nesse sentido, valorizar, de forma assertiva, alguns aspectos estereotipados pelas demais pessoas – como o fato de usarem pinturas e vestimentas características – poderia ser um ato de valorização e ousadia, para sobreviverem e transcenderem os ambientes hostis que os circunscrevem na universidade (COLLINS, 2016). Duas narradoras descreveram essa postura:

*É tipo... meio que... como se eu fosse estranha aqui. Mas eu também nunca recuei por conta dessas coisas. E chego mesmo toda pintada, com a roupa e com a vestimenta nossa também, eu não tenho problema nenhum. Mas eles acham estranho e eu vejo nos olhares que tem uma reprovação. Isso é motivo para eu vir e me mostrar, mostrar a minha presença [...] E tu quer ver quando a gente sai na rua aqui na cidade, que a gente pinta o rosto e parece que tu está daquele jeito, suja, ou sei lá, ou alguma coisa assim, é muito estranho. Mas também é uma forma de a gente se afirmar e aparecer mais (APY-MAMÃ).*

*Então, eles só foram me reconhecer como indígena quando eu postei uma foto no Facebook que eu tinha ido para uma festa na minha aldeia, uma festa cultural, e eu estava toda pintada, toda adornada. Aí eles: “ah, mas tu é índia mesmo, né?” (TENETE HAR).*

Desse modo, os indígenas se relacionaram com as pessoas na escola médica em um contexto de relações permeadas por diferenças, que se tornam, muitas vezes, desigualdades, estigmas e preconceitos. Essas relações, destacadamente com os demais estudantes e com os professores, são discutidas nas duas próximas subcategorias.

### **5.3 As relações com os demais estudantes de medicina**

#### ***eu não fazia parte desse grupo***

Nas entrevistas realizadas, os outros estudantes de medicina apareceram nas relações cotidianas com os indígenas de diversas formas, por meio de distanciamentos e aproximações nas experiências relatadas. Dessa forma, a

característica de o curso de medicina ser composto tradicionalmente por pessoas pertencentes a um grupo social dominante foi descrita como dificultadora nas relações dos recém-chegados indígenas com os demais estudantes de medicina:

*Era uma turma mais elitizada. Então, eram famílias que os pais já eram médicos. Muita gente da família já eram médicos. Então, tinha algum evento para participar, e aí, todo o pessoal lanchando nesses “fast foods” aí. E eu não tinha dinheiro para comprar o lanche e eu ficava só olhando, né? (TENETECHAR).*

*No primeiro dia de aula, eu tive o primeiro contato com a turma, só que eu me senti muito deslocado, porque o nível de conversação era outro. Eu acho que questão financeira também, porque o pessoal era bem mais favorecido nessa questão. Aí o nível de conversa era outro, porque envolvia coisas que eu não tinha acesso, porque eu não tinha dinheiro. Boate, gente que ganhou carro quando passou... Eu me senti... não digo inferior, mas bem deslocado, porque eu não fazia parte desse grupo, eu não era dessa classe social, pelo menos eu não me considerava. E pelo curso ser ainda bastante elitizado, eu vi que não ia fazer parte daquele grupo (FOCAJ).*

Como o acesso desses indígenas aconteceu, na maior parte das vezes, por meio de PAA, eles não chegaram ao curso da mesma forma que os outros estudantes, que se posicionaram contrários ao ingresso diferenciado, como relatado por alguns entrevistados:

*A gente, eu e o estudante quilombola, chegou no meio do semestre... um pouco depois, acho que duas semanas depois. Já tinha iniciado o curso, então, todo mundo sabia que a gente era estranho. A gente chegou separado. [...] E os veteranos: “Mas tu passou em qual grupo? A gente não viu você em nenhuma lista! Como é que é? Conta essa história!”. Já chegavam com isso (KARI’OCA).*

*Teve uma vez que dois ou três estudantes não indígenas da medicina haviam falado de nós, indígenas na medicina. Estavam falando [...] assim: “Não sei para que vocês estão vindo para cá, para universidade”. E eu: “Como assim?” E eles: “É porque vocês estão vindo para cá para tomar nossas vagas, e que no final vocês vão concorrer com a gente na residência, e vão concorrer com a gente na profissão (TOTEEM).*

Na fala de *Toteem*, além do preconceito, percebe-se ainda uma certa preocupação do grupo estabelecido em perder privilégios e poder, o que foi descrito também por Elias e Scotson (2000) na situação em Winston Parva, relatando que, a partir do medo, os estabelecidos atacavam os “outsiders”. Aqui, os estudantes de

medicina disseram que os indígenas “tomaram suas vagas” no curso e temiam concorrer por vagas na residência médica e no mercado de trabalho.

Houve relatos sobre resistências na inclusão dos indígenas em grupos de atividades, como narrado por *Tauá*:

*E aí precisava fazer grupo de estudo, precisava fazer grupo para trabalho e a gente era deixado de lado. Sempre tinha que se juntar com o negro que entrou, até com a filha do diplomata, que, muitas vezes, também era deixada de lado. Então, foi um semestre que eu vi que aquele preconceito que eu sentia lá em na minha região não era o limite. Aqui era pior (TAUÁ).*

Um dos estudantes, *Ubá Krikri*, relatou uma vivência junto a colegas do curso em uma disciplina eletiva, em que visitaram uma aldeia, evidenciando os preconceitos de parte dos estudantes:

*A disciplina é massa, mas também acontecem umas coisas na disciplina, que você fica muito “zumbicado” na sua cabeça. A disciplina levou a gente... em um lugar, um espaço, para criar uma zona de contato, aí eles chegam lá e dizem: “Nossa! Mas eram pessoas normais”; “Nossa, mas eu cheguei lá e encontrei um pessoal que estuda” ou: “Eu cheguei lá e tinham chuveiro. Eu olho assim e digo: “não acredito”, tipo, eu estou lá e eu consigo entender fácil, muito fácil, a professora disse, eu já peguei, é óbvio isso. Mas aí vem o estudante e faz uma visita na aldeia, aí quando ele vai falar é como se tivesse instalado na cabeça um grande processo violento, onde só... é sempre uma necessidade de encontrar no outro uma possibilidade de se normalizar e fazer esse movimento de selvagem, e tipo, isso é cansativo (UBÁ KRIKRI)*

Algumas vezes, a sensação dos indígenas era a de que os colegas de curso os consideravam estranhos, mas que essa condição estava mais associada a um desconhecimento, revelado, principalmente, quando demonstravam interesse em saber um pouco mais sobre as origens deles. Diferente do preconceito, quando havia hostilidade e intolerância, aqui a postura era de interesse e curiosidade:

*As pessoas tinham um pouco assim de curiosidade, aí já me perguntaram como que era a minha aldeia, como é que a gente vivia. Porque, assim, as pessoas tem uma visão do indígena que, às vezes, não condiz com a realidade. Muitas vezes, não condiz com a nossa realidade do Nordeste, que são povos que vivem muito próximos das cidades. Tem coisas que a gente continua fazendo e tem coisa que a gente não faz mais, então, eu tive essa oportunidade de falar do nosso povo, mas por curiosidade (ARAPUÁ).*

*Na minha turma, o pessoal sempre procura saber um pouco sobre a minha cultura. Principalmente no ano passado, que eu era do primeiro ano, eles perguntaram bastante. Por exemplo, a gente chama de xanduca o que eles chamam de cachimbo. Eu falava da importância para minha cultura e eles tinham curiosidade de saber. Mas o ano passado eles perguntaram bastante, agora eles estão mais acostumados comigo... já estamos entrosados (FATHOA).*

*Para os outros estudantes, era bem novo, né? Eles não sabiam tanto, e aí sempre tem aquela questão de apresentação: “Ah, vem de onde?” E aí, todo mundo já estava esperando chegar a estudante indígena, que chegou um pouco depois. Os professores pediam para falar se eu era indígena e eu dizia que sim. Perguntava o que mais eles queriam saber. Eu até gostei de contar mais. Tinha colega que perguntava, só que eles não ficavam vendo com um negócio superestranho. Foi bem tranquilo, eles encararam muito bem, eu fui muito bem recebida e tudo mais (MBARETE).*

*A minha relação com meus colegas é muito boa, assim, ninguém fala nada do nosso processo de entrada, que não é pelo ENEM. Eu até chego a comentar com eles sobre como foi, mas eles não tratam diferente por isso, não. Às vezes, tem só curiosidade mesmo. Eu nunca senti que estava sendo tratado diferente. Pelo menos, não é visível. Se tem, eu não percebo (WEI).*

Em suas narrativas, os indígenas reforçaram a importância do acolhimento dos colegas de curso para o desenvolvimento frente às atividades da graduação em medicina:

*E minha turma é uma turma muito... principalmente o grupo ali que eu tenho mais amizade, eles entendem bem, me acolheram bem [...] até então, eu ainda não tive nenhum problema, e a dificuldade maior é a do curso, de estar longe da família. Então, ter amigos no curso ajuda (FATHOA).*

*Você tem uma dúvida, você tem um colega que viu uma coisa melhor que você. [...] então, eu tive bastante ajuda para poder construir meu aprendizado. Muita ajuda dos colegas da medicina mesmo. Eles... Nossa! Metade do meu diploma eu devo a eles, eles me ajudaram muito, muito, muito (ARAPUÁ).*

Nas narrativas, também destacaram que algumas pessoas acolheram bem os estudantes indígenas, outros tiveram estranhamentos e resistências iniciais, que foram superados, progressivamente, com o decorrer do tempo:

*O pessoal falou que eu tive sorte, porque geralmente as pessoas não encontram uma turma que... eles dizem, assim, “boa”. Então, a minha turma me acolheu bastante, estavam bastante interessados,*

*muitos perguntavam se eu precisava de alguma coisa e diziam que era para eu falar (TYPA).*

*Eu falei da minha história e todo mundo se emocionou, por causa da minha dificuldade. Aí falei tudo e contei da minha vinda até aqui. Falei das diferenças com a outra estudante indígena. “Ela convive com os brancos, daí ela aprendeu a falar a língua portuguesa, mas eu não, eu sou da aldeia e não consigo assim pronunciar muito bem o português”. Eu falei assim, todo mundo se emocionou, estavam até chorando (KEKARYEHTOTHO KOMO).*

*Eles queriam saber, perguntaram. Tanto que muitas coisas daqui, tipo pintura e essas coisas, os meninos, hoje em dia, só sabem, porque eu falei para eles como é que é a forma. Já percebi resistência de alguns colegas. [...] Mas, depois de toda uma conversa, eles falaram que pensaram totalmente diferente daquilo que eles viam e eu fui me sentindo mais acolhida pelo grupo, me sentindo melhor ali (APY-MAMÃ).*

Esse processo parece ter sido bastante facilitado quando mais de um indígena ingressou junto na graduação de medicina, e ainda mais positivo quando já havia indígenas em outros períodos ou anos do curso:

*Quando eu vim para cá, já tinha três indígenas na medicina. Já eram quatro vestibulares. [...] Aí já tinha essa rede de indígenas. Na medicina e eu era o quarto entrando. Isso ajudou bastante, porque eu estava muito ansioso quando começou (XINÃ BENÁ).*

*Tinha os indígenas nos outros anos, então, qualquer coisa que eu tivesse dificuldade, eu falava com eles. Eu acho que a gente como indígena assume um compromisso como um grupo e aí tem essa questão de se apoiar [...]. Tudo que eu tive de dificuldade na graduação eu consegui superar com meus colegas indígenas, que eram os veteranos e a gente tinha isso de adotar um ao outro. Eu acho que foram coisas bem importantes no aspecto de formação (MAYÁ).*

*Se eu estivesse sozinho, eu não aguentaria. Eu acho que por isso essa estratégia de entrar de dois em dois ela funciona muito, senão o aluno desiste mesmo. Na hora do aperreio, é importante ouvir apoio de um parente do curso (TAUÁ).*

Houve também a descrição de haver familiares no mesmo curso e instituição, o que foi relatado como um fator que diminuiu a sensação de deslocamento:

*Meu irmão mais velho já estudava aqui. Ele faz medicina e está no terceiro ano. Isso foi um grande incentivo para eu vir também. E aí mais um incentivo para eu vir morar para cá, e eu aí saí de casa com 16 anos e vim morar aqui na cidade. [...] E como o meu tio e o meu irmão também estudam aqui, eles já me ensinaram muita coisa, me ensinam ainda. Eles me ajudaram eu não me sentir perdido, a não*

*ficar me achando mais fraco que os outros. As pessoas até brincam um pouco assim: “entrou o seu tio e o seu irmão, quem é o próximo?” (risos) (WEI).*

A aproximação entre estudantes que eram de outros grupos minoritários também foi relatada como favorecedora da trajetória no curso. Nesse sentido, esses estudantes se reconheciam diferentes do grupo habitual de estudantes de medicina, pois eram recém-chegados a um espaço em que historicamente estiveram excluídos. Nesse contexto, utilizando-se do modelo de relações de Elias e Scotson (2000), pode-se perceber que não apenas os indígenas eram vistos como “outsiders”, mas também os quilombolas e os estudantes pobres, já que tinham histórias de vida e padrões diferentes dos grupos estabelecidos:

*Tinha duas turmas, mas a primeira eu não me adaptei. Na segunda, tinha um estudante quilombola que foi bastante receptivo, ele já tinha uma formação, já sabia como se manter na turma. Então, foi bacana que ele me recebeu, ele já era mais experiente. Eu acabei gostando da turma, eram de uma classe mais baixa, então, eu me senti mais alocado ali, mais tranquilo, e assim foi até hoje, eu continuo nessa turma (FOCAJ).*

*Eu fui me enturmado com o pessoal que foi repescado do SISU, outros colegas que já vieram de outros cursos também, além de uns que vieram da outra turma, então, não tinham vínculo com a maioria do pessoal. A gente foi montando nosso grupo dos “sem panela”, acabamos desenvolvendo muita afinidade, porque era um pessoal mais povão! (risos) São pessoas que têm uma realidade mais parecida, tem umas pessoas que têm um pouco mais de dinheiro, mas são pessoas muito humildes, me ajudaram bastante (TENETE HAR).*

Entre os entrevistados que relataram terem sido acolhidos pelos colegas de curso, uma parte narrou uma melhor relação quando as diferenças e as desigualdades com o grupo estabelecido eram menos intensas, ou seja, eles não seriam tão diferentes e desiguais perante os estabelecidos:

*Mas nunca recebi julgamento, nunca recebi preconceito. Eu não senti nada de diferente dos outros. Nada, nada. Eu já vi preconceito com negros, assim, na turma. Mas comigo não. Eu sou um pouco diferente de outros indígenas que nunca saíram da aldeia, porque eu sempre vivi também na cidade. Apesar de não estar numa cidade grande, estava numa cidade bem pequenininha, que também é muito indígena, mas eu já estava talvez transitando nesses dois lugares (KAPOI).*

*Eu mostrei que eu conseguia fazer tudo e fazia com excelência também, como eles, e assim eu fui me integrando mais, a partir dos trabalhos em grupo. [...] as pessoas meio que me apoiaram, e eu acho que é muito importante ter amigos durante o curso, porque é muito difícil, não é fácil. E eu acho que os meus amigos me ajudaram a seguir e a estudar, eu estudava junto com os meus amigos também. [...] Eu tive uma trajetória diferente dos outros indígenas daqui. Aqui acho que foi muito tranquilo [...] Eu cheguei, fiz muitos amigos no curso de medicina e foi tranquilo (CUMARU).*

*Minha trajetória acho que não foi tão diferente das outras pessoas que não são indígenas, sabe? Foi até que um pouco tranquilo. Eu não fiquei tanto tempo estudando para poder passar em medicina. Eu tive oportunidades muito boas, que me fizeram chegar até aqui. Por exemplo, eu que fiz o meu ensino médio em uma escola particular. Eu ganhei bolsa (MBARETE).*

*A língua não foi um problema para mim. Como eu falei, eu aprendi bem o português, assim, querendo ou não tive um excelente ensino médio, porque eu estudei no colégio de freiras. Eu tive assim bastante acesso à literatura, português, história, geografia que muitos indígenas às vezes não têm na aldeia. Então, eu não tive problema quanto a isso (XINÃ BENÁ).*

*É importante fazer amizades com outras pessoas do curso, com a minha turma mesmo. Eles sempre foram bem acolhedores. Eu só tinha estudado lá na comunidade, antes. Como eu estudei dois anos aqui na cidade, no cursinho, eu acho que eu não tenho tanta diferença assim dos outros estudantes do curso. É tudo parecido. No meu caso, assim. Dos outros indígenas, talvez seja mais diferente (WEI).*

Portanto, a partir das narrativas apresentadas acima, é oportuno identificar que os indígenas que vinham de uma vivência urbana, mesmo que não muito prolongada; os que, por trajetórias pessoais diversas, falavam bem o português, ou ainda os que tinham estudado em colégios particulares, não se sentiam e nem eram tão reconhecidos como “outsiders”. Também é interessante perceber que em alguns momentos os narradores disseram que eram um pouco “diferentes” dos demais indígenas, o que reforça o fato de nessas situações não estarem em relações tão desiguais e, conseqüentemente, não recebendo, de forma veemente, o estigma.

#### **5.4 As relações com os professores**

***o professor é uma liderança respeitada pelo meu povo***

Nas relações com os professores do curso de medicina, diversos indígenas relataram que sofreram preconceito e discriminações, fato relacionado a um desconhecimento sobre os povos indígenas, a pouca habilidade – e até intolerância – para lidar com pessoas oriundas de culturas diferentes das próprias e da maioria dos estudantes de medicina, ou ainda à resistência pelo ingresso de indígenas no curso:

*O profissional que está trabalhando com os alunos, a partir do momento que ele recebe alunos de perfis diferentes, ele talvez, ele sente um pouco de insegurança de: “como é que eu vou trabalhar com esse aluno?” E aí, quando você recebe um aluno indígena, ele não sabe como ele vai lidar. Talvez, isso tenha impactado um pouco na medicina. Aí, dependendo de como o professor age, a gente se sente ainda mais diferente (KARI'OCA).*

*A questão da discriminação é difícil... [emotiva] Aí tudo isso pesa muito, assim, por a gente ser indígena... a gente sofreu uma discriminação, assim, eu não sei por que que eles não querem indígenas (KHANTE).*

Em algumas situações, os professores estigmatizaram o conjunto de estudantes indígenas, o que, ao olhar de Elias e Scotson (2000), é o processo de considerar os indivíduos “outsiders” como indisciplinados, desordeiros ou indignos de confiança, aproximando-se de uma fantasia coletiva, criada pelo grupo estabelecido, indicando que os recém-chegados não estão à altura das normas de seu grupo (ELIAS; SCOTSON, 2000). Os autores ainda reforçam que, em Winston Parva, os recém-chegados eram vistos como uma ameaça aos moradores mais antigos, os quais temiam a perda do prestígio do bairro, já que poderiam rebaixar a sua posição social. Na situação dos estudantes indígenas, nos cursos de medicina, posturas semelhantes puderam ser percebidas nas narrativas:

*E aí, chegando em sala de aula, me encontro com um professor, na quarta-feira, primeira aula dele, ele pede para nós todos ficarmos de pé. Ele agradece por ser professor não sei o quê da universidade, faz um discurso bonito e todo mundo senta. Daí ele pede só para os cotistas e para os que entraram por reserva de vagas e filhos de diplomatas ficarem em pé. Aí fico eu, o outro estudante indígena e mais duas amigas minhas que entraram por cortesia. E aí, ele começa outro discurso lá, falando que a universidade na época tinha um ranking tal, e que ele não iria diminuir o ritmo da aula dele, porque os estudantes precisavam saber daquilo como futuros médicos e que a gente ia acabar fazendo cair esse ranking que a universidade tinha (TAUÁ).*

*Tem vezes que é como se eles me dissessem: “Não, ele é um indígena, ele é diferente”, daí já começa a entrar numa questão de que não tem capacidade. Não quebra aquele estereótipo, entendeu? (KARI’OCA).*

Em algumas situações, evidenciaram o estigma relacionado a vivências anteriores ou a imaginários estereotipados, o que poderia ser relacionado, na teoria de Elias e Scotson, à generalização favorecida pela fofoca entre os estabelecidos, associando os outsiders a um grupo que, “por natureza”, seria humanamente inferior (ELIAS; SCOTSON, 2000). Algumas narrativas foram nesse sentido:

*É que as pessoas, os professores, quando você falava para o outro: “eu sou indígena”, as pessoas pensavam: “Vai reprovar vários semestres, essa pessoa não é responsável”. Isso é devido ao histórico daqui, então, eu senti no começo que era meio assim (CUMARU).*

*Mas a questão é que eu descobri porque eles tinham esse pensamento, por que antes de nós entraram alguns indígenas também. Eles não tinham muito domínio do português, porque eles falavam muito a língua materna deles. E, às vezes, eles não entendiam aquele conteúdo, porque eles não sabiam falar direito o português. Então, com isso, eles ficaram com essa visão ruim, porque eles não entendiam a cultura e não entendiam as particularidades da gente enquanto indígenas. Mas aí, aos poucos, a gente tenta como a gente pode para desmistificar tudo isso, todos esses tabus. A gente precisa explicar um pouco da nossa cultura para que eles entendam. Daí podem se tornar apoiadores (TENETE HAR).*

Nesse contexto de inferiorização dos indígenas frente aos demais estudantes, estava também presente uma postura tutelar dos professores, subjugando os indígenas e transformando suas diferenças em incapacidades. Para Lima (2015), essas posturas estão intimamente ligadas aos processos habituais de relações da sociedade nacional com os povos indígenas.

Segundo o autor, essas relações com os indígenas necessitam ser superadas e estão historicamente baseadas nas concepções de que eram "relativamente incapazes", de modo que as políticas públicas realizam suas ações por meio de uma postura tutelar, para uma “adaptação à civilização”, o que se mantém em muitos espaços, mesmo após a Constituição de 1988 (LIMA, 2015, p.432-433). Outros três estudantes narraram situações em que foram tratados como incapazes:

*Professores começam a me olhar também meio torto, a me julgar. Eles acham que eu estou repetindo, por quê? Porque eu sou indígena, porque indígena não aprende, porque eu vim da região Norte, porque o povo do Norte é fraco, porque eu sou incapaz? E não é nada disso. Mas é o que eles falam (TOTEEM).*

*E aí, eu ouvi isso durante o semestre todo, o professor falando que você era incapaz, que você não deveria estar ali, que você está tirando vaga. E aí, a turma começa a entender isso também e começa a te excluir. E isso acaba te fazendo muito mal, né? (TAUÁ).*

*Eu acho que os professores tinham que tratar mais igual a gente que é indígena, nesse primeiro momento. [...] Você tentar olhar todos de uma forma igual [...] É isso que eu tenho tentado trabalhar um pouco, tentando explicar para eles. É lógico que vão ter as particularidades, mas aí os professores vão vendo essas necessidades, de acordo com cada um (KARI'OCA).*

Como é possível depreender das narrativas, o preconceito e a postura tutelar geraram uma forma de tratamento desigual, quando os estudantes indígenas se perceberam numa posição de fragilidade na relação com o professor, responsável pelo seu processo de aprendizagem e por realizar avaliações do seu desempenho. *Ubá Kriki* narra uma situação em que se sentiu vulnerável e agredido na relação com o professor:

*Mas às vezes ocorre uma violência que ela é hierarquizada, e aí eu não posso reagir. Por exemplo, você está em um estágio e a preceptora fala que não gosta do meu alargador. Isso é um problema dela, se ela não gosta, ela já ultrapassou o limite de me dizer. Mas aí ela diz: "Isso é coisa de indígena?". Aí eu disse que era indígena e ela respondeu: "Então, por que você não volta para tribo que você veio, onde essas incivilidades são permitidas?". Uma frase construída desse jeito não tem como você não se desestabilizar no meio de um estágio onde você está o tempo todo sendo avaliado (UBÁ KRIKRI).*

O processo de estigmatização grupal, segundo Elias e Scotson (2000), é destrutivo, enfraquece e desarma o indivíduo como se ele não estivesse à altura das normas do grupo superior. Essa postura de alguns professores foi descrita pelos indígenas, que também acrescentaram o estigma de terem ingressado por ações afirmativas, como outros estudantes que sofreram esse tipo de tratamento:

*A única reprovação que eu tive foi em uma disciplina de patologia do quarto semestre, que acabou me fazendo cair de turma. [...] Acabei atrasando seis meses na faculdade. E, acredito que de uma certa forma foi por causa de um preconceito do professor, porque eu tinha*

*nota para passar e, na época, as pessoas que foram reprovadas foram a colega africana, o indígena, o colega quilombola. E todos nós tentamos recorrer. Tinha banca, tinha nota na prova, mas a gente acabou não conseguindo (RATRIKSIÊ).*

*Na Bioquímica, por exemplo, eu consegui ficar três anos para poder progredir, mas foi... se somou, na verdade, com uma questão relacionada a professores também, que não aceitavam cotas. Eles não aceitavam indígena no curso e queriam justificar as suas frustrações em cima dos estudantes. Por não terem tido essa oportunidade no tempo que estudavam ou porque seus filhos também não têm essas “regalias”, segundo eles (NENXAH).*

Um dos estudantes, *Tauá*, refletiu que sofrer discriminação de um professor foi ainda pior, já que, em sua cultura, o professor é uma liderança muito respeitada. Já *Nenxah* relatou que o professor era um exemplo, mas argumentou que nem sempre era um bom caminho a ser seguido:

*O professor é uma liderança respeitada pelo meu povo. Isso dá um impacto muito grande, porque eu, enquanto filho de professora, ouvir o que ele falava em sala de aula. Ele levou uma charge que dizia que o índio chega na FUNAI e pede para ir para lua, dizendo: “Mamãe FUNAI, deixa eu ir pra lua?”, e a FUNAI dando um foguete para ele. Ou, então, ele postava que o índio chega na universidade e não sabe nem o que é H<sub>2</sub>O, e “kkkk”, rindo. Não era algo construtivo. Ele nos apontava mesmo na sala de aula. Ele ignorava trabalhos, ignorava as nossas apresentações. A gente tentava conversar com ele e nada se resolvia (TAUÁ).*

*O professor é alguém que dá exemplo, mas nem sempre é positivo. Então, a gente vai pegando um pouco de cada um, de cada pessoa, e vai pensando: “isso eu quero ser, isso eu não quero ser”, que é a questão que a gente pode trabalhar (NENXAH).*

Nesse contexto, *Focaj* reforçou que o professor era a “pessoa-chave”, que poderia transformar a experiência desses indígenas no curso de medicina, passando de um lugar de invisibilidade para uma postura de mediar o processo de aprendizagem daquele estudante que vem de uma outra trajetória histórico-cultural:

*Eu percebi que os professores não faziam questão de saber se tinha indígena e também agiam como se não tivesse indígena. Mas a gente estava lá. Eu, às vezes, chegava pintado e eu fazia questão de ir pintado, eu não escondia isso, pintava o corpo todo logo. E o professor: “Eu quero lá saber?” (risos). E não tinha diferença. Tanto faz, tanto fez para o professor. E eu acho que, na minha opinião hoje, passando por esses seis anos de curso, é a pessoa-chave da turma que pode ajudar o indígena, além dos colegas, da recepção dos colegas que podem ajudar com grupos de estudo, essas coisas. Mas*

*eu acho que o professor receber bem, ter consciência de que tem um indígena ali, e talvez agir diferente ou tentar ajudar de alguma outra forma, respeitando a diversidade e a especificidade do indígena. Acho que faria uma diferença boa não agir como se fosse... como se não existisse indígena na turma. Está certo que a gente quer ser tratado como os outros, mas há uma diferença, uma diferença que poderia ser levada em consideração. Uma diferença cultural e também de acesso a um bom ensino médio e um bom ensino fundamental (FOCAJ).*

No contexto de compreender esse professor do curso de medicina, que poderia colaborar mais no processo de desenvolvimento dos estudantes, tomei alguns apontamentos da pesquisa realizada por Urutiaga (2004), que investigou práticas pedagógicas de professores de medicina da UFPel. Na pesquisa de Urutiaga (2004), foram valorizados pelos estudantes os professores com capacidade de traduzir o conhecimento de forma integradora, estabelecendo pontes entre esses conhecimentos teóricos e as experiências pessoais e cotidianas da prática médica; e os considerados solidários, afetivos e que valorizavam os estudantes enquanto sujeitos (URTIAGA, 2004).

Da mesma forma que na pesquisa de Urutiaga (2004), aqui os estudantes indígenas apontaram na direção de que o professor poderia ser um importante mediador cultural nos aprendizados a serem desenvolvidos na medicina, o que ainda poderia ser mais evidente em um curso que possuía estudantes com um perfil diferente do que era o habitual. Em uma das rodas, os indígenas conversaram sobre essa questão:

*Eu converso muito com os professores. Tem professores daqui que tem conhecimento que aqui está tendo indígena e quilombola. Mas eu vejo que outros não tem, e falta essa informação. É importante que eles tenha uma... não é acessibilidade, mas ser mais sensível nessa questão, saber trabalhar com a gente também, porque é totalmente diferente.*

*Por exemplo, nesse semestre, entrou outro professor, doutor, [...] aí quando eu entrei na aula, na primeira aula dele, aí ele se surpreendeu, a minha dificuldade na fala e nos conhecimentos prévios tem que fazer...*

*Isso que eu ia falar, nessa questão... o professor poderia colaborar mais nessa forma de a gente aprender mesmo (Roda 2).*

Desse modo, os estudantes indígenas defenderam que os professores deveriam aprender a lidar com o diferente, e esse esforço e interesse em se aproximar do contexto indígena poderia trazer impacto positivo no processo de

aprendizagem dos estudantes. Todavia, os indígenas perceberam que os professores de medicina tinham dificuldades em lidar com essas questões:

*Eu fiquei um pouco triste por causa da fala dele, como ele falou para mim. Por causa da minha dificuldade, né? Que eu deveria melhorar. Mas isso é parte da aprendizagem, coisas do estudo, não é fácil não, eu entendo. Mas eu estou me esforçado bastante para conseguir, mas, às vezes, os professores não sabem como me ajudar (KEKARYEHTOTHO KOMO).*

*Agora também estou tentando começar a trabalhar com essa temática mais indígena, claro, tenho uma dificuldade muito grande na universidade, porque eu ainda não consegui encontrar ninguém para me orientar. Geralmente, os professores que eu encontro para me orientar estão fora da área da saúde, então, tem essa dificuldade muito grande assim, então, eu não consegui fazer nenhum artigo, nada maior por falta de conseguir alguém que oriente e que me dê esse suporte (RATRIKSIÊ).*

Evidenciaram que alguns professores se destacavam no processo de apoio e reconhecimento das singularidades, com desenvolvimento de ações, de acordo com as necessidades e possibilidades, mas também com algumas limitações frente à instituição:

*O professor me recomenda livros. Eu tenho que ler, em voz alta, sentado na cadeira, como se fosse na hora da apresentação. Daí eu fico com mais facilidade de expressar. Aí eu estou fazendo essas práticas. Está funcionando. Os professores estão tentando me ajudar bastante a compreender (KEKARYEHTOTHO KOMO).*

*Eu acho que fiquei um pouquinho mais tranquilo nessa questão dos professores talvez por ele serem, terem uma visão diferente, talvez pelo método deles utilizarem, eles tem mudado essa visão de ensino muito tradicional (KARI'OCA).*

*Existiam professores que eles eram, eles gostavam da luta e apoiavam a gente, mas infelizmente eles não tinham perna, enquanto instituição, para bater de frente, em algumas situações. Mas esse apoio deles fez muita diferença (TAUÁ).*

Adicionalmente, descreveram que os conteúdos e os campos de trabalho, desenvolvidos por alguns professores no curso, também potencializaram o percurso individual desses indígenas:

*Nesse estágio [internato], eu não tinha mais problemas em relação a ser indígena, eu era bastante aceito, os professores... eu tive a sorte*

*de ter contato com professores bastante receptivos, que já trabalhavam com ribeirinhos e com outras comunidades quilombolas em projetos de extensão e de pesquisa, então, ter um indígena na sala, para muitos professores, era um prazer. Então, a gente era bem acolhido, era melhor do que no ciclo básico, teve essa grande diferença do contato, eu acho, com o médico, não sei, pesquisador pelo menos, esse médico já sensibilizado com essas minorias, então, foi um período melhor com relação a ser indígena, na faculdade (FOCAJ).*

*Inclusive, o próprio professor, que era de quem eu estava falando para você antes, que ele foi meu orientador logo no primeiro ano. E, no primeiro ano, eu ainda estava muito verdinho e ele, sempre muito paciente, e daí eu já não sei mais onde começou, eu não consigo muito conceber onde é o limite e onde não é o limite de entender que ele trabalhava com indígenas e com indigenismo, a mulher dele também. De repente, quando eu vi, a gente já estava fazendo um projeto de extensão juntos, escrevendo coisas, indo para cursos, falando também sobre população indígena. [...] E tudo isso de repente assim... puff, uma grande emergência porque, afinal de contas, a própria faculdade serviu, para mim, como vários gatilhos, de perceber algumas coisas que aconteciam na minha vida. Foi muito... é muito enriquecedor! (UBÁ KRIKRI).*

Já com os professores tidos como pouco tolerantes à presença de estudantes de minorias, surgiram narrativas que descreveram uma espécie de repetição das posturas opressoras e intolerantes ao longo das gerações de médicos, o que estaria ligado diretamente ao perfil das escolas médicas. Nessa direção, *Pucreron* relatou um pouco dessa vivência no ambiente do curso de medicina, com preconceitos com os indígenas e posicionamentos políticos contrários aos processos de inclusão na universidade:

*Deixa eu ver, assim, é porque, não sei se é alguma coisa de médico, mas, assim, o pessoal é muito elitista, então, o pessoal é muito de direita aqui na medicina. Não sei se é uma coisa na medicina em geral, mas aqui o pessoal é muito movido para direita. Eles têm muita coisa contra isso, querendo ou não, é contra, não é, tipo, a favor, tem um olhar muito estranho para isso das cotas. Então, eu já escutei coisas em sala de aula, assim, comentários estranhos, eu não sei explicar. Não é uma coisa direta, não é uma coisa dizendo assim: “ah, porque indígena é aquilo e aquilo outro”. Não, é uma coisa meio que falando do cenário político atual e meio que botando isso no meio. Tem muito um viés para esse lado. [...] eu vejo que a maioria dos estudantes vai ficando assim também e eles gostam desses professores (PUCRERON).*

Semelhante ao estudo de Urtiaga (2004), *Pucreron* narrou que os estudantes de medicina incorporavam valores mediados pela figura do professor que

admiravam, sendo que os professores reproduziam posturas vivenciadas por eles enquanto estudantes (URTIAGA, 2004).

Outras vezes, o preconceito e a postura tutelar dos professores estavam presentes na forma de se apresentar o conteúdo nas aulas, quando as perspectivas eurocêntricas eram tomadas como superiores ou até como única trajetória no campo da saúde:

*Tem formas silenciosas de agressão, porque nem sempre é tão direto. E essa forma é o tempo todo. [...] Vão falar de indígena e vão colocá-lo como primitivo, pouco evoluído. E negam a participação indígena em toda essa construção do conhecimento, sabe? (UBÁ KRIKRI)*

*Eu lembro que passaram sobre a história do SUS, uma historinha... Tem um videozinho lá no YouTube, não sei o quê. Porque a saúde... a medicina no Brasil começou com a chegada dos europeus... O quê? Não, espera aí! Assim não vai dar não. Logo depois, eu já fui falar com a professora. "Professora, quero falar com a senhora. A senhora viu o que falou no vídeo?" Falou que começou com os europeus quando eles chegaram aqui. Como assim? E nós, indígenas, nós temos a nossa medicina já", "pois é, não sei o quê, você quer dar uma aula sobre isso?", "eu quero, eu vou dar uma aula sobre isso". Eu fiquei invocada. Não sei, é uma coisa assim da gente que é militante, de movimento, a gente sente, tipo assim, se não for a gente, não vai ninguém. É tipo isso, a gente tem essa impressão, se não for a gente, quem que vai, qual o indígena que vai falar isso lá na frente? Ninguém, alguém tem que pegar e falar (TOTEEM).*

Nas narrativas de *Ubá Krikri* e *Toteem*, ficou destacado o movimento de, para além das posturas tutelares e de intolerância, tornar os povos indígenas invisíveis e colocá-los à margem da sociedade. O conceito de invisibilidade social está relacionado aos preconceitos e indiferenças com grupos de pessoas que são marginalizados, negligenciados e que são socialmente invisíveis de forma sistemática na sociedade, como os povos indígenas (NUNES, 2020).

Assim, na relação dos professores com os estudantes indígenas, é oportuno destacar que não se tratam apenas de posturas individuais de preconceito, intolerância, invisibilidade e tutela, mas, principalmente, de questões estruturais, advindas dos processos coloniais da sociedade brasileira e que estão presentes internamente nas universidades e na escola médica.

## 5.5 Conflitos e transformações

### *fui a flecha do arco naquela situação*

Os estudantes relataram que também buscaram exigir seus direitos na relação com os estabelecidos, organizando-se e denunciando situações de preconceito e discriminação. Os conflitos entre os grupos estabelecidos e “outsiders” são descritos por Elias e Scotson (2000) como situações em que há tensões ou lutas para modificar o equilíbrio das relações.

Naquele contexto, os “outsiders” exerciam pressões tácitas ou agiam abertamente no sentido de reduzir as diferenças de poder. Enquanto isso, os estabelecidos exerciam tais diferenças para manter sua superioridade (ELIAS; SCOTSON, 2000). Dessa forma, alguns indígenas entraram em conflito com professores para superar situações e opressões:

*No primeiro semestre, alguns professores chegaram a mandar um email geral para a turma, que todo mundo tinha acesso, perguntando quem eram os alunos indígenas e quilombolas. E já era um professor que teve um histórico de preconceito, de já ter levado processo também. Ele foi denunciado pelo que ele fazia (RATRIKSIÊ).*

*Eu denunciei um professor. Foi uma coisa minha, assim, de ser contestador. Mas eu recebi apoio também da comunidade acadêmica. Mas eu fui a flecha do arco naquela situação. [...] Dependendo do espaço, isso é positivo ou negativo, porque para as pessoas que não gostam da gente, esse foi um ato ruim, pois eles gostavam do professor. Já os que nos respeitam os indígenas... acharam correto. E o professor foi realmente afastado (ABAÇAI).*

*Esse professor foi afastado depois desse semestre que a gente entrou, e que viu que realmente não tinha condições. Foi sentado e conversado com ele, mas ele não via isso como uma forma de perseguição. Mas a gente sabia como era. [...] Daí isso gerou uma briga maior ainda, acabou que, na época, as turmas que estavam fazendo a disciplina, ou fizeram, e que eram muito por ele, acabou virando contra a gente, que era indígena. Então, ficou horrível ficar na faculdade de saúde. Então, a gente era apontado como aqueles que tiraram o melhor professor do curso por besteira, por “mimimi” (TAUÁ).*

Em mais de uma instituição, a coordenação ou o grupo de professores do curso de medicina externalizou que não gostaria de receber indígenas, em um reforço à estigmatização grupal dos indígenas que cursavam medicina. Tomando as

ideias de Elias e Scotson (2000), podemos discutir que as relações entre grupos, com diferenças expressivas de poder, quando a dependência é praticamente unilateral por parte dos “outsiders”, um dos caminhos assumidos pelo grupo estabelecido é a tentativa de exclusão dos que não fazem parte de seu grupo (ELIAS; SCOTSON, 2000). No caso da relação dos estudantes indígenas com as pessoas do curso de medicina, podemos identificar essa condição:

*No nosso ano, o curso de medicina estava em votação, porque eles queriam tirar o processo seletivo especial para indígena da medicina. Eles achavam que os estudantes indígenas, eles não estavam conseguindo avançar. Estava tendo muita reprovação e isso seria sempre assim. Eles queriam cortar o ingresso de indígenas no curso, só que houve votação e por um voto eles conseguiram manter um período de observação. [...] O curso, ele já estava contrário à nossa entrada lá, mas como a gente conseguiu avançar e fazer um pouco diferente, então, eles mantiveram (FOCAJ).*

*Tive perseguição de professor, de colega, de várias pessoas aqui de dentro da universidade [...]. E eu sabia que, no mínimo, iam querer me tirar ou questionar alguma coisa em relação a eu estar aqui (NENXAH).*

*No documento, falava que o curso não queria mais receber aluno indígena. [...] A gente ficou assim “será que foi nossa culpa? Se a gente tivesse se dedicado mais, tivesse passado de primeira, talvez não estaríamos passando por isso. Só que assim, o documento doeu muito, porque usou justificativas muito rasas, sem sentido, para poder negar as vagas. Falou que a gente não conhecia os termos técnicos, por exemplo. Quem que entra na faculdade conhecendo termos técnicos da medicina? (KHANTE).*

Em duas das instituições que eu visitei, me deparei com situações em que o ingresso de indígenas no curso de medicina havia sido interrompido. Ouvi justificativas sobre as dificuldades dos indígenas no início do curso, bem como as fragilidades de formação docente para lidar com esses estudantes. Todavia eram sempre falas pouco específicas para explicar a não continuidade dos processos de inclusão.

Para os indígenas que já estavam nesses cursos, suas trajetórias de formação enfrentaram ainda mais obstáculos, pois se somaram à postura da escola médica sobre a sua presença e a impossibilidade de ter outros indígenas para enfrentarem as dificuldades. Entre os que ficaram, também percebi um sentimento de culpabilização, tanto deles próprios quanto dos professores e demais estudantes.

A postura de não entrar em confronto direto e de silenciar quando havia divergência dos estudantes indígenas, com algum posicionamento dos professores, também foi relatado:

*E acaba que tipo dá uma reprimida, né? De tipo: “nossa, não vou falar muito que sou indígena, não vou entrar em discussão sobre essas questões”. Porque, querendo ou não, medicina é uma coisa muito familiar. Eles falam dos professores deles e falam que foi sempre assim: “Porque médico protege médico e você tem que estar do lado dos médicos, porque você também vai ser médico”. “Então, você não brigue com médico, porque senão as portas da faculdade podem se fechar para você”. Então, eu evito, vamos dizer assim, entrar em conflito (PUCRERON).*

*Tem coisas que eu discordo, mas fico quieto. Percebo nas falas deles uma tentativa de se apropriar, mas nunca de compartilhar, nunca de multiplicar. [...] Mas a pessoa tem que se formar, né? Pegar o papel e depois ver o que faz (UBÁ KRIKRI).*

Percebe-se, nas narrativas, que a escola médica se apresentava como um grupo corporativo e pouco acolhedor aos diferentes, estranhos e “de fora”. Como forma de reagir a essas situações, na relação com alguns professores específicos, os estudantes descreveram, como estratégia de proteção, a busca por não evidenciar sua identidade indígena, com receio de receberem tratamento desigual:

*E até mesmo pela questão da nossa própria proteção, a gente não ficava comentando com todos os nossos professores, porque a gente sabe que, apesar de serem professores da universidade e terem um nível de instrução muito bom, eles não necessariamente estão mais abertos às diversidades culturais. A gente sabe que tem muito preconceito. [...] Daí me falaram para não falar que era indígena, para me resguardar (TENETEHAR).*

*Eu podia ter me identificado mais como indígena, porque a gente também merece estar nesses espaços, conquistando, estando com essas pessoas. Só que eu tinha uns professores resistentes comigo, que eu notava assim que não tinham uma abertura em relação a isso. Aí eu meio que me fechei assim, eu fiquei mais retraído (NENXAH).*

No encontro de trajetórias, alguns questionaram a ciência e a própria medicina, numa busca de identificar suas singularidades e potencializá-las, além de negarem aspectos com os quais não concordavam:

*Eu não me sentia pertencente a esse universo da pesquisa, aqui na medicina. Eu acho que eu tive espaço para participar de pesquisas, mas no campo das pessoas brancas e não no campo indígena. Mas eu nunca quis fazer. [...] Às vezes, esse tipo de pesquisa desvaloriza o outro e é como se o pesquisador é que fosse o superior (ABAÇAÍ).*

*Apesar de eu entender isso, de entender a ciência, de entender o que são essas violências... a própria medicina, né? porque, afinal de contas, eu estou me apropriando de uma ferramenta de violência. Eu estou me apropriando de uma ferramenta de violência e estou falando que quero trabalhar com povos que foram historicamente violentados por mecanismos, ditos, educacionais, já que, quando você chega em um ambiente e, por exemplo, chama todo mundo de analfabeto, você já transformou aquilo em uma grande violência. Em que todo mundo é menos culto e ninguém sabe mais do que a pessoa que conhece da linguagem. É como se aquelas outras formas de linguagem, todas elas, não fossem nem linguagens. Então, nem tudo eu quero para mim (UBÁ KRIKRI).*

Em suas narrativas, *Abaçaí* e *Ubá Kriki* trouxeram reflexões sobre a postura civilizatória do curso de medicina frente às demais pessoas. Para Elias (1994), essa postura de que existem culturas “melhores” ou mais “civilizadas” frente a outros grupos que necessitam ser “culturalizados”, busca legitimar os processos colonizadores e o domínio de um grupo sobre o outro, inclusive, nas áreas da ciência e tecnologia (ELIAS, 1994; MORAES, 2007). No caso dos indígenas, eles, algumas vezes, questionaram as posturas de superioridade advindas da medicina. Essa reação dos sujeitos institucionais pode ser interpretada como uma violência simbólica, utilizando-se da teoria de Bourdieu e Passeron, em *A reprodução* (2009). Os autores analisam as características socioculturais das instituições escolares francesas, discutindo que havia uma reprodução no ambiente escolar das hierarquias e da dominação social, perpetuando as desigualdades sociais a partir da imposição de uma cultura hegemônica sobre a outra (BOURDIEU; PASSERON, 2009). Essa situação de dominação e hierarquia ficou muito evidente nas narrativas dos indígenas sobre a escola médica.

Os entrevistados, nesta presente pesquisa, reconheceram, também, que, ao longo do tempo, parte das universidades, das escolas médicas e de seus sujeitos foram se desenvolvendo e aprendendo a respeitar os diferentes naquele espaço:

*O curso de medicina mesmo foi mudando o perfil dele. Não tanto como a universidade, porque eu sofri preconceito de todo lado aqui. Foi dentro da universidade, por professor, coordenação e direção,*

*estudantes, funcionários também. Então, assim, de todo lado foi assim. Não só eu, mas também os meus colegas (TAUÁ).*

*Eu cheguei agora e, pelo que eu escuto dos parentes que estão nos anos à frente, mudou muito mesmo. Eu entrei em uma turma, digamos assim, bem diversificada. O pessoal, eu acho que pelo próprio ENEM, por causa das vagas para o pessoal negro, de renda familiar baixa, então, isso também, eu acho, vem mudando. Que bom que vem mudando (FATHOA).*

*Tem sido um tempo de muito aprendizado, tempo que eu patinei, eu patinei, mas acabei dando a volta por cima, porque eu sabia claramente o meu objetivo. Tenho esse sonho. Eu acho que é uma coisa que faz a gente crescer bastante, a gente convive com as diferenças (NENXAH).*

Nessa direção, pessoas que estavam historicamente excluídas do ambiente universitário passaram a compô-lo, o que favoreceu a superação de alguns problemas e a aproximação de pessoas com trajetórias muito diferentes. Na entrevista, *Abaçaí* rememorou sua trajetória e reconheceu que a presença dos indígenas provocava transformações na instituição:

*É uma experiência que envolve muitos sentimentos, desde a entrada ao processo de saída, a participação no internato, mas aí é muito complexo falar do curso de medicina daqui da universidade, porque você meio que passa por um processo de adaptação no início e até então com algum tipo de exclusão, preconceito por parte das pessoas e até da universidade, porque apesar de ela prezar muito por esse lado da diversidade, a gente percebe que tanto com os professores como com o meio, em geral, há uma certa dificuldade na questão indígena, de entender a realidade. Mas, assim, a gente entende que estamos aqui para isso, para mostrar sobre essas questões e mudar um pouco esse pré-conceito, né? (ABAÇAÍ).*

Um dos indígenas entrevistados individualmente, *Kari'oca*, destacou que a própria presença deles, somada a de estudantes de diferentes regiões brasileiras, indicava a possibilidade de sensibilização para o reconhecimento da multiculturalidade brasileira:

*Eu acho que a diversidade de estudantes, não só de indígenas, que vem de várias regiões do país, talvez agrega bastante no curso medicina. Eu que sou do Norte, tem pessoal do Nordeste, tem pessoal de todos os tipos do Brasil. Então, na hora que você vai para uma discussão de um problema de saúde, cada um traz a sua visão, de como que enxerga a saúde. Daí, todo mundo tenta enxergar, respeitar as diferentes opiniões. [...] Isso talvez tenha bastante... faz com que o curso de medicina veja esses que são diferentes, daí talvez dá para mudar a visão daquele aluno que chegou, para ele*

*amadurecer também e não ter aquela visão de: “Eu sou o médico e eu sei o que vou fazer. Eu que vou salvar e pronto” (KARI’OCA).*

Dialogando com essa possibilidade de a presença de estudantes de diferentes grupos socioculturais impactar na formação dos futuros médicos, há uma interessante pesquisa realizada no ano 2000 em duas universidades estadunidenses, a Universidade de Harvard e a da Califórnia. Whitla e colaboradores (2003) realizaram essa investigação, para analisar as percepções dos estudantes sobre os méritos educacionais de um corpo discente diversificado nas duas escolas que possuíam ações afirmativas para ingresso de grupos minoritários.

Nos resultados, os estudantes relataram ter pouco contato com culturas diferentes da sua durante seus anos de formação anteriores à graduação, ressaltando que havia significativamente mais interações durante os anos de ensino superior, especialmente, na faculdade de medicina (WHITLA *et al.*, 2003). Os alunos relataram que os contatos com diversos colegas melhoraram muito sua experiência educacional, além de recomendarem o fortalecimento ou a manutenção das atuais políticas de ação afirmativa nas admissões, justificando que “um corpo discente diversificado permite que os alunos troquem informações e compartilhem sistemas de valores de diferentes culturas como uma formação básica para a sensibilidade cultural” (WHITLA *et al.*, 2003, p.464. tradução minha). Ademais, os estudantes relataram que se sentiram desafiados a repensarem seus valores quando os conflitos raciais ocorriam, sugerindo que tanto o conflito quanto a diferença de opinião contribuem para a riqueza e a amplitude de compreensão das pessoas e de suas diferenças.

Vale dizer que um achado interessante dessa pesquisa foi que a distribuição das respostas por grupos raciais não diferiu significativamente (WHITLA *et al.*, 2003). No sentido mais específico da atenção à saúde para grupos de diferentes origens étnico-raciais, a percepção dos participantes apontou que a diversidade do grupo de estudantes provocou uma maior compreensão sobre: a equidade do sistema de prestação de cuidados de saúde; o acesso a cuidados médicos para os mais pobres e a competência cultural no tratamento de uma população diversa.

Dessa forma, Whitla e colaboradores (2003) concluem que os discentes regularmente se educam uns aos outros sobre questões importantes, como as diferenças entre as culturas e como melhor responder a essas diferenças na atuação do cuidado em saúde, o que também faz parte da narrativa dos indígenas,

estudantes de medicina, participantes desta pesquisa, nas universidades federais brasileiras.

Nas vivências, nesse encontro com tantos estranhamentos, controvérsias e tensionamentos, os estudantes narraram alguns avanços conquistados em algumas dessas instituições, ressaltando a importância de que o caminho para um bom desenvolvimento de suas trajetórias foi a valorização das diferenças e das singularidades dos que chegaram “de fora”, superando parcialmente os processos de estigmatização:

*Eu acho que de dois anos pra cá o nosso curso está mais aberto com a gente, tanto por conta dos diretores, que são mais abertos, e a parte da coordenação. Eles entendem um pouco desse universo, parece que eles sempre tentam nos chamar. [...] Tem um tipo de abertura e, digamos assim, de preocupação, acolhimento e disponibilidade. Eu acho que eles veem a gente um pouco melhor hoje (ABAÇAI).*

*Nós somos únicos. Eu nunca vou ser igual ao professor, o professor nunca vai ser igual a mim. Somos pessoas diferentes como as árvores, que são diferentes. Assim como as goiabeiras, os açazeiros, as ingazeiras são únicas. Uma goiabeira nunca vai ser igual a um açazeiro, um açazeiro nunca vai ser igual a uma goiabeira. E o curso e as pessoas precisam valorizar isso, mas eu acho que aos poucos a instituição vai mudando, mesmo que devagar, com passos lentos. Mas muda! (TOTEEM).*

O encontro dos indígenas com os sujeitos do curso de medicina trouxe uma gama de características que os apontaram como estranhos, como os “de fora”, mesmo com o passar do tempo. A presença desses estranhos gera tensões, mas eles trazem novos caminhos enquanto “outsiders within”, pois suas diferenças podem sensibilizar os padrões e os paradigmas estabelecidos por “insiders”, que são poderosos nessa comunidade com a qual se defrontam (COLLINS, 2016).

Essa situação de serem “outsiders within” oferece a oportunidade de unir suas experiências pessoais e culturais aos aprendizados acadêmicos, sem subordinar um ao outro, conservando uma tensão criativa, que favorece “a liberdade tanto de ser diferente como de fazer parte da solidariedade humana” (COLLINS, 2016, p.123).

Nesse contexto, algumas reflexões de Baniwa (2019) sobre esse “sentir-se estranho” devem ser consideradas. Ele descreve que “os povos indígenas não querem se tornar idênticos, ao contrário, querem continuar sendo diferentes”, mas a sociedade envolvente os considera “estranhos indesejáveis, empecilhos,

complicados, problemáticos, chatos, inconvenientes” (BANIWA, 2019, p.98). O autor ainda acrescenta que, devido a essa postura, os processos de inclusão podem acarretar em exclusão, mas que o esperado é que haja abertura das “fronteiras da humanidade”, para “aqueles que são estranhos e querem continuar sendo estranhos” (BANIWA, 2019, p.99). Ele finaliza essa reflexão, acrescentando que, no lugar de inclusão, a melhor perspectiva seria a de “acolhimento interativo e dialógico”, superando a “oposição binária entre inclusão e exclusão” (BANIWA, 2019, p.99).

Ao longo da pesquisa, nos vários encontros com os indígenas estudantes nas escolas médicas, foi se criando uma cumplicidade no trabalho entre pesquisador e participantes. Assim, busquei superar as desconfianças e os estrangeirismos iniciais, todavia reconhecendo que eu também representava – como professor de uma escola médica – a postura pouco tolerante e opressora vivenciada por eles nos cursos de medicina.

Nessa direção, após os encontros específicos para a construção de dados da presente pesquisa, outras construções foram provocadas, como atividades para congressos e outros eventos. Penso que os participantes tiveram poder de se expressar nas narrativas individuais e nas rodas de conversa, numa superação da relação entre estranhos que se estabelecia e que precisava romper com o habitual distanciamento entre pesquisador e participante.

Dessa forma, afloraram palavras e sentimentos significativos de estar em um lugar e se deslocar, avançar no deslocamento por meio das narrativas e apontar os deslocamentos vividos, numa espécie de teimosia. A teimosia é aqui colocada no sentido apresentado por Barthes (1987), de se “manter ao revés e contra tudo, à força de uma deriva e de uma espera”, e deslocamento, no sentido de “transportar-se para onde não se é esperado” (QUARENTEI; RIBEIRO, 2005. p.659).

Nessa teimosia de “florescer”, como a exuberante Mbotyra, de cor vibrante e de bordas apiculadas de Aislan, na abertura do capítulo, os caminhos para a escola médica “acolher de forma interativa e dialógica” são os de ruptura com os processos estruturais de invisibilidade, de estigmatização e de tutela. Assim, é possível valorizar as singularidades dos indígenas, estudantes de medicina, os “de fora” que chegaram nos cursos. E, conseqüentemente, construir formas artesanais e complexas para a superação das desigualdades e manutenção das diferenças dos indígenas nas escolas médicas. Possibilidades que ainda surgem muito tímidas.

## CAPÍTULO 6 – SOFRIMENTO E RESILIÊNCIA



**POROROK<sup>15</sup> (SANTOS, 2020).**

---

<sup>15</sup> Significa “explosão” em tupi antigo e expressa a cronificação do medo e da sede de justiça. Momento de transe e sentimento de injustiça; mostra que, mesmo em perímetros urbanos, a chama do guerreiro está acesa, pronta para a luta e combate ao inimigo. Representa a quebra de paradigmas e a não aceitação da opressão e do terrorismo psicológico de um sistema educacional adoecedor. O espírito se nega a ser um cuidador doente (SANTOS, 2020).

*Eu era muito aberto, a universidade foi me tirando isso; foi me cortando aos poucos. Eu, aos dezenove anos, cheguei empolgado, queria conhecer gente, falar das minhas experiências. Eu esperava que eles me perguntassem por que eu era indígena, por que o meu nariz era assim, se eu dormia no chão, esses preconceitos por desconhecimento. Era esse tipo de conversa que eu queria ter, mas não esse de ser indígena e estar, sei lá, tomando o lugar de alguém. Ou senão, a exclusão dentro do curso que, para mim, foi o pior. Teve um momento que eu tive que pensar: “vou deixar de viver a alegria da universidade e viver a universidade real que estão colocando para a gente, indígena”. Participei de reunião, cantei Toré em frente à reitoria. Teve um período que eu não estava nada bem. Ficava mal só de pensar na disciplina, no professor. O curso de medicina estava me fazendo mal e era um descuido da universidade naquela época. Então, achei uma brecha. Eu pedi para sair, para ir para a aldeia mesmo, por não aguentar, precisava me resguardar. O espiritual pedindo para voltar. Eu fiquei trancado algumas vezes lá em casa, na aldeia e cuidaram de mim e eu voltei. Aqui, na universidade, tive apoio de muitos parentes, transmitindo a energia de não me deixar desistir. Ou, de dizer: “não volte para casa e, se voltar, venha de novo”, de dizer: “você é capaz”. De ouvir essas coisas, que parecem pequenas, mas que na hora do aperreio é importante de ouvir, senão sua cabeça não aguenta. E eu acho que foi mais ou menos isso, até chegar aqui hoje. Com muita tristeza, muita alegria, mas sempre firme e lutando para que as coisas só melhorem.*

TAUÁ

Neste capítulo, são apresentados núcleos de sentido relacionados aos sofrimentos despertados pelas dificuldades enfrentadas na escola médica e a atitude de resiliência frente a essas adversidades. Nesse contexto, são desenvolvidos aspectos relativos às perdas vivenciadas pela trajetória na universidade e às saudades de um tempo passado, que foi interrompido nesse deslocamento para o e no curso de medicina.

A pintura de Aislan, que abriu este capítulo, foi a primeira da série que compôs sua exposição. Conversando com Aislan, ele me contou que, próximo a iniciar o internato, vinha acumulando uma série de sofrimentos relacionados à sua presença na instituição. Contou dos preconceitos, das violências e das exclusões vivenciadas por ele e disse que, certo dia, ao chegar em casa, encontrou papel “kraft” deixado por um outro colega e uma tinta preta. Ele, então, resolveu descarregar o que sentia no papel e pintou a tela acima, nomeando-a, posteriormente, de “POROROK”, já que era um momento de explosão de raiva e de arte. A obra apresenta um indígena subindo por um mastro – talvez, um pau de sebo – explodindo ao chegar ao seu limite. É possível ainda observar um maracá envolvendo a situação, como uma possível proteção espiritual, circundando a subida do indígena. Depois dessa tela, Aislan pintou toda uma série de imagens que representam parte da sua história na escola médica e que geraram a exposição. Talvez, para Aislan, a pintura tenha sido uma “brecha”, como indicou *Tauá*, na narrativa representativa; sendo uma oportunidade de enfrentar e sobreviver às dificuldades impostas, a partir de uma estratégia de resiliência pelo fortalecimento ligado à sua cultura.

Para as discussões deste capítulo, a opção foi por dialogar com estudos sobre universitários indígenas, sobre saúde mental e sofrimento psíquico dos estudantes de medicina, sendo, pois, os campos de intersecção, que podem ajudar na compreensão das experiências de sofrimento dos indígenas que cursam a graduação de medicina. O capítulo está organizado em cinco subcategorias:

- 1) Dificuldades e sofrimentos dos indígenas na universidade. São apresentados núcleos de sentido relacionados às dificuldades enfrentadas pelos indígenas ao chegarem às instituições; às angústias e sofrimentos pelo distanciamento da família; às diferenças culturais, principalmente relacionadas aos modos de viver e à alimentação.

- 2) Perdas e saudades na universidade. São apresentados núcleos de sentido relacionados à interrupção de suas trajetórias na comunidade a partir da saída para a universidade; ao distanciamento das práticas espirituais e às saudades do ambiente comunitário; às perdas de convívio com os filhos; às impossibilidades de aprendizados habituais em seus coletivos de origem e às perdas em ser um universitário.
- 3) Sofrimentos dos estudantes de medicina. São discutidos núcleos de sentido no âmbito das opressões e violências no curso de medicina; das formações e deformações ao longo do curso; da somatória de questões que causam sofrimento para o indígena, estudante de medicina; dos adoecimentos e desistências do curso.
- 4) Vivências relacionadas às organizações curriculares. São discutidos núcleos de sentido que perpassam a identificação com as atividades práticas e relacionadas às necessidades de saúde da população; às características dos cursos que favoreceram a trajetória dos indígenas.
- 5) Estratégias de sobrevivência e resiliência. São apresentados núcleos de sentido relacionados à manutenção da prática da língua materna; às possibilidades de trazer a família para sua proximidade; ao retorno para a comunidade para se cuidarem; à aproximação com as artes e as práticas culturais, vivenciadas em seus coletivos de origem.

## **6.1 Dificuldades e sofrimentos dos indígenas na universidade**

### ***não é só dificuldade na parte financeira e de estudos***

Nas entrevistas e rodas de conversa, foram se confirmando as dificuldades a partir da chegada à universidade, sendo que elas eram permanentes durante toda a trajetória na graduação, apesar de haver transformações e de tomarem novos contornos ao longo dos anos. Nesse sentido, apesar de algumas políticas de permanência serem desenvolvidas na maior parte das universidades federais, havia outras necessidades que geravam sofrimento, pois nem todas as lacunas se preenchiam com os auxílios e apoios institucionais, como relataram *Khante* e *Typa* em suas narrativas:

*E tem gente que vai achar que a gente precisa só de apoio financeiro e para a parte dos estudos, sabe? Mas não é só dificuldade na parte financeira e de estudos. Mas tem muito mais coisa (TYPA).*

*A Universidade foi conseguindo os apoios para mim. Aí nesse processo todo, acho que uns três meses depois, eu consegui alugar uma casa, logo em seguida quando a minha bolsa permanência saiu. Consegui alugar a casa, fui para essa casa e não tinha nada, nada, nada. E aí, nesse processo que eu fiquei sem nada, porque o restaurante universitário estava por R\$ 1,00, então, a gente acaba se alimentando. Mas, na minha casa, não tinha nada. Não tinha cama, não tinha fogão, não tinha nada, era só para ficar lá mesmo. Deitava no chão, em cima da roupa. Ah ... Tinha a mala que eu trouxe de casa ... Dormia para não sofrer muito. Eu estava longe da minha família (KHANTE).*

Como é possível identificar na narrativa de Khante, a palavra que mais traduzia o seu sentimento naquele momento era o “nada”, que ela repetiu seis vezes nesse trecho, destacando que faltavam estrutura e sensação de um lar, apesar de ter alugado uma casa. Como ela narrou, no início “dormia para não sofrer”. Ao final do relato, *Khante* acrescentou ainda que uma das dificuldades, que também foram explicitadas nas narrativas de outros entrevistados, foi o distanciamento da família e da comunidade, gerando angústias e sofrimentos.

No estudo de Bergamaschi, Doebber e Brito (2018), realizado com universitários indígenas na UFRGS, percebeu-se que as ações de apoio pedagógico e financeiro institucionais, embora importantes e necessárias para a permanência, não consideravam as singularidades desses estudantes, principalmente com relação ao distanciamento dos familiares e da vida comunitária (BERGAMASCHI, DOEBBER; BRITO, 2018). Outro estudante, *Fathoa*, e um dos participantes da Roda 5 descreveram essas dificuldades:

*Quando eu penso assim no indígena que está estudando medicina como eu, eu acho que tem várias dificuldades. Mas, no meu caso, principalmente assim... eu fico longe da família, da comunidade. Isso é muito complicado. Eu não sei os outros. Eu vejo aqui os outros parentes também, não sei direito como é para eles, mas a gente do meu povo é muito apegado ali à comunidade, e a gente passa muita dificuldade por isso (FATHOA).*

*Quando a gente vem para universidade, mesmo de longe eles estão torcendo por nós. Mesmo de longe, eles estão querendo que a gente se forme e que a gente saia formado da universidade. Muitas vezes, eu falo da minha família aqui. Minha mãe, quando eu vim para cá, ela*

*sofreu muito e eu também sofri bastante, porque fui o primeiro da família que saiu. Eu saí para enfrentar esse curso na universidade. [...] E a gente não pode esquecer do nosso povo, a gente sempre tem que lembrar de nosso povo que estão nas aldeias, nosso povo que passa por muitos problemas muito difíceis, a educação indígena muito precária, questão de saúde indígena também cada vez mais piorando. Nosso povo está morrendo bastante no Brasil. Eu fico aqui distante deles e sofro por isso também (Roda 5).*

Os desafios quanto às ações de permanência, destinadas a universitários indígenas, não estão presentes apenas nas instituições brasileiras. Em um artigo que descreve e problematiza a inclusão de indígenas no ensino superior argentino, Ossola (2016) diz que o entendimento sobre a permanência dos indígenas nas universidades daquele país se concentrava em programas e projetos que tendiam a privilegiar a manutenção econômica desses universitários – destinando bolsas para manutenção, material didático gratuito, moradia e transporte – e o suporte pedagógico, por meio de orientação e tutoria, relacionado ao processo de ensino-aprendizagem (OSSOLA, 2016). Todavia, segundo a autora, dedicava-se pouca atenção aos aspectos culturais e subjetivos, o que dificultava apoiar outras questões relacionadas à permanência (OSSOLA, 2016).

No sentido de considerar as singularidades dos estudantes, uma dificuldade levantada pelos participantes da presente pesquisa foi a limitação dos meios de comunicação com as pessoas nas aldeias. Em uma roda de conversa, os estudantes discutiram especificamente que tinham limitações para conversarem com seus familiares e com outras pessoas de sua comunidade, porém também ressaltaram os desencontros de informações entre indígenas e as instituições, como no caso da universidade:

*Eu não consegui saber direito o que está acontecendo. Eu não sei por que que ela não conseguiu estar aqui, para ver o que foi que aconteceu e como que vai ficar o caso dela, que passou no processo seletivo e não iniciou. Porque eu tenho certeza que não foi porque ela não quis vir ou coisa assim. Então, como que vai ficar o caso dela, da indígena. Até mesmo a questão da comunicação com, nós indígenas, de a gente conseguir falar com quem está na comunidade. Lá, com os quilombolas, não sei como é que é a comunicação para lá, se dificulta também, entendeu? Porque, para nós, indígenas, tem toda essa questão de rádio.*

*E para falar com o pessoal lá de casa, é muito difícil. Eu fico tempo sem conseguir. Vou mandando recado de um para outro, mas, no*

*fim, dá certo. Tem uma tia que mora na cidade, daí eu falo com ela quando consigo.*

*Lá na minha comunidade já é diferente. Tem celular, só que o sinal é muito ruim, então, tem que mandar mensagem de texto. Áudio nem dá para mandar. Vídeo, então, nunca nem tentei (risos). Isso deixa a gente mais afastado ainda.*

*Eu mesma, quando tenho férias, eu não fico aqui, eu fico lá, e lá a gente não tem... Só tem mesmo de vez em quando um rádio ou alguma coisa. E, assim, para entender também essa nossa questão, a universidade tem que entender que nem sempre é fácil de nos comunicarmos, porque vamos dizer: “ah já vai começar a aula tal dia”. Mas, para a gente, lá é muito difícil de saber isso, então, falta uma... Tem um erro de comunicação, acho que não só de lá mesmo, mas também dos órgãos que amparam a gente em várias questões e também da universidade (Roda 2).*

E o fato desses indígenas estarem distantes – tanto geograficamente quanto na comunicação – de seus locais de origem, evidenciou diferenças culturais, tais como: os hábitos, os alimentos e as formas de viver. Segundo Ossola (2016), para os universitários indígenas, há um distanciamento espacial (entre suas casas e universidades), econômico (falta de dinheiro para sustentar estudos), simbólico (a universidade é distante de suas experiências cotidianas e de seus modos de viver) e subjetivo (não há habilidades sociais, linguísticas e cognitivas necessárias para colaborar no desenvolvimento dos indígenas) (OSSOLA, 2016).

Esse sentimento de estranhamento com os modos de viver na cidade e na universidade foi narrado pelos indígenas e relacionado principalmente aos primeiros anos do curso, quando ficavam mais evidentes as rupturas com as vivências cotidianas anteriores:

*Eram umas cinco meninas. Morávamos numa casa do tipo kitnet. Foi meio apertado esse período e realmente não foi fácil. Eu confesso que muitas vezes eu pensei em desistir, voltar, porque eu nunca tinha saído, me ausentado assim tão longe de casa, dos meus familiares, enfim, eu nunca tinha andado de ônibus sozinha. Acho que eu tinha vindo aqui na capital umas duas vezes e não tinha andado de ônibus assim sozinha, então, foi bem difícil a adaptação. A questão alimentar também era diferente, a comida, enfim... foram complicados os dois anos iniciais. Na verdade, foi bem mais difícil, porque foi o período de adaptação (TENETE HAR).*

*No início, confesso que, começando a parte de entrar na faculdade, é um baque, porque eu moro... a minha casa é tudo roça em volta, então, eu fico o tempo todo... se eu não estou estudando, eu estou mexendo com a terra ou alguma coisa nesse tipo. E aí, você chega*

*aqui, você vai morar numa casa muito pequena, que não tem um quintal em si para cuidar de roça, horta, tudo que você vai comer você precisa comprar. E as pessoas não têm um pensamento coletivo (MAYÁ).*

*Tipo, a comida também é diferente, sabe? Aconteceu comigo quando eu saí da comunidade, eu passei um bom tempo passando mal com as comidas, porque era diferente da minha. A gente comia uma coisa mais “in natura”, e aqui, por conta do econômico, muitas vezes a gente acaba comendo coisa mais acessível e que são coisas assim, guloseimas, essa coisa mais dos processados, né? E a gente sabe que não faz bem para a saúde, então, tudo isso assim, é um conjunto de fatores que de alguma forma vai estar te comprometendo, sabe? O seu desenvolvimento físico, mental. Então, é um contexto bem amplo de fatores que vão fazer que você esteja bem, ou não. Não só fisicamente, mas mentalmente também (TYPA).*

Como narrado pelas três estudantes acima, a alimentação tinha um papel importante nas relações com esse novo local de moradia, revelando, de forma objetiva, os estranhamentos e rupturas vivenciadas. Maria Paula Meneses, socióloga moçambicana, que atua no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, faz uma interessante discussão, relacionando a comida às questões socioculturais e históricas. Para a autora, a ação de transformação de alimentos é entendida como um campo de produção e questionamento de saberes, em que a teoria e a prática dialogam de forma permanente (MENESES, 2013). Ela argumenta que “em Moçambique, tal como em muitos lugares do mundo, a comida é pensada, cozinhada e consumida primeiro em casa, perto da cozinha” e essa relação afetiva compõe a história das pessoas (MENESES, 2013, p.3). Dessa forma, o distanciamento das comidas habituais e a aproximação com alimentos de outras culturas foram reconhecidos como violências causadoras de sofrimento nas experiências dos indígenas na universidade. Para uma delas, *Mayá*, o fato de se alimentar de comidas diferentes em sua aldeia era motivo de estranhamento frente aos seus colegas na universidade:

*E nessa minha forma de me alimentar tem alguns alimentos que são um pouco mais exóticos. Então, igual teve uma vez, eu não lembro onde que eu estava passando, aqui eu acho [Aponta para uma área gramada da universidade], aí tinha a tanajura, aí eu disse: “Nossa! Chega me dar água na boca”. Aí todo mundo falava: “Nossa! Você come tanajura?”. Eu como aipim de café da manhã e as pessoas tomavam com pão, lanches. [...] Ou a caça, ninguém tem o hábito de comer tatu, capivara, essas coisas, então, as pessoas ficavam um pouco chocadas. Até teju: “mas como assim? Esse bicho está em extinção? Vocês ainda comem isso?”. Aí eu dizia: “Gente, quando eu*

*era criança, a alimentação era baseada na caça”. [...] Então, sempre chama a atenção das pessoas falar que você comeu tanajura: “Nossa, tanajura, gente, tanajura é a festa na minha aldeia, vai todo mundo correndo atrás, eu lembro da minha avó”. Até... ainda hoje, se tiver, eu como, e como muito, é maravilhoso, as pessoas não sabem o que estão perdendo (MAYÁ).*

Na narrativa de *Mayá*, fica evidente que, para além do estranhamento dos outros universitários, houve um processo de opressão, pelo fato de sua alimentação na aldeia não ser a que os colegas reconheciam como habitual, em um entendimento de que era uma alimentação inferior ou ainda de que eram hábitos primitivos. Nesse desencontro, para *Mayá*, as tanajuras faziam parte de sua história, partilhada com sua comunidade, de modo que evidenciava eventos felizes de sua vivência.

Nessa perspectiva, para além das vivências de preconceito e das dificuldades econômicas e pedagógicas, os sofrimentos estavam relacionados às condições de distanciamento dos familiares e das comunidades, bem como a limitação para manterem práticas socioculturais.

## 6.2 Perdas e saudades na universidade

### ***eu perdi um pouco de mim***

A saída da comunidade para estudar foi descrita pelos estudantes como um grande desafio, mas também como um momento de algumas perdas, já que ficavam distantes de si mesmos e das formas de conviver de seu povo, que muitas vezes era mais solidária do que na nova localidade:

*Porque realmente é muito complicado, porque você sai de um contexto diferente para entrar em um contexto urbanizado, então, como a gente preza pelo coletivo, nós indígenas temos essa dificuldade de estar nesse mundo individualista, sabe? [...] Para você, que vem de uma cultura diferente, aqui você é obrigado a agir como o sistema pensa, então, aqui quando dá, a gente pede e faz comida conjuntamente, e se ajuda, só que quando não dá, você não tem como, você se programa, compra as suas comidas e não dá para dividir para todo mundo, porque amanhã você não vai ter o que comer. Então, isso é bem difícil, e acaba de alguma forma apertando, porque a gente acaba não se sentindo bem. Às vezes, você vê que o seu colega não tem o que comer, que está passando dificuldades, e você não pode ajudar. E aqui a gente vê assim, nesse sistema*

*capitalista, a gente vê que é uma coisa diferente do que a gente vivenciava. A gente quando está na comunidade, a gente vai colher as melhores frutas, tudo o que tem de melhor a gente colhe para dar às pessoas que a gente está recebendo. Aqui é o contrário, a gente escolhe o melhor para gente e deixa para as outras pessoas aquilo que é menos bonito, sei lá. Então, é engraçado, porque, às vezes, a gente quer fazer, mas não dá para fazer isso, então, é uma coisa que é meio que o inverso da sua realidade (TYPA).*

*E aí, na minha casa, aqui na cidade, eu fui percebendo que as pessoas não têm essa sensibilidade pelo outro, de viver numa comunidade. Então, se eu estou naquela casa, aquela casa deveria funcionar como uma, como eu falo... está faltando a palavra... mas, assim, das pessoas elas tentarem viver em harmonia, entendeu? Um ajudando o outro. De forma mais comunitária. Mas não tem isso e a gente acaba se habituando, ficando um pouco assim também (MAYÁ).*

Um dos estudantes, *Kapoi*, refletiu sobre essas mudanças ao ingressar no ensino superior e ainda acrescentou que no convívio com as outras pessoas na universidade ele “perdia um pouco da continuação de sua história”, como se tivesse havido uma interrupção, já que nesse novo ambiente ele não era reconhecido a partir de suas singularidades como na comunidade:

*Eu acho que as pessoas lá na comunidade, elas têm muito... acho que têm muitas preocupações com todo mundo. [...] Aqui não, porque tem colega que nem, não fala com você. Isso já é normal da sociedade daqui. Eu acho que na comunidade indígena se dá muito mais importância para o vínculo do que para outras coisas. Isso não é porque eu sou neto de liderança, isso é de uma forma geral. As pessoas valorizam sua origem e sabem quem você é. [...] Aqui eu sou mais um, as pessoas não sabem da minha história, da minha família, de quem eu sou. Então, é como se eu perdesse um pouco a continuação daquela minha história (KAPOI).*

Dessa forma, uma situação descrita pelos indígenas, estudantes de medicina, foi a interrupção de práticas espirituais, habitualmente desenvolvidas em seus locais de origem, o que gerava sofrimento pela impossibilidade de manter costumes e tradições. Um dos participantes, *Fathoa*, relatou essa perda por estar mais distante e impossibilitado de retornar à comunidade no período específico dos rituais de seu povo:

*Nós preservamos também todo o ritual, que infelizmente eu não consigo mais participar, porque é um período que estou em atividade na faculdade. Quando eu chego lá na comunidade agora, já está terminando, por causa da época do ano. Lá no meu povo, a gente*

*fica um período na aldeia que ... só que não podemos falar sobre isso, sobre o que acontece. Mas é todo um ritual... e isso me faz muita falta, sabe? É aquele período de ficar ali e me faz muita falta de não estar ali, assim. Já faz um tempo que eu fico vindo, desde quando eu estava em São Paulo que eu vou. Estava em São Paulo, aí voltava, ficava lá. Agora que eu estou estudando medicina também, daí eu passo pouco tempo lá na comunidade. Infelizmente, quando eu vou, não coincide com o período do ritual lá da aldeia, e é uma coisa que, para nós, do meu povo, faz muita falta, porque eu acho que é uma coisa que fortalece a gente. Então, tem a vontade de voltar a participar e tem a questão do objetivo de poder voltar para poder ajudar a comunidade. [...] Eu acabo perdendo esse período que todos estão lá nesse ritual (FATHOA).*

Já em uma das rodas de conversa, uma das participantes relatou que se sentia um pouco “deslocada”, porque estava distante do pajé e das práticas espirituais, além de ter acrescentado que isso era diferente para cada povo e cada aldeia:

*Eu adoro o pajé de lá e eu sempre mantenho contato. E é uma coisa que eu sinto muita falta aqui, porque eu meio que perco essa... Faz parte cuidar dessa parte espiritual que eu tinha lá. Eu perdi essa raiz de lá, porque eu me sinto um pouco deslocada aqui quanto a essa questão. Mas, assim, isso já é de cada aldeia, como eu te falei, porque aqui no estado eles já não têm mais essa parte, só que eles mantêm ainda essa cultura da língua, que, no meu caso, já perdemos mais. Então, você vai vendo, cada aldeia é de um jeito diferente, cada povo. E cada um perde algo quando sai (Roda 1).*

E, na vivência universitária, os estudantes de medicina também destacaram que sentiam falta das pessoas e das atividades cotidianas, de estar na comunidade, relatando que surgia o sentimento de saudade:

*Às vezes, eu lembro bastante... todo dia, eu sinto assim, quando a pessoa mora numa aldeia e, assim, fica no meio do mato você se acostuma, entendeu? A diferença você sente, como eu sinto aqui. Há muita diferença, muita diferença da aldeia e da cidade. E comendo outras comidas, que não são... como se diz... peixes, né? Porque os peixes lá na minha comunidade são pescados, ele é caçado, e vão cozinhar. E vai comer aquele que pescou, caçou. Mas, aqui não, tem que comprar frango, e eu tenho essa vontade. Vontade de pescar bastante, assim, saudade de comer comida da minha mãe, feita por ela. Comer a própria comida nossa, é isso que eu sinto a diferença mais aqui (KEKARYEHTOTHO KOMO).*

*Aqui, na faculdade, eu lembro muito da minha comunidade e do que eu vivo lá. Eu lembro toda hora. Às vezes, a pessoa está falando uma coisa... alguma coisa assim do nada, deixa eu ver... É tanta*

*coisa... Até a tua conversa aqui comigo, eu lembro de conversar com os meus parentes com a minha avó, é uma coisa assim incrível, incrível, incrível mesmo. Faz muita falta não estar o tempo todo lá (APY-MAMÃ).*

*No meu caso, eu senti muitas saudades quando eu tive a minha semana de imersão e a gente foi até uma aldeia mais aqui perto da universidade. Eu achei muito legal, me deu uma nostalgia, assim, boa, porque eu fiquei: "Nossa, que saudades de casa, de ir". Sabe? De estar na aldeia e tudo mais [...].*

*Nossa, quando teve uma palestra com um historiador, eu fiquei emocionada. Ficava meio que viajando, pensando na comunidade, em como as coisas deviam estar lá (Roda 1).*

Nessa problematização sobre as mudanças e perdas geradas pela saída de suas localidades de origem, alguns trouxeram os questionamentos e preocupações relacionadas à perda do convívio com os filhos, tanto com relação aos que vieram para viver junto ao estudante indígena quanto aos que permaneceram nas localidades de origem:

*A gente teve filho antes de eu sair para a universidade. Meu filho nasceu e a gente saiu para estudar. Ele foi junto e aí eu comecei a entender um pouco como meu pai pensava, porque até então eu não entendia como é que um pai deixa um pouco dos seus filhos de lado para tentar ajudar todo mundo. Meu pai é liderança e sempre foi assim. Daí eu passei a entender um pouco, quando fico mais distante deles (KARI'OCA).*

*Hoje eu moro com meu marido e meu filho. Eu casei antes de vir para cá. Eles vieram comigo. Na verdade, eu vim antes, eu fiquei... acho que ele tinha uns dez meses quando eu deixei ele para trás. Foi. Aí eu vim primeiro, fiquei acho que uns seis meses sozinha aqui, depois eles vieram. Eu não queria que tivesse sido assim quando eu vim, mas não tinha outro jeito (KHANTE).*

*Tive dificuldade com a distância dos meus filhos, porque eu tenho três filhos, o meu filho mais novo estava com onze anos, então, ele era bem novinho, precisava da mãe, e eu tinha dificuldade com isso. Eu não tinha como trazer meus filhos, e sempre falo assim, a medicina é o curso do egoísta, se você for se dividir para outras coisas, você não consegue dar conta do curso. Então, o curso de medicina é o curso que você tem que se dedicar só para ele, e por eu ser mais velha, eu tive que estudar o dobro. [...] Eu tinha que viver para aquilo. Então, nesses seis anos, eu vivi para o curso de medicina (ARAPUÁ).*

A dificuldade em manter o convívio com os filhos durante a trajetória universitária foi destacada pelo estudo de Bergamaschi, Doebber e Brito (2018) com

indígenas na UFRGS, tendo sido descrito inclusive como um dos motivos de desistência dos cursos, já que as políticas de permanência não consideravam as necessidades especiais dos indígenas que tinham filhos, eram casados ou necessitavam morar com a família na cidade da instituição (BERGAMASCHI; DOEBBER; BRITO, 2018).

Assim, os indígenas, nos cursos de medicina, descreveram que, com o distanciamento da comunidade, perderam, ao longo do tempo, alguns aprendizados, bem como formas de compreender e agir no mundo ao estarem na universidade:

*Uma das dificuldades que eu sinto em estar aqui no curso de medicina é de me distanciar da minha cultura, do meu povo, da minha comunidade. A gente precisa se encaixar em um mundo que não é o nosso. Eu falo que eu fiquei pior em algumas coisas. Eu acho que eu era mais humana. Parece que quando você vive na cidade, que às vezes é mais agressivo, você aprende a se defender, e nesse aprendizado às vezes você perde um pouco de você. Eu perdi um pouco de mim, das minhas coisas, das minhas crenças (ARAPUÁ).*

*Meu avô me dava vários conselhos. Eles fazem reuniões comunitárias para decidir as coisas e aqui você não tem muito isso, né? Se você partir para um caminho errado, ninguém vai dizer nada, ninguém está vendo, observando. Se você está indo para um lado, você está sozinho, né? Não tem ninguém lá. Agora, na comunidade, é diferente, as pessoas estão se observando os seus caminhos, o seu comportamento. Aqui a gente perde isso (KAPOI).*

Relataram que se questionavam sobre essas perdas, problematizando que, adicionalmente, reconheciam ganhos nessa trajetória, ressaltando a importância dos aprendizados desenvolvidos no curso e refletindo ser inevitável que algumas mudanças acontecessem nessa nova experiência que viviam:

*É isso, assim, não tem para onde fugir, não é? Você sempre vai ter que lidar com essas suas escolhas, ganhos e perdas, assim, mas é dessa forma que a vida vai, porque às vezes você sai de um contexto para ser inserido em outro, né? É bem complicado! (TYPA).*

*Tem hora que eu olho para mim e penso: “será que eu fiz a escolha certa?”. Você perde alguns valores, você ganha em outros, então, eu ganhei um conhecimento que eu não tinha e a comunidade não tem. Mas eu perdi aquela ingenuidade, aquela pureza que eu tinha, eu sei que eu perdi, eu tenho consciência disso. Lá, a gente acredita nas pessoas. Aqui, já é diferente. [...] É você ser hipócrita de falar que você... que você continua da mesma forma que você era antes, porque eu não sou. Até a minha própria família fala que eu mudei. E eu olho assim, as minhas fotos antigas e eu vejo que eu mudei,*

*então, eu não mudei só o físico, eu mudei a mente, eu mudei várias coisas que eu aprendi a fazer diferente, eu aprendi a gostar de comida que eu nunca tinha comido, eu aprendi a ir a lugares que eu não conhecia, então, não que eu renegue meu povo, mas, assim, você sair da sua comunidade, você perde bastante também (ARAPUÁ).*

*Eu percebo que, durante esses quatro anos de medicina, eu perdi algumas coisas que eram minhas também, eu perdi algumas capacidades de diálogos, sabe? Eu perdi alguns tipos de paciência, ganhei outros, ganhei outras ferramentas de análise, ganhei outras formas de ver o mundo, eu ganhei muita coisa, mas também perdi outras, e tipo, as que eu perdi e as que eu ganhei eu ainda não sei até o limite onde elas vão. E aí, a medicina me deu muito isso, e aí, eu não consigo pensar a medicina separado de pensar quem eu sou. Então, se a medicina não vai dar para separar de mim, e eu também não vou conseguir me separar dela, então, a gente vai ter que dialogar, e esse diálogo não é de boa, não. Não é tranquilo, não é simples. Não vou dizer que não dói. Não vou dizer que não tira o sono e que não adocece, sabe? Faz tudo isso. Faz você ficar sempre pensando em como vai ser voltar, e tipo, quais foram os tipos de violência que a própria medicina deve ter instalado em mim, que eu não sei ainda. Eu não tenho capacidade de avaliar, porque eu estou aqui, eu estou imerso (UBÁ KRIKRI).*

Assim como trazido por *Ubá Krikri* nessa última narrativa, havia uma complexidade de perdas, mas também de ganhos no ambiente acadêmico. Cohn (2016), discutindo as experiências dos universitários indígenas na UFSCar, reflete que o processo educacional escolar, praticado na universidade, é focado na ex-corporação, ou seja, em uma ênfase em negar os sentidos, o que se diferencia da educação habitual nas comunidades indígenas. Ademais, a experiência universitária para os indígenas é muito além da relação pedagógica “dentro da sala de aula”, mas é vivida com certa corporalidade, tanto no sentido de aprender certas coisas, como no de anular o corpo e os desejos (COHN, 2016. p.23).

Desse modo, os universitários indígenas têm dificuldades para “fazer o trânsito de volta para suas aprendizagens”, pois, além das interrupções causadas pelos períodos letivos universitários, há uma série de outras questões desafiadoras geradas e pouco identificadas pela instituição, passando por diferentes corpos, modos de aprender, alimentação, fontes de conhecimento, entre outras (COHN, 2016. p.23).

Nesse sentido, na universidade há desencontros e até confrontos epistemológicos e ontológicos, com diferentes processos de aprendizagem e de perdas, de valorização e de desconsideração de suas essências, de

desenvolvimento e até de uma certa expropriação do ser, quando os indígenas relataram que “deixaram de ser”, numa formação que destrói o que são. Portanto, para serem elaboradas formas de abordagem adequada e condizentes com a complexidade de situações, faça-se necessário reconhecer essas condições e contradições no cotidiano desses indígenas na universidade.

### 6.3 Sofrimentos dos estudantes de medicina

#### *ela não saiu melhorada, ela saiu piorada*

Os participantes da pesquisa trouxeram em suas narrativas que, ao imaginarem sua saída para estudar, já avistavam a possibilidade de enfrentarem dificuldades, indicando que haveria deslocamentos, tanto geográficos quanto culturais, além dos relacionados ao próprio curso de graduação em medicina. *Tenetehar* narrou que possuía essas expectativas antes de ingressar no curso:

*E eu imaginava que seria difícil ficar longe de tudo que eu sou, das pessoas, mas teria que encarar e superar tudo isso [...]. Isso era um receio muito grande meu, por eu entrar na medicina, que é um curso muito elitizado, então, eu tinha muito esse receio. Sabia que tinha muita pressão, porque o curso de medicina seria muito difícil. Tudo isso gera um transtorno para gente, psicológico, emocional. Depois, tem umas coisas que se confirmam e tem outras que já não acontecem tanto (TENETECHAR).*

Na narrativa acima, a indígena trouxe uma somatória de questões que, ao olhar dela, seriam desafios a serem superados na graduação de medicina e geravam medo e ansiedades. Percebe-se que *Tenetehar* citou as dificuldades socioculturais, discutidas nas duas primeiras subcategorias: o fato de ser estranha no curso de medicina – conforme descrito no capítulo anterior, que ressaltou a vivência de preconceitos e da estigmatização – e algumas questões relativas aos sofrimentos consequentes das habituais relações de opressão e violência na escola médica.

Em uma revisão sistemática de estudos relacionados à saúde mental dos estudantes de medicina nos últimos vinte e cinco anos, Conceição e colaboradores (2019) caracterizaram o curso como importante estressor e causador de sofrimentos aos seus estudantes, destacando-se nestes a redução do bem-estar psíquico e a

prevalência de transtornos mentais acima da população em geral (CONCEIÇÃO *et al.*, 2019).

Tais pesquisadores relataram que o ambiente de aprendizagem se tornava estressante ao passo que o estudante tinha que lidar com uma sobrecarga de aulas, dificuldades socioeconômicas, competição e relações conflituosas com estudantes e professores, excesso de conhecimentos a serem aprendidos, pouco tempo para atividades de lazer, responsabilidade e expectativas sociais no papel do médico (CONCEIÇÃO *et al.*, 2019). Apesar de algumas limitações, devido à grande maioria de estudos revisados serem quantitativos, os pesquisadores ainda indicaram a importância do ambiente da escola médica na conformação de um ciclo de adoecimento. Assim, a condição central era a própria naturalização dessas situações, dificultando rupturas, cuidados e mudanças na produção do adoecimento psíquico dos acadêmicos (CONCEIÇÃO *et al.*, 2019).

Em um estudo qualitativo, realizado em um curso de medicina no estado de Minas Gerais, verificou-se que as pressões sociais para um alto desempenho escolar e futuramente enquanto profissionais eram geradoras de sofrimento entre os estudantes, que também vivenciavam uma quebra de expectativas após ingressarem na escola médica (DÂMASO *et al.*, 2019). Na presente pesquisa, com os estudantes indígenas, essas características também foram levantadas pelos narradores:

*Para começar, a gente começa, eu acho que pela parte... é dura mesmo, sabe? De cobrança de... eu acho que para quem chega assim de início... porque a gente chega com a ideia de que na medicina é tudo muito lindo. Mas, quando vai fazer, não é bem assim. A gente faz vários planos antes disso, a gente acha que vai chegar e vai atender paciente... a gente vai estudar coisas que a gente gosta, no nosso tempo. E quando a gente chega, é meio que... é muita cobrança, é muita cobrança, e eu acho que tem que ter um psicológico muito forte mesmo para aguentar. Então, assim, um ponto negativo é essas cargas horárias excessivas da medicina, que eu acho que é muito. É muita responsabilidade mesmo. Lógico que a gente sabe que tem que ter essa responsabilidade, mas tão grande assim. E meio que a gente fica para trás. Eu sofro com tudo isso (KHANTE).*

Da mesma forma que *Khante* narrou essa quebra de expectativas sobre o que seria a escola médica, o estudo clássico *Boys in White*, de Becker e colaboradores (1961), realizado com estudantes de medicina nos EUA, já apontava que essa

perspectiva idealista, ao ingressar no curso se transformava em uma perspectiva pragmática, quando eles se sentiam mais estudantes do que médicos em formação (BECKER *et al.*, 1961).

Uma das indígenas, *Toteem*, descreveu o que acontecia progressivamente com os estudantes, incluindo os indígenas, ao longo da graduação em medicina:

*As pessoas vão piorando ao longo do curso... eu falo de todos, mesmo, os parentes e os outros estudantes mesmo [...]. No sentido de que aquela luz, aquele brilho, aquele brilho bonito, aquele colorido que ela tinha quando entrou, lá no início da faculdade, quando chega no final da faculdade, cadê esse brilho? Não era para elas terem ficado assim. Era para ter chegado mais brilhante, mais radiante, porque ela veio com uma bagagem de conhecimento, de práticas e por que ela chegou daquele jeito? Entrou colorida, cheia de luz e por que ela está daquele jeito? Ela não saiu melhorada, ela saiu piorada (TOTEEM).*

Destaca-se que *Toteem* indicou uma “piora” dos estudantes, com a perda do “brilho”, do “colorido” e da “luz”. Relacionando essa fala a estudos no campo da educação médica, podem-se identificar algumas interpretações a respeito desse processo de formação. Em uma investigação longitudinal com estudantes de medicina na Universidade Estadual de Maringá, apontou-se que os níveis de “desumanização” se elevavam no transcorrer do curso, indicando que “estes estudantes foram ficando mais insensíveis e até mesmo cínicos e irônicos no trato” com as pessoas, o que também foi identificado em outros estudos semelhantes (BENEVIDES-PEREIRA; GONCALVES, 2009, p.20). De acordo com a pesquisa, esse comportamento acontecia progressivamente a cada ano do curso e havia uma piora acentuada no internato. Já em estudos do campo da ética e bioética, analisaram-se estudantes de medicina, tanto no Brasil quanto internacionalmente, identificando que há uma regressão das competências éticas desses graduandos ao longo do curso (LIND, 2000; FEITOSA *et al.*, 2013).

Assim, nesses estudos, discute-se que os estudantes, ao se confrontarem com processos de tomada de decisão concretos, parecem estar mais preparados tecnicamente do que para lidar com os aspectos morais de sua futura profissão (LIND, 2000; FEITOSA *et al.*, 2013). *Toteem* narra também que na sua trajetória, no ensino médico, ela percebeu que havia um processo violento de anular os outros saberes, nesse caminho de os estudantes perderem seu “brilho” paulatinamente.

Outro estudante, *Ubá Krikri*, trouxe uma reflexão sobre essas violências da medicina, relatando como algo presente e que o agredia em seu processo de formação:

*A professora disse: “É só chegar lá no raizeiro, pegar as raízes, transformar em extrato, transformar em fases e aí, depois testar, testar e testar, achar a molécula”. Mas aí, quando a pessoa faz, nunca considera o raizeiro, não é considerado. [...] O tempo todo você lida com uma ciência que ela fala em outra linguagem, assim, são outras formas de signos e de se estruturar. É uma ciência que ela se expande por assimilação, ela precisa crescer como um grande monstro e tudo que for diferente dela precisa ser transformado, de forma que possa ser incorporada. Cientificiza conhecimentos que são diferentes e incorpora, ela nega conhecimentos que ela não consegue compreender, reivindica para ela todo o mecanismo de cura, sabe? Eu tento resistir a tudo isso. Então, eu me apropriar disso já é uma grande violência crônica, assim, durante o curso todo, que me faz querer desistir, que me faz pensar que a medicina se apropria de coisas que não são dela, para dizer que é dela, e depois mercantilar, porque é isso que a saúde se torna quando ela é tirada das pessoas, já que foi de lá que veio. E aí, é como se ... se eu fosse para faculdade me apropriar desse mecanismo do pensamento científico. Todo dia eu volto para casa pensando que eu estou me apropriando de uma coisa que se apropria de outras pessoas para eu pegar e devolver para ela. Então, para mim, isso já é uma gigantesca violência, e que eu tenho que lidar todo dia. Então, a faculdade, por si só, ela já é uma violência (UBÁ KRIKRI).*

Em sua narrativa, *Ubá Kriri* traz a violência como uma característica muito presente na sua vivência de graduação, além de enfatizar que a ciência e a própria medicina, ensinada nos cursos, era anuladora de outros conhecimentos, desconsiderando a possibilidade de outras racionalidades, que não a biomédica, como no caso do raizeiro.

Vale ressaltar que o pensamento científico tem sido a forma de conhecimento instituído no ensino e na prática médica, com direcionamento para o paradigma biomédico e para as concepções em que se associam o real ao racional, desconsiderando outras racionalidades médicas (NASCIMENTO *et al.*, 2013).

Para *Ubá Krikri*, formar-se médico imerso nessa racionalidade era uma “gigantesca violência”. E, nesse contexto, é importante ressaltar que essa racionalidade, baseada na ciência biomédica, é muito diferente dos diversos modos de pensamento indígena. Ademais, na graduação de medicina, a biomedicina não dá espaço para a existência dessas outras racionalidades e se torna quase como um dogma, que não pode ser questionado e oprime o que não é explicado por ela.

*Ubá Krikri* e outros estudantes narraram situações específicas em que, durante atividades da graduação, sentiram que as falas e as atitudes dos professores violentavam outras racionalidades, que não a biomédica:

*Tem um menino na minha sala que é quilombola. Aí ele, em uma aula sobre rinite, ele falou: “tem um vapor com eucalipto que usam lá na minha comunidade...” Aí a professora interrompeu e disse: “Não, isso não. Isso aqui não está na diretriz”. Assim, é corte na hora! É ignorar que tem uma galera que está convivendo com essa rinite, talvez, há cinco mil anos, dentro do mesmo território, convivendo com o mesmo tipo de vegetação e já conhece aquilo ali há muito tempo. [...] É desconsiderar qualquer outra forma de saber (UBÁ KRIKRI).*

*Também é ruim quando meio que têm essas críticas, que o médico que está dando aula faz, de parteiras, de não sei o quê. Teve uma vez que falou da mulher parindo no meio do mato. Tem muito preconceito. É que eles falam assim e eu estou ali, escutando. Ele nem estava falando só de indígena, mas eles estão falando do que a gente faz [...] Mas a pessoa que está falando nem se dá conta. E a gente sempre está escutando alguma coisa parecida. [...] Nem sempre dá para discutir (KHANTE).*

*Uma vez, quando eu estava rodando em um ambulatório de gastro, a gente ficou muito chocado. Não só eu, como também meus colegas. Chegou um paciente que utilizava algumas medicações tradicionais e tomava alguma garrafada. Ele não era indígena. Aí o professor, o médico, nem perguntou o que era, ou que tipo de planta tinha naquela garrafada. Ele já chegou falando assim: “Joga essa porcaria fora, porque isso não faz bem, isso não serve pra nada!” Então, isso foi um choque para gente e para o paciente também (TENETEHR).*

Nessa direção, um estudo realizado em um curso de medicina, no estado de São Paulo, analisou as interações entre professores e estudantes na escola médica, identificando que havia entre os professores uma ideia de superioridade inata em relação aos outros diferentes (estudantes, pacientes, outros profissionais de saúde), de modo a negá-los, praticando racismos e abusos de poder, evidenciando a violência na forma de desqualificação das pessoas (RIOS; SCHRAIBER, 2011). O mesmo estudo ainda indicou que os estudantes se impregnavam dessas experiências intersubjetivas durante a graduação, assumindo posturas a partir dos modelos dos professores e dos valores e diretrizes éticas das instituições (RIOS; SCHRAIBER, 2011).

Portanto no caso dos indígenas nos cursos de medicina havia uma somatória de componentes que poderiam causar sofrimento. *Nenxah*, participante da pesquisa,

que estava no último ano do curso, narrou esse conjunto de questões que viveu ao longo da graduação:

*Na verdade, quando a gente veio para cidade, é tudo diferente, porque a gente tem o choque de cultura, porque eu, o indígena em si, é muito apegado à família. Então, essas questões ficam muito complicadas de conviver com outras pessoas, de ter que conviver com a discriminação, ter que viver com pessoas te questionando quase que diariamente, então, é uma questão que pesa bastante. Tu tem cobrança da tua comunidade, porque tu está representando uma comunidade, não só uma comunidade, mas uma etnia, um povo, na cidade. E, no curso, tem também, porque tem que ter participação, tem que ter nota, tem que mostrar resultado, tem que estudar, tem que saber o que o professor quer, então, é um peso muito maior. [...] No nosso caso, é uma carga muito grande ali, porque ser questionado, ser discriminado, ter tudo isso em volta, tem mais essa questão cultural, que pesa bastante, de ter que mostrar resultados. Para nós, fica bem difícil (NENXAH).*

*Nenxah* apresenta uma variedade de questões que, em seu contexto, compunham uma condição propícia para a instalação de sofrimentos, como o “choque cultural”, o distanciamento da família, a “convivência com a discriminação”, as cobranças da comunidade e as cobranças específicas do curso de medicina. Dessa forma, a conjunção dessas vivências para os indígenas, no curso de medicina, potencializou o desencadeamento de sofrimentos, já tão comuns entre os estudantes de medicina de uma forma geral.

Na UFPA, um indígena do curso de medicina, Idjarrury Sompré, desenvolveu o seu trabalho de conclusão de curso com uma investigação sobre a qualidade de vida e a saúde mental de 15 indígenas do curso de medicina daquela instituição (SOMPRÉ, 2019). A pesquisa encontrou uma prevalência maior de ansiedade e depressão entre esses estudantes quando comparado ao conjunto de estudantes de medicina e à população em geral (SOMPRÉ, 2019). Ele descreve que esses estudantes estavam expostos a várias características que favoreciam o sofrimento, destacando: insatisfação em estar na capital; distância dos familiares e da comunidade; cobranças da comunidade de origem; excesso de cobranças no curso de medicina; aulas em tempo integral, que impediam outras atividades; dificuldades financeiras; solidão; rotina individualista e vivências de preconceito (SOMPRÉ, 2019). Essas características também foram citadas pelos participantes desta pesquisa nas diferentes universidades.

Um dos participantes, *Araguaci*, destacou em sua narrativa que, devido a um programa de apoio pedagógico da instituição, ele não retornou para a localidade de origem por mais de um ano, o que ele acredita ter favorecido seu adoecimento:

*O primeiro ano foi muito tranquilo, aí no fim do primeiro ano, eu comecei a entrar em umas paranoias da distância, porque fazia mais de um ano que eu não ia em casa. Eu já estava aqui e eu precisei ficar, porque existia um programa dentro das ações afirmativas que tinha que assistir aula. Era mais como uma forma de estabelecer uma base, porque o pessoal vinha direto, a maior parte dos alunos vinham direto das aldeias para cá. Daí, eu falei: “bom, já que estou aqui, eu vou participar, assim eu interajo com o pessoal, vejo mais ou menos como funciona a dinâmica aqui”. Então, eu fiquei mais de um ano sem ir em casa e eu comecei a dar uns “piras”, assim. O programa me ajudou nos conhecimentos básicos, mas foi muito ruim não voltar para casa nas férias. Eu fiquei longe da família e isso foi me adoecendo cada vez mais (ARAGUACI).*

E, a partir dos diversos sofrimentos, alguns estudantes entrevistados relataram que fizeram uso abusivo de álcool e desenvolveram quadros de depressão. *Focaj* e *Ratriksiê* narraram situações nesse sentido:

*Eu acho que já entrei em uma depressão um ano atrás. Eu já estava iniciando um quadro depressivo, pelo menos eu já estava com sintomas depressivos. E, no ciclo básico, eu passei, eu tive bastante contato com o álcool, hoje eu ainda tenho, mas é mais controlado, antes não, eu chegava a ir para aula, não fui nenhuma vez para aula bêbado, mas faltei bastante aula, tinha que repor, depois eu tive bastante problema, e isso me deprimia bastante, eu era muito deprimido e eu tentava usar o álcool para amenizar um pouco. Mas, durante o ciclo clínico, eu percebi que estar no consultório em contato com o paciente parece que me desligava, eu sentia sabe, aí eu percebi que era realmente o que eu queria, estar ali (FOCAJ).*

*No terceiro semestre, também teve vários incidentes. Teve incêndio na aldeia. Deram dois tiros na minha mãe, que não chegou a atingir. E aí, veio toda essa carga do curso de medicina. Através da medicina, eu comecei a me questionar sobre a minha sexualidade também, então, veio um pouco desse aspecto, e aí, juntou tudo isso no terceiro semestre e eu acabei entrando em surto, fiquei muito mal com uma depressão muito grave, cheguei a tentar duas vezes suicídio e precisei de internação. Fiquei um mês internado, mas, assim, vários colegas ajudaram. Mas aí, com o tempo, depois de todos esses processos, eu acabei me empoderando mais, com a ajuda de outros estudantes e de alguns professores. Hoje eu já estou bem melhor, mas em tratamento. Continuo na luta (RATRIKSIÊ).*

Na narrativa, *Ratriksiê* descreveu que vivenciou uma série de problemas, culminando em duas tentativas de suicídio. Em uma revisão de estudos realizada

em vários países sobre suicídio entre estudantes de medicina, os resultados indicaram que as taxas de suicídio nessa população eram maiores do que as da população em geral e entre outros grupos acadêmicos (SANTA; CANTILINO, 2016). As principais causas apontadas nesses estudos foram maior incidência de transtornos psiquiátricos, uso abusivo de substâncias, sofrimento psíquico relacionado a vivências específicas do curso, preocupações financeiras e sobrecarga de informações (SANTA; CANTILINO, 2016).

Nesse conjunto de questões que o indígena, estudante de medicina, se depara, percebem-se dificuldades por ele ser um indígena na universidade, distante do seu ambiente sociocultural, e as relacionadas ao curso de medicina. Em um material institucional do Ministério da Saúde sobre saúde mental e povos indígenas, Sofia Mendonça, médica e antropóloga do Projeto Xingu, da Unifesp, fez uma interessante colocação:

Temos acompanhado lideranças, jovens, estudantes, trabalhadores, agentes de saúde e professores indígenas transitarem entre os dois mundos, do índio e do não índio, entre a aldeia e a cidade, entre mundos de regras sociais e de comportamento diferentes. Neste movimento pendular muitos entram em conflito, se sentem perdidos, como que isolados no meio do caminho, em cima da ponte, como um agente de saúde se referiu certa vez a um sonho. Muitos indígenas sentem-se distantes de sua referência cultural e, portanto, de sua identidade coletiva. Terrenos férteis para a desordem, para o caos individual e coletivo (MENDONÇA, 2015, p.445).

Parece ser um pouco essa situação “pendular” ou “em cima da ponte” a vivida pelos indígenas, estudantes de medicina. Isso não significa que os indígenas são mais adoecidos, pois há várias características relacionadas ao enfretamento dessas situações, como discutido na última subcategoria deste capítulo.

E, nesse ínterim, houve situações em que os entrevistados narraram algumas situações em que os indígenas decidiram não continuar a graduação em medicina:

*Já senti algumas vezes preconceitos, não de todas as pessoas, mas você sabe que tem um ou outro que sempre vai ter bastante preconceito. Em algum momento, você vai passar por algum tipo de preconceito. [...] Então, é difícil lidar com algumas situações, muitas vezes, é constrangedor, como eu já vi relatos de alguns colegas que foram embora e não conseguiram retornar, porque realmente é muito complicado (TYPA).*

*Tem alguns indígenas que desistiram, porque não se adaptaram ou argumentaram que foi por causa do preconceito e que não estavam*

*aguentando isso, ou porque se tornaram pai. Dois deles se tornaram pai. Aí voltaram para dar suporte para família (TOTEEM).*

É interessante perceber que *Toteem* e *Typa* narraram diferentes motivos para que alguns estudantes tenham saído do curso. Elas descreveram situações relacionadas às dificuldades, aos sofrimentos vivenciados e a decisão de retornar para apoiar a família. Em um estudo na Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS), relacionado à evasão de indígenas nos cursos de graduação da instituição, Cordeiro e Zarpelon (2011) identificaram que havia várias questões relacionadas ao abandono do curso, citando a inabilidade e a resistência dos docentes para lidarem com os universitários indígenas; as dificuldades com a língua portuguesa e fragilidades na educação básica; preconceitos por parte da comunidade acadêmica, falta de adaptação ao ambiente universitário, bem como a fragilidade nas ações de permanência, incluindo o valor insuficiente dos apoios financeiros e critérios excessivos para a manutenção da bolsa (CORDEIRO; ZARPELON, 2011). Entretanto, nesse estudo na UEMS, não havia estudantes de medicina.

Pode-se aventar a possibilidade de na medicina haver mais dificuldades de adaptação, devido às características do curso, todavia, as narrativas e rodas de conversa com os indígenas, nos cursos de medicina, apontaram pouco nesse sentido. Complementarmente, abandonar o curso de medicina não é muito simples, já que geralmente há um percurso longo para o ingresso, além de muitas expectativas pessoais e da comunidade, o que dificulta a evasão. Futuras investigações podem buscar compreender as justificativas e os motivos de os estudantes indígenas de medicina interromperem seu curso de graduação.

#### **6.4 Vivências relacionadas às organizações curriculares**

##### ***o jeito do curso ajudou***

As dificuldades e os sentimentos referentes ao curso foram muito variados para os indígenas nos cursos de medicina, sendo que alguns trouxeram reflexões sobre o que esperavam e o que encontraram, identificando que algumas características dos currículos favoreciam sua trajetória acadêmica. Essas compreensões foram se transformando ao longo da graduação, sendo relatado que

as dificuldades foram mais evidentes no início, com uma progressiva superação. Houve destaque para uma maior identificação com as atividades práticas do que com a teoria da medicina:

*Foi meio impactante quando você chega, porque, assim, das pessoas que eu conheço, que são médicos, são pessoas próximas que eu vi o trabalho assim. Só que em outra fase, né? Que é a fase lá da clínica, dá prática. Então, você ter que pegar esse caminho desde o início, assim, não é muito fácil não. É um impacto e tem coisas que é meio que decepcionante também, você chega e você fala: “Não era bem assim que eu pensava que um médico devia ser.” Mas tem médicos bons e tem médicos que nem tanto... essa parte assim é meio impactante (KHANTE).*

*No meu segundo ano, no início do ano, eu comecei a ir para a unidade básica e aí comecei a ter contato com as pessoas, conversando e tudo. E até porque a professora, a nossa preceptora, ela deixa a gente se comunicar com pacientes, acho isso bem legal, porque é uma das coisas que eu queria fazer lá onde eu moro, meu sonho é fazer lá, aí, no caso, já me deixa um pouco mais à vontade. Porque estar lá, na prática, é mais perto do que eu tenho vontade de fazer (INSIKIRAN).*

Adicionalmente, relataram identificação com atividades curriculares que eram orientadas para as necessidades da população e com um olhar mais ampliado sobre a saúde, discutindo que isso tornava a medicina mais próxima do que esperavam antes do ingresso:

*Eu gosto muito de uma coisa aqui que é você tentar se colocar no lugar do paciente, tentar enxergar o mundo do paciente, para depois tentar ajudar. De tentar fazer acompanhamento de saúde, que esse método não é só de você fazer o tratamento do paciente, e sim olhar para o contexto e tentar ajudar de um modo geral. E talvez isso tenha me cativado, porque, até então, para mim, o médico era aquele cara que ia lá fazer o atendimento, passava uma receita e acabou, entendeu? [...] E, assim, talvez tenha me tranquilizado um pouquinho mais, justamente é aquilo que eu busco. Talvez é aquilo que vai me fazer contribuir de fato com a comunidade, então, isso tem a ver com o meu futuro profissional (KARI'OCA).*

É interessante destacar que os currículos dos cursos de medicina não foram objeto de estudo nesta pesquisa, todavia foi possível identificar nas falas dos estudantes indígenas que havia uma diversidade grande de composições curriculares entre as universidades visitadas. Havia cursos com uso de metodologias

ativas de ensino aprendizagem, outros com estrutura mais tradicional, e ainda os que mesclavam os formatos de atividades.

Duas estudantes, *Arapuá* e *Mayá*, ressaltaram que o formato dos cursos que frequentavam, com metodologias ativas e com pequenos grupos, favoreceu a formação de vínculos com estudantes e professores, com superação de algumas dificuldades:

*Eu acredito que o que me facilitou bastante foi o jeito daqui da faculdade... O jeito do curso ajudou, porque, como somos em grupos menores, então a chance de você interagir com as pessoas do seu grupo é muito maior, que são 8 ou 10 pessoas no máximo. Então, acho que você consegue desenvolver um vínculo maior com as pessoas do seu grupo, do seu pequeno grupo. E você consegue também ter um vínculo maior com o seu facilitador, que ele te vê todos os dias, você não é uma pessoa que está sentada no fundo da sala. Você é uma pessoa que está ali, convivendo com ele todo dia, então, eu acho que essa metodologia também facilitou bastante para eu continuar (ARAPUÁ).*

*O modelo que se dá o curso de medicina, aqui na universidade, acaba favorecendo muito isso, que a gente tem esse contato com os pequenos grupos, essa aproximação, você vai criando vínculos com as pessoas, de forma que elas te conhecem e sabem da sua história e te respeitam por isso. [...] Acho que a metodologia do curso favorece a gente ser bem acolhido (MAYÁ).*

Quanto aos estudantes entrevistados que frequentavam cursos com metodologias mais tradicionais, estes não citaram tais estratégias curriculares como favorecedoras da trajetória acadêmica dos indígenas no curso, mas apenas identificaram posturas individuais de professores ou de disciplinas específicas. De toda forma, percebe-se que os sofrimentos dos indígenas nos cursos de medicina não foram mais ou menos intensos de acordo com as metodologias do curso, mas sim conforme a postura institucional para receber os estudantes indígenas e possibilitar sua permanência e aprendizado.

Nesse contexto, um estudo realizado em 2014, em uma universidade brasileira que possui dois cursos de medicina - um que utiliza metodologia ativa de ensino-aprendizagem e outro com modelo tradicional - percebeu-se que o sofrimento psíquico e a tensão emocional foram frequentes nos estudantes dos dois cursos, com diferenças apenas quanto aos fatores desencadeadores citados (TENORIO *et al.*, 2016). No caso do curso mais tradicional, foi citado principalmente o conflito com

os professores, enquanto no que utilizava metodologia ativa, foi levantada a insegurança provocada pelo método (TENORIO *et al.*, 2016).

Assim, da mesma forma que na literatura, na presente pesquisa com indígenas na medicina havia cursos com metodologias ativas, em que os estudantes descreveram muitas dificuldades e vivências de sofrimento, enquanto estudantes de cursos com organização curricular mais tradicional descreveram posturas acolhedoras e competentes para reconhecer as singularidades dos indígenas, e vice-versa.

## 6.5 Estratégias de sobrevivência e de resiliência

### *então, achei uma brecha*

Os participantes da pesquisa narraram formas variadas de enfrentar as dificuldades por eles vivenciadas, descrevendo estratégias para sobreviverem nas instituições. Nas conversas informais, que realizei nas visitas às universidades, ouvi diversas vezes uma comparação que alguns indígenas faziam frente aos demais estudantes de medicina. Eles diziam que já passavam por tantas questões que necessitavam de superação, que se acostumavam a enfrentar os problemas, demonstrando uma importante resiliência frente às dificuldades. Uma das narradoras, *Apy-Mamã*, trouxe uma reflexão nesse sentido:

*Se torna bem diferente toda nossa vivência, o que a gente sabe, todo nosso aprendizado dentro das matas, e dentro dos diversos lugares, a nossa forma de se adaptar também eu acho incrível. Eu acho muito incrível, porque a gente consegue superar dificuldades que outras pessoas não conseguiriam, eu acho [...]. E claro que isso vai ser diferente para cada povo, mas eu falo assim de uma forma geral. O pessoal falava assim: "ah, mas o indígena não tem condições de fazer uma prova dessas e não sei o quê". Eu falei: "olha, faz o seguinte, põe um branco lá e põe o indígena aqui, que nunca estudou". Eu falava para eles. Falei: "faz isso para ti ver!". Tenho certeza que o indígena vai conseguir (APY-MAMÃ).*

Na narrativa de *Apy-Mamã*, fica evidente a descrição de uma característica marcante dos indígenas nas universidades, que é a capacidade de adaptação em meio às adversidades, o que ela reforçou que seria diferente para cada um dos povos indígenas.

Gersem Baniwa discute a atitude de resiliência dos indígenas, especialmente os povos indígenas do Alto Rio Negro, relacionando-a aos princípios de vida (a partir de valores cosmológicos) e à estratégia política (a partir das possibilidades oferecidas pela convivência com a sociedade envolvente) (LUCIANO, 2013). Ele ressalta que a “noção de resiliência pode ser utilizada na tentativa de compreender as atuais escolhas indígenas, entre as quais a educação escolar”, como no caso do acesso às universidades (LUCIANO, 2013. p.149). Baniwa diz preferir o uso de resiliência à resistência, pois ele defende que, ao longo da história, as reações conflituosas empreendidas pelos indígenas contra os conquistadores decorreram “da violência a que eram submetidos e não de uma resistência ao mundo branco”, sendo semelhante ao que é vivido hoje pelos universitários indígenas (LUCIANO, 2013. p.154).

Tal autor descreve que o acesso à formação no ensino superior possibilita a formação de lideranças políticas, com reforço da identidade étnica e valorização cultural; o acesso a bens e serviços que desejam, inclusive, novos modelos de vida; e o atendimento às novas situações, oriundas do contato com os não indígenas (LUCIANO, 2013. p.156-161). Assim, ele ressalta que “não há, entre os povos do Alto Rio Negro, indícios de que querem se manter indiferentes, resistentes ou distantes em relação ao mundo moderno” (LUCIANO, 2013, p.161). Além disso, “a noção de resistência [...] é contraditória em relação à grande demanda e à forte cobrança desses povos pelo ensino escolar” (LUCIANO, 2013, p.162).

Portanto os caminhos dos indígenas no ensino superior parecem estar mais na atitude de resiliência do que de resistência, pois existe uma “capacidade ativa, criativa e reativa dos indígenas que se negam a ser vítimas passivas, em nome de seu protagonismo e autonomia” (LUCIANO, 2013, p.162). Dessa forma, compreender a experiência dos universitários indígenas, os sofrimentos vividos por eles e as estratégias de sobrevivência se relaciona a essa atitude de resiliência e capacidade de adaptação de maneira afirmativa.

Nessa direção de identificar os caminhos possíveis e criativos perante as adversidades, os indígenas, nos cursos de medicina, narraram situações em que assumiram essa postura de resiliência. Para *Xinã Bená*, houve dificuldade de manter sua língua indígena, já que na universidade não havia nenhuma outra pessoa do seu povo. Ele relatou que, para superar essa questão, conseguia conversar um pouco com outro estudante do mesmo estado e que falava uma língua do mesmo tronco:

*Então, eu não tive problema em relação ao português, não. Sabia bem português. Também não desaprendi a falar o meu idioma, e ainda pratico, mas infelizmente eu não tenho outra pessoa aqui que pudesse praticar comigo como os Terena fazem. [...] Só tem eu de Huni Kuin, e do Acre tem um estudante fazendo Ciências Sociais, ele é Maxineri. São línguas diferentes, mas é do mesmo tronco linguístico, então, a gente consegue se entender. É tipo um espanhol com português, então, a gente conversa... a gente se entende (XINÁ BENÁ).*

Interessante perceber que *Xinã Bená* narrou que outros grupos, como os Terena, em sua instituição conseguiam manter a prática da língua indígena, pois, diferente do seu caso, havia vários estudantes do mesmo povo estudando na mesma localidade, o que favorecia o uso da língua indígena.

Quanto ao distanciamento da família, alguns estudantes participantes da pesquisa elaboraram estratégias para estar mais próximo aos familiares, trazendo filhos e cônjuges para a cidade de localização do curso:

*Daí eu vim, como o povo fala: “com a cara e com a coragem”. [...] Uma questão difícil é porque meu companheiro está estudando em outra cidade e eu aqui. Então, eu estava vendo várias possibilidades, ou a gente ia transferir para lá, ou eu ia tentar até o vestibular esse ano para lá, para tentar uma transferência. Só que não é tão simples assim a transferência, né? Aí ele vai ver se consegue o ano que vem prestar vestibular para cá e tentar mudar para cá. Mas, por enquanto, eu vou ficar aqui com as crianças e a gente vai vendo essas possibilidades. Eu também vou ver se dá pra ir, porque esse ano foi bem puxado para eu poder tentar vestibular. [...] Aqui, onde eu estou, é uma casa do estudante, só que aqui, pelas regras, como não tem estrutura, não podem ficar crianças, né? Mas teve um coletivo de mães indígenas, no ano passado, que não tinham com quem, nem como deixar as crianças, sabe? E acabaram ganhando para ficar aqui por um tempo com as crianças, porque a própria universidade mesmo ela dá um auxílio. Se eu não me engano é de R\$ 450,00. Só que com 450,00 aqui você não consegue alugar nada, então, é assim bem mais difícil do que se possa imaginar. Não é só dar R\$ 450,00 e achar que vai resolver, porque não resolve, né? Você tem que provar renda, você tem que ter caução, fiador, então, são muitas coisas, que, tipo assim, não dá (TYPA).*

*E aí, nesse processo, meu marido veio também. Mas ele não conseguiu arranjar trabalho e tal... então, assim, foi acumulando um monte de problemas. Então, eu não consegui estudar. Eu não tinha internet, eu não conseguia me adaptar até com os livros e ficar estudando na biblioteca. Assim, até porque eu tinha um filho pequeno, de um ano, não consegui vaga na creche... fiquei um ano na espera para conseguir a vaga para ele. E aí foi só acumulando vários problemas, e realmente, no primeiro semestre, eu só estava*

*aqui por estar. Não estudava, só ia nas aulas. Aí eu não consegui estudar no primeiro ano, sabe? Muitas coisas mesmo, dificuldade financeira, questão do meu filho. Ver ele com fome, e aí nesse processo... [silêncio prolongado - emotiva] bem negativo. [silêncio] Eu e o outro estudante indígena, a gente acabou... a gente fez as provas por fazer. Igual eu estava falando... a gente não conseguia estudar, não tinha mesa, não tinha livro, não tinha nada, nem computador (KHANTE).*

É possível perceber nas falas de *Typa* e *Khante*, que são mães, os diversos arranjos e rearranjos que foram construindo para que os filhos estivessem próximos a elas, mesmo que outras dificuldades surgissem a partir do movimento em que resolveram trazê-los para viver na cidade, onde estava localizada a universidade federal. Para enfrentar as novas dificuldades, *Typa* relatou que estava planejando se mudar para uma aldeia, que ficava na zona urbana, na cidade em que fazia o curso de medicina, em busca de possibilitar aos filhos uma vivência mais próxima do que havia sido a sua na aldeia. Interessante perceber que as memórias que *Typa* tem de sua infância permitem que ela se fortaleça e tenha uma atitude de resiliência; entretanto, ela percebe que na cidade os filhos estão privados dessas vivências:

*Eu me preocupo com os meus filhos aqui, principalmente pelos preconceitos que eles podem sofrer. Eu tento blindar o máximo possível as crianças disso. Assim, eu tento passar para eles que tem que ter orgulho da identidade, sabe? Porque às vezes é muito mais difícil para a criança lidar com o preconceito, e eu tenho muito receio do que isso pode causar neles depois. Eu queria que eles estivessem mais no coletivo, como foi para mim. Eu pretendo me mudar para uma aldeia que fica aqui mesmo na cidade. Eu já falei lá com o cacique para tentar essa aproximação com a comunidade, sabe? Felizmente eles me receberam muito bem, mesmo sendo de outro povo. Eu quero me mudar para a aldeia pelo fato também das crianças poderem ter um ambiente mais saudável, porque é muito ruim você viver em um apartamento, em um quarto, tipo trancado. Então, para as crianças, deve ser horrível, porque eu cresci no meio do rio, né? Eu brincava, eu ia para roça, chegava em casa e tomava banho, e eu queria isso para os meus filhos, sabe? Mas, como não é possível, eu penso em proporcionar para eles o máximo possível, de um pouco dessa liberdade de ser criança, de poder brincar de subir em árvore, então, foi pensando mais nisso que, apesar de ser um pouco longe a aldeia, eu acho que vale a pena. Mais pensando neles, para eles interagirem com a cultura Kaingang e já tendo essa visão um pouco do que é ser indígena (TYPA).*

Como trazido por *Typa*, a aproximação com outros indígenas, mesmo que de outros povos, poderia ser interessante para os seus filhos, ao permitir uma

experiência de infância mais próxima do que ela mesma viveu. Há outras estratégias de resiliência na aproximação com indígenas de outros povos no ambiente universitário, com destaque para as posturas políticas e de ações nas coletividades, as quais são apresentadas no próximo capítulo e, por isso, não foram citadas aqui.

Retomando a experiência descrita por *Tauá* na narrativa representativa, apresentada liminarmente no capítulo, outra estratégia descrita pelos participantes da pesquisa, diante de situações de confluência de adversidades, foi o retorno temporário para suas comunidades para serem cuidados, assim como ele narrou:

*Eu ficava mal só de pensar na disciplina, no professor, e eu não tinha como correr de nada disso. O curso de medicina estava me fazendo mal e era um descuido da universidade naquela época. Então, achei uma brecha. Eu pedi para sair para ir para a aldeia mesmo, por não aguentar, precisava me resguardar (TAUÁ).*

Essa possibilidade de “encontrar uma brecha” e ficar um tempo junto da família, em suas localidades de origem, foi descrita por *Araguaci*, que relatou ter trancado o curso por dois anos e retornado à universidade quando estava melhor:

*No segundo ano do curso, eu comecei a entrar em uma depressão muito violenta. Daí eu me afastei do curso e voltei para o Nordeste. Passei um tempo, praticamente dois anos. Chutei, né? No primeiro ano, eu chutei, de verdade, no segundo ano, eu comecei com acompanhamento psiquiátrico, e aí a minha psiquiatra me aconselhou a dar um “time” e eu voltei para o Nordeste. Daí me cuidei e só depois voltei (ARAGUACI).*

Além da possibilidade de serem cuidados, o retorno, em períodos de férias ou devido a outras questões, funcionava adicionalmente como uma motivação para enfrentarem as adversidades do curso. Complementarmente, nesses retornos, alguns dos estudantes indígenas perceberam que passaram a receber mais admiração das pessoas da comunidade, quase como um exemplo a ser seguido, o que foi citado como estímulo:

*Eu voltei só uma vez para minha comunidade nas férias. Foi muito bom. Matei a saudade de pescar. Eu contei daqui da universidade para as pessoas de lá. [...] Nas férias, eu levo as novidades, é assim. Eles estão esperando saber o que eu aprendi. O pessoal ficou feliz com isso. E lá eu expliquei tudo para eles, na forma da minha língua. Eles disseram que era para eu continuar, seguir em frente (KEKARYEHTOTHO KOMO).*

*E aí, quando eu consegui ingressar na faculdade, eu voltei para lá e as pessoas tinham outra visão de mim, totalmente diferente. Quando eu voltei, eu vi que na comunidade as pessoas têm orgulho. Na comunidade, muita gente tem orgulho de mim. Isso me deu muita força e motivação (KAPOI).*

*E eles têm maior orgulho, eles têm orgulho da gente, eles acham super importante a gente estar aqui, ocupando esse espaço. Eu acho assim, esse olhar que você vai ter, que você vai devolver, para aquelas pessoas que ficaram ali, só da gente conversar sobre isso com eles, já é transformador. É uma responsabilidade grande (ARAPUÁ).*

No retorno, havia oportunidade de compartilhar as vivências da universidade e os sofrimentos enfrentados, como narrou *Insikiran*:

*Uma das coisas que eu quero fazer e que eu já faço atualmente, mas nem tanto, é [...] uma parte assim, fora da área da saúde também, para influenciar um pouco mais na parte de educação. Levar mais o conhecimento do que é realmente o estudo, a qualificação na área da medicina, quais são as dificuldades de vir para a universidade, tipo, mostrar isso aos estudantes de lá. [...] Eu espero fazer mais isso quando eu estiver quase chegando na conclusão do curso, porque eu acho que me dá mais força para falar também. Falar sobre as dificuldades. É uma das coisas que eu não tinha, ninguém chegou lá e falou dessa parte do conhecimento da área que você quer cursar, de: “Você sabe o que vai estudar?” (INSIKIRAN).*

Na vivência acima, o indígena discute que, embora tenha iniciado a prática de compartilhar as dificuldades enfrentadas na universidade, reconhecia que ainda precisava ampliar esses momentos. Ademais, reforçou que esses compartilhamentos fizeram falta a ele, antes de seu ingresso na universidade. Em uma das rodas de conversa, esse assunto também foi discutido:

*O ano passado, por exemplo, eu fui na minha comunidade. Eu chorei, porque eu contei para todo mundo. Porque eu vim, eu fiz terapia, eu tomei remédio, eu fui ao psiquiatra, e só quem sabia era a minha mãe e o meu pai, eu nunca tinha falado para ninguém da comunidade. E eu ia pra lá normal, como se nada tivesse acontecido, e aí começaram a perguntar como era a permanência aqui, e a minha mãe me disse: “Você tem que falar, porque aí vão botar mais gente para passar o que tu passou”. [...] A gente sabe o que a gente passou e a gente não quer que os outros passem e, ao mesmo tempo, a minha mãe: “Se tu não falar, as pessoas não vão saber”. Porque vai todo mundo com a ilusão de que a universidade é perfeita, de que já estão fazendo isso, já estão nos dando um super braço, uma super oportunidade que a gente não teria. [...]*

*Sim, a medicina é difícil, a gente sabe como é.*

*Eu acho que a gente tinha que fazer alguma coisa, até agora. Na reunião, que a gente tem na comunidade, tentar falar lá.*

*Contar do... na comunidade? Você contou na reunião?*

*Contei que eu tinha passado, contei que eu tinha reprovado, contei para toda a comunidade. Foi uma choradeira, eles disseram que não sabiam e que se soubessem teriam ido me apoiar e tudo (Roda 4).*

Na conversa, é oportuno perceber que alguns se surpreenderam com a possibilidade do compartilhamento dos sofrimentos e adoecimentos vividos no ambiente universitário, provavelmente por quererem demonstrar segurança e não fragilizar a admiração que recebiam. Portanto falar sobre as dificuldades e sofrimentos vivenciados, quando retornavam às comunidades, nem sempre era possível, pois relataram dúvidas sobre o que deveria ou poderia ser compartilhado:

*Eu estava com muita expectativa quando voltei nas férias. Eu fiquei nervoso, assim, pensando o que que eu ia contar. Como ia ser. Como é que as pessoas iam achar. Tem um pouco de cobrança, porque meu avô é liderança da comunidade. Tem um pouquinho de peso, assim. Então, teve uma reunião lá, para falar sobre o estudo na comunidade, sobre quem tinha saído. Aí citaram uns exemplos de pessoas que estavam estudando fora. Falando das responsabilidades com a comunidade. Eu não sabia muito o que dizer (WEI).*

*A gente fica, acaba que... a gente fica como se fosse exemplo para os outros da comunidade. E eu nunca imaginei isso, da gente falar para eles o que está realmente acontecendo, a gente chega lá e, às vezes, por não querer dizer que está passando por dificuldades, necessidades, a gente acaba, muitas vezes, não mentindo, mas ocultando as coisas. [...] Eu cheguei lá, no ano passado, e eu tinha perdido quase uns dez quilos durante um ano. Cheguei exausto, quase reprovei, e cheguei lá, fiquei lá esse tempo de férias, e eu acho que passei, agora pensando, acho que passei outra coisa para eles daquilo que aconteceu o ano inteiro. Não falei que tinha tido tantas dificuldades. A gente tem as nossas reuniões e eu acho que é importante falar o que, de fato, acontece com a gente. Até porque tem todo um pessoal que também quer estudar e, não é querendo que eles não venham, mas a gente fica meio que: “nossa, eles vão passar por isso”. Então, já era bom falar das dificuldades para poder prepará-los. Mas a gente acaba não falando (FATHOA).*

Como se pode perceber na narrativa de *Fathoa*, ele não relatou às pessoas da comunidade suas dificuldades na universidade, embora reconhecesse que seria uma importante estratégia levar esse assunto às reuniões comunitárias na aldeia.

Como estratégias para superação das dificuldades na universidade e na escola médica, alguns participantes da pesquisa relataram a possibilidade de aproximação com as artes, numa tentativa de ter uma postura de resiliência e encontrar “brechas” em meio às adversidades vividas:

*Teve uma época que eu não estava muito bem. Pensava: “estou estudando aqui, por que mesmo? Por que eu estou estudando?” Foi quando eu parei um tempo assim de estudar, só desenhava mesmo, porque eu faço desenhos [...] Uma das coisas que eu faço é desenho... lá, eu dava aula de desenho. Tenho dois alunos de aula particular. Desde criança, eu desenho. [...] E é bom, porque eu esqueço das outras coisas, fico só no desenho na hora. Foi uma das coisas que eu achei como terapia no curso, para poder me distrair mesmo. Para me fortalecer. Às vezes, eu acho o curso um pouco cansativo também, então, desenhar me ajuda a ficar melhor (INSIKIRAN).*

*E tem vezes que eu faço palestra, e também gosto de cantar. [...] no final, eu gosto de fazer isso, eu gosto de cantar uma música de reflexão, porque que cantar dá força [...] e eu estava passando por aquele negócio todo, era um momento difícil para mim, mas estar ali, com outras pessoas me ouvindo, me fazia bem também, é muito interessante. Quando eu canto, quando eu olho, a pessoa está chorando. Eu gosto de cantar e me conectar com outros ... com outras emoções (TOTEEM).*

Nas narrativas de *Insikiran* e *Tottem*, eles narraram que a arte possibilitava uma aproximação com suas sensibilidades, fortalecendo-os para o enfretamento de dificuldades. Outros indígenas, estudantes de medicina, ainda relataram que atuavam, tocavam instrumentos musicais e um relatou ter participado da gravação de um documentário.

Quando Aislan Santos me apresentou sua exposição no Hospital de Brasília, ele me contou que, enquanto Pankararu e estudante de medicina, ele pintou os seus sentimentos e suas vivências no papel “kraft” e que isso marcou muito sua trajetória, pois ele pôde “colocar tudo para fora, através da arte”. Ele ainda contou que seu trabalho nasceu “da saudade de suas origens e da necessidade de se conectar com sua ancestralidade” e que a arte era “um grande abraço terapêutico para prosseguir lutando enquanto terminava sua graduação”. Parece ser esse o papel da arte para esses estudantes. Em uma das rodas de conversa, essa aproximação com a arte e a cultura indígena também surgiu, quando uma das estudantes narrou sobre a realização de pinturas corporais:

*Fizemos tipo um sarau aqui e aí comunicaram que seria bom ter algo da nossa cultura indígena, só que, assim, não tinha... Aí eu falei assim: “eu não sei fazer muita coisa”. E aí, ela falou: “você sabe fazer pintura, vai lá e vai pintar”. Então, eu pintei várias pessoas e aí, de lá mesmo, surgiram várias perguntas. Eu me senti bem ali, me fez bem pintar e falar o que estava sendo pintado. Até comentei com as professoras que muita gente lá falou: “mas branca pintando...”. E aí, surgiu, porque eles vieram me perguntar: “como que você sabe pintar?” Aí que eles foram saber que eu era indígena, surgiu muito isso. [...] E hoje eu acho que pintar me faz bem. Às vezes, eu faço isso, isso me aproxima do meu sentimento de ser indígena, do que eu lembro da comunidade (Roda 2).*

Dessa forma, é oportuno destacar que, nesse contexto da aproximação com as artes e na valorização da capacidade criativa, associada às afetividades, os participantes da pesquisa argumentaram que as pinturas corporais, a produção de artesanatos e a preparação de comidas típicas de suas regiões eram estratégias para superar os sofrimentos. Além disso, lançavam mão de outros mecanismos, para suprir os afetos que sentiam falta, como narrado por Mayá:

*Então, assim, eu quando cheguei no meu primeiro ano, eu tinha mania de cozinhar e cozinava para todo mundo, chamava todo mundo para comer. Aquela coisa que é uma coisa família, que eu tenho em casa e ninguém come sozinho. Todo mundo vai, não senta na mesa, mas todo mundo come junto, então, sempre foi uma coisa de compartilhar o que tem, independente do que eu tiver, eu vou tentar compartilhar com o outro. Então, esse jeito de às vezes você pensar no outro, tentar cuidar do grupo em si, já te faz mostrar que você vive numa realidade um pouco diferente. Então, esse aspecto de ser indígena veio mais como, talvez, meu jeito de ser [...]. Daí aproximar dos amigos, estar junto, ajuda. Então, foi um dos elementos que eu consegui trazer também para quem é mais próximo, foi esse contato com a natureza, que eu sempre fico estimulando a galera: “Gente, vamos para o mato? Vamos para a cachoeira? Vamos para o rio? Vamos nadar?”. Isso me aproximava da minha vivência lá na aldeia (MAYÁ).*

Na narrativa de Mayá, é possível perceber que a aproximação com a natureza e a possibilidade de cozinhar e de se alimentar de forma coletiva a aproximavam das experiências em sua comunidade, o que trazia um sentimento de estar em família, em casa. Nesse sentido, as redes de amizade também surgiram como fatores que favoreceram a permanência no ambiente acadêmico.

Retomando as discussões de Meneses (2013), pode-se dizer que a alimentação “é parte de uma experiência humana mais ampla que é a sua cultura e a sua luta”, ou seja, retirar os alimentos do seu estado de natureza e transformá-los

em artefatos culturais é mais do que preparar algo para nutrir o corpo, mas permite um “trajeto de afeto e encontros” com a história individual e coletiva (MENESES, 2013. p.5). Portanto, nas estratégias de *Mayá*, reconhece-se uma luta por manter práticas culturais, negadas no ambiente em que vive para cursar a graduação em medicina, refletindo opções e experiências que possuem significados para ela, para seus familiares e para o coletivo do qual faz parte.

Da mesma forma como *Tauá* e *Araguaci* encontraram uma “brecha” para retornarem para a comunidade e se cuidarem, várias outras estratégias foram apresentadas como formas de sobrevivência e resiliência, como a prática da língua indígena, relatada por *Xinã Bená*; as reorganizações familiares, para que pudessem ficar com os filhos, de *Khante* e *Typa*; as (im) possibilidades de falar das dificuldades com a comunidade, de *Insikiran*, *Fathoa* e *Wei*; a aproximação com as artes, de *Toteem* e *Insikiran* e as buscas por estar próxima à natureza e ter alimentações junto aos amigos, narradas por *Mayá*. Essas e outras estratégias de permanência na universidade possuem principalmente um caráter relacionado às afetividades e fazem parte das histórias desses indígenas inseridos nos cursos de medicina, e como disse *Tauá*, ao final da narrativa representativa,

*E eu acho que foi mais ou menos isso, até chegar aqui hoje. Com muita tristeza, muita alegria, mas sempre firme e lutando para que as coisas só melhorem (TAUÁ).*

Para Baniwa (2013), essa capacidade criativa, a partir do que lhe é oferecido, permite aos indígenas uma “perspectiva bem mais otimista em todos os campos da vida cotidiana e inclusive em locais de poder político não indígena”, como no caso das universidades (LUCIANO, 2013. p.163). Ele acrescenta que:

Mesmo após centenas de anos de colonização opressora, os indígenas se encontram hoje mais fortes e confiantes no futuro, por contarem com suas próprias forças e capacidades, entre as quais a de aprender com experiências trágicas. Nesses termos, a resiliência resulta da interação entre o próprio indivíduo ou grupo e o meio que o cerca, entre o seu passado e o contexto em que se encontra em termos políticos, econômicos, sociais e humanos, podendo-se concluir que os povos indígenas [...] são capazes de avaliar o processo colonial e considerar possibilidades que se apresentam para a construção do seu futuro (LUCIANO, 2013, p.165).

Todavia, para Baniwa, utilizar o conceito de resiliência não é utilizá-lo de forma ingênua, depositando nos indivíduos ou grupos oprimidos a responsabilidade de resolver os problemas cuja solução extrapola suas possibilidades e os limites de sua competência (LUCIANO, 2013). Também não se trata de uma “sobrevivência mecânica”, mas sim de uma “autossuperação consciente e estratégica”. (LUCIANO, 2013, p.167-8).

Dessa forma, a atitude de resiliência é compreendida como ter essa postura ativa diante da situação vivida, respondendo de forma criativa e assertiva às adversidades, escolhendo e reconhecendo caminhos possíveis, mesmo frente a violências e tragédias vividas. Nessa trajetória, há a possibilidade de amadurecimento e empoderamento individual, como narrado por *Abaçaí*, em um movimento de escolher os seus próprios caminhos possíveis:

*Eu acho que eu amadureci bastante, eu acho que eu me tornei mais responsável. Um certo amadurecimento, por ser indígena e por estar nesse processo meio que de embate, de sempre lutar, de sempre se defender também, entendeu? E eu adquiri, eu acho, um certo respeito por causa da minha postura em não aceitar determinadas coisas dentro do curso mesmo. Eu não vou fazer nada que eu não quero, entendeu? Porque os outros fazem, eu não sou obrigado! Eu tenho esse tipo de reflexão de “não vou ser igual a todo mundo”, “não vou me jogar nessa pressão”. É um meio em que se você não se controlar, você vai ser absorvido, você vai entrar na onda do padrão de vida do colega. Eu nunca entrei muito nessa onda (ABAÇAÍ).*

Assim, a partir das experiências discutidas neste capítulo, é possível reconhecer parte das dificuldades e sofrimentos vivenciados por esses estudantes indígenas nos cursos de medicina, sendo necessário considerar a complexidade dessas características e a diversidade de situações.

Desse modo, é válido salientar que há grande heterogeneidade entre os indígenas nos cursos de medicina, da mesma forma que apontado por Paladino e Ossola (2016), que sugerem que o rótulo que apela para uma suposta homogeneidade entre os universitários indígenas seja questionado, superando-se a compreensão sobre um universitário indígena genérico (PALADINO; OSSOLA, 2016).

Nesse mesmo contexto, Cohn (2016) fala da diversidade étnica, de origem regional e linguística na UFSCar, acrescentando uma interessante reflexão sobre o sofrimento dos universitários indígenas (COHN, 2016). Ela discute que havia uma

impressão dos docentes de que os universitários indígenas vivenciavam o sofrimento, o que desencadeou uma série de propostas para abordar essa questão. Todavia ela questiona “que sofrimento seria este, e definido a partir de que e de quem”, ressaltando que não se trata de minimizar o sofrimento desses estudantes que estão “vivendo um outro mundo, nem de eximir a universidade da oferta de atendimento adequado”, mas de reconhecer que esses estudantes também têm capacidade de responder aos sofrimentos e que se deve abandonar a ideia prévia de vulnerabilidade indígena, tão marcada por uma imagem de primitivismo (COHN, 2016, p.20).

Portanto, para os universitários indígenas, enfrentar dificuldades e sofrimentos, lidar com violências e perdas, elaborar estratégias de resiliência para sobreviver às adversidades e permanecer no curso de medicina evidenciam um processo complexo de decisões, em que pesam as dinâmicas individuais, familiares e comunitárias, as questões étnicas e as características específicas da escola médica, incluindo nestas as violências e opressões habituais.

## CAPÍTULO 7 – OS NÓS INDÍGENAS



ÎANDÉ<sup>16</sup> (SANTOS, 2020)

---

<sup>16</sup> Significa “nós” (tupi antigo) e representa a fusão dos povos do Norte e do Nordeste (SANTOS, 2020).

*C*ada pessoa vai ter uma história diferente, né?

*Com sua própria construção e identidade. Vai ter essa questão paradigmática, porque a colonialidade coloca a identidade como sendo uma questão meio essencialista, de que você deveria ter nascido no mato e, a partir daí, você teria alguma legitimidade para reivindicar isso. Mas tipo, isso também foi usado há muito tempo quando falaram que a mistura de indígena com qualquer outro seria um caboclo, e que, a partir daí, a identidade não existiria mais. Mas a identidade insiste em surgir. É tão difícil explicar isso. É como se fosse um grande som. Um som da natureza, um som da história, um som imaterial, que faz você saber quem é. Porque a minha família sempre falou: “ah, você é indígena; a gente é indígena; o seu avô era assim; ali no pé daquela serra era onde a gente vivia”. E contavam essa história, mas isso nunca foi uma grande questão, mas também isso nunca precisava surgir tanto, apesar de eu sempre saber quem era. E aí, eu não via necessidade dessa afirmação. Mas, a partir do momento que ela é exigida um pouco mais, que ela é questionada ou colocada em pauta, nessa hora, ela insiste dentro de você de uma forma que você não vai conseguir negar, sabe? E todos os estereótipos vão cair em cima da gente. A pessoa fala para normalizar a própria identidade, a própria vivência, e ela mesma tem uma identidade dinâmica, mas não considera o dinamismo das identidades dos outros. Como se dissessem: “A identidade indígena, não. Ela é estática. Ela é idílica. Ela é a Iracema”*

*UBÁ KRIKRI*

Neste capítulo são analisadas as experiências dos indígenas relacionadas à identidade sociocultural, aos aspectos de formação social e de interações nas coletividades.

A pintura de Aislan Santos, na abertura do capítulo, traz o encontro do “indígena do Norte”, à esquerda, com o “indígena do Nordeste”, à direita. Enquanto o indígena da esquerda possui um cocar de penas, o indígena da direita usa uma espécie de chapéu, feito com palhas entrelaçadas, habitual entre alguns povos do Nordeste, chamado de barretina pelos Xucuru. Os grafismos das pinturas corporais dos dois indígenas também não são os mesmos, marcando a diversidade de povos. Interessante perceber a aproximação de diferenças e semelhanças entre eles, o que permite compor uma identidade étnica, baseada na coletividade dos povos indígenas, nesse reconhecimento entre “parentes”.

Aislan nomeou tal pintura como *landé*, sendo uma palavra do Tupi que significa nós, em um sentido inclusivo (ou seja, nós e vocês), que integra todas as pessoas. Existe também uma palavra em Tupi que significa nós, no sentido exclusivo (ou seja, nós, sem vocês), que é *oré* (LUNA *et al.*, 2019).

A escolha de Aislan pela palavra *iandé*, e não *oré*, remete à construção dessa identidade dos povos indígenas brasileiros, marcada pelos processos históricos e pela dinamicidade, em um sentido de “aproximação de povos diferentes que vão vivendo situações novas e percebem elementos comuns no seu modo de ser”, como tem defendido o movimento indígena (MUNDURUKU, 2012, p.109).

Esse entrelaçamento entre identidade e contexto político é também descrito por *Ubá Krikri* na narrativa representativa. Ele descreve as provocações que foi vivenciando e pontua momentos em que sua identidade foi mais “exigida”, mostrando que evidenciar sua identidade era um ato político, ressaltando que ela não era estática, mas dinâmica. No contexto dessa dinamicidade, ele finaliza, falando de *Iracema*, referindo-se à personagem que dá título ao romance de José de Alencar, publicado em 1865. O romance é uma alegoria ao processo de colonização do Brasil e da América pelos europeus e reforça estereótipos do indígena romântico e selvagem. Assim, *Iracema* é uma espécie de mito de fundação da identidade brasileira, sendo que alguns ainda dizem que o nome *Iracema* foi proposital, por ser também um anagrama da palavra América. *Iracema* é apresentada no livro como “a virgem dos lábios de mel”, convocando uma “identidade idílica”, como referiu *Ubá Krikri*.

Nessa perspectiva, na pesquisa com os estudantes indígenas nos cursos de medicina, os participantes narraram memórias que evidenciaram acontecimentos relacionados a pessoas e a lugares que direcionavam para novos ou antigos caminhos da sua própria identidade, ou ainda dos coletivos indígenas e suas comunidades.

A palavra “nós”, ou de maneira mais informal “a gente”, foi utilizada diversas vezes e representou, em cada situação, um coletivo diferente ao qual gostariam de ratificar seu pertencimento, já que se encontravam em um espaço de fronteiras. Dessa forma, nas narrativas e rodas de conversa estão entrelaçados “nós”, relativos à comunidade indígena de origem, ao povo ao qual pertencem, ao coletivo de indígenas na universidade, aos estudantes indígenas nas escolas médicas, ou ainda aos povos indígenas de uma forma geral.

Nessa medida, as experiências dos estudantes em superar estereótipos e, ao mesmo tempo, se afirmarem como indígenas nas escolas médicas fazem parte das discussões que são realizadas nos núcleos de sentido deste capítulo. Surgem, assim, caminhos da identidade, relatados pelos estudantes indígenas nas aproximações e distanciamentos dos diversos “nós” e “outros”, no contexto das universidades e das escolas médicas. Como pressupostos teóricos principais para esta análise são utilizadas discussões sobre as identidades étnicas e etnicidades de autores do campo das Ciências Sociais, especialmente da Antropologia, na interface com os estudos sobre universitários indígenas. Para o diálogo sobre essas questões, os resultados deste capítulo são apresentados em quatro subcategorias.

- 1) Compromisso com a comunidade de origem. São apresentados núcleos de sentido relacionados às motivações que os levaram a buscar o curso de medicina; aos medos e inseguranças gerados pelas expectativas da comunidade; às possibilidades de colaboração com a comunidade após a conclusão do curso.
- 2) O indígena fora de sua comunidade. São apresentados núcleos de sentido relacionados às vivências de invisibilidade indígena e afirmação étnica nas atividades curriculares; ao reconhecimento da diversidade de povos indígenas no espaço de fronteira étnica da universidade; às relações com a comunidade durante o curso de medicina; ao fortalecimento da identidade étnica relacionada ao próprio povo.

- 3) Pertencimento ao coletivo de povos indígenas. São apresentados núcleos de sentido relacionados ao reconhecimento enquanto parentes que compõe a coletividade de povos indígenas; à importância do movimento indígena e sua conciliação com as atividades do curso de medicina; ao reconhecimento enquanto sujeitos políticos nas instituições e após a graduação.
- 4) Constituição do coletivo de universitários indígenas. São apresentados núcleos de sentido relacionados às aproximações com os demais indígenas na instituição; à constituição de coletivos de universitários indígenas; à realização e ao protagonismo em eventos locais e interinstitucionais; à multiplicidade de pertencimentos na experiência universitária.

## 7.1 Compromisso com a comunidade de origem

### *eu tenho esse compromisso de colaborar*

Os estudantes indígenas trouxeram em seus relatos motivos para que a formação no ensino superior tenha sido buscada, como já apresentado e discutido no capítulo 4. Todavia indicaram, especificamente, os porquês de o curso de medicina ter sido procurado, destacando as carências de médicos nas comunidades ou um comprometimento insuficiente dos profissionais não indígenas. Com isso, tais estudantes demonstraram um compromisso coletivo com essa escolha:

*E eu via que tinha muita coisa que talvez precisasse ser melhorada. Na aldeia que eu me considero, não tem médico sempre, sabe? Vai periodicamente, vamos supor, vai uma vez no mês, [...] e lá, por exemplo, tem o meu tio... tio da minha mãe. Meu tio, ele é técnico de enfermagem, essa é a saúde que eles têm lá, sabe? [...] Médico mesmo, não tem. Eu acho que se tivesse, por exemplo, mais pessoas lá da aldeia formadas em área da saúde não seria tão precário lá como é, porque, por exemplo, as pessoas que fazem algum curso de licenciatura, voltam para lá. Voltam para comunidade e atuam naquele lugar. Então, assim, se tivesse uma diversidade maior dos cursos que eles podem entrar, das profissões que podem realmente escolher, retornariam. Assim, seria melhor para a comunidade ter médicos de lá mesmo (MBARETE).*

*A nossa população na aldeia precisa de médico. Lá só tem os médicos cubanos, que vão para lá e ficam quinze dias e voltam para cidade. E eles não falam a nossa língua. Então, os pacientes indígenas não conseguem entender bem. Então, seria bom ter um médico do nosso povo, que fala a nossa língua. Aí, por isso que eu*

*escolhi a medicina. [...] Eu tenho esse pensamento, mas quando eu me formar, eu vou voltar para lá... Ajudar, na verdade, todos, que é o que eu estou pensando. É isso. Ajudar os parentes, né? (KEKARYEHTOTHO KOMO).*

*Eu venho aqui para colaborar com a minha comunidade. Até mesmo na faculdade, quando estavam falando em especializações, lembro muito bem que eu falei: "gente, eu quero ser médica de comunidade". Aí eu fui explicar para eles justamente por conta das nossas fragilidades da comunidade. Eu falei: "olha, se vocês forem para lá e vocês forem ver, até vocês vão querer ser médico de comunidade" (APY-MAMÃ).*

Nas narrativas e rodas de conversa, os estudantes apontaram para o compromisso com a coletividade, em um desejo de viabilizar melhorias na atenção à saúde em suas localidades de origem, o que seria provocado pela formação de médicos nessas comunidades.

Nesse contexto, Baniwa (2019) faz algumas discussões sobre os indígenas no ensino superior, revelando uma contradição no acesso desses estudantes na maior parte das universidades. Ele faz um diálogo entre o acesso às universidades públicas e os direitos indígenas, discutindo que os direitos constitucionais indígenas são coletivos, a exemplo do caso da terra; já nas universidades públicas, o direito de ingresso acontece de forma individualizada, o que é um risco e uma ameaça aos "modos próprios da vida nativa" (BANIWA, 2019, p. 171). Assim, ele defende que as vagas reservadas pelas universidades deveriam ser dos povos indígenas e essas coletividades, então, "seriam as responsáveis pelas escolhas dos candidatos e dos cursos de interesse, assim como pelo acompanhamento de todo o processo de formação e sua reinserção à comunidade" (BANIWA, 2019, p. 171).

Baniwa ainda discute que, em algumas experiências, percebe-se que os estudantes que saíram de suas localidades, por indicação coletiva, geralmente continuaram seus trabalhos nas aldeias durante e após sua formação (BANIWA, 2019). Apesar dessa forma de seleção não ser a prática habitual para ingresso nos cursos regulares da maior parte das universidades, algumas comunidades indígenas possuem esse tipo de organização, como alguns indígenas, participantes da pesquisa, relataram:

*Fazer medicina não foi uma escolha minha, não fui eu que escolhi fazer medicina, foi o meu povo que me escolheu para fazer medicina. A minha família que me escolheu para fazer medicina. A gente sabe que a Saúde Indígena é muito precária, que tem problema com os*

*recursos, então, sempre está muito fragilizada. E eu acho que por conta disso acabou que sempre todo mundo colocou muita expectativa em mim, aí ficavam falando assim: “ah, quando tu crescer, tu vai estudar, vai se formar para ser uma médica, para trabalhar com a gente” (TENETEHAR).*

*A gente conversa com algumas lideranças, com algumas pessoas que querem sair da comunidade, que tem esse perfil de poder sair da comunidade, para poder voltar para comunidade depois. Geralmente as pessoas que saem da minha comunidade têm mais de vinte anos. A gente nunca vai deixar abaixo dessa idade, porque tem uma preparação para ele poder enfrentar o mundo fora da comunidade. [...] Então, geralmente vai uma pessoa mais velha, para depois levar outras pessoas para junto com ele. [...] Então, esse é o caminho que a gente realmente utiliza, uma estratégia nossa de escolher quem vai sair (KARI'OCA).*

Nas falas de *Tenetehar* e *Kari'oca*, percebe-se que a escolha de quem concorreria a uma vaga para medicina não havia sido individual, mas uma definição da comunidade. No caso de *Kari'oca*, ele ainda indicou que havia algumas outras questões estratégicas para que saíssem para estudar, como uma idade mínima e a preferência para que o ensino superior fosse desenvolvido onde já havia outros indígenas da comunidade.

Em algumas instituições, como na UFRGS, há um número limitado de vagas oferecidas a cada seleção, sendo que os cursos ofertados são escolhidos anualmente junto a lideranças indígenas do estado (DOEBER, 2017). Em sua tese, Doeber discute que a escolha das dez vagas entre os cursos da UFRGS era feita por consenso entre as lideranças, havendo disputas, diferentes pontos de vista e interesses que eram conjugados, buscando responder às carências da comunidade, à empregabilidade, à compatibilidade dos cursos com valores fundamentais coletivos e a receptividade dos cursos com os estudantes indígenas (DOEBER, 2017). Ela descreve que o curso de medicina era frequentemente um dos escolhidos, além de sempre contar com um número grande de candidatos por vaga (DOEBER, 2017).

De toda forma, mesmo na situação da UFRGS, a seleção do candidato acontecia de forma individual, pois o indígena passava por um processo seletivo, concorrendo individualmente à vaga, ou seja, o ingressante não era definido pela comunidade (BANIWA, 2019). Nesse sentido, verifica-se uma lógica que coloca em competição indivíduos que vêm de histórias muito desiguais de pertencimento aos

coletivos indígenas, para concorrer a uma vaga, desconsiderando que essas características poderiam impactar, de forma diferenciada, essas comunidades.

Uma das estudantes entrevistadas, *Toteem*, percebeu que, na universidade onde estudava, as motivações para a escolha do curso de medicina pelos indígenas eram diferentes das motivações dos seus colegas não indígenas:

*Eu estava observando assim o que que motivou as pessoas a estarem aqui. Eu fiquei observando e a maioria está aqui para conseguir preservar um “status”, foi o que eu vi aqui. Seja status social, status financeiro. Outros, porque almejam ser ricos. Tem uns que têm pensamento assim, de ser rico, outros, porque querem acumular bastante bens materiais, carro do ano, apartamento com cobertura, viagens internacionais, isso são as coisas que eu escuto aqui, são as coisas que motivam. Eu fiquei observando como as motivações deles são diferentes das motivações de nós, indígenas. Que a gente é motivado ou é para necessidade do nosso povo, necessidade local de vários povos da onde a gente convive e vem, ou é pela vocação que a gente sente que tem (TOTEEM).*

Essa observação de *Toteem* vai ao encontro dos resultados de um estudo com estudantes de medicina na UFMG, realizado em 2010, que reconheceu os seguintes fatores mais mencionados para a escolha do curso de medicina: ajudar e servir pessoas, empregabilidade, bons salários, status social (RIBEIRO *et al.*, 2011). Os autores discutem que nem sempre a escolha da profissão era clara para o próprio sujeito e que várias justificativas poderiam ser somadas para cada um dos participantes da pesquisa, no entanto perceberam que os fatores econômicos estavam mais presentes nas motivações do que em estudos realizados anteriormente (RIBEIRO *et al.*, 2011). De toda forma, os resultados mostraram um perfil de motivações no campo do altruísmo, seguido por motivações semelhantes às descritas por *Toteem*, ao falar dos colegas de curso.

Outrossim, no estudo com estudantes de medicina da UFMG, Ribeiro e colaboradores (2011) não descreveram justificativas para a escolha do curso no campo das coletividades ou do compromisso com as localidades de origem, que é o que defenderam os estudantes indígenas na presente pesquisa.

Alguns estudantes indígenas, participantes da pesquisa, também não mencionaram uma motivação relacionada ao compromisso com a coletividade, destacando que outras questões haviam influenciado essa escolha. Em uma das

rodas de conversa, foi possível perceber essa heterogeneidade na discussão entre os participantes:

*Hoje, na aula de saúde da família e comunidade, também fizeram uma roda de conversa hoje e perguntaram por que o curso de medicina. Eu acho que, assim, não existe uma resposta única, eu acho que cada um é uma coisa, mas eu, desde pequeno, sempre achei que tinha afinidade com o curso, apesar do pessoal sempre falar da dificuldade e a gente com formação atrasada, essas coisas. Mas eu sempre pensei em ser médico e trabalhar na minha cidade, lá no interior. [...] No mais, eu nunca nem pensei em fazer outra coisa.*

*Não sei se foi por influência do meu irmão mais velho, que está no curso de medicina também... E foi muito difícil a trajetória até aqui, porque a gente não tinha muito conhecimento, não tinha uma base muito forte e o meu pai sempre sonhou pela gente, ele sempre correu atrás e era difícil ouvir todo mundo falando para ele, que ele estava fazendo uma loucura em investir na gente, que nunca ia dar certo a gente fazer medicina, que era um curso muito grande, muito alto, e foi difícil [...].*

*No meu caso, desde de o começo, sempre é em pensar em voltar para a aldeia, sempre é a vontade da gente, né? A gente fica aqui, porque realmente está formando, mas a vontade é voltar para a aldeia e poder usar esse conhecimento lá, ajudar. Essa foi a minha motivação para vir estudar (Roda 5).*

Os indígenas entrevistados contaram, adicionalmente, que concorrer a uma disputada vaga no curso de medicina havia despertado medos e inseguranças, de modo que se questionavam se estavam preparados para assumir essa responsabilidade com a comunidade:

*Eles falam na reunião da comunidade como se a gente tivesse uma responsabilidade coletiva, né? E a gente tem mesmo. É meio que um incentivo para os outros. [...] É legal, mas dá um pouco de medo. Um pouco de medo, por causa dessa responsabilidade. De não estar aqui sozinho, né? (WEI)*

*Quando eu ia prestar o vestibular, eu fiquei com receio de estar ocupando uma vaga na qual eu ia representar um coletivo. Será que eu realmente ia representá-los? Isso me bateu bem forte. [...] Eu tinha medo de passar, porque era como se eu tivesse assumido uma responsabilidade tamanha que eu não poderia desistir. É diferente. Não é só sua família que está te esperando, mas é um coletivo. Você é uma esperança para várias pessoas, você é uma inspiração para os jovens. E tudo isso faz com que a gente não desista (TYPA).*

Percebe-se, na narrativa acima, que *Typa* acrescentou que o compromisso coletivo incorria em um fortalecimento para permanecer no curso e não desistir.

Os participantes da pesquisa também se questionaram quando e como dariam essa retribuição para a comunidade da qual fazem parte, principalmente quando discorreram sobre o final do curso. Assim, apesar das incertezas, a futura atuação nas comunidades indígenas era um desejo de estudantes de várias origens, como *Khante*, que é de uma aldeia distante da zona urbana e estudava no seu estado de origem, e *Mbarete*, que sempre viveu na cidade e foi estudar em uma região muito distante da sua:

*Eu quero voltar para as aldeias de onde eu vim. Quero trabalhar lá mesmo, apesar de muitas dificuldades [...]. Assim, então, eu tenho um pouco só de receio de cometer qualquer erro e, assim, isso pode ser muito grave! Assim, lá dentro, é um pouco mais complicado. Eu quero voltar para área onde eu já trabalhei como agente de saúde. Eu quero até conhecer os outros locais, que eu não conheço. Mas para trabalhar mesmo eu quero voltar para região de onde eu vim, porque eu conheço mais lá. E lá você se sente um pouco mais protegida, né? Conheço mais, estou mais em casa. Eu me sinto mais à vontade (KHANTE)*

*Eu ainda não sei o que vai ser depois de eu terminar a medicina. Está um pouco longe, mas, assim, eu quero trabalhar com as pessoas do meu povo, sabe? Porque, assim, eu vejo que é muito ruim a parte da saúde lá, então, eu quero voltar. Não porque eu não moro lá, sabe? Mas, assim, eu acho um absurdo ter médico uma vez por mês. Eu não sei como que funciona, provavelmente deve ter questões legais muito mais específicas, eu não posso só chegar lá e falar “vou atender”, mas eu queria poder dar um suporte um pouco maior e melhor, porque é muito ruim realmente. Eu tenho esse compromisso de colaborar depois (MBARETE).*

Destacaram ainda que, além da motivação para atuarem nas comunidades indígenas de origem, também desejavam estudar e se especializar após o fim da graduação, citando a residência médica como uma das possibilidades que avistavam:

*Eu quero, também, em algum momento me especializar. Eu acho que por essa questão da minha mãe ser parteira influenciou. Então, eu estou querendo fazer ginecologia e obstetrícia, até porque as demandas da comunidade indígena, a questão das mulheres e crianças é maior. Eu também quero prestar essa assistência, enfim, quero prestar assistência à comunidade e é um desejo, é um retorno. Um desejo que eu tenho que dar um retorno para aquela comunidade. Mas eu ainda não sei de que forma (TENETE HAR).*

*E, muita gente pergunta: “você vai voltar para sua aldeia para trabalhar lá?”. Ai eu falo que quero voltar, eu penso muito em voltar, óbvio que eu quero também me especializar. Então, vai demorar um pouco talvez, porque eu quero fazer residência e tudo mais. Só que eu penso em voltar. Não só voltar para morar, sabe? Voltar para fazer algo legal, porque só voltar para morar e atender lá perto, também não acho que é assim. Eu tenho que voltar para contribuir, para tentar melhorar lá as coisas na saúde e organizar. Sei lá, fazer algo mais legal. Isso vai me dando força para continuar. E eu penso muito nisso, mas não sei explicar (PUCRERON).*

*Eu comecei a entender agora que é muito mais importante e proveitoso para a minha comunidade depois que eu me tornar médico, porque eu vou ter muito mais voz, eu vou ter outro conhecimento, eu vou ter um CRM em que eu possa fazer mais coisas por eles. Isso me motiva bastante. Então, o meu plano é esse, me formar o mais breve possível. Depois de formado, eu ainda não sei bem o que fazer, talvez, trabalhar em alguma comunidade, eu pensei também, ou em ingressar o mais rápido possível na residência, para aproveitar já esse embalo de estudo e seguir estudando (RATRIKSIÊ).*

Ao narrarem sobre as expectativas após se formarem, alguns relataram que as lideranças e outras pessoas da comunidade cobravam, explicitamente, o regresso de tais estudantes, o que também os preocupava, já que prosseguir nos estudos, após o fim da graduação, os afastaria por mais tempo de suas localidades de origem:

*O meu povo cobra muito meu retorno, e aí, andando por lá nas férias, um pessoal, as mulheres, principalmente, me pararam em um ritual e disseram: “Quando é que você volta para trabalhar, a gente quer que você volte, falta muito?”. Já faz dez anos que eu estou fora de casa, porque eu saí com dezesseis anos pra tentar fazer alguma área, assim, da saúde. E aí, eu fiquei pensando nesse caminho todo (TAUÁ).*

*E, assim, eu só tenho medo, tipo, das pessoas... de quererem me atacar, tipo, de quererem que eu vá para onde elas querem. Que eu faça o que elas querem. [...] Aí eu falei: “Se eu tiver que ir trabalhar lá na comunidade, que minha mente seja tomada para isso”. Se não for, eu vou para outro local. Mas, tipo, eu quero, né, ajudar. De qualquer forma, eu vim de lá. Mas eu também não posso dizer que eu já vou formar, eu já vou para lá. O meu receio é de ser forçado e não poder fazer as minhas escolhas. Eu não quero que tenha essa pressão. Eu quero que seja espontâneo. Que isso aconteça naturalmente, quando eu terminar o curso (KAPOI).*

*Eu ainda não sei o que vou fazer depois de formado. Então, eu penso que o melhor é eu estudar bem, para ser um bom médico. Eu penso em fazer residência. Eu tenho muita vontade de fazer cirurgia*

*plástica, ou algo nesse campo, como dermató. Mas como eu tenho quatro anos, eu ainda vou decidir. Mas eu acho que não volto lá para minha região, acho que não tem campo para trabalhar nessas áreas lá (CUMARU).*

Na narrativa de *Kapoi*, ele indicou a preocupação em não poder fazer suas próprias escolhas individualmente após a graduação, relatando que percebia uma “pressão” para seu retorno. Todavia ele reforçou que tinha o compromisso de colaborar com a comunidade. Já *Cumarú* não citou em suas expectativas o objetivo de colaborar com a comunidade de origem, o que, talvez, se deva ao fato de ele relatar ser mais distante dos familiares indígenas, já que a mãe se mudou para cidade antes de ele nascer, de modo que eles não mantiveram uma relação mais estreita com as pessoas da aldeia, embora vivessem próximos, em uma pequena cidade.

Nesse contexto, as discussões trazidas por Baniwa (2019) sobre as formas de seleção individual para acesso dos indígenas nas universidades podem favorecer a compreensão sobre essa situação. Segundo ele, a comunidade indígena luta pela conquista das vagas nas universidades, todavia são indivíduos que se beneficiam dessas políticas, e estes nem sempre têm compromisso com a comunidade indígena da qual fazem parte (BANIWA, 2019).

Portanto, nessa lógica individual de seleção dos ingressantes na universidade, o pertencimento efetivo e o compromisso com a comunidade não estão apenas como temas das entrevistas individuais. Dessa forma, colocam-se para concorrer candidatos que participam ativamente das relações comunitárias e aqueles que vivem distantes desse contexto, não reconhecendo que os compromissos com a comunidade podem ser muito discrepantes.

*Nenxah*, que estava em seu último ano de graduação no momento da entrevista, dizia estar vivendo um “impasse” entre retornar, logo após a conclusão da graduação, ou seguir nos estudos:

*Mas eu ainda estou muito indeciso sobre o que vou fazer, porque a gente precisa dar um retorno para comunidade, e aí, eu estou nesse impasse: “será que vou já ou faço residência?”. Porque é mais um tempo fora da comunidade, fora do espaço que eu quero conviver e, enfim, ajudar. E eu ouço também: “Eu assinei pra ti. Bah! Eu quero que tu volte!”. E eu acho que a minha expectativa é trabalhar com as comunidades indígenas. Inclusive, eu já tive dois convites, três postos de comunidades diferentes, e eu estou bem indeciso com relação a isso, porque existe uma carência grande em relação à*

*Saúde Indígena, mas vamos ver o que vem pela frente. Então, eu preciso dar o retorno (NENXAH).*

Quando narrou sobre “a liderança que dizia que tinha assinado para ele”, *Nenxah* se referia aos documentos de comprovação de pertencimento a alguma comunidade indígena, que são exigidos na maior parte dos programas de reserva de vagas para indígenas nas universidades.

Nas conversas que realizei, nas diferentes universidades federais, pude perceber que o fato dessa declaração ser exigida pelas instituições não garantia, mas favorecia o compromisso do indígena com sua comunidade. Complementarmente, ouvi de indígenas, que já viviam na cidade e distantes da comunidade, uma busca por reaproximação (ou até, uma primeira aproximação para algumas poucas situações) dos seus coletivos de origem pessoal ou familiar. No entanto, nessas circunstâncias, nem sempre se mantinham o contato e o compromisso após o ingresso na universidade.

Um dos participantes da pesquisa, *Focaj*, problematizou as diferentes cobranças sobre o seu futuro retorno para trabalhar na comunidade, as quais surgiam tanto por parte dele mesmo e de seu coletivo de origem, como da própria comunidade acadêmica, na instituição de ensino:

*E eu acho que é importante eu como indígena atuar em área indígena, e não pensar em só querer ganhar fora da área indígena, porque eu vou estar... eu não sou mais meu, eu passo a me tornar deles agora. Acho que isso é uma obrigação, a gente vê isso como uma obrigação, e os outros veem isso também como uma obrigação para mim. Por exemplo, por mais que eu não queira atender em aldeia, eu vou ser muito julgado por isso, porque tem uma vertente que a gente diz no processo seletivo especial que, ao indígena, só é garantido o acesso. A partir daí, ele pode sair, se formar e ele pode fazer o que quiser da vida. Ele não assina um contrato com o processo seletivo especial com as lideranças que conseguiram essa entrada dele. Ele pode ir para cidade, ele pode ir embora do país e virar as costas. É uma escolha dele. A ele foi garantido o direito do acesso. Mas tem outra vertente que é mais forte do que essa, a gente entra com essa obrigação. A gente assina, sim, esse contrato. A gente leva isso com a gente, de ter que dar esse retorno para o nosso povo. Então, eu acho que é algo muito coletivo. A gente fica no meio dessas questões todas (FOCAJ).*

Essa cobrança para o retorno à comunidade, após finalizar o curso, em um sentido de obrigação, foi questionado por alguns estudantes indígenas entrevistados. Defenderam que essa não deveria ser uma limitação sobre as

possibilidades de trabalho após a graduação, mas que os futuros profissionais indígenas teriam o direito de ocupar adicionalmente espaços fora da comunidade indígena, como discutido na narrativa abaixo:

*Eu posso trabalhar em outros lugares também, mas parece que a sociedade tem essa coisa meio folclórica do índio que vai voltar e vai salvar e vai fazer acontecer. [...] No meu caso, não tem pressão nenhuma da comunidade, é mais da galera daqui mesmo. Por que a galera da universidade coloca essa pressão em cima da gente para trabalhar na comunidade? E eles, não vão fazer nada? Querem usar isso meio que como um ódio velado, um racismo ali escondido, para te obrigar a fazer isso. Porque eles não querem, não gostam e não estão nem aí para você, a realidade é essa. E ainda querem decidir o seu espaço: “olha, o seu lugar é aquele ali, o seu lugar é na comunidade”. Por que eu não posso ser um diretor de um hospital e administrar muitas coisas também? O indígena pode fazer o que quer, inclusive voltar, se quiser (ABAÇAÍ).*

Percebe-se na narrativa de *Abaçaí* uma observação de que parte da comunidade acadêmica tinha uma compreensão utilitarista sobre a formação dos indígenas no ensino superior, em outras palavras, os indígenas ingressariam nas universidades para se capacitarem e atuarem apenas em suas comunidades, o que isentaria a responsabilidade da universidade de construir outras estratégias frente às necessidades dos povos indígenas.

Para Cohn (2016), discutindo a experiência dos indígenas na UFSCar, uma interessante característica das PAA que preveem a reserva de vagas em todos os cursos de graduação é, primeiramente, a possibilidade de os indígenas terem acesso aos mesmos cursos que os não indígenas, pela livre escolha pessoal ou da comunidade, independentemente de serem as carreiras mais explicitamente relacionadas às necessidades nas aldeias (COHN, 2016); segundo, de que não deve ser cobrada dos indígenas a ocupação dos cargos relacionados aos serviços específicos para os povos indígenas, como de saúde e de educação, pois, provê-los, é responsabilidade do Estado – o que não significa não valorizar profissionais indígenas no contexto dessas políticas públicas (COHN, 2016). Aliás, na própria narrativa de *Abacaí*, ele reforçou que os não indígenas também poderiam ter o compromisso de atuar nas comunidades indígenas. Com efeito, sensibilizar os universitários, de uma forma geral, para essas questões, é papel da universidade.

Complementarmente, os participantes da pesquisa descreveram o compromisso para além da própria aldeia, relatando que seria interessante trabalhar em outras comunidades do seu próprio povo:

*Você vai vendo que a comunidade tem essa cobrança de que você precisa voltar. Mas, assim, eu não acho que eu tenha que necessariamente voltar para a minha comunidade, porque hoje em dia eu encaro ela como bem assistida. Eu fiz minha eletiva lá, com a médica de lá, e eu vejo o quanto que ela se empenha naquele trabalho e eu tenho uma admiração pelo serviço que ela presta lá. E você vê que em outras comunidades... têm comunidades que estão totalmente abandonadas e não têm uma assistência. Então, eu posso ir para outras e não necessariamente voltar para lá (MAYÁ).*

*Eu quero trabalhar principalmente na minha comunidade, mas também na minha região, lá tem outras comunidades. Na minha cabeça, o que vem de primeiro, assim, é voltar principalmente na comunidade e nas outras que tem ali nas redondezas. [...] A gente é muito unido, até para poder sair tem todo um... eles fazem de tudo para a gente não sair, isso é uma questão dos fulni-ôs, é um grupo fechado. É um grupo que, assim, nossas etnias são muito... o pessoal fala e realmente é... [...] então a gente ainda tem essa tradição conservada (FATHOA).*

Outra possibilidade aventada pelos entrevistados foi a de trabalhar na região de origem, independentemente de ser estritamente com populações indígenas. Nesse sentido, um dos estudantes indígenas, *Kapoi*, reforçou a importância de atuar com problemas frequentes na região onde vivia e estudava, enquanto *Nenxah* destacou que poderia haver dificuldades em atuar nos serviços hospitalares da sua região de origem, devido a resistências dos não indígenas:

*Eu quero me encaminhar para uma residência, eu acho. Eu penso em fazer infectologia, porque [...] você tem que investir na sua região, conforme a epidemiologia. E se você pegar aqui o estado tem muito problema de infectologia. É uma coisa muito voltada para cá, eu não vou sair... eu não penso em sair para outra região do Brasil. Então, eu fico aqui mesmo, analisando a epidemiologia daqui, então, é algo que pode... Onde eu posso estar e também porque é necessário (KAPOI).*

*E naquela região do meu povo, nas cidades lá daquela região, talvez tenha algumas dificuldades, porque se eu não for trabalhar só com saúde indígena, eu vou trabalhar ligado ao hospital, que é uma coisa que eu gosto e que precisa muito por lá. Daí e trabalhar com pessoas que criticam e que são contra essas questões de cotas e que são contra essas questões de índio médico, indígena médico: “Para quê?”. Como se não tivesse necessidade (NENXAH).*

Desse modo, evidencia-se uma heterogeneidade de relações e de compromissos entre os indígenas que estavam nos cursos de medicina e as coletividades indígenas, havendo compreensões e compromissos que vão desde os direitos individuais de terem suas escolhas até a compreensão mais coletiva sobre a trajetória acadêmica e profissional. De toda forma, as falas relativas ao compromisso com a comunidade de origem e até de certa “pressão”, na percepção de alguns entrevistados, estiveram presentes e de forma evidente nas narrativas dos estudantes indígenas, mesmo que indicando diferentes caminhos.

## 7.2 O indígena fora de sua comunidade

### ***é o que eu sou, é a minha identidade***

Os participantes da pesquisa relataram que perceberam uma destacada invisibilidade sobre as questões indígenas no decorrer das atividades curriculares do curso de medicina, o que os limitou no compartilhamento de suas vivências indígenas nas atividades da graduação:

*No curso de medicina, eu nunca tive espaço de falar sobre o meu povo, não. Não existem muitos momentos em que seja possível fazer isso, de falar do nosso povo. Eu acho que é pela dinâmica da medicina aqui. É um curso que tem algumas fronteiras muito estabelecidas. Agora tem se quebrado um pouco mais, tem um pessoal mais aberto, mas nunca tive como falar do meu povo (ARAGUACI).*

*Olha, no curso mesmo, é muito difícil falar sobre questões indígenas, sabe? É difícil falar de nós. No máximo, em alguma aula de “Medicina e Sociedade”, tenham comentado ou falado alguma coisa, citado, mas usar isso para falar ou para discutir, de uma forma mais direta, nunca! (PUCRERON).*

*Eu estou no sexto ano de medicina e em nenhum momento acho que eu consegui difundir uma questão específica assim, no curso. [...] E aqui a gente fala muito em rodas de conversas sobre comunidade, sobre povos, mas, assim, sobre diretamente, sobre a minha cultura, não. [...] Na medicina, em si, em nenhum momento eu tive essa oportunidade não, de falar da minha comunidade (XINÁ BENÁ).*

Como ficou evidente, a temática indígena ou, como alguns disseram, as discussões sobre “nós”, não estava presente em suas atividades curriculares. Essa situação de exclusão de determinados grupos sociais e temáticas dos cursos de

graduação em medicina é bastante habitual e começou a ser pautada pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), com incentivo para que as escolas médicas tenham responsabilidade e compromisso social na formação dos médicos, aproximando-se do que já está recomendado no artigo terceiro das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina (DCN), que abordam os aspectos gerais da formação médica (BRASIL, 2014).

Assim, verificando-se a necessidade de maior compreensão e debate sobre populações negligenciadas e invisibilizadas socialmente na educação médica, além de temas como gênero, sexualidade, raça e etnia, constituiu-se, em 2019, um Grupo de Trabalho (GT) da ABEM, intitulado “Populações (In) visibilizadas e Diversidades”, com desenvolvimento inicial de cinco eixos: gênero e sexualidade; população negra; povos indígenas; pessoas privadas de liberdade e população ribeirinha (RAIMONDI *et al.*, 2020). Nesse GT, eu tenho trabalhado no eixo de povos indígenas junto a outros docentes e estudantes, indígenas e não indígenas, com objetivo de construir estratégias e provocar discussões sobre a temática indígena e a presença dos povos indígenas nas escolas médicas. Essa tem sido uma estratégia inicial, porém com o intuito de construir formas para se avançar e superar essas lacunas nas graduações, tendo provocado discussões sobre populações invisibilizadas e diversidades nos eventos sobre educação médica, na realização de pesquisas e na publicação de artigos científicos e de comunicação social.

No Congresso Brasileiro de Educação Médica, no ano de 2020, o GT organizou uma oficina, construída em parceria com o Grupo de Interesse Especial em Saúde Indígena, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), intitulada “Pintando a educação médica com jenipapo e urucum: o que todo médico deve saber sobre a saúde dos povos indígenas”. A oficina oportunizou a construção de uma moção em defesa da visibilidade da temática e da presença dos povos indígenas na educação médica, sendo apresentada e aprovada por unanimidade na plenária final do evento. Esse material foi, ainda, analisado pelo conselho diretor da ABEM e publicado em dezembro de 2020 como “Recomendações para o ensino da saúde indígena nas escolas médicas brasileiras”, sendo divulgado nas escolas médicas. O material completo está disponível no anexo 2.

Nesse momento, é interessante fazer um paralelo com a experiência do Canadá, onde, em 2005, criou-se um grupo de trabalho sobre Saúde Indígena (ou

Aborígene, como mais utilizado naquele país) entre a Associação das Faculdades de Medicina do Canadá (AFMC), em parceria com a Associação de Médicos Indígenas do Canadá (IPAC) (ANDREWS; CHAN, 2005). Naquela ocasião, construíram-se orientações para o diálogo nacional sobre a questão da escassez de médicos indígenas, que foram endossadas pelo Conselho de Reitores do país, incentivando as escolas médicas a desenvolverem: estratégias e política para aumentar a matrícula de estudantes de medicina indígenas; subcomitês de seleção de estudantes indígenas; estratégias e políticas sobre parcerias com as comunidades indígenas; programas para fornecer apoio e incentivo aos alunos indígenas; maneiras de explorar e abordar preconceitos institucionais e barreiras às admissões de indígenas, e vínculos com outras instituições e organizações indígenas, a fim de compreender e abordar as barreiras para a educação superior, especialmente programas que levassem a carreiras de saúde entre os indígenas (ANDREWS; CHAN, 2005; SADLER *et al.*, 2017).

Essa movimentação política e uma série de programas possibilitaram que, em 2015, todas as escolas médicas canadenses já desenvolvessem políticas de admissão para acesso de indígenas na graduação de medicina (HANSON *et al.*, 2016). No Brasil, o diálogo entre as escolas médicas e as associações indígenas ainda é algo que está em um horizonte não muito próximo, embora haja movimentações incipientes, por meio de algumas iniciativas pontuais, como a descrita acima entre a ABEM e a SBMFC.

Na pesquisa presente pesquisa, uma estratégia individual dos entrevistados, relatada como forma intencional de demarcar sua presença, foi explicitar a sua identidade indígena, resgatando sua trajetória e de seu povo durante as atividades do curso, além de ratificarem o seu pertencimento às suas comunidades de origem:

*Eu tinha que fazer um trabalho sobre descendência e ascendência. Aí, outras pessoas iam falar sobre Alemanha, outros iam falar sobre poloneses, porque aqui na região é bem forte, né? Aí eu fiz um mais voltado para que a gente pudesse falar mais como que funciona nas comunidades indígenas, no meu caso, Terena, e tudo mais. [...] Lá na aldeia do meu tio, é Terena, mas, mas minha mãe também é descende de Kadiwéu, sabe? Mas essa parte da família, que é mais perto, mais próxima, que a gente tem mais contato, é Terena. Então, no meu caso, é assim a minha ascendência (MBARETE).*

*Naquele dia, eu peguei e comecei a trazer o assunto. Eu pude falar mais da minha comunidade, de como são as coisas lá. Isso foi*

*importante, porque é o que eu sou, a minha identidade cultural, o meu povo me reconhece como pertencente a eles. Aí que os outros estudantes foram me reconhecer mais (TENETE HAR).*

*Não vou esconder minha origem, porque ela importa, simplesmente porque ela importa, e quando a sua história representativa encontra um momento substancial em que você pode falar dela, enquanto você falar que existe, você existe. Você não é mais invisível não. Sou eu e eu vou reivindicar (UBÁ KRIKRI).*

Todavia nem todos os estudantes tinham essa postura, como destacou *Kapoi*, ao relatar que, diferente dele, que fazia questão de dizer que era indígena, havia uma colega que não se apresentava dessa forma:

*Foi aí que eu já... logo de cara, eu já me apresentei para os colegas, dizendo que era indígena. A minha colega, que entrou comigo, ela morava aqui na capital, mora, ela até hoje não se apresentou como indígena. Ninguém sabe que ela entrou por cota, mas eu já, no segundo tutorial: “Esse cara é indígena, né?”. E eu falei: “Eu sou indígena e tal”. [...] E aí, foi até bem legal essa apresentação (KAPOI).*

Nesse sentido, em uma das rodas de conversa, os estudantes discutiram sobre esse ato de se afirmar e evidenciar a identidade indígena, relatando que havia uma cobrança de outros universitários indígenas frente aos que não faziam esse movimento:

*[...] por causa das dificuldades, tem muitos parentes por aí que eles não querem se reconhecer como indígena da faculdade, por conta do preconceito, do medo, então, nós estamos pegando muito firme com isso de que os parentes aqui cheguem aqui, novos, se afirmem como indígena.*

*Se reconheça como indígena para poder tentar quebrar esse preconceito, porque se nós indígenas não nos reconhecermos como indígena da faculdade, nós estamos criando preconceito entre a gente mesmo. E eu vejo, como aluno da medicina, que hoje a faculdade [...] mudou muito, mas a gente ainda precisa sim se afirmar, falar do nosso povo.*

*Sim, na medicina acho que é bem mais difícil, nesse aspecto.*

*É mais difícil por ter uma suposta elite, então, eu acho que a vaga de medicina [...], para o indígena, tem que aparecer, para mostrar que estamos ali, ocupando o espaço (Roda 3).*

Nesse contexto, uma questão trazida pelos entrevistados foi o relato de que o encontro com outros indígenas na universidade foi precipitador de um processo de reconhecimento das diversidades indígenas entre os diferentes povos:

*O encontro com outros indígenas, aqui na universidade, dá esse choque na gente, de entender a realidade, até para ir conhecendo aos poucos como que é essa diferença cultural, que é muito grande, norte e nordeste, é complicado até para gente. Eu conhecia só a minha região antes de vir para cá. E nós também temos os nossos preconceitos, então, esse contato é muito importante (TAUÁ).*

*Eu cheguei aqui e eu era o diferente do grupo de estudantes indígenas. Eu observava isso, entendeu? Porque eram pessoas que já tinham uma outra trajetória de vida da minha. Mesmo sendo indígena, eu via que os outros tinham outra trajetória. E muitos tinham sempre vivido na cidade. Aqui eu era o matuto, eu era o do interior. E eu me perguntava: "E lá fora, como é que um indígena?" Até hoje, eu tenho isso de querer conhecer mais outros indígenas, de outros lugares (KAPOI).*

*Consegui passar na universidade, que é justamente onde eu fui estudar, e é totalmente um outro universo, diferente para mim. [...] Foi um ponto-chave que eu tive um contato com os outros vários povos, tanto do Nordeste, como o pessoal do Centro-Oeste, isso me fortaleceu. E aí, fui verificar como nossos outros parentes, de outras regiões, têm trabalhado e comecei a ter um olhar mais abrangente a nível nacional mesmo, porque os povos indígenas, não só no Amazonas, estão em todo Brasil, em todo território do continente americano. Essa diferença toda foi me ajudando a também identificar mais as características do meu povo (KARI'OCA).*

Interessante perceber, nas narrativas dos entrevistados, os seus processos de identificação com os seus grupos de origem, a partir do encontro com os diferentes, tanto não indígenas, como indígenas de outros povos. Nesse sentido, pode-se utilizar algumas discussões teóricas de Fredrik Barth, antropólogo social norueguês, quando ele pesquisou sobre a presença dos paquistaneses na Noruega. Na situação dos paquistaneses, ele discute que esses imigrantes iam reconhecendo melhor suas identidades a partir do encontro e da vivência com os noruegueses.

Barth (2005) defende que a definição de etnicidade se dá nas negociações nas fronteiras entre grupos de pessoas a partir do encontro e não enquanto uma essência de um coletivo isolado, ou seja, tais grupos não eram isolados culturais descontínuos, mas em suas fronteiras étnicas é que eles interagem e davam origem às identidades (BARTH, 2005). Dessa forma, para Barth, a identidade étnica era

produzida coletivamente a partir de uma construção histórica e caracterizada por ser dinâmica, superando a visão simplista do isolamento geográfico (BARTH, 2005).

Nessa perspectiva, essa experiência dos indígenas na universidade parece ser um espaço de “fronteira étnica”, com relações e interações com uma diversidade de pessoas e grupos. Um dos estudantes, *Cumarú*, narrou uma experiência em que a questão indígena foi trazida por outros indígenas nas atividades do curso:

*Quando eu cheguei aqui, as pessoas falavam: “ah, nossa, como ele é diferente, não segue as tradições”. Mas é porque lá na minha cidade não tem muitas questões tradicionais. Nós não somos muito assim. Lá é meio que um pouco diferente, têm as pessoas que têm ascendência e as pessoas indígenas e tudo, mas não tem todo esse critério de ter que seguir as tradições à risca. Então, isso foi muito diferente para mim aqui na universidade. [...] Então, eu aprendi um pouco até com as experiências dos outros indígenas. Têm uma disciplina, que é psicologia médica, e eles [os outros indígenas] falaram umas coisas que eu até fiquei bem surpreso, porque são coisas bem tradicionais mesmo, que, na minha cidade, não tem. Então, eu acho que isso eu aprendi um pouco aqui também sobre como é no meu povo, sobre como é ser indígena em outros locais, sobre essas questões que eu não sei muito (CUMARU).*

Na narrativa de *Cumarú*, ele trouxe que houve um aprendizado sobre sua identidade a partir da experiência de conviver com outros indígenas, reconhecendo quem eram esses “outros” e quem era “seu povo”. Para Barth, o contraste entre o “nós” e os “outros” é o que possibilita a identificação da identidade étnica, partindo da alteridade dos demais e da relação explícita com as diferenças culturais, que são aprendidas por meio das experiências (BARTH, 2005, p.16). Barth ainda enfatiza que as características dos grupos étnicos geralmente perduram, mesmo quando membros individuais se movem através de fronteiras. Essa vivência da identidade étnica, no espaço de fronteira, é o que aconteceu com os indígenas que ingressaram nas universidades, deparando-se com outras culturas, mas reforçando seu pertencimento ao coletivo de origem, como narrado por *Mbarete* e *Kapoi*:

*A entrada na universidade me ajudou a me identificar enquanto indígena. Mudou bastante. Então, foi logo no começo essa questão, e tipo, eu comecei achar muito bom e comecei a gostar de me identificar enquanto indígena. Tinha tanta coisa bonita em ser indígena, em ser Terena. Eu acabei até tendo um pouco mais de contato com a comunidade. Isso tudo ficou mais forte até quando eu vim para cá, para fazer medicina, tendo contato com os outros (MBARETE).*

*Quando eu morava lá, eu não tinha muito essa visão, assim, da importância de algumas coisas. Só que depois eu passei a perceber a importância disso, quando eu saí. Mudou a minha forma de ver isso, de valorizar que meu avô, que sempre foi um lutador, principalmente por essa questão de terra. Ele é líder indígena há quase quarenta anos na comunidade onde minha mãe é professora. E eu falo mais disso agora que estou aqui e convivo aqui na universidade (KAPOI).*

Citando o etnólogo britânico David Maybury-Lewis (que trabalhou com povos indígenas no Brasil central, principalmente os Bororo), Barth traz o apontamento de que os grupos indígenas “são sobreviventes, em um sentido social, de populações que ocupavam a terra” antes dos confrontos de invasão de seus territórios, no entanto, não são culturas estagnadas ou separadas do restante da população (BARTH, 2005, p.18). Ele finaliza, dizendo que as pessoas desses grupos, em algumas ocasiões, vão fazer questão de dizer que essa é a sua identidade e que há continuidade das tradições de geração em geração, todavia isso não significa que a cultura dessas pessoas se esgote no que é específico de seu grupo étnico (BARTH, 2005).

Na narrativa representativa, apresentada liminarmente neste capítulo, *Ubá Krikri* discorreu sobre essa experiência de reafirmar sua identidade, quando trouxe que esta “insistia em surgir [...] como se fosse um grande som da natureza e da história”, o que o fazia saber quem ele era. Em um outro momento, o mesmo narrador ainda acrescenta que se assumia em uma condição que lhe exigia responsabilidades:

*Quando eu estou aqui na faculdade, não perto da família, mas em contato com outro universo, isso acaba sendo muito estimulado. [...] Não é só uma identidade para você falar que é bonito, falar que é de algum lugar, achar alguma correspondência não, é uma identidade para ser usada assim, sei lá, para você se entender e ver que essa é sua luta, esse é seu momento. Agora, exige essa responsabilidade (UBÁ KRIKR).*

A identidade étnica e o compromisso quanto ao próprio povo se tornaram especialmente evidentes quando desenvolveram projetos e atividades com a população das localidades de origem. Algumas vezes, foram atividades à distância; outras, presenciais. Assim, descreveram que eram responsáveis por ações diversas para e com as suas comunidades concomitantemente ao curso:

*As pessoas lá não sabem digitar um documento no computador, não sabem mandar um ofício, então, acaba que eu tenho uma dupla jornada, além de dar conta do curso de medicina. Toda vez que tem que construir um projeto, eu tenho que escrever, submeter, prestar conta e tenho que ficar respondendo os e-mails da aldeia. E isso foi desde que eu comecei (RATRIKSIÊ).*

*Toda vez que era para fazer alguma coisa, eles que passavam os dados, e eu que sempre fiz todo esse trâmite de documentação em tudo aqui na cidade e para todo mundo da comunidade. Então, era bem difícil também para eu estudar, porque é muito difícil o indígena, ele conciliar a família e deveres de lá da comunidade com a faculdade. É uma coisa que está sendo bem difícil para mim. [...] E o que eu aprendo aqui, tenho que usar lá também, é importante para a nossa comunidade (APY-MAMÃ).*

*Porque o que o pessoal tem lá é mandioca, feijão, milho e tudo mais, só que nessa parte de verduras, de horta, é muito pouco. E o pessoal não está plantando, estão deixando para trás essas plantas mais nativas. Tem uma folha lá que é muito boa, que é cariru. É uma folha que a gente come ela crua mesmo, ou então cozinha. Então, tipo, ela é muito boa, só que o pessoal já está parando de produzir lá. As folhas têm muitas vitaminas. Seria bem legal incentivar mais as pessoas a comer. A gente está montando um projeto sobre criação de hortas, para fazer mais hortas lá na comunidade, para poder ter uma plantação boa. Eu pensei: “Poxa, se eu trabalhar nessa área, o pessoal vai estar se alimentando bem e tendo boa saúde”. É uma das coisas que eu já comecei a fazer (INSIKIRAN).*

Nas falas de *Ratriksiê*, *Apy Mamã* e *Insikiran*, reconhece-se que quando utilizavam conhecimentos acadêmicos, aprendidos na universidade, nas localidades de origem, sentiam-se mais fortalecidos em sua identidade étnica. Para Amaral e Baibich-Faria (2012), que pesquisaram trajetórias e pertencimentos de indígenas na UFPR, o fortalecimento dessa dupla pertença caracterizava os universitários indígenas, ou seja, o pertencimento acadêmico e o étnico comunitário (AMARAL; BAIBICH-FARIA, 2012). Os autores definem que o pertencimento acadêmico considera os aspectos da escolarização básica, as condições de permanência na instituição e no meio urbano, os preconceitos e experiências entre diferentes culturas na universidade e o sentimento de estrangeirismo nesse local. Já o pertencimento étnico-comunitário acontecia por meio das relações sociais, afetivas, culturais, econômicas e políticas estabelecidas entre os universitários indígenas e os membros das comunidades indígenas com as quais possuíam vínculo direto (AMARAL; BAIBICH-FARIA, 2012).

Dessa forma, a socialização dos conhecimentos acadêmicos com as comunidades de origem afirmava a identidade do estudante universitário como sujeito indígena, além de ressignificar esses conhecimentos técnicos e científicos, buscados no ensino superior (AMARAL; BAIBICH-FARIA, 2012). Portanto a identidade étnica se fortalecia à medida que os estudantes conseguiam manter suas redes de parentesco e com seu grupo étnico. Os autores concluem em sua pesquisa que o fortalecimento desse duplo pertencimento, acadêmico e étnico-comunitário, favorecia a permanência dos indígenas na universidade, o que também parece ter acontecido entre os estudantes indígenas nos cursos de medicina, pois desenvolveram ações junto a seus povos durante a graduação.

Em outras situações descritas pelos participantes da presente pesquisa, eles disseram que quando regressaram às comunidades, como em períodos de férias ou recessos de atividades, seu pertencimento étnico ficava ainda mais em evidência, como se “retomassem” seus objetivos em cursar a graduação de medicina perante o seu povo:

*Eu acho que voltar para a comunidade em si é uma coisa que faz você retomar, ver que você tem valores que são diferentes, coisas que te motivam muito mais. Agora, que está no fim, todo mundo fica: “Ai, eu vou dar plantão”. Pensando no aspecto de dinheiro, no quanto que vai ganhar. Aí tem hora que eu tenho que pôr o pé no chão e: “Você não veio para cá para isso, você não veio para sair daqui rica”. Eu vim, porque eu pretendo realmente ter uma boa formação, ser uma boa médica numa comunidade que necessita de uma assistência adequada. E eu acredito extremamente que a atenção primária é o nível fundamental que a gente pode atuar tanto com medidas básicas de prevenção e quanto mesmo na continuidade do cuidado. Então, eu acho que o papel que eu poderia desempenhar melhor no momento seria mais mesmo na atenção primária na área indígena, eu acho que é mais ou menos isso (MAYÁ).*

*Assim, foi muito bonito o projeto lá na minha região, muito bonito. Eu palestrei sobre doenças parasitárias. Eu fiquei bem nervoso, porque eu sou péssimo para falar em público, mas eu falei. E aí, é um projeto desenvolvido por estudantes Pankarás, daí tem uma força muito grande, porque todo mundo estava lá, todos os alunos que estudam, sabe Deus onde. Todo mundo se concentrou ali, foi bem bonito. [...] Deu uma força grande para a gente pensar no coletivo, entender melhor o nosso papel com os outros que ainda não entraram na universidade e querem estudar fora (ARAGUACI).*

Alguns relataram que, devido a trajetórias diversas, não se preocupavam em se identificar enquanto pessoas dos seus povos de origem, ou até negavam essa condição, principalmente antes de ingressarem na universidade. Esse processo

aconteceu de forma mais explícita com os indígenas que sempre viveram na cidade ou, então, com aqueles que, por terem pai ou mãe não indígena, permaneceram distantes da comunidade e de suas tradições, ficando mais próximos dos familiares não indígenas.

Nos encontros presenciais, realizados para a pesquisa, pude perceber um pouco dessa multiplicidade de posturas – e até algumas contradições em determinados momentos – nas formas de os indígenas, estudantes de medicina, se colocarem ou evidenciarem sua identidade étnica nas situações. Ao mesmo tempo em que em certos momentos se utilizavam de sua própria identidade de uma forma política, militante e até combativa, em outros, a camuflavam como forma de proteção e de busca por um pertencimento à escola médica. Com isso, também ficava evidente um dinamismo nessas posturas e um amadurecimento com o passar dos anos na universidade.

Nesse sentido, *Mbarete* narrou que passou a se identificar, de forma mais evidente, após o ingresso na universidade, relatando que, quando mais jovem, negava seu pertencimento:

*No começo, era muito mais difícil, quando eu era mais nova, eu negava um pouco. Eu acho que é porque na minha cidade tem muitos indígenas e o povo leva com muito mais preconceito, sabe? Então, assim, você não quer ser uma coisa que todo mundo fala mal. Só que quando eu fui ficando um pouco mais velha, pouco antes de vir para cá, é que eu comecei a ver que eu era indígena, mas que isso não tinha a ver com o que falavam. Que eu poderia me identificar e ter orgulho disso, mesmo que eu não tivesse sido criada lá na aldeia. Toda a minha família é de lá. Então, não é porque eu nasci e fui criada na cidade que eu não sou indígena (MBARETE).*

Esse processo de se reconhecer enquanto indígena, superando ou resistindo frente aos preconceitos e estigmatizações das pessoas com quem convivia na cidade, reivindicando sua identidade étnica, não é apenas um processo individual de *Mbarete*. Esse tem sido um percurso importante dos povos indígenas, que tiveram processos históricos e de opressão, resultando em suas invisibilidades nas relações com a sociedade envolvente. Roberto Cardoso de Oliveira (2006), discutindo essa questão, relata que esse processo de autorreconhecimento dos povos indígenas, nos contatos interétnicos, teve como um marco importante o surgimento do movimento indígena a partir dos anos 1970, configurando uma nova identidade

indígena no país, que demandou respeito às suas formas de ser e recuperou o “sentimento de dignidade requerida pela categoria índio” (OLIVEIRA, 2006).

Outra questão trazida por *Mbarete* foi o fato de ela não ter nascido e se criado na comunidade indígena, fazendo com que ela, em um primeiro momento, não se sentisse indígena. Segundo Oliveira (2000), a identidade está ligada à continuidade e sentido de comunidade, o que *Mbatere* não percebia quando era mais jovem, mas nos processos de “caminhos e descaminhos”, de formação social e interação, sua identidade foi se reconfigurando.

Dessa forma, nos diversificados processos de aproximação e afastamento com as outras pessoas no ambiente universitário e com as comunidades de origem, os indígenas entrevistados narraram o fortalecimento das identidades étnicas, relativas aos próprios povos.

### 7.3 Pertencimento ao coletivo de povos indígenas

#### *a gente fala parente*

Considerando-se a universidade um espaço privilegiado de interação entre diferentes etnias e culturas, os estudantes indígenas, na presente pesquisa, narraram o fortalecimento da pertença à coletividade de povos indígenas, em um “nós” que está para além do seu povo de origem, tendo sido descrito com mais ou menos intensidade, de acordo com as antigas e as novas experiências individuais e coletivas:

*Quando a gente está lá na comunidade, a gente se sente de lá, fazendo parte daquele local. Mas quando a gente está aqui fora... Quando a gente está na universidade... é tanta coisa diferente do nosso local, que a gente fala: “eu realmente sou indígena! Sou parte disso, desses povos todos!” (KHANTE).*

*Então, no curso, é muito engraçado, porque, de primeiro, com quase três semanas, ninguém sabia que eu era indígena. Daí estava discutindo uma questão sobre indígena. Eu levantei a mão e falei que não era daquele jeito, até para contestar. Aí todo mundo ficou olhando e: “Como é que você sabe?”. Aí eu falei: “Pessoal, eu sou indígena!”. Aí eu fui explicar tudinho, fui contar [...] sobre ser indígena. Para falar a verdade, não sei, nunca parei, assim, para perguntar “O que é ser indígena mesmo?”. Porque eu acho que eu vivo isso, eu passo em forma de viver mesmo, então, acho que não chega a tanto assim para mim: “ah, o que é ser indígena.” Para mim, é viver, viver da forma que a gente vive, com os nossos costumes, a*

*nossa cultura, tudo que a gente gosta e o que a gente não gosta. Para mim, isso é ser indígena (APY-MAMÃ).*

*Aí tipo, foi muito bom, sabe? Logo no começo, assim [...] porque eu comecei a ver que não teria uma cara para uma indígena. Foi esse o processo de entender minha identidade. Eu me sinto diferente hoje. Eu me sinto muito mais indígena, estando na faculdade, acho que porque aqui minha identidade fica mais destacada (MBARETE).*

Nas narrativas acima, apreende-se que, para as três indígenas, estar na universidade foi precipitador de um reconhecimento enquanto inseridas em um coletivo de povos indígenas. Semelhante ao levantado por Daniel Munduruku, ao discorrer sobre o movimento indígena brasileiro, esse é um processo de “descoberta da identidade pan-indígena” ao se reconhecerem a si e aos demais enquanto pessoas e povos diferentes que possuem elementos e trajetória histórica que os aproxima (MUNDURUKU, 2012, p.109). O autor ainda acrescenta que não é preciso “assumir uma identidade”, mas é um movimento de “torná-la visível dentro do contexto social” em que vivem (MUNDURUKU, 2012. p.109). Outros participantes da pesquisa narraram sobre essa questão:

*E isso não depende só de eu ser Arapasso ou de eu ser de outro povo, como Kaingang, ou de eu ser Terena, de eu ser de qualquer outro povo indígena. Isso interfere, tipo, eu não conseguia visualizar isso muito claramente. Hoje eu consigo ver de fato, comprovar de fato, passando por essas experiências em várias universidades, de ver que isso realmente é fato, né? Tipo, que todos os parentes têm esse mesmo pensamento desde o início, apesar de serem povos diferentes. Aqui eu consigo ter uma visão geral hoje graças à entrada na universidade, justamente de ver a diversidade dos povos indígenas (KARI'OCA).*

*Tinha outros indígenas aqui na universidade, então, eu não era sozinha. Então, o laço que a gente tem com os nossos parentes é um laço diferente. Você não tem o mesmo sangue que aquela pessoa, mas você se identifica naquela pessoa (ARAPUÁ).*

No contexto das discussões trazidas por Kari'oca e Arapuá, percebe-se que eles reconheciam a multiculturalidade dos povos indígenas e, ao mesmo tempo, o pertencimento ao coletivo indígena geral. É interessante perceber que os dois utilizaram a palavra “parente” – da mesma forma que utilizada algures em outras narrativas – para designar outros indígenas, mesmo que estes não fossem seus familiares. Segundo Gersem Baniwa, nesse sentido há um tratamento intraétnico entre os indígenas, utilizando-se a palavra parente, o que não significa que todos

sejam iguais e nem semelhantes, mas que compartilham trajetórias históricas e lutas frente à sociedade envolvente (LUCIANO, 2006). Segundo ele,

A decisão qualificada tomada pelos povos indígenas do Brasil quanto à valorização positiva da denominação genérica de índio ou indígena, expressa por meio do termo parente, simboliza a superação do sentimento de inferioridade imposto a eles pelos colonizadores durante todo o processo de colonização (LUCIANO, 2006, p.31).

Nessa medida, tais estudantes descreveram o comprometimento com a coletividade dos povos indígenas, destacando a importância das conquistas de direitos pelo movimento indígena e suas lideranças:

*Às vezes eu falo “a gente”, porque eu procuro sempre contar como coletivo, porque não sou só eu que sofro com isso, não é só um colega, é toda a comunidade, todos os parentes. E nós, a gente que é indígena, vem de uma história de muita união e de uma coletividade. De um responder pelo outro, por mais que a gente responda, às vezes, coisas que a outra pessoa não concorda. Enfim, mas o que a gente procura no coletivo é responder um ao outro e questionar também (NENXAH).*

*A minha motivação vem um pouco dessa caminhada, de tentar lutar pelo movimento indígena. Em primeiro lugar, porque eu parto do início de que a gente precisa sempre melhorar o movimento do coletivo indígena. [...] Tipo, a gente não faz pensando na gente. Eu faço, pensando em todos, então, se eu puder ajudar ou lutar por alguma coisa, vai ser no coletivo. [...] A gente tem um contexto muito interessante, que é justamente essa questão do coletivo, da corporatividade entre os povos, entre as comunidades, entre os indivíduos indígenas (KARI'OCA).*

*A gente vai buscando meios para que a gente leve essa luta adiante e dê continuidade ao que as nossas lideranças já fizeram pela gente. Muitos eu vi e vejo que perderam suas vidas, então, eles construíram isso para a gente e, por isso, eu acho que a gente tem esse medo de estar na frente, porque é uma responsabilidade muito grande (TYPA).*

Segundo Daniel Munduruku, o movimento indígena brasileiro tem como uma de suas características a afirmação e uso político dos termos “índio” e “indígena”, afirmando-se em suas diferenças (MUNDURUKU, 2012). Ele discute que, até o final da década de 1950, o termo “índio” era desprezado pelos povos indígenas, pois a sociedade brasileira entendia essas populações como um empecilho ao desenvolvimento, o que fazia os próprios indígenas refutarem esse termo

(MUNDURUKU, 2012). Todavia o movimento indígena tomou outros posicionamentos políticos, podendo-se dizer que

Os primeiros líderes perceberam que a apropriação de códigos impostos [pela sociedade envolvente] era de fundamental importância para afirmar essa diferença e lutar pelos interesses, não mais de um único povo, mas de todos os povos indígenas brasileiros. [...] Para que isso acontecesse, foi importante o resgate do termo “índio” pelos líderes. Esse termo, não mais usado como categoria instituída pelo dominador europeu que procurou uniformizar para melhor controlar, passou a ser aglutinador dos interesses das lideranças. Ele passou a ser usado para expressar uma nova categoria de relações políticas (MUNDURUKU, 2012, p.107).

Nas entrevistas, os estudantes indígenas também narraram a sua compreensão enquanto sujeitos políticos nas instituições. Dessa forma, alguns destacaram que se entendiam enquanto lideranças naquele ambiente:

*Então, a gente vem para aprender e também para dar voz para o seu povo mesmo. Para as pessoas saberem que no meio daquela comunidade tem pessoas que sabem falar pelos seus parentes, que sabem falar pelo seu povo. Então, eu acho, assim, eu vejo e acabo sendo uma liderança, porque a gente aprende a brigar pelo direito, a defender aquelas pessoas que estão ali (ARAPUÁ).*

*A gente traz uma carga histórica, que a gente tem obrigação, sim, de dar um retorno, tanto direto ou indireto, para as pessoas que já nos antecederam, né? Eu sei que têm pessoas que sempre estiveram lutando pelo coletivo indígena e a gente acha que é um papel nosso, uma obrigação social nossa, enquanto acadêmicos indígenas. [...] Eu ficava preocupado com relação à minha formação, mas estava preocupado também com a demanda indígena. Querendo ou não querendo, a gente está aqui como uma liderança também. Mas, infelizmente, quem faz medicina é um pouco complicado, mas sempre tentei dar meu jeito. Complicado por causa da carga horária, das demandas do curso mesmo (XINÁ BENÁ).*

Como narrado por *Xinã Bená*, havia dificuldades em conciliar as atividades da medicina com as articulações políticas dos coletivos indígenas, já que a “carga horária e as demandas do curso” eram grandes. Outros participantes da pesquisa também descreveram situações semelhantes, numa busca por equilibrar as atividades acadêmicas com as demandas do movimento indígena:

*Eles não se preocupam se a gente vai estudar ou não estudar, se você tem ou não tem atividade da universidade. E eu acho isso certo. Se o movimento indígena está precisando que você faça isso e se*

*you can do, you do. In ATL<sup>17</sup>, it's very much so. The staff enters into contact and says: "the people are coming on the date, articulating with the staff", to provide health assistance, assemble the team. [...] The people are a reference both inside the university and outside. Sometimes it's difficult because of medical activities, but the people organize (TAUÁ).*

*I know it's important to have the movement, but it's also important that I shape myself, because I know I will have a lot of strength and help, and I will be formed. But the parent won't understand this, he won't see this, he will think I'm turning my back on the movement and I will spread this idea [...] to the parents. And the people will create a bad image of me. It's difficult to deal with this (TOTEEM).*

*I don't know if I spoke, but sometimes it's really difficult for people to reconcile the indigenous movement with medicine. I am a leader and it's difficult to keep everything. And I don't like to say I will do something and I can't do it. I like to say and do (APY-MAMÁ).*

A situação descrita pelos entrevistados, enquanto sujeitos políticos nas instituições de ensino, têm sido característica marcante nos estudos sobre universitários indígenas. Antonio Carlos de Souza Lima relata que, nos trabalhos por ele desenvolvidos, a formação universitária de estudantes indígenas tem estado atrelada a formas variadas de articulação política de seus povos em processos associativos de várias naturezas (LIMA, 2015). Para ele, trata-se da “formação de uma intelectualidade indígena forjada não apenas em aldeias, escolas, ou universidades, mas também no bojo da luta política”, acrescentando que essa geração “vem produzindo sínteses e interpretações e buscando espelhar as orientações que partem de suas coletividades de origem” (LIMA, 2015, p.450).

Nesse contexto, a presença indígena nas universidades é tida como uma importante estratégia política, desvelando invisibilidades e favorecendo o protagonismo indígena na construção do ambiente universitário.

Na discussão sobre a experiência dos indígenas na UFSCar, Cohn (2016) relata que, ao chegarem os pioneiros na instituição, era como se estivessem “levantando uma aldeia, uma terra, neste espaço não indígena, fazendo deste espaço também seu” (COHN, 2016, p.19). Ela discute que os universitários indígenas eram minoria na UFSCar, já que havia apenas uma vaga em cada um dos

---

<sup>17</sup> O Acampamento Terra Livre (ATL) acontece anualmente em Brasília há 15 anos. Trata-se da maior mobilização indígena do país, envolvendo movimentos sociais e organizações que representam os diferentes povos indígenas do Brasil. No ATL, as principais lideranças indígenas se reúnem, levando reivindicações aos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário.

cursos, entretanto, eles, estrategicamente, ocupavam todos os espaços da universidade e faziam com que sua presença fosse sentida, revelando uma grande força política (COHN, 2016).

Assim, no sentido de se sentirem implicados com a causa indígena, nas entrevistas também foi possível reconhecer o comprometimento com as demandas das comunidades localizadas na região da instituição de ensino. Desse modo, um dos estudantes, *Kari'oca*, relatou que buscou se aproximar do movimento indígena na região onde está localizada a universidade:

*Não adianta só eu voltar para o meu povo, mas eu também tenho que modificar onde estou inserido nesse momento. É uma visão que já começa agregar a partir do momento que eu entro aqui na universidade e vejo que tem outras comunidades indígenas mais próximas. São outras etnias, mas são indígenas e fazem parte do mesmo coletivo. Então, a gente está trabalhando junto. A gente está tentando construir uma rede aqui na região. Tem o Encontro Regional de Estudantes Indígenas, que aconteceu no mês passado, e a gente está tentando consolidar um grupo dos próprios estudantes indígenas daqui da região para poder ir participar a nível nacional. Talvez para depois tentar trazer para a região, para tentar discutir algumas políticas de implementação, porque a gente vê que aqui é bem forte o ensino superior, as políticas são bem implementadas e tem uma estrutura boa de política de ações afirmativas (KARI'OCA).*

Adicionalmente, os estudantes indígenas relataram o compromisso e o desejo de colaborar com os “parentes” após o final da graduação em medicina, ressaltando que esse comprometimento estava para além do retorno à sua comunidade de origem e poderia acontecer com os povos indígenas de uma forma geral:

*Eu ainda não sei se volto para a minha comunidade, mas não importa muito. Se não for na minha comunidade, pode ser em outra comunidade indígena, o que eu quero é que seja uma população indígena, porque eu quero ter essa experiência, e é isso. Eu quero trabalhar com os parentes. Quando a gente fala parente, a gente não está falando só da nossa etnia, fala também dos indígenas, de uma forma geral (TENETE HAR).*

*Depois da graduação, eu penso em passar um ano trabalhando, juntando capital para depois tentar uma residência. Acho que é importante eu fazer uma especialização também pensando em mim, mas nunca abandonar o atendimento em aldeia, eu quero atender sempre em aldeia. [...] Eu sempre foquei na saúde indígena, nunca fora dela. Talvez, se não der para entrar, eu quero sair da cidade grande, quero ir pelo menos para o interior, quero estar no mato. Eu sempre falei para o pessoal da minha turma: “Mano, eu quero mato”. E eles sempre focando em residência, em montar consultório aqui na*

*capital, criar a carreira profissional deles. Tudo bem, mas eu quero mato, eu quero distância dessa cidade grande, eu quero aldeia, quero estar atendendo na rede, final do expediente, estar no igarapé, de manhã, tomar café com os parentes embaixo de uma casa de palha, é isso que eu quero, foi assim que eu cresci, acho difícil mudar isso (FOCAJ).*

*Ratriksiê* relatou que pretendia seguir uma especialidade médica, a ginecologia e obstetrícia, todavia reconhecia que geralmente não havia vagas específicas para essa especialidade nas aldeias indígenas, já que nas comunidades havia apenas médicos generalistas:

*Eu acho que tem bastante esse choque de modelos, principalmente agora em que eu já começo a pensar mais no futuro da formação, no que eu vou fazer da vida. Por exemplo, [...] desde o final do terceiro semestre, eu faço estágio extracurricular na maternidade e gosto bastante da ginecologia e da obstetrícia. Por enquanto, é uma das áreas que eu quero seguir, mas eu fico também para o lado de medicina de família e comunidade, de trabalhar na aldeia, e aí, eu fico pensando: “Ah, mas eu quero muito GO, mas me formando em GO, como é que vai ser?”. Porque, na maioria das comunidades, não abrem vaga, mas eu quero trabalhar lá. E aí, por enquanto, uma das minhas principais soluções é tentar ser professor, pesquisador, porque aí eu vou conseguir, de alguma forma, dar essa retribuição para as comunidades [...] através da universidade mesmo, criando projetos (RATRIKSIÊ).*

Como narrado por *Ratriksiê*, uma das estratégias identificadas por ele para colaborar com os povos indígenas, de uma forma mais ampla, após a graduação, foi o ingresso nas instituições de ensino como docente. Outro entrevistado, *Xinã Bená*, narrou também possibilidades nesse sentido:

*A minha intenção é voltar para minha origem e trabalhar com os povos, com os outros povos indígenas, com ribeirinhos, principalmente da região do Norte. Mas eu também penso que, lá nos meus 45 anos, penso, assim, em entrar numa universidade como docente, assim, por exemplo, até aqui mesmo. Porque eu já tenho vínculo, porque eu já conheço aqui a universidade... Mas, quem sabe em outra? Não sei. Ainda não tem professores indígenas, sabe? Não tem (XINÃ BENÁ).*

Nesses termos, sentir-se pertencente ao coletivo de povos indígenas implicava no direcionamento de planos futuros, demonstrando que ocupar espaços nas aldeias e fora delas era importante. Uma das estudantes indígenas narrou uma

visão ainda mais ampla sobre o compromisso com os povos indígenas, destacando expectativas de desenvolver ações no Brasil, na América Latina e em outros países:

*Eu pretendo voltar para o meu estado, ficar um tempo por lá, mas eu pretendo explorar outros meios, porque eu tenho esse pensamento de que não é eu estando de corpo presente que eu vou fazer diferença, sabe? Eu quero uma coisa que não beneficie só o meu povo, mas os povos do Brasil e da América Latina, então, o que eu tiver oportunidade de trabalhar e de conhecer, de poder ajudar e de alguma forma poder estar colaborando, eu vou colaborar. [...] É uma cobrança que você mesma faz para com o que foi construído por você e para o que vai ser construído futuramente por você. Que contravenções você pode deixar, não só para o meu povo, mas, de uma maneira geral, para os povos indígenas, incluindo todos, não só da América Latina, como em todo mundo. Eu penso, assim, numa política mais abrangente (TYPA).*

Portanto compreender esses sujeitos indígenas, inseridos nas universidades, é reconhecê-los como pertencentes ao coletivo de povos indígenas brasileiros, numa postura perante a sociedade envolvente, que é característica da superação da tutela e da conquista de direitos.

Para João Pacheco de Oliveira, antropólogo vinculado ao Museu Nacional, esse momento pós-Constituição de 1988 possibilitou que os indígenas tivessem “reconhecido o direito às suas formas próprias de organização” (OLIVEIRA, 2016, p.181). Assim, ele diz que:

À diferença de um passado recente, a identidade de indígena é hoje objeto de elevada autoestima, não só por parte de líderes políticos e religiosos, como expressão de um suposto tradicionalismo, mas também pelos mais jovens, como expressão de processos contemporâneos ligados à globalização. As identidades indígenas resultam de uma referência coletiva às origens (vividas sempre de modo variável, por referência à cultura) e são, nesse sentido, importantes âncoras intelectuais e afetivas no contexto atual (OLIVEIRA, 2016, p.183).

Desse modo, para Oliveira (2016), tanto as lideranças quanto os demais indígenas vivenciam um processo contemporâneo de reconhecer essa identidade indígena com uma referência às origens, indicando que a atualização ou a recuperação de valores ancestrais está aberta aos que vivem nas terras indígenas ou não, sendo que todos reivindicam esse pertencimento (OLIVEIRA, 2016). Além disso, para ele, ser indígena na conjuntura atual brasileira não equivale mais a “exemplificar a representação do primitivo, nem a preencher as expectativas [...] de

algum costume ou símbolo específico”, mas se trata fundamentalmente de “uma demarcação de natureza política que fundamenta direitos” (OLIVEIRA, 2016. p. 184). Assim, tal autor enfatiza que esse protagonismo dos indígenas, na reivindicação de direitos, possui como fator decisivo o processo de afirmação identitária.

Lançando mão das discussões do antropólogo Miguel Alberto Bartolomé – investigador do Centro Regional Instituto Nacional de Antropologia e História de Oaxaca no México – sobre o pluralismo cultural na América Latina, é possível discutir que as sociedades indígenas atuais devem ser vistas como coletividades dinâmicas, resultantes de uma complexa etnogênese, além de serem marcadas por movimentos políticos que fortalecem suas configurações sociais (BARTOLOMÉ, 2006).

O autor em questão discute o conceito de etnogênese, defendendo que esse termo tem sido utilizado para designar diferentes processos sociais, protagonizados pelos grupos étnicos na América Latina, incluindo nestes os processos de emergência política e social dos grupos tradicionalmente submetidos a relações de dominação. Assim, ele defende que, atualmente, essa luta das sociedades originárias, em se constituírem como sujeitos coletivos, possibilita magnitude numérica e demandas compartilhadas, o que aumenta as chances de êxito frente aos confrontos com o Estado. Nesse sentido, há a “criação de um novo sujeito histórico: os povos indígenas” (BARTOLOMÉ, 2006, p.44). Essa emergência da coletividade dos povos indígenas também é percebida, de forma bastante destacada, nas universidades.

Diante disso, como se percebe nas narrativas e discussões realizadas, o pertencimento ao coletivo de povos indígenas e a postura política, na exigência de direitos, têm marcado a presença dos indígenas nas universidades, articulando os espaços internos e externos às instituições.

#### **7.4 Constituição do coletivo de universitários indígenas**

##### ***eu sou primeiro indígena e depois estudante de medicina***

Os participantes da pesquisa narraram a constituição de um novo pertencimento referente ao coletivo de universitários indígenas. Nesse sentido, uma

das características destacadas por parte dos indígenas, na graduação de medicina, foi a maior proximidade com os demais universitários indígenas de outras graduações, e não com os seus colegas de curso. Esse assunto foi debatido em uma das rodas de conversa da pesquisa:

*Lá na medicina, o povo se acha Deus, mas aqui dentro do nosso coletivo, não.*

*Aqui entrou, já era, não tem problema, não. Eu acho que nós somos mais próximos dos estudantes indígenas do que dos outros estudantes da medicina [várias pessoas falam ao mesmo tempo concordando].*

*A gente é bem mais próximo dos indígenas.*

*É que pode ser variável, né? Mas é que, de uma forma geral, os [estudantes] da medicina são muito mais separados dos outros estudantes.*

*Eu acho que, de uma forma mais ampla, nós sermos universitários já é uma conquista muito grande para todos, independentemente de curso. Acho que isso é uma vitória do povo, uma vitória da família, eu acho que isso, para nós, já é uma forma de respeitar. Então, independente se você estiver na medicina, na antropologia ou na geografia, são cursos que vão ajudar a sua comunidade. Então, independente do curso, você vai estar dentro do movimento, então, para nós [...] não há essa diferença.*

*Dentro do coletivo, é: “Venha cá, minha parente” [...]. Aqui dentro, todo mundo é igual. Já lá, na medicina, a gente fica um pouco de fora (Roda 6).*

Interessante perceber nessa discussão que o coletivo ao qual eles se referem como “nós” ou “a gente” é o de estudantes indígenas e não o de estudantes de medicina. Nesse último trecho, essa diferença fica nítida ao se comparar o uso da palavra “dentro”, para falar do coletivo indígena, e “fora”, para falar do curso de medicina. Outros entrevistados discorreram sobre essa questão, pontuando uma proximidade maior com o coletivo indígena. *Arapuá* e *Focaj* falaram da tristeza em períodos em que estavam em atividades do curso de medicina e os demais indígenas estavam de férias ou em atividades em outros espaços físicos, provocando o distanciamento dos parentes dos demais cursos:

*E a medicina tem um currículo diferente, com aulas em períodos diferentes, então, às vezes, quando os nossos parentes estão de férias, eu ficava aqui na universidade. Nossa! Era horrível quando eu*

*procurava um rosto conhecido e eu não achava. Eu ficava bastante triste, porque eu sou muito próxima dos outros parentes. E não só os da medicina. A gente ficou como uma família aqui, então, era como se eu estivesse sozinha nesse período de férias dos outros (ARAPUÁ).*

*A medicina antes era muito isolada, a nossa faculdade ficava fora do campus, a gente não tinha contato com outros cursos, com outras pessoas de outras áreas. Depois, quando mudou, eu comecei a interagir mais com outras pessoas e principalmente os parentes, né? Parente a gente pode conhecer em um dia e no outro já está confiando a senha do cartão. Porque é parente, então, já é outro tipo de relação. Eu sempre digo que, parente é parente, e não indígena é não indígena. E eu sempre fico desconfiado com não indígena, mas, com parente, é outra história (FOCAJ).*

Focaj discorreu sobre as confianças e as desconfianças na relação com as demais pessoas no ambiente universitário. Esse sentimento de confiar nos “parentes” estava relacionado a uma disposição de haver familiaridade, quase espontânea, com outro indígena, porém o sentimento era contrário com os não indígenas, com uma tendência natural de não confiar. Essa postura de um indígena confiar nos indígenas e não confiar nos não indígenas, principalmente nos primeiros contatos, é bastante presente nas relações da universidade e também nas relações das equipes de saúde nas aldeias, o que pode ser entendido como uma estratégia de proteção, já que a opressão e as posturas colonizadoras dos não indígenas com as populações indígenas fazem parte de toda a história do Brasil.

Dessa forma, na aproximação e confiança com os outros estudantes indígenas, e no contraste com os outros universitários, destacaram a constituição de um novo coletivo, que era o de universitários indígenas nas instituições:

*A gente começou a desenvolver a nossa associação de estudantes indígenas. Então, nosso foco era se afirmar. A gente sempre lutou por isso, então, isso passou a ser um orgulho. E a gente, por mais que tivesse um preconceito ali ou aqui, isso batia e voltava, porque a gente já estava se fortalecendo juntos, enquanto coletivo dentro da universidade. Aí melhorou esse convívio com outros parentes daqui. Então, a gente não se sentia mais só para lidar com aquilo, a gente sabia que tinha apoio (FOCAJ).*

*E aí, com o tempo, a gente foi se organizando melhor enquanto coletivo. Tinha problema dentro da Saúde, nas Engenharias, em vários cursos. Daí, a gente ficava trocando experiência e falando o que estava acontecendo, até que bateu isso de: “vamos crescer isso aqui”. E foi aí que a gente começou a se politizar mais dentro da universidade. Eu, nesse momento, eu estava mais inserido na luta, mais inserido no meu coletivo (TAUÁ).*

*A gente tem também a nossa associação que, antigamente, quando eu cheguei, não tinha [...]. Hoje, a gente tem uma diretora, que veio do Amazonas, e ela foi uma das primeiras indígenas que chegou aqui e tomou a frente de tudo. Ela é uma das grandes responsáveis por nós estarmos hoje aqui. A gente fala que ela é a mãe de todo mundo, porque ela conseguiu, ela que brigou por nossas bolsas, pelos nossos direitos, pelo nosso espaço na universidade. A gente conseguiu ser reconhecido como indígena na universidade com a associação (TENETEHAR).*

As narrativas demonstraram que a constituição desses coletivos pôde fortalecê-los, provocando uma implicação na conquista de direitos nas instituições, o que também foi descrito em outras investigações. Viana e Maheirie (2017), em um estudo que discutiu os coletivos de estudantes indígenas na UFSC e em outras instituições de ensino, destacaram que a presença dos indígenas nos espaços universitários produzia uma demarcação cotidiana, provocando estranhamentos e desconfortos na comunidade acadêmica, mas também “apontando para a potência da reinvenção identitária e do fortalecimento do coletivo” (VIANA; MAHEIRIE, 2017, p.227). Assim, semelhante ao estudo de Viana e Maheirie (2017), por meio da organização do coletivo de universitários indígenas os entrevistados puderam dialogar em várias instâncias das instituições, aproximando-se da gestão universitária e favorecendo a conquista de direitos:

*E, querendo ou não, acho, assim, que os indígenas, eles conhecem mais as pessoas da administração da universidade do que os não indígenas. Eu sempre conhecia bem as pessoas da universidade. Eles eram próximos da gente. Então, a gente conhece... a gente conhecia o reitor. Então, assim, eu acho que a universidade, ela abraçou muito a gente daqui também, então, isso facilitou bastante a nossa vida (ARAPUÁ).*

*O reitor, além de representar a instituição, ele representa também uma amizade para gente. Então, quando chegava alguma demanda, geralmente, a gente era atendido. Ele fazia de tudo para nos ajudar ali na universidade. E, com a reitoria que a gente conseguiu nossa sala. Então lá, a gente tem as salas dos indígenas, dos quilombolas e dos estrangeiros, tudo um do lado do outro. Nós sabíamos o caminho para conseguir o que necessitávamos naquele momento (TENETEHAR).*

*A gente queria um espaço físico na universidade, em que marcasse a nossa presença e que nós pudéssemos nos reunir. Um espaço físico para nós discutirmos a nossa demanda como estudantes indígenas em todos os sentidos. Aí criamos o Centro de Cultura Indígena, o CCI, que foi se consolidando e me ajudou bastante,*

*porque eu comecei a me interessar mais nas questões indígenas que até então não tinha uma noção do quão grande é, e da complexidade de toda essa questão. [...] O CCI é um tipo de centro acadêmico. A gente construiu. Eu cheguei em 2012, a gente construiu o CCI em 2013. Assim, nós nos reunimos pelas nossas demandas, pela bolsa permanência, nossas demandas no espaço público da universidade mesmo. Os meninos já vinham fazendo essas articulações, os outros parentes que entraram antes (XINÃ BENÁ).*

E, no processo de constituição dos coletivos de universitários indígenas, houve a conquista de espaços físicos, específicos para os indígenas nas universidades, como descrito acima por *Tenetehar* e *Xinã Bená*. É interessante destacar que parte das entrevistas e rodas de conversa, realizadas por mim nas universidades, aconteceram exatamente nos espaços físicos reservados aos coletivos de estudantes indígenas. Essa foi uma opção dos participantes nas instituições em que esses espaços existiam, sendo que justificaram que nesses locais se sentiriam mais à vontade para falar mais livremente sobre suas experiências. Além disso, semelhante ao que narraram *Tenetehar* e *Arapuá*, pude perceber nas visitas que os entrevistados conheciam a estrutura organizacional e instâncias universitárias, de modo que ouvi relatos sobre a participação deles nos diversos colegiados e espaços estudantis.

Ademais da participação do coletivo de indígenas nas universidades federais e nas instâncias colegiadas institucionais, outra estratégia para visibilidade e cobrança por melhorias nas relações intrainstitucionais foi a realização de eventos.

Com base na experiência dos indígenas na Universidade Federal da Bahia, Souza (2017), por meio de sua pesquisa de doutorado, discutiu que, na busca por romper com a invisibilidade e enfrentar os desafios da universidade, os estudantes indígenas promoveram eventos em que eram os protagonistas e podiam falar de suas angústias e insatisfações, sendo entendido como um espaço de luta (SOUZA, 2017). Essa também foi a postura relatada pelos indígenas, na presente pesquisa, nas instituições em que cursavam medicina:

*No segundo evento que nós fizemos sobre as comunidades tradicionais, uma estudante indígena de medicina de uma outra universidade, que também é do meu povo, ficou hospedada na minha casa. Foi bem legal. Foi muito bom receber pessoas da minha cidade aqui, porque eu nunca tinha recebido. Mas os eventos foram muito bons, abriram a cabeça das pessoas para entenderem que tem uma diversidade grande de indígena no Brasil. Não tem essa questão de ser mais ou menos indígena, como eles imaginavam por*

*aqui, já que eles estão acostumados com poucas etnias aqui no estado (ARAGUACI).*

*Sempre tem uns eventos aqui que falam da temática indígena e a gente faz questão de organizar. Inclusive, no final de dezembro, eu fui chamada para ser mediadora de uma mesa que estava falando um pouco da questão da política indígena, baseado naquele livro do Davi Kopenawa. E estavam estudando o livro e aí me chamaram para ir lá na outra sede da universidade que fica lá na... que tem a parte de letras, de humanas. Aí me chamaram para ir lá, aí eu fui lá, e foi uma experiência bem interessante. É uma forma da gente poder falar sobre as nossas questões também (TYPA).*

Retomando o estudo de Viana e Maheirie (2017, p.227), destaca-se que reconheceram a universidade como um “território de fronteira e de luta que afeta e é afetada por estes povos”, o que favorecia a construção identitária do coletivo de indígenas universitários. Elas ressaltaram que esse coletivo era responsável por diferentes ações em diferentes instituições e por todo território nacional, o que fortalecia e impulsionava a presença indígena nas instituições de ensino para além do “estudar e se formar” (VIANA; MAHEIRIE, 2017, p.242). Complementarmente, elas deram o exemplo do Encontro Nacional de Estudantes Indígenas (ENEI), que tem acontecido anualmente, debatendo a realidade dos indígenas nas instituições de ensino, evento este planejado, construído e realizado pelos universitários indígenas (VIANA; MAHEIRIE, 2017). Esse foi também o caso dos indígenas dos cursos de medicina que, conjuntamente à participação em eventos nas próprias instituições, narraram a constituição de ações interinstitucionais e nacionais relacionadas às questões indígenas, o que possibilitou ampliarem a discussão no contato com estudantes de outras instituições e regiões, como narrado por *Xinã Bená*:

*Como a gente sabia com quem podia contar aqui na universidade, nós conseguimos apoio para alguns eventos indígenas. Eu ajudei a construir diretamente o Encontro Nacional dos Estudantes Indígenas, essa organização dos estudantes indígenas que eu participei ativamente. Depois, teve o evento da SBPC<sup>18</sup>, que também ajudei ativamente. Então, participar do coletivo de estudantes indígenas nos ajudou a conhecer a demanda nacional, saber que existem lideranças tanto acadêmicas quanto não acadêmicas. Ampliou muito minha visão sobre as necessidades dos povos indígenas, mesmo (XINÃ BENÁ).*

---

<sup>18</sup> Fundada em 1948, a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) é uma entidade civil, sem fins lucrativos, voltada para a defesa do avanço científico e tecnológico, e do desenvolvimento educacional e cultural do Brasil.

Adicionalmente, descreveram a participação em eventos específicos de educação médica e de estudantes de medicina, reforçando que era importante a ocupação desses espaços como sendo uma estratégia para superação da invisibilidade e dos preconceitos:

*Eu participo dos eventos da DENEM<sup>19</sup>, eu sou rede de ajuda da DENEM. E aí, nos eventos, eu já falei, já me pronunciei. Agora a pouco teve um evento da DENEM que aconteceu aqui na cidade e eu estava na organização, aí teve um momento nas palestras, em uma das mesas sobre os povos indígenas, e aí, quando eu cheguei, estava falando justamente uma pessoa do Recife, estava falando dos Xucuru que ela visitou lá e estava falando um monte de coisa. E eu estava lá no meu cantinho e, de repente, eu levantei a mão, ninguém esperava que eu fosse falar nada. Então, eu levantei a mão... na verdade, quem era da minha sala, tinha umas cinco ou seis pessoas da minha sala, todo mundo já virou assim para mim, quando a menina começou a falar, todo mundo olhou para a minha cara, como quem diz: “Vamos esperar”. Aí eu levantei a mão e todo mundo ficou, tipo: “nossa, você é indígena?”. Eu falei um pouquinho da minha vivência, só falei como era e como acontecia, porque era muito sobre, como eu posso dizer, a religião e de como tudo isso estava encarnado lá na aldeia. Eu falei um pouco sobre isso e foi bem legal falar (PUCRERON).*

*Eu tenho participado de alguns eventos, assim, da medicina. Eu participo da DENEM e já fui em alguns eventos. No Congresso Brasileiro de Educação Médica, do ano passado, eu fiz uma fala, uma palestra, contando um pouco da minha trajetória e mostrando para as pessoas o que elas não veem na universidade. A gente está lá, mas elas não veem a gente. Daí eu fui, fiz uma fala... fui até de cocar. Acho que foi importante essa presença, de verem o indígena na medicina. Eu acho que essa é uma das estratégias mesmo (RATRIKSIÊ).*

Em uma das rodas de conversa, os participantes da pesquisa discutiram sobre como sintetizariam o que era ser indígena estudante de medicina:

*Quando eu penso sobre [...] o que é ser um estudante indígena na medicina, eu penso que... para mim, é uma luta, uma resistência e um sonho. Se resume aí.*

---

<sup>19</sup> A Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) é a entidade que representa todos os estudantes de medicina do Brasil. Fundada em 1986, suprapartidária, autofinanciada, defende as pautas dos discentes de medicina; uma educação pública e de acesso universal; o ensino médico voltado às necessidades populares e um sistema de saúde gratuito e de qualidade.

*Como a gente já falou, não se restringe só a nós, a gente está representando o sonho de muitas outras pessoas da aldeia, então, é uma responsabilidade.*

*Eu acho que o maior de todos é a resistência, né? O indígena na medicina hoje. E também o avanço, o avanço para o nosso povo, porque, apesar da dificuldade do curso, hoje a gente é o primeiro no nosso povo. Na etnia de vocês, tem alguns já formados e é uma motivação ver um indígena médico e trabalhando na aldeia dele, então, eu acho que o principal é isso (Roda 5).*

É importante destacar, na discussão acima, o quanto a coletividade e a “resistência” – ou resiliência e re-existência – fazem parte da experiência dos indígenas nas escolas médicas, pois são expostos à diversidade de vivências e trajetórias acadêmicas nas relações com os coletivos e, nessa ressignificação da identidade, nos vários “nós” trazidos e construídos, descreveram a afirmação enquanto sujeitos políticos e protagonistas dessa história nas universidades, ressignificando a sua presença nas instituições.

Para Baniwa (2013), os indígenas possuem uma capacidade de improvisação, tanto criativa quanto reativa, o que permite “criar e recriar coisas e fatos que estão ao seu alcance, [...] como é o caso da identidade” (BANIWA, 2013, p. 163). Dessa forma, a partir do reconhecimento das potencialidades e fragilidades nas suas relações na universidade, torna-se possível reagir a elas da melhor forma, em um processo de reinventar-se, remetendo à estratégia de se constituir enquanto coletividade naquele espaço e reivindicar visibilidade e protagonismo:

*Eu fui entendendo qual é a minha luta, já que na história das classes, das etnias, do Brasil, da América Latina e do mundo que a gente conhece hoje, todas as histórias foram de lutas. Então, eu não acredito que terminou, sabe? Eu ainda não surgi, era como se, em um grande período de tempo você se olhasse no espelho e não visse nada. É como se você visse uma grande projeção, uma imagem borrada de você. E quando você começa a entender mais da sua história, de onde você veio e do processo todo de resistência, você reconhece mais qual o seu papel, e qual meu papel como indígena na universidade (UBÁ KRIKRI).*

*É muito a vivência mesmo, de passar na pele todo tipo de experiência, aquilo de bater o pé e não correr. Você precisa estar nesse espaço, não só você, como o seu povo, mas muitas pessoas, porque quando ... então, colocar isso forte no curso e nos espaços que a gente tiver essa experiência. [...] Eu acho que eu ainda quero colaborar muito. Todas as vezes que eu vejo essas pessoas novas entrando, eu me vejo muito. E aí, eu ainda quero fazer com que esse caminho seja mais fácil para eles, para não ser tão pesado, quanto*

*foi para mim. Porque eu sou primeiro indígena e depois estudante de Medicina. E você precisa estar nesse espaço. Não só você, mas também o seu povo, que são muitas pessoas. Porque quando a gente chega na universidade, a gente retira esse papel individual. Eu tenho pessoas aqui comigo, então, colocar isso forte no curso e nos espaços que a gente tiver essa experiência, é um compromisso que eu tenho. Eu não sou Tauá só aqui, eu sou o Tauá do meu povo. Eu sou o Tauá do meu povo que está na universidade. Eu sou o Tauá do curso de Medicina (TAUÁ).*

*Tauá* narrou o comprometimento com a presença dos indígenas nas universidades, destacando que a conquista de direitos também tinha relação com os próximos indígenas que viriam. Esse compromisso com as gerações futuras foi destacado em outras narrativas ao longo desta categoria, quando os estudantes de medicina relataram que outros indígenas lutaram para que eles pudessem estar hoje nas universidades, o que evidencia o compromisso com a coletividade ao longo das gerações. Outrossim, *Tauá* relatou que havia esse compromisso, porque ele era “primeiro indígena e depois estudante de medicina”, complementando que esses compromissos estavam relacionados aos vários pertencimentos que ele possuía, ou seja, aos vários “nós” de que ele fazia parte.

Nesse contexto, Baniwa traz uma reflexão pertinente sobre a “identidade enquanto um conceito de vida, mas também como uma ferramenta política” nas relações com a sociedade dominante, destacando que cada indivíduo assume diferentes identidades em diferentes situações (LUCIANO, 2013, p.166). Assim, ele diz que essa dinamicidade possibilita que as lutas organizadas tenham

forte identidade social e política, num novo enraizamento no passado e numa inserção no presente e no futuro sem que sejam negadas suas tradições culturais. Assim, o movimento operado pelos indígenas visa realizar a passagem de uma identidade de resistência, que por muito tempo marcou suas lutas históricas, para a construção de uma identidade de resiliência (LUCIANO, 2013, p.174).

Dessa forma, nas discussões desta categoria, destacou-se o compromisso com a comunidade de origem, com o movimento indígena e com os coletivos de universitários indígenas. Expressa-se, assim, uma multiplicidade de pertencimentos e de identidades desencadeadas na experiência política na universidade, numa trajetória de reivindicação de uma visibilidade negligenciada habitualmente. Com efeito, por meio de diversos caminhos e descaminhos, a identidade étnica é

vivenciada pelos indígenas na escola médica, numa pluralidade de “nós” no espaço de fronteiras da universidade.

Portanto, para além da afirmação étnica, há reinvenção de uma identidade que vai sendo transformada por tudo que é vivido na trajetória da universidade e do curso de medicina. Há um encontro entre a força da identidade indígena que carregam e a força do que vivenciam no espaço universitário, em um movimento de se impactarem, se afirmarem, se transformarem e de se reconhecerem em uma identidade dinâmica. Nessa direção, a escola médica parece insistir para que os indígenas neguem o que são, mas eles não o fazem e fortalecem o que são, buscando um permanente movimento de afirmação e transformação.

**CAPÍTULO 8 – EXPERIÊNCIAS NA E PARA A SAÚDE INDÍGENA****BEBÉ<sup>20</sup> (SANTOS, 2020).**

---

<sup>20</sup> “Voar”: a imagem retrata pés com vasculite de pequenos vasos e representa o processo de superação de um adoecimento [...]. Traz o mix de medo, dor e angústia que sentimos quando somos paralisados por uma determinada doença (SANTOS, 2020).

*Aqui, na cidade, a gente atendendo dor lombar, por exemplo, a gente fala: “olha, eu vou te passar esse remédio para tratar a dor”. E aí, com os hábitos diários: “tu muda isso e aquilo, não carrega peso, senão, pode piorar”. E daí, eu vou fazer uma ressonância, uma tomografia para ver se não tem uma hérnia e, se tiver, cortar esse tipo de esforço físico, para não piorar e não inflamar. E aí, atendendo na aldeia, no projeto de extensão, entrou um senhor já de idade, com dificuldade para andar. Foi automático para mim: “dor lombar!” E foi automático também perguntar se ele trabalhava com roça, que é o que a gente fazia na cidade: “o senhor trabalha com o quê? Carrega peso?”. A gente ia jogando as opções, porque sabia que ele ia escolher uma delas, só que ele não escolheu nenhuma. Aí ele adicionou uma nova, que eu deveria ter pensado enquanto indígena, ele era pajé e passava horas e horas em pé rezando na mata para proteger a aldeia. Esse era o esforço dele, então, eu não tinha como intervir, eu só pude tratar a dor dele. Eu não ia falar, pelo respeito que eu tenho por um pajé, para ele não proteger a aldeia. Então, é esse tipo de coisa que eu acho que falta para o médico não indígena se sensibilizar. E eu acho que cabe ao médico indígena já chegar sensibilizado por ele ser indígena, tem essa diferença. É difícil, para mim, passar pelos seis anos do curso e me manter fiel ao que eu sou, pelo menos falando de medicina, de doença e de saúde, imagina para um não indígena, que não teve nenhum contato? Eu espero que cada ano mais indígenas entrem no curso, porque, apesar de ser muito difícil se manter longe da aldeia e da família, eu acho que dá para a gente construir algo que seja diferente, baseado em quem nós somos e no que queremos ser.*

Neste capítulo são analisadas as experiências dos indígenas, estudantes de medicina, diante do encontro entre as suas vivências histórico-culturais e os conhecimentos ofertados e/ou conquistados durante a graduação, relacionados à saúde indígena.

A pintura de Aislan, na abertura do capítulo, traz dois pés pintados com grafismos Pankararu e com lesões na região do tornozelo. Os pés também estão envolvidos por nuvens do “Homem-Céu” e por “Cobras” em formato de plantas sinuosas nas cores de pinturas corporais indígenas, símbolos presentes nas obras anteriormente apresentadas nos capítulos. Como descrito por Aislan, a pintura representa um momento de adoecimento pessoal – um quadro de vasculite nos membros inferiores – desenvolvido por ele durante a graduação de medicina. Ele intitulou a pintura como *Bebé*, que significa voar; segundo ele, uma referência ao “processo de superação desse adoecimento” que o deixou “paralisado”, tanto pelo “medo” quanto pela limitação dos movimentos.

Esse encontro entre o estudante de medicina e o seu próprio adoecimento abarca convergências e divergências, como entre a biomedicina e as medicinas indígenas, entre os aprendizados do curso médico e as vivências relacionadas à saúde indígena, gerando certos embates ou, ainda, agregações.

Essas situações de encontros também foram trazidas por *Focaj* na narrativa representativa desta categoria. *Focaj* conta sobre a sua experiência em uma aldeia indígena com um projeto de extensão universitária, focando no atendimento médico de um pajé que apresentava dor lombar. Ele indaga e reflete sobre a medicina aprendida na graduação e sua aplicação no contexto da saúde indígena, relatando que essa transposição não é simples e que, naquele contexto, ele não estava preparado para identificar singularidades da situação. Ele ainda destaca que o indígena, graduado em medicina, já teria uma relevante diferença, que é o fato de “já chegar mais sensibilizado” naquele ambiente, já que ele é indígena.

Dessa forma, neste capítulo são apresentadas as perspectivas da medicina ensinada nas escolas médicas, ou seja, a biomedicina, evidenciando estratégias construídas para oportunizar a aproximação com o contexto da saúde dos povos indígenas e saberes tradicionais. Para as discussões nessa direção, a opção foi por dialogar com autores do campo da antropologia da saúde, com foco na saúde indígena, da formação de profissionais de saúde para atuação na saúde indígena,

além da aproximação com a discussão sobre a interculturalidade e a intermedicalidade.

Para as discussões deste capítulo, não são consideradas as complexidades específicas dos processos de saúde, doença e cuidado de cada um dos povos indígenas aos quais os estudantes pertencem ou se referem, pois isso impossibilitaria um diálogo com o coletivo de narrativas e rodas de conversa. Mesmo assim, é oportuno destacar que se reconhece que cada um dos povos possui compreensões muito distintas nesse campo e que aqui é dado destaque às relações dos universitários com a saúde dos povos indígenas na universidade. Os conteúdos estão apresentados nas seguintes subcategorias:

- 1) Compreensões sobre saúde, doença e cura. São apresentados os núcleos de sentido relacionados às experiências e aos conceitos socioculturais de saúde e doença; às relações da biomedicina com outras racionalidades; aos conflitos vivenciados pelos especialistas em formação.
- 2) Vivências com práticas de saúde nas aldeias. São apresentados os núcleos de sentido relacionados às vivências dos estudantes com as práticas de autoatenção; com especialistas locais nas aldeias; com as equipes de saúde nas comunidades.
- 3) A ausência da saúde indígena nos currículos de medicina. São desenvolvidos núcleos de sentido sobre a insuficiência da abordagem de saúde indígena nas graduações de medicina; sobre as aproximações pontuais à temática, provocadas ou desenvolvidas pelos indígenas.
- 4) Construções possíveis sobre saúde indígena na universidade. São apresentados os núcleos de sentido relacionados às estratégias extracurriculares desenvolvidas para a construção de aprendizados relacionados à saúde indígena, tais como: disciplinas não obrigatórias, projetos de extensão, pesquisa, eventos e um ambulatório de saúde indígena; à possibilidade da interculturalidade na ruptura com a colonialidade e com o que é hegemônico.
- 5) Perspectivas sobre o indígena médico. São apresentados núcleos de sentido sobre a aproximação entre a biomedicina e os outros modelos de atenção; sobre as possibilidades de intermedicalidade e autorias indígenas; sobre as habilidades e competências dos futuros indígenas médicos.

## 8.1 Compreensões sobre saúde, doença e cura

### *respeito com as diferentes formas de cuidar*

Nas entrevistas e rodas de conversa, os estudantes indígenas narraram suas experiências relacionadas à saúde dos povos indígenas durante a graduação de medicina e às suas compreensões sobre esse contexto de atuação. Dessa forma, puderam focar em aspectos da saúde e da doença, bem como nos processos de tratamento e cura. Os entendimentos, levantados por eles, não eram apenas os aprendidos nos estudos acadêmicos do curso de medicina, que são tradicionalmente focados na biomedicina, porém eram fruto do encontro desses conhecimentos com experiências anteriores, individuais e coletivas. Em alguns momentos, os estudantes puderam trazer conceitos sobre o que eles e seus povos compreendiam por saúde, trazendo olhares ampliados sobre essa questão:

*Por exemplo, começando com uma fala do meu vô, que é bem assim, porque ele fala em questão de terra por exemplo. Porque, para ter saúde, não adianta ... não é só estar sem doença, você precisa se alimentar, você precisa ter uma terra para plantar, você precisa se alimentar bem, você precisa ter caça e pesca, porque sem ter isso... isso não é ter saúde. Você precisa praticar sua... praticar sua cultura, dançar, ter as suas regras para você seguir, porque, sem isso, não é saúde. Saúde não é só não ter a doença da pessoa, precisa de tudo isso para você ter saúde. [...] A gente vê a saúde assim lá na aldeia. Eu tenho isso de antes de vir estudar. E tem muito mais coisa lá que faz parte da saúde. A gente vê a saúde de outras formas. Acho que é um pouco o que é ser indígena também. Uma coisa está muito ligada à outra (KHANTE).*

*Porque ele [o pai, que era pajé] falava exatamente isso, que tinha que se preocupar com a vida política e social, porque isso influencia muito na saúde do pessoal, porque se a gente não entender como que funciona o ambiente que ele vive ali, como é que ele está se relacionando, fica difícil entender por que sempre aquela comunidade está com problema de saúde (INSIKIRAN).*

Nas narrativas de *Khante* e *Insikiran*, verifica-se que, para os seus povos, havia entendimentos sobre a saúde para além do indivíduo, numa compreensão relacionada ao território (e a terra), às tradições e às relações. Nesse sentido, é oportuno utilizar algumas discussões trazidas por Esther Jean Langdon, antropóloga vinculada à UFSC e que atua há décadas em pesquisas relacionadas à etnologia

indígena e à antropologia da saúde, com grande envolvimento no campo das políticas públicas de saúde indígena. Langdon (2014) discute que, a partir da perspectiva antropológica, é possível deslocar o olhar estrito das ciências médicas para a saúde e adentrar no campo de construção social e relacional do corpo. Com isso, ela defende que é desde os “sujeitos e/ou grupos sociais que são construídas as articulações entre os diferentes conceitos e práticas ligadas à saúde / doença”, o que é essencial reconhecer no contexto indígena (LANGDON, 2014, p.1020).

Assim, há uma perspectiva da saúde como uma construção sociocultural, e não biológica, permitindo uma compreensão ampla e contextual, tanto no sentido de entendê-la como experiência, como enquanto política (LANGDON, 2014). Nessa medida, os conceitos e compreensões sobre saúde como construção social são distintos de acordo com os povos indígenas, com o grupo social e com os sujeitos, diferenciando-se do modelo biomédico hegemônico, que se caracteriza por pressupostos biológicos, a-históricos, aculturais, “com eficácia pragmática, orientação curativa e medicalização dos padeceres” (LANGDON, 2014, p.1026).

Nesse sentido, compreende-se a saúde de uma forma ampliada e indica-se, adicionalmente, que o desenvolvimento de doenças poderia ter explicações diferentes. *Focaj* e *Kari’oca* discutiram as compreensões sobre a doença em suas narrativas:

*Quando eu falo de saúde e de doença, eu penso um pouco no meu povo, porque a gente entende que a natureza tem um ciclo que não pode ser quebrado. Se você tirar demais da natureza, que é o que vem acontecendo recentemente, acaba prejudicando todo o equilíbrio, né? A gente sempre tenta manter o equilíbrio, para poder continuar nosso modo de vida, por isso que a gente tenta sempre conciliar tudo isso. Aí, para poder manter isso, é muito difícil hoje, porque cada vez mais vai aumentando o número de pessoas que circulam no nosso território. A gente... como é grande... tem muito fluxo de pessoas na região e isso acaba prejudicando muito o modo da gente estar sobrevivendo lá dentro da comunidade. [...] E esse desequilíbrio é um pouco do que causa as doenças. E a questão de doenças é o que mais tem impactado, né? Porque qualquer doença acaba prejudicando muito a comunidade, então, você não consegue... uma vez que você está doente, você não consegue fazer outras atividades, desenvolver outras atividades e isso gera totalmente um desequilíbrio no nosso modo de viver. Isso também deixa a comunidade doente. Então, tem explicações diferentes, tem significados diferentes (KARI’OCA).*

*A gente, o indígena, não tem a doença só como algo no plano biológico, só a nível celular, a nível de germes e outras coisas mais.*

*Envolve toda uma cosmologia, né? A gente sempre fala isso, tem a relação com o mato. Tem a relação, por exemplo... nos Gaviões o padrinho não pode falar com a mãe da afilhada dele, se falar ele pode adoecer, e aí se ele não amanhecer o dia cantando e quebrar o maracá no final ele vai adoecer. Então... e aí, um deles não sabia cantar nenhuma música e não amanheceu cantando, daí acabou adoecendo. Como explicar isso? Como tratar uma doença de origem cultural, cosmológica? (FOCAJ).*

Nesse sentido, percebe-se um entendimento complexo sobre a doença, para além do modelo biomédico. Essa compreensão sobre a causalidade das doenças fica evidente na descrição de *Kari'oca*, que disse que, para além do indivíduo doente, a comunidade também adoecia. Já na situação descrita por *Focaj*, o entendimento sobre a história natural da doença era muito diferente do habitual modelo biomédico.

Para Langdon (2005), compreender a construção sociocultural da doença é entendê-la em processo construído nas interações sociais, ou seja, “não é um momento único nem uma categoria fixa”, mas é dinâmica e busca “entender o sofrimento no sentido de organizar a experiência vivida e, se possível, aliviar o sofrimento” (LANGDON, 2005, p.119). Portanto a interpretação do significado da doença emerge do seu processo, dos itinerários terapêuticos e dos discursos dos sujeitos envolvidos.

Nesse contexto, o reconhecimento do estado de doença é baseado nos sinais de que algo não está bem, ou está em desequilíbrio, como descrito por *Kari'oca*. Dessa forma, os sintomas não se restringem ao corpo, pois os do grupo e da natureza também fazem parte do contexto de reconhecer a doença (LANGDON, 2005).

Ao final da narrativa de *Focaj*, ele ainda trouxe um importante questionamento, que foi sobre como lidar com essas questões que estão para além do entendimento da biomedicina, talvez, aventando-se a possibilidade de que outras racionalidades fossem demandadas para compreender a situação.

Desse modo, como descrito nas próximas narrativas, para alguns entrevistados, a doença em suas comunidades de origem poderia ser entendida a partir de um espectro entre as “de branco”, mais relacionadas à biomedicina, e as “da comunidade”, que eram as conhecidas e experienciadas tradicionalmente pelos povos indígenas. *Wei* e *Xinã Bená* narraram compreensões nessa direção:

*A saúde era muito entendida assim como uma questão... do corpo, mas por uma questão de espírito também, até mesmo hoje as pessoas, os mais velhos, dividem como doença do branco e a doença da comunidade, que eles consideram. As doenças do branco que eram as doenças crônicas, que estão surgindo ou doenças infectocontagiosas, que antes não existiam e que agora existem. Mas, em relação ao processo doença, eu não tinha muita noção, porque eu era muito jovem quando morava lá na aldeia (XINÁ BENÁ).*

*E hoje, eu acho um pouco estranho, assim, essa parte sobrenatural. Mesmo não tendo familiaridade, é meio estranho. Eu não sei direito explicar. É realidade, mas é sobrenatural, é outra forma de pensar a saúde. É, assim, meu vô associa trabalhos como pajé, porque ele associou uma coisa na outra. [...] Mas eu acho que no caso das doenças, tem doenças que existem nas comunidades e são os remédios que a gente aprende aqui na universidade que precisa. Para outras coisas, não. Daí é melhor usar o conhecimento de lá. Então, ficam essas duas coisas que se encontram e não sei muito como é que se lida com isso. Agora, eu mesmo nunca cheguei a ter contato com doenças... assim... que não são as doenças que a gente estuda aqui na faculdade. Não, não cheguei a ter contato com nenhuma dessas doenças, não. Mas elas são outras (WEI).*

Nas duas narrativas acima, reconhece-se que, pelo olhar desses dois indígenas, estudantes de medicina, para o contexto de saúde em suas comunidades, havia duas concepções: a biomédica e a compreensão local sobre a doença, o que possibilitava inclusive distinguir certas doenças que eram identificadas por uma ou por outra racionalidade.

Nesse contexto, podem-se utilizar algumas discussões de Arthur Kleinman, médico e antropólogo estadunidense, sobre os significados da saúde e da doença para cada sociedade. Ele discute que essas compreensões são construídas por meio de registros de normalidade e anormalidade, determinados, principalmente, a partir de valores próprios de cada cenário sociocultural.

Nessa perspectiva, Kleinman elabora um grupo de conceitos que são chave para a análise de fatores culturais que intervêm no campo da saúde e da doença, além de construir um modelo comparativo entre sistemas médicos (KLEINMAN; EISENBERG; GOOD, 1978). Assim, considera que o contexto social da atenção à saúde abrange três domínios estruturais: o “profissional de saúde; o popular (família, rede social e comunidade); e curandeiros populares”, sendo que, nessa interação de diferentes sistemas médicos, há diferentes “modelos explicativos” para o entendimento sobre a origem das doenças (KLEINMAN; EISENBERG; GOOD, 1978, p.144, tradução minha). Nessa abordagem, os processos de saúde e de doença são

realidades simbólicas, construídas socialmente, sendo resultado dos encontros da biografia dos indivíduos e de seus grupos sociais, direcionando as interpretações sobre as desordens a que estão sujeitos.

Nas narrativas dos participantes da pesquisa, inclusive em algumas já apresentadas nesta subcategoria, os processos de cura também tomaram outros contornos e compreensões, trazendo desafios e questionamentos sobre como lidar com as diferentes experiências de doença. *Tauá* narrou uma interessante experiência de adoecimento, que ajuda a adentrar nesse campo, quando ele resgatou uma vivência pessoal, buscando compreender como fora a situação a partir do seu olhar enquanto estudante de medicina:

*Eu acho que sempre dá um pouco de conflito na minha cabeça, toda vez que eu entro em uma matéria e eu começo a ler. Eu trago essa vivência indígena para refletir sobre aquilo, principalmente sobre tratamento, eu vejo muito isso, assim [...]. Enquanto usuário do sistema de saúde, quando eu estava na aldeia, a gente tem um ritual que é considerado muito forte, para quem vê de fora, no sentido de que, o corpo fere, é exposição ao sol, poeira. Então, quando criança, o médico me proibiu de participar, assim, por causa de um problema no pulmão. De dizer: “se você quer viver, você não vá”. Então, sempre que eu entro na sala de aula eu fico pensando: “Pode ser que isso faça sentido, mas como eu vou falar isso para o meu povo?” Sabendo eu que os dois lados são importantes, que a minha espiritualidade e que participar daquilo também faz parte do meu processo de saúde, aí eu fico mais pensando nesse lado. [...] A gente, enquanto indígena, tem que fazer essa reflexão, e como isso funciona, realmente é... de fato. A doença, para mim e para a minha família, era uma coisa, mas, para o médico, que estava me examinando, era outra. [...]. No meu caso, o médico tentou me limitar a participar de alguns rituais, porque era a recomendação médica. Mas a minha família continuou fazendo. Eu continuei participando. Eu tive até um dreno, aí ele falou: “Você não pode ficar muito tempo na poeira, você não pode fazer exercício pesado, nem nada disso”. E eu fiz do mesmo jeito assim, não tinha nem escolha, todo mundo da minha família também, ninguém questionou, sabendo o que o médico falou, e eu fiz, tinha que fazer, né? É esse tipo de experiência que só a gente, enquanto indígena, eu acho que tem. Na verdade, só eu enquanto indígena do meu povo sei da importância daquilo ali para mim e para eles, que tenho essa sensibilidade assim (TAUÁ).*

O episódio narrado por *Tauá* trouxe algumas questões pertinentes de serem analisadas. Primeiro, que havia diferentes interpretações sobre o que era a doença para o médico e para a sua família. Segundo, que sua família fez as escolhas do que acataria a partir do que o médico recomendou. E ele, sendo indígena e estudante de medicina, refletiu, posteriormente, sobre essas situações e, como ele

disse, “dava um pouco de conflito na cabeça” ao desenvolver os aprendizados da graduação em medicina.

Tomando novamente o modelo explicativo de Kleinman, é possível introduzir aqui as diferenças descritas pelo autor sobre os conceitos de experiência de adoecimento – do inglês, “illness” – e de doença – do inglês, “disease”. Ele descreve que as produções de significado acerca da doença remetem a visões de mundo que, expressas pelo indivíduo singular, são conformadas pelo ambiente sociocultural em que vive esse sujeito (KLEINMAN; EISENBERG; GOOD, 1978).

Nessa perspectiva, a prática médica contemporânea pode fazer diagnósticos e tratar doenças enquanto “disease”, sendo que os sujeitos vivem uma outra experiência de adoecimento, que seria “illness”. Com a distinção entre “illness” e “disease”, percebem-se as tensões produzidas no encontro entre a biomedicina e as compreensões do sujeito e de seu grupo sobre o seu próprio adoecimento. Assim, a experiência de adoecimento (illness) está relacionada à perturbação, ao sofrimento, sendo a resposta subjetiva do indivíduo à situação de doença e que engloba aspectos individuais, sociais e culturais. Por outro lado, a doença (disease) é a forma como a experiência da doença (illness) é reinterpretada pelos profissionais de saúde com base no modelo biomédico que orienta seu trabalho clínico, buscando uma generalização, o que pode invisibilizar a experiência da doença (KLEINMAN; EISENBERG; GOOD, 1978).

Retomando a narrativa de *Tauá*, pode-se perceber que a doença e a participação no ritual possuíam significados muito diferentes para a família de *Tauá* e para o médico. Nessa direção, embora o médico tenha recomendado a não participação, a família optou pela presença de *Tauá* no ritual, já que era considerado como “parte do processo de saúde”. Assim, o “conflito” trazido por *Tauá* parece ter sido dele mesmo, agora que é estudante de medicina, e não de sua família, no momento em que a situação ocorreu.

Um autor que ajuda a pensar nessa relação é Eduardo Menéndez, antropólogo argentino que atua no Centro de Investigações e Estudos Superiores em Antropologia Social no México. Ele traz a ideia de que nos contextos de saúde há um pluralismo médico, que se configura a partir de diferentes modelos de atenção, reconhecendo a presença de diferentes sistemas médicos, e não apenas o biomédico (MENÉNDEZ, 2003). Ele chama de modelos de atenção todas aquelas atividades que têm relação com uma atenção aos padecimentos de saúde de forma

intencional, incluindo prevenção, tratamento, controle, alívio e cura de uma determinada enfermidade (MENÉNDEZ, 2003). O autor defende que:

O que domina nas sociedades atuais, dentro dos diferentes grupos sociais estratificados que as constituem e para além da situação de classe ou da situação étnica, é o que se conhece como pluralismo médico, termo que se refere ao fato de que em nossas sociedades a maioria da população potencialmente usa várias formas de atendimento não apenas para problemas diferentes, mas para o mesmo problema de saúde (MENÉNDEZ, 2003, p.186, tradução minha).

Assim, o eixo central entre as articulações e sistemas está nos sujeitos e nos grupos sociais, que as realizam por práticas de autoatenção. Nesse sentido, a identificação e escolha das formas de atenção são realizadas pelos sujeitos e não pelos especialistas (MENÉNDEZ, 2003). Portanto algumas formas de medicina tradicional poderiam se opor a determinadas concepções da biomedicina, e vice-versa, todavia esse conflito está no campo dos especialistas e não dos sujeitos, pois estes articulam essas diferentes formas (MENÉNDEZ, 2003).

Menéndez (2003) ainda acrescenta que as articulações são vistas do ponto de vista dos sujeitos e raramente o especialista vai valorizar a complementaridade do outro, pois há uma tendência de haver exclusão das demais formas de atenção. No caso da biomedicina, ele traz a relação de hegemonia e assimetria da medicina científica frente às outras medicinas, reconhecendo que nessa relação são criadas estratégias epistemológicas, mercadológicas e de poder para manter a sua hegemonia na sociedade (MENÉNDEZ, 2003).

Nesse ínterim, cabe ressaltar que os estudantes de medicina estão sendo formados enquanto especialistas em biomedicina, nesse ambiente em que outras racionalidades são majoritariamente negadas e, no caso dos estudantes indígenas, podem vivenciar conflitos entre o que lhes é ensinado na universidade e o que experienciam ou experienciaram enquanto indígenas.

Outros participantes da pesquisa reconheceram que se sentiam em situação de conflito entre esses modelos de atenção, pois existiam divergências nas formas de compreender os processos de saúde e doença e as possibilidades de tratamento:

*Eu acho que tem um pouco de conflito, assim, sobre o que eu aprendo aqui e o que usa lá na comunidade, porque a minha tia às vezes... Porque eu não boto muita fé em alguns desses... Porque*

*minha tia fala: “ah, esse xarope é para tratar câncer”. Não existe xarope para câncer, mas amenizam um tumor, pode melhorar a inflamação. Mas a minha tia fala que já tratou o câncer mesmo com os xaropes: “ah, já tratei pneumonia”, hoje eu vejo que não é bem assim as coisas. Se você for ver a fisiopatologia de uma doença, pode estar em vários estágios essa doença, então, a evolução da doença pode estar mais avançada e coisa e tal, hoje eu vejo... Mas isso pode ajudar, principalmente no início. Você toma um remédio para dor de barriga, um chá para dor de barriga, mas, às vezes, não está tratando sua dor de barriga, a química que está ali, na verdade, não está tratando. E aí, há um conflito sim. Mas não é um conflito de não poder ter os dois, sabe? Mas há sim um conflito de ideias (KAPOI).*

*Assim, algumas coisas da medicina mesmo que eu aprendi, me deixam um pouco em conflito algumas vezes. Eu sei que as pessoas... como a minha ex-sogra falava para mim, que tomou um chá e que não engravidou, porque ela tomava esse chá. E esse chá fez com que... porque no Nordeste as pessoas tem sete, oito, dez filhos, a minha ex-sogra só teve quatro filhos. Ela casou com quinze anos e eu achava: “Nossa, porque você só teve quatro filhos”, e ela falava para mim: “Ah, porque eu tomei um chá e esse chá fazia com que eu não engravidasse”. Então, hoje, com a mente de quem estudou seis anos, eu fico pensando: “Ela deve ter tido endometriose, ela deve ter tido DIP<sup>21</sup>, alguma coisa ela teve que impediu que ela engravidasse”. Mas eu não creio só naquele chá mágico que ela falou que tomou. Então, isso não tem como, é você ser hipócrita de falar que você... que você continua da mesma forma que você era antes, porque eu não sou (ARAPUÁ).*

Nas narrativas de *Kapoi* e *Arapuá*, percebe-se que, embora eles defendam as práticas da medicina tradicional nas comunidades, há uma visão de que o modelo biomédico é hierarquicamente superior, especialmente do ponto de vista deles, que são especialistas em formação. Ao final da fala de *Arapuá*, houve, inclusive, para além de uma sensação de conflito, certo processo de aceitação de um novo paradigma.

Para Menéndez (2003), a biomedicina é a forma de atenção que mais se expande, produzindo cada vez mais explicações e soluções biológicas baseadas em fármacos e exames de laboratório, o que afeta sua relação com as outras formas de atenção, possuindo caráter dominante e excludente. O autor ainda reforça que a atuação dos profissionais de saúde e, especificamente dos médicos, é subordinada à ciência biomédica, sendo que os processos sociais, culturais e psicológicos são apenas adendos aos biológicos, bioquímicos e genéticos (MENÉNDEZ, 2003).

---

<sup>21</sup> Sigla de Doença Inflamatória Pélvica, que pode ocasionar infertilidade, o que também pode acontecer quando há endometriose.

Nesse aspecto, entende-se que não necessariamente o especialista (nesse caso, o estudante de medicina) precise lançar mão da complementaridade dos modelos de atenção, pois quem a faz são os pacientes, porém o especialista não pode ter uma postura violenta e anular outras racionalidades. Assim, o modelo de atenção do especialista deve ser compreendido como uma das possibilidades e não como a única verdade, apesar da racionalidade ocidental científica buscar essa posição.

Outros estudantes entrevistados narraram que havia características deles, que relacionaram ao fato de serem indígenas, que potencializavam seus aprendizados na formação médica, no sentido de valorização do contexto sociocultural de saúde, enfermidade e cuidado:

*Eu acho que no treinamento de habilidades médicas eu consigo me relacionar muito com isso, entendeu? Porque a forma de você enxergar o paciente, de enxergar a doença em si, tentar desenvolver um contexto da... de como que você vai chegar na doença, como que você vai trazer o tratamento, porque isso para gente... para os indígenas é muito importante. Você não vai analisar ele como indivíduo, você vai ver ele com todo o contexto social, com todas as pessoas que estão envolvidas, porque, a partir do momento que você enxerga o paciente, não só como membro, tipo: “eu estou com uma dor aqui no peito”. Daí você não vai analisar só o peito dele, você vai ver todo o ambiente. E, para mim, isso foi muito fácil relacionar, porque a gente vê isso, a gente sempre faz isso. De tentar olhar um modo geral a sociedade em si, que a gente faz muito isso na comunidade. De tentar enxergar, de tentar escutar um pouco mais o paciente, tentar ver o que ele traz de sintomas, como que ele vai... tentar ver esse contexto, de tentar olhar para ele de fato, tentar prestar atenção no que ele está dizendo, se de fato aquela doença que ele está dizendo... que ele está trazendo é a aquilo que ele realmente quer falar (KARI'OCA).*

*No meu caso, eu acho que por ser indígena... Tem a questão do respeito com as diferentes formas de cuidar, que, às vezes, a gente acha que o cuidar é só aquela forma da biomedicina, que é muito engessado e sendo que quando você vai olhar para as comunidades que ainda tem mesmo esse aspecto cultural mais forte, você vai ver que tem um aspecto místico que envolve muito além do que a coisa carnal, porque existe o âmbito espiritual, que existe outros tipos de cura que não são exatamente apenas pela medicação e aí você precisa ter um olhar para isso, porque se você não conseguir ter essa sensibilidade que o outro acredita que aquela doença que ele tem envolve outras questões, você só vai cuidar do físico dele, mas o restante, não. [...] Eu tento olhar para todas essas questões e acho que dá para uma fortalecer a outra, sem excluir ou dizer que uma está errada (MAYÁ).*

É interessante reconhecer que na narrativa de *Kari'oca*, ele identifica que, no contexto de sua comunidade indígena, já vivenciava uma compreensão sociocultural sobre os processos de saúde e doença, o que ele acredita que pode favorecer seu aprendizado. Já no caso de *Mayá*, ela destacou que o “respeito com as diferentes formas de cuidar” era algo presente no seu cotidiano enquanto indígena e que no reconhecimento dessa diversidade poderia “uma fortalecer a outra”.

Nesse sentido, há uma pertinente discussão de Baniwa sobre a noção de complementaridade, que ele utiliza para analisar a experiência da educação escolar indígena no Alto Rio Negro, mas que pode ser transportada para o contexto dos indígenas na escola médica. Ele discute que os povos indígenas possuem uma visão holística e agregadora sobre a realidade em que vivem, “onde articulam, em espaço e tempo, o mundo indígena e o mundo branco”, tanto com relação aos conhecimentos e valores, quanto à tecnologia e cultura (LUCIANO, 2013, p.169). Assim, reforça que a visão de mundo dos indígenas se fundamenta na complementaridade e na interdependência, no sentido do reconhecimento de uma pluralidade epistemológica, que potencializa as práticas político-pedagógicas, devendo ser afastada a compreensão de que há uma separação antagônica entre “saberes socioculturais” e “saberes científicos” (LUCIANO, 2013, p.175), reafirmando que

a noção de “complementaridade” parece mais adequada do que a de “hibridismo”, pois este pode sugerir a mistura de elementos culturais, enquanto o que se observa são articulações e agregações de novos saberes. Trata-se antes de uma busca de intercruzamento e complementaridade de perspectivas que contribuam para a construção de novas configurações paradigmáticas e para uma relação de convivência multicultural (LUCIANO, 2013. p.171).

Sabendo disso, a construção e reconstrução das diferentes compreensões sobre saúde, doença e cura, vivenciadas pelos indígenas e relacionadas à trajetória acadêmica enquanto estudantes no curso de medicina, geravam tensões e questionamentos sobre a própria formação médica, mas também apontavam possibilidades de complementaridades. Reconhecer outras racionalidades como possíveis parece ser um dos caminhos, no sentido dessa complementaridade e da superação da postura hegemônica opressora da biomedicina.

## 8.2 Vivências com práticas de saúde nas comunidades

### *mais do que só esse olhar biomédico*

Ao falarem de suas experiências na universidade, os entrevistados buscaram narrar as vivências relacionadas ao cuidado em saúde praticado em suas localidades de origem. Nesse sentido, narraram que, quando havia um adoecimento, práticas de cuidado eram realizadas por familiares ou pessoas próximas a eles nos grupos domésticos, como destacado abaixo:

*A minha avó, ela é a pessoa que mais tem essas características, assim, bem marcadas mesmo, e o que eu vejo, assim, de questão diferente essa questão de tomar remédio natural, sabe? Que ela toma bastante e ela fala que tipo você pode estar com qualquer coisa e ela vai ter um remédio para te dar. E ela faz e orienta para a família, tem vezes que até para outros conhecidos (MBARETE).*

*O meu pai curava algumas doenças com folhas, com ervas medicinais, que eu não sei dizer que ervas eram essas, para o que que seria, mas eu via na prática. Era muito criança na época, eu via ele, por exemplo, fazendo curativo de indígenas que sofreram algum trauma de corte de machado, de indígenas que tinham se acidentado com armas de fogo. Ele ia tirar o projétil, de uma forma rude, simples. Ele fazia como podia para auxiliar, mas, assim, pelo menos na minha infância é do que eu me lembro. [...] E ele não era pajé, nem nada, mas ele entendia desses problemas que aconteciam lá na comunidade (XINÃ BENÁ).*

*Minha avó que direciona a gente para os remédios, ela sabe de tudo lá dentro. Eu, assim, particularmente, eu ainda sei. Aprendi muita coisa com ela na questão de remédios medicinais, mas ela sabe muito, ela sabe para quase tudo, quase tudo ela sabe, para uma fratura, para... Tudo isso ela sabe o porquê. Porque eles usavam isso na guerra, na época das guerras, e ela fala: "minha filha, isso é muito bom, porque, naquela época das guerras, esse remédio fazia isso, isso, isso e isso" (APY-MAMÃ).*

Nas narrativas acima, é possível destacar que, nas situações vivenciadas pelos indígenas nas suas comunidades, fizeram-se presentes as práticas de cuidado, realizadas pelas avós de *Apy-Mamã* e *Mbarete* e pelo pai de *Xinã Bená*, o que pode ser nomeado como autoatenção, segundo Menéndez (2003). Para o autor, a autoatenção é compreendida como

as representações e práticas que a população utiliza no nível do sujeito e grupo social 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 (MENÉNDEZ, 2003, p.198, tradução minha).

Em uma das rodas de conversa da pesquisa, os estudantes discutiram sobre a experiência de autoatenção em seus grupos familiares e a relação com seus aprendizados de biomedicina no curso médico:

*[...] a gente já foi criado nessa parte cultural, de usar um rapé para você se curar, dar uns chás e essas coisas, então, a gente já foi criado nisso, a gente tem essas experiências e hoje a nossa experiência já é outra, a gente aprendeu parte da medicina ocidental também.*

*É porque, na verdade, quando a gente está na aldeia, a gente só vai no hospital depois que está nas últimas mesmo, depois que passa por remédios que a mãe passa e depois a avó. Vai lá na avó e ela passa remédio de tal coisa, faz chá de tal coisa, bebe tal coisa e tudo mais. Daqui que a gente vá para o hospital, a gente já tem tomado um bocado de coisas e a gente só vai para o hospital quando está nas últimas, quando vê que nada está dando certo. Já aqui [no curso de medicina], a gente chega com uma visão do que de fato é a medicina. É porque, se a gente vai retornar para a aldeia, a gente tem que saber conciliar esses dois saberes, o daqui e o de lá, porque, a partir do momento que está passando lá e tal, sendo que tem todos os preparativos de alguma erva, alguma casca... Eu acho que é o que a gente traz de lá para aqui. E isso ajuda. E o que a gente aprende aqui, para levar para lá, eu acho que ajuda também. Com certeza, nesse quesito aí, por que qual é a visão lá e agora esse ensinamento ocidental aqui? Eu acho que isso vai ser muito importante para nossa formação enquanto um médico que vai trabalhar na comunidade.*

*Pois é, então, mas vai muito de cada pessoa mesmo, da nossa ancestralidade, da gente buscar nossas raízes [...]. Você tem que ver todo o contexto onde ele está, então, vai muito de cada um.*

*[...] E a gente fica mais aberto com outras causas, sensível também às outras causas, podendo entender melhor do que outras pessoas [...] vão utilizar na comunidade. Tipo, de saber o que a gente vai utilizar ou não de alguma medicação. Com o tempo, a gente vai saber, eu espero, né? (Roda 6)*

Nas discussões da roda, é possível perceber um desejo por “conciliar os diferentes saberes”, com uma valorização dos cuidados aprendidos através das gerações e relacionados ao contexto das comunidades. Eles ainda relataram que esse tipo de cuidado à saúde, praticado pelos familiares mais velhos, era o primeiro a ser realizado quando havia algum adoecimento.

Nessa medida, Menéndez (2003) descreve que a autoatenção é a forma mais utilizada pelos sujeitos e grupos sociais, sendo a primeira forma de cuidado a ser buscada quando há adoecimentos. Ele ainda acrescenta que a questão central é a autonomia dos sujeitos, por escolherem as formas de cuidado que serão utilizadas, destacando-se que, frequentemente, são os grupos domésticos e familiares que cuidam dessas situações. Assim, não são os especialistas ou curadores tradicionais que decidem os caminhos que serão utilizados nos processos terapêuticos, mas são os sujeitos e seus grupos sociais que articulam práticas diversificadas, que, inclusive, podem ter sido prescritas por diferentes modelos de atenção (MENÉNDEZ, 2003).

É válido salientar que a autoatenção se diferencia do conceito biomédico de “autocuidado”, compreendido principalmente a partir do conceito de estilo de vida, mais focado na prevenção de doenças e no favorecimento dos aspectos positivos da saúde (MENÉNDEZ, 2003).

Nesse sentido do reconhecimento de diferentes modelos de atenção, os participantes da pesquisa narraram sobre sua relação com pessoas que tradicionalmente eram responsáveis e reconhecidas pelo cuidado nas comunidades, os curadores tradicionais ou especialistas locais. Entre esses, foram citados xamãs, rezadores, curandeiros, raizeiros, pajés e parteiras, compreendidos de formas diferentes para cada um dos povos, mas com a característica de buscarem analisar o indivíduo em suas singularidades socioculturais. Alguns entrevistados narraram experiências com esses especialistas:

*A gente tem muito forte também a questão dos rituais, principalmente dos rituais de cura, rituais xamânicos no geral, que foram coisas que eu aprendi com a minha mãe desde pequeno, de benzer, de plantas medicinais também, que até hoje eu trabalho com plantas medicinais. E eu comecei a acompanhar a minha mãe e nos rituais eu era meio que um assessor. Ela era meio que “a médica” que prescrevia as garrafadas e eu acabava ali como “um farmacêutico”, como um auxiliar, porque, enquanto ela estava lá nas consultas mesmo – até se chamava assim – eu estava do outro lado ajudando ela ou estava preparando as garrafadas para as pessoas. E foi assim que eu acabei pegando um pouco desse conhecimento de plantas e acabei me interessando bastante pela medicina (RATRIKSIË).*

*Minha avó era uma referência na região e na comunidade, porque ela trabalhava com ervas medicinais e também fazia partos, inclusive, o meu. Ela fez o meu parto. Então, eu sempre convivi com essa prática da saúde (TYPA).*

*Tem as questões que são diferenciadas. Tem a questão do pajé, tem questão do raizeiro, tem questão de parteiras tradicionais, tudo isso precisa e deve estar vivo para daqui alguns anos e do jeito que as coisas vão evoluindo [...] às vezes, a gente ficava muito no automático e as práticas vão se perdendo [...]. Minha mãe é pajé. Ela foi uma parte que mais me influenciou, mesmo por ela ser pajé. Por questão de curar, sabe, isso desde criança vendo ela fazendo aquilo. Como eu não posso ser pajé... acho que foi uma das opções que você chega ali quase perto. [...] Porque não é ensinado [ser pajé], é o dom. A gente fala que são os espíritos que te escolhem. Não é você que faz seu caminho. Então, são só algumas pessoas que podem, e eu não sou uma que nasceu com esse dom (KHANTE).*

Interessante perceber que os narradores tinham uma relação de parentesco com os especialistas. *Ratrikisê* é filho de uma xamã, *Typa* é neta de uma parteira e *Khante* é filha de uma pajé. Esse também foi o relato de outros entrevistados, que narraram relações próximas com os especialistas locais. Vale ser destacado ainda que, para os três estudantes acima, essa relação com os especialistas locais parece ter favorecido a busca pela formação na área da saúde.

Retomando os conceitos de modelo de atenção de Mendéndez, os especialistas locais (ou curadores tradicionais) fazem parte do modelo do tipo “popular e tradicional”, muito frequente na América Latina, composto por curandeiros, bruxas, espiritualistas, erveiros, xamãs, entre outros (MENÉNDEZ, 2003, p.188). Para cada um desses especialistas, pode haver diferenças significativas entre as formas de pensar e atuar sobre os processos de saúde / enfermidade / atenção, embora seja importante sublinhar que existem articulações que podem ser realizadas por eles. Nesse caso das articulações, os especialistas tratam de manter sua própria identidade como curadores tradicionais, gerando uma certa apropriação de técnicas, mas mantendo sua diferença, sua hegemonia e exclusão de outras práticas, reafirmando sua forma de curar como a mais confiável frente às demais (MENÉNDEZ, 2003).

Foi descrito pelos estudantes que esses especialistas do modelo de atenção popular e tradicional tinham práticas heterogêneas e que algumas delas poderiam ser ensinadas para outras pessoas, como no caso de *Ratriksiê*, pois aprendia o xamanismo com a mãe de forma experiencial. Já em outras situações, esse aprendizado não era possível, como no caso de *Khante*, visto que ela relata que ser pajé em seu povo era um dom oferecido pelos “espíritos”, não sendo uma escolha a

partir do interesse. Esse assunto também surgiu em uma das rodas de conversa da pesquisa:

*Lá na aldeia têm os cuidados tradicionais. A gente tem as pessoas que entendem de remédio natural, tem remédio para o fígado, esses remédios que se encontra na natureza. Tem o pajé que faz. Tem uma liderança minha que faz tudo também. Ela conhece, tem bastante conhecimento, ela diz que já teve o chamado para ser pajé, no grande Toré que acontece. Mas ela não aceitou, porque o pajé ainda está vivo. Ele ainda está vivo, mas ela tem bastante conhecimento sobre as plantas, essa medicina de lá.*

*E ela só pode ser pajé quando não tiver mais outro pajé?*

*Não, não, teoricamente é assim... é mais pelo respeito lá com o pajé. E então vai ser ele enquanto ele quiser ser e tiver vivo, porque a vontade dele é enquanto ele viver ser pajé. Mas ela pode ser sim caso ele queira sair.*

*No meu caso, inclusive, tem até umas coisas que eu uso aqui na capital [...]. Chá, cera de abelha, raízes, eu tenho vários, sabe? Só que, assim, no caso, a medicina que já entra aqui tem que ter um químico, um fármaco, aí já é outra coisa. A medicina ocidental, né? Usa mais a parte medicamentosa, não usa assim as mais naturais. [...] Eu imagino que a maioria saia daqui da medicina mais com essa parte de remédio industrializado, mesmo.*

*Eu não conheço muito dessa parte lá no meu povo, é mais mainha que conhece essas coisas de lá. Eu até preciso aprender um pouco.*

*Ah, e também têm rituais, de pessoas que estão doentes e pedem aos seres encantados. E nós fazemos os rituais em nome das pessoas que funciona também. Tem gente que pede e dá certo, e tem também as rezadeiras, tem vários tipos de cura dentro da aldeia fora a medicina e os fármacos.*

*Essa parte já é a parte da equipe [de saúde], né? Aí eu acho que já entre numa outra parte (Roda 5).*

Na discussão acima, também se evidencia que os estudantes de medicina possuíam vivências com a autoatenção e o modelo popular e tradicional de diferentes formas, de acordo com suas relações com a comunidade. Complementarmente, para além desses modelos, eles trouxeram a existência da equipe de saúde, apesar de não terem se aprofundado naquele momento.

Assim, as vivências com o modelo biomédico de atenção, principalmente junto às equipes de saúde do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), em suas localidades de origem, foram relatadas pelos participantes da pesquisa em

suas narrativas individuais. Alguns estiveram próximos dessas equipes em certos momentos, o que gerava admiração e/ou impacto em seus processos de formação atual:

*Eu acompanhei muito o pessoal que trabalhava lá na saúde. Tinham enfermeiras e médicos que desenvolviam um trabalho muito bom. Ajudam mesmo no que a gente não conseguia resolver naquela época. E eu acompanhava, porque era AIS<sup>22</sup>. Eu achava interessante ver... as equipes que vinham ficavam trinta dias morando ali, depois iam de folga. E eu fui gostando dessa parte também de ser profissional de saúde. [...] Hoje, eu fico pensando, assim, que eu estudando aqui para ser uma médica, assim (KHANTE).*

*Teve uma época que eu comecei a acompanhar o pessoal da saúde lá na comunidade. Eu não estava indo muito bem no vestibular, tinha que estudar mais, então, fiquei um tempo lá para ver se era mesmo o que eu queria. Se era para ser médico. Daí eu acompanhei e vi que eu gostava daquilo mesmo. E isso me motivou também para me dedicar mais (INSIKIRAN).*

*Então, como eu falei àquela hora, tem uma médica que trabalha lá na aldeia e eu acho muito bom o trabalho dela. Ela tem muito vínculo, faz muito tempo que ela trabalha lá. E ela não é indígena, mas faz um trabalho muito bom. Acompanhar ela me mostrou um pouco mais como era o trabalho do profissional ali, porque antes eu não sabia muito como era. E eu fico pensando que quero ser uma boa médica como ela, que respeita a comunidade, que sabe lidar bem com o pessoal (MAYÁ).*

Adicionalmente, eles refletiram que algumas vezes esses profissionais agrediam os especialistas locais e as formas de autoatenção dos indígenas lidarem com a saúde, numa postura habitual de buscar hegemonia e poder frente aos demais modelos de atenção, semelhante às discussões de Menéndez na primeira subcategoria. As narrativas, a seguir, trazem relatos nesse sentido:

*Essas coisas são engraçadas na medicina, assim. De achar que sabe o que é melhor para o outro, sempre: “está tudo certo, eu que estudei, eu que sei, então, só não faz isso que você costuma fazer”. Tem muito isso. Dos partos também, não sei se você sabe, mas, no meu povo, a arte do partejo é grande, é lindo lá dentro, e as mulheres bateram o pé mesmo para ter esse diálogo com a saúde ocidental, para manter esse negócio vivo, porque se dependesse dos médicos lá da região..., eles não têm essa visão da vida na aldeia e das nossas vidas. Eles acham que o deles está certo e pronto (TAUÁ).*

---

<sup>22</sup> Agente Indígena de Saúde.

*A saúde indígena envolve mais do que só esse olhar biomédico. Não só a saúde indígena, mas, assim, é porque na minha aldeia eu vi isso muito forte. Por exemplo, o pajé é uma figura importante, é alguém que você precisa ter o vínculo e entender qual o papel para não enfraquecer os aspectos culturais de uma comunidade. Sempre foi minha preocupação isso, do quanto que às vezes vem uma pessoa que não é indígena e vai trabalhar numa comunidade, o quanto que ela acaba favorecendo que a comunidade vá perdendo as suas crenças, a partir do momento que você vem e diz: “não, isso aí do pajé não serve para nada”. Cada vez mais, a população vai acreditando menos e aí chega um momento que talvez o pajé não vai ter mais importância ou o chá que a vó fazia que antes funcionava passa a não funcionar mais (MAYÁ).*

Nesse contexto, ao se preocuparem com as posturas opressoras das equipes de saúde, *Focaj* e *Xinã Bená* destacaram que isso era resultado das formações frágeis para atuação dos profissionais de saúde nos contextos indígenas:

*Não existe um profissional da área da saúde que estude essas peculiaridades, diversidades de entender assim o indígena ou a saúde de uma forma holística, por exemplo. [...] E, muitas vezes o indígena chega no médico... que trabalha na SESAI e às vezes não tem capacitação para isso, não entende, o indígena não fala a língua portuguesa, então, até a própria compreensão fica difícil para fazer uma anamnese. Isso acaba levando a que a equipe não respeite muito a forma do indígena ver o que está acontecendo (XINÃ BENÁ).*

*Eu percebi que a equipe de saúde do próprio DSEI não tem essa compreensão e não tem esse preparo para estar na aldeia. Então, eu fiquei muito triste por essa falta de preparo por parte do não indígena, até vi indígena mal influenciado ou mal preparado, não sei, com esse preconceito, sabe? Menosprezando pajés, menosprezando costumes dos próprios indígenas: “ah, tu faz isso? Tu quer ficar bom, tu quer melhorar?”. [...] Aí o médico chega lá ele mais agride do que atende. Agride não fisicamente, mas agride a cultura, vai contra os pajés, não sabe lidar com o diferente, com a medicina diferente, com o outro modo de ver a doença. Ele aprendeu a ver a doença como algo objetivo e biológico. Então, o médico não vai ter esse olhar da saúde como é vista pelo indígena (FOCAJ).*

Interessante perceber que *Focaj* argumenta que os profissionais indígenas também estavam despreparados para atuar de forma qualificada, na saúde indígena, além de descrever, de forma muito precisa, a postura de opressão do modelo biomédico frente às demais abordagens.

A formação para atuação no contexto da saúde indígena, com objetivo de possibilitar uma atenção diferenciada, é uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (PNSPI) (BRASIL, 2002), o que adveio das

recomendações das Conferências Nacionais de Saúde Indígena, realizadas desde 1986.

A PNSPI traz em seu propósito geral que a diversidade sociocultural dos indígenas deve estar contemplada nas ações de saúde indígena, ressaltando que deve ser reconhecida “a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura” (BRASIL, 2002, p.13). Todavia o cenário da saúde indígena demonstra que seus profissionais nem sempre são preparados para atuarem em “contextos interétnicos muito heterogêneos”, como afirmam os autores Diehl e Pellegrini (2014, p.868). Eles ainda ressaltam que as formações para os profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) são caracteristicamente descontínuas, “com foco na biomedicina e pouca ou nenhuma ênfase nos estudos antropológicos na área da saúde” (DIEHL; PELLEGRINI, 2014, p.870). Os autores ainda defendem que as formações não devem ter fórmulas prontas, recomendando elaborações para além das disciplinas clássicas da saúde e da biomedicina, sugerindo espaços de educação permanente (DIEHL; PELLEGRINI, 2014).

Dessa forma, os espaços de formação, realizados nos próprios DSEI, podem ser uma das estratégias para ter profissionais mais competentes para lidar com a saúde dos povos indígenas em direção à atenção diferenciada, conforme defendido pela PNSPI.

Além dos espaços de formação, outro caminho apontado pelos estudantes indígenas, para o desenvolvimento de uma atenção à saúde de forma mais adequada, foi o do diálogo e da aproximação com a comunidade e suas lideranças, no respeito à autonomia e na superação da relação tutelar e hierarquizada do profissional de saúde com a pessoa indígena:

*Quando a gente se forma, a pessoa recém-formada... Os meninos, por exemplo, que vão para o exército, para as forças armadas. Então, muitas vezes, eles são jogados nas comunidades indígenas e aí quando chega lá não sabem de nada, aí chegam lá completamente aleatórios, não sabem da cultura daquela pessoa. Então, fica muito mais difícil criar um vínculo com a comunidade [...] Eu já vi isso lá na comunidade, porque aí tem que ter todo um vínculo, porque é diferente o manejo com a comunidade indígena. Você tem que primeiro tentar se enturmar com a comunidade, entender um pouco da cultura dela, para poder conhecer o melhor meio, [...] tem que ter umas trocas, não chegar logo impondo a coisa. Tem que negociar e entender que a comunidade tem o seu saber, o seu conhecimento (TENETE HAR).*

*Eu trabalhei um tempo no CONDISI<sup>23</sup> também, seria um pouco de como que o DSEI deveria trabalhar. Do cuidado, desse cuidado de você enxergar... Os conselheiros indígenas, eles que faziam toda uma preparação do profissional que chegava, recém-chegado. O primeiro contato geralmente era com eles. Eles diziam para os profissionais de saúde: “Não, você não pode fazer isso, a forma de lidar com a comunidade é desse jeito”. Tipo, ele cuidava da região dele: “na hora que você chegar nessa comunidade, você precisa falar com essa pessoa, para ver se ela vai autorizar”, porque senão fizesse esse primeiro contato e se eles não falassem: “Esse é o médico”, podia dar problema. Tanto é que na primeira viagem deles em área, eles iam junto com a equipe, para poder apresentar qual era a equipe que ia atuar a partir daquele momento na região. Isso era bem legal, entendeu? Porque não era uma pessoa estranha dizendo: “Eu vim tratar com você”, sempre tinha essa troca (KARI’OCA).*

E, nesses contextos narrados de interações e de “trocas” entre equipe de saúde e comunidade indígena, é válido ressaltar que havia um encontro de saúde (ou de doença, muitas vezes) marcado pelas diferentes culturas e racionalidades, em que a biomedicina insistia em utilizar seu poder para se tornar hegemônica, ou seja, na experiência dos entrevistados – especialistas em formação – havia contradições, enfretamentos e diálogos entre a biomedicina e às racionalidades dos curadores tradicionais, entre a cultura ocidental eurocêntrica e as culturas indígenas, somadas ainda ao contexto de formação universitária dos indígenas, estudantes de medicina. Um dos estudantes, *Focaj*, indicou que a existência dessas diferentes racionalidades deveria ser reconhecida na graduação de medicina:

*Aí eles, a equipe de saúde de lá, sei lá, menosprezavam essa parte que é importante para nós, que é a cultura. Então, eu acho que tem que ter equilíbrio, eu acho que uma coisa não tem que se sobrepor a outra, eu acho que a medicina ocidental não tem que se sobrepor à medicina tradicional, à cultura. [...] Então, eu acho que a faculdade tem que ter esse tipo de formação, ela tem que levar em consideração que o Brasil tem indígenas vivendo nele, tem diferentes culturas, formas de ver a saúde, de se sentir bem e de se sentir curado. Eu posso tratar uma dor. Mas, como eu vou tratar aquele espírito que está causando a dor? Então, ele não vai se sentir bem, porque ainda vai estar o espírito lá, então, não vai ser só o medicamento que vai melhorar, então, são várias...várias formas e talvez várias formas de cuidar. É muito complexo! (FOCAJ).*

---

<sup>23</sup> Cada DSEI tem um Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), responsável por fiscalizar, debater e apresentar políticas para o fortalecimento da saúde em suas regiões. Os CONDISI são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, compostos por 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% por gestores.

Na narrativa acima, o entrevistado destacou a importância de se trabalhar na graduação de medicina com as complexidades da abordagem da saúde / doença / cura, reconhecendo-se a diversidade cultural brasileira, especialmente a existência de povos indígenas. Assim, a partir dessa pluralidade de pessoas e grupos com os quais o futuro profissional de saúde vai se deparar, seria necessário possibilitar o desenvolvimento de competências para o respeito e interação nesses contextos.

Desse modo, os indígenas, estudantes de medicina, trouxeram experiências relacionadas aos cuidados de autoatenção, realizados em seus grupos familiares, às práticas de especialistas locais e à atuação das equipes de saúde indígena em suas localidades de origem. Nesse sentido, narraram a existência de um pluralismo médico, reconhecendo o modelo biomédico de suas graduações e que as experiências com outras racionalidades ou modelos de atenção influenciavam seus processos de formação médica.

### **8.3 A ausência da saúde indígena nos currículos de medicina**

#### ***não atingiram nem uma gota do que é a saúde indígena***

Em todas as universidades visitadas, os estudantes indígenas entrevistados relataram que os currículos dos cursos de medicina não contemplavam suficientemente aprendizados relacionados à saúde dos povos indígenas, nem para eles nem para os demais estudantes. Alguns dos entrevistados destacaram essas impressões em uma das rodas de conversa realizadas na pesquisa:

*[...] não tem um momento que tem um encontro assim, entre... outra forma de medicina... de saúde indígena mesmo.*

*Não, não tem. Aqui não existe nada disso.*

*Não tem mesmo.*

*É isso que eu digo... Às vezes, falta... É bom esse projeto [fala sobre a minha pesquisa com indígenas no curso de medicina], porque dá para você ter noção, porque aqui não tem nada de saúde indígena. E eu fico pensando assim e questionando se um dos meus colegas chegasse para atender numa aldeia hoje e chegasse um indígena que diz que fez uso de tal medicamento natural, como ele iria agir diante disso? Será que ele iria reprimir o indígena, será que ele iria respeitar, entender, rir? Porque eu tenho noção, eu tenho dois conhecimentos do... Eu sei do conhecimento natural dos indígenas, da aldeia e tal. E eu sei que o pajé passa tal chá para tal coisa e se o*

*indígena chegar no meu consultório quando a gente trabalhar lá: “você está usando isso e isso e aquilo”. [...] Eu vou fazer uma abordagem que não seja chocante, agressiva com a atitude dele, só que um colega que não tem uma vivência nisso, como é que ele vai fazer? Ele vai fazer: “isso faz mal, não toma de jeito nenhum”.*

*Os médicos que vão de fora para as aldeias não entendem nada.*

*[...] então, assim, a questão de o discente ali desenvolver o contato com esse tipo de cultura, como é, é muito importante. Não se sabe onde vão trabalhar amanhã.*

*[...]*

*Eu acho que poderia fazer parte, por exemplo, da saúde coletiva, fazer ambulatório dentro do posto de saúde da aldeia [...].*

*Ou projeto de extensão também. Extensão, ou aula com médicos que têm vivência em comunidades indígenas.*

*Ou então colocar aquela matéria, como que chama a matéria extracurricular, optativa... Colocar uma optativa de saúde indígena para poder... para esses médicos falarem como foi a vivência deles e como cada um teve que adaptar ao seu conhecimento, as particularidades de cada comunidade.*

*Já é algo, né? Melhor do que nada (Roda 1).*

Essa observação sobre uma quase “inexistência” de abordagem sobre a saúde dos povos indígenas, nos cursos de medicina, foi muito marcante nas visitas realizadas. Em nenhuma das instituições havia uma abordagem curricular estruturada sobre a saúde indígena, identificando-se apenas aproximações pontuais com esse campo. Individualmente, alguns entrevistados narraram algumas dessas discussões sobre saúde indígena:

*Teve algumas coisas do curso de medicina sobre saúde indígena, mas muito pouco [...] foi agora que a professora falou sobre a questão da embarcação de saúde, que pode ser usada na saúde indígena, que é a lancha de não sei o quê... a ambulancha, que as meninas começaram a rir na sala, aí eu falei: “gente, vocês já viram barco lancha?” “Não, como assim?” “Por que a gente... antes a gente carregava todos os doentes tudo num barco e era dois dias para chegar na cidade, então, não era fácil. Vocês estão tendo uma coisa muito boa que essa ambulancha, é esse helicóptero”. Então, tudo isso traz uma facilidade muito grande. [...] Foi o que a gente discutiu de saúde indígena (APY-MAMÁ).*

*Agora, aqui não tem essa parte não de saúde indígena. No ano que eu tive essa parte de antropologia, eu não tive nada disso, mas pelo que eu vi, tipo, da turma três, por exemplo, parece que na Interação*

*Comunitária eles estão tentando colocar algumas coisas desse tipo. Tanto é que parece que semestre passado... esse semestre eles levaram alunos para aldeia, que é a aldeia mais perto daqui, que é dos Bororo. Levaram eles para fazer outras atividades, assim... Estamos tentando, mas eu não sei direito qual é o objetivo... ainda é bem inicial. Não sei se os estudantes chegam a aprender sobre saúde indígena. É ainda algo inicial. Então, assim, sobre os povos indígenas mesmo, sobre os indígenas, essas questões não têm nada (KHANTE).*

*E é só isso assim, eu vi algumas aulas que a gente teve no começo, que eles falavam sobre essas formas diferentes de cuidar da saúde, que tinha isso assim. Mas, fora isso, não tive nada de saúde indígena ou sobre a cultura indígena. [...] Agora, tem uma atividade de visita a uma aldeia, mas eu não acho que é o suficiente, você ir visitar uma aldeia e falar que você está pronto para lidar com essas diferenças, né? Mas eu acho que essa questão, assim, de muita gente tomar esses remédios naturais e tudo mais eu acho que seria mais isso assim e eu queria, talvez, que tivesse uma vivência maior (MBARETE).*

Como se percebe nas experiências narradas acima, a saúde indígena estava quase ausente nos currículos de medicina dos participantes da pesquisa, embora tenha sido destacado por *Khante* e *Mbarete* a presença de visitas às aldeias em atividades do curso e uma breve aproximação com a saúde indígena na experiência narrada por *Apy-Mamã*. Essa percepção de insuficiência fica muito evidente quando *Khante* e *Mbarete* avaliaram a estratégia das visitas às aldeias como ainda incipiente e com poucos impactos para os estudantes, pois pareciam ser atividades não muito experienciais.

Alguns estudantes indígenas indicaram preocupações com essa ausência ou insuficiência de abordagem da saúde indígena nos cursos de medicina, refletindo que os egressos, indígenas e não indígenas, não estariam preparados para atuarem nas aldeias:

*Em uma faculdade, como aqui da universidade, que, durante seis anos não teve uma atenção, não se sensibilizou em ensinar os não indígenas sobre saúde indígena, imagina um médico desses que nunca teve contato com a saúde indígena passar pelo Programa Mais Médicos e ir para uma aldeia, porque o salário é melhor ou passar por um DSEI, porque o salário é melhor. [...] Só que esse médico, ele sai despreparado da faculdade, vai porque é atrativo. [...] Então, eu acho que a faculdade tem que ter esse tipo de formação, ela tem que levar em consideração que o Brasil tem indígenas vivendo nele, tem diferentes culturas, formas de ver a saúde, de se sentir bem e de se sentir curado. [...] Eu acho que as faculdades não estão trabalhando a questão da saúde indígena, pelo menos aqui, e*

*isso é triste, elas não iniciaram ainda, não atingiram nem uma gota do que é a saúde indígena, para formar esses médicos que vão para as aldeias (FOCAJ).*

*Mas, em relação ao conhecimento da saúde indígena, eu acho que, assim, as pessoas deveriam saber como funciona, o que é realmente. De entender o que está em debate, assim, sobre saúde indígena. Ela saber do que estão falando, o que estão falando. E também o que ela pode fazer e querer ter o conhecimento sobre a saúde indígena, porque realmente aqui é difícil, assim. Até eu mesmo não sei o que realmente tem ali para saber sobre a saúde indígena, porque a gente não está se comunicando com as equipes de saúde, a gente não está debatendo aqui essas coisas, que eu acho interessante. E depois, como que vai ser se a gente não foi preparado (INSIKIRAN).*

Nesse ínterim, é possível fazer um paralelo com uma pesquisa que realizei, com outros médicos de família e comunidade, sobre a atuação de médicos brasileiros no DSEI Yanomami e Ye'kuana em 2019, em que eu atuava na supervisão acadêmica pelo Programa Mais Médicos. Naquela situação, reconhecemos que havia uma importante fragilidade de abordagem da saúde indígena nas graduações dos 18 médicos participantes da pesquisa. A maior parte dos entrevistados era recém-formada, sendo que todos relataram que não tiveram desenvolvimento de conhecimentos na área de saúde indígena em suas graduações, tanto os nove que concluíram os cursos em diversas instituições no Brasil quanto os demais, que realizaram as graduações em outros países latino-americanos (FREITAS *et al.*, 2021). Nesse sentido, os médicos relataram que, como não tiveram experiências com a saúde indígena nos currículos de medicina, o contato prévio com populações tradicionais, mesmo que não indígenas, além de experiências fora da cidade e com escassez de recursos ajudaram no trabalho a ser realizado no contexto indígena (FREITAS *et al.*, 2021).

Sabendo que os profissionais das EMSI não tiveram formações em suas graduações para atuarem no cenário indígena, um estudo sobre as competências de enfermeiros, que trabalhavam no DSEI Xingú, em 2016, apontou que havia insuficiência e fragilidade do repertório oferecido durante a formação acadêmica nos campos de antropologia (como relativismo cultural, diálogo intercultural e diferentes formas de cuidado), de políticas de saúde indígena, epidemiologia e atenção primária a saúde no contexto indígena (MARTINS; MARTINS; OLIVEIRA, 2020). Ademais, nesse mesmo estudo, as pesquisadoras relataram que foi possível inferir que o contato prévio com a temática indígena, mesmo que incipiente, funcionou

como “um convite à vivência da interculturalidade e do cuidado cultural”, mesmo que ainda houvesse imaginários e poucas certezas sobre como seria o trabalho nas aldeias do Xingú (MARTINS; MARTINS; OLIVEIRA, 2020, p.6).

Assim, aponta-se para as fragilidades nas graduações da área da saúde quanto ao desenvolvimento de competências para atuar na saúde indígena, conforme já apontado por Diehl e Pellegrini (2014). Além disso, percebe-se que pouco se avançou a partir das recomendações da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2006, quando se pactuou

a criação de legislação que inclua a disciplina Saúde Indígena nas grades curriculares de formação [...] superior (enfermagem, odontologia e medicina), proporcionando a formação de trabalhadores capacitados para atuar junto aos povos indígenas (BRASIL, 2007, p.139-140).

Com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em medicina (DCN) de 2014, é possível identificar artigos que trazem algum avanço inicial quando comparado às DCN de 2001, apresentando alguma relação com a saúde dos povos indígenas. No artigo quinto, há recomendações para que os médicos sejam formados para considerarem as dimensões da diversidade étnico-racial, cultural e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana, tratando as desigualdades com equidade. Já no décimo segundo, recomenda-se que, para identificação das necessidades de saúde, sejam considerados o contexto de vida e dos elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e a investigação de práticas culturais de cura em saúde, de matriz afro-indígena-brasileira e de outras relacionadas ao processo saúde-doença. Nesse mesmo artigo, para o exame clínico, é orientada uma postura ética que considere a diversidade étnico-racial e linguístico-cultural. No décimo sétimo, sugere-se que as decisões do plano terapêutico devam considerar os valores e crenças dos usuários. No vigésimo terceiro, orienta-se a abordagem de temas transversais no currículo, que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira e indígena (BRASIL, 2014). Portanto percebe-se que a temática indígena e a saúde dos povos indígenas surgiram ainda de forma bastante sutil, difusa e pouco explícita nas DCN, sem qualquer citação direta quanto às comunidades indígenas, à presença dos indígenas na zona urbana,

ao subsistema de saúde indígena ou ainda às orientações da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Em uma das rodas de conversa, os participantes indicaram que poderia haver uma disciplina sobre saúde indígena para todos os estudantes, relatando que esse aprendizado não era importante apenas para quem decidisse trabalhar especificamente com povos indígenas:

*[...] essa informação [de como é o cuidado em saúde indígena] precisa ser passada para os colegas nossos. Talvez fosse bom ter uma disciplina de saúde indígena, ou algo assim. Também, porque você sempre tem aquele grupo de colegas que você convive mais, e eu vou estar passando para eles. Mas, e para os outros? Porque quando chegar um indígena no consultório deles,... não sei onde eles vão trabalhar, mas daí já tem mais ou menos assim, já sabe como tratar.*

*Porque todo médico muito provavelmente vai atender vários indígenas ao longo da vida dele, isso porque não precisa ser o que está na saúde indígena só, é o que está aqui no hospital, que vai atender o estudante que está aqui na universidade, que vai lá ser atendido. É o médico que está lá no centro de especialidade, é, sei lá pela ortopedia, ele vai atender o indígena que veio da aldeia e que quebrou a perna e precisa passar por um procedimento. Então, acho que é um compromisso importante de sensibilizar os colegas para essa questão (Roda 5).*

Como discutido acima, os participantes da roda de conversa argumentaram que todos os estudantes de medicina deveriam aprender sobre a saúde dos povos indígenas, sendo um dos caminhos a realização de disciplinas curriculares sobre essa temática. Ao ser realizada uma busca sobre disciplinas de saúde indígena nos cursos de medicina, nas universidades federais, uma das experiências descritas na literatura é a da Universidade Federal de Tocantins, desenvolvida no sétimo período do curso de medicina (VALLE *et al.*, 2016). São realizadas atividades teóricas sobre assuntos relacionados às políticas de saúde indígena, abordagem sociocultural do processo de saúde e doença, epidemiologia e atenção primária à saúde no contexto indígena; além disso, são realizadas práticas em aldeias do povo Xerente com os estudantes. Em um relato de experiências sobre a disciplina, os autores relataram que houve um “enriquecimento da ética e do respeito às diferenças socioculturais dos povos indígenas” e aprendizado sobre “a política indigenista do Sistema Único de Saúde” (VALLE *et al.*, 2016). Os autores ainda discutiram que essa experiência

inicial poderia favorecer futuras experiências com povos indígenas após a graduação (VALLE *et al.*, 2016).

Outro artigo, oriundo de uma pesquisa realizada por Castro (2015), em Belém, identificou que duas instituições abordavam as questões relacionadas às populações indígenas nos currículos da área da saúde. Castro relata que nessas duas instituições havia objetivos e atividades realizadas de forma clara e específica sobre saúde indígena, mesmo que em disciplinas não específicas sobre o assunto, como saúde coletiva, políticas de saúde e ciências sociais e humanas (CASTRO, 2015). A autora discute que o ensino sobre populações tradicionais vem ganhando algum espaço nos currículos, particularmente na região amazônica, todavia descreve que os espaços forneciam discussões tênues e pouco aprofundadas, muitas vezes com professores que desconheciam o contexto de saúde indígena (CASTRO, 2015).

Na experiência internacional, nos EUA, a Universidade de Minnesota, em seu campus Duluth, possui uma interessante disciplina curricular de saúde indígena, desenvolvida desde 2014 com os estudantes do primeiro ano de medicina, que foi construída a partir de um projeto iniciado em 2013 (LEWIS; PRUNUSKE, 2017). As autoras descrevem que nos EUA poucas escolas médicas desenvolvem atividades sobre saúde indígena, justificando que o projeto surgiu da necessidade de abordar as disparidades em saúde, vividas pelas populações indígenas, especialmente no estado de Minnesota, onde 1,3% da população é indígena, sendo o maior grupo minoritário local (LEWIS; PRUNUSKE, 2017). Cabe chamar atenção para o fato de que na instituição já havia discentes e docentes indígenas.

Nesse contexto, Lewis e Prunuske (2017) descreveram que a construção foi realizada a partir de métodos colaborativos e baseados na descolonização e horizontalidade entre indígenas e não indígenas, estudantes, membros da comunidade, professores, buscando levantar em oficinas quais seriam as necessidades em uma disciplina de saúde indígena, o que resultou nos seguintes eixos: humildade cultural; cultura indígena; determinantes sociais, políticos e econômicos em saúde; intervenções em saúde indígena bem sucedidas (LEWIS; PRUNUSKE, 2017). Os participantes ainda pontuaram que esse conteúdo deveria ser ensinado por indígenas, professores de medicina e professores de outras áreas, como ciências sociais e humanas, buscando que fosse incorporada a aprendizagem experiencial. Além disso, Lewis e Prunuske (2017) afirmam que, como os grupos

indígenas não são homogêneos, seria necessário que as escolas de medicina tivessem preferencialmente um currículo específico, relacionado aos grupos locais e regionais, sendo que esse aprendizado não deveria estar apenas diluído nas disciplinas que abordam cultura, mas deveriam ser específicas sobre a saúde indígena (LEWIS; PRUNUSKE, 2017).

Dessa forma, ao se pensar na situação brasileira para a construção de disciplinas de saúde indígena, seria necessário valorizar as questões locais, de modo a se aproximar da realidade dos povos indígenas regionais. Ademais, é oportuno destacar que há populações indígenas em todos os estados federativos brasileiros, tanto em terras indígenas como nas cidades, nos serviços de atenção primária à saúde nas aldeias e nos ambulatórios especializados e hospitais urbanos, o que indica que todos os cursos de medicina deveriam abordar a saúde indígena nos seus currículos, pois todos os médicos poderão atender indígenas, independentemente de onde forem atuar profissionalmente.

Os entrevistados destacaram ainda que a presença deles nos cursos de medicina ampliou as possibilidades para que algumas discussões pontuais sobre saúde indígena acontecessem:

*Então, esse aspecto de epidemiologia e de como que é a realidade indígena, em aspectos de saúde, eu sempre consegui trazer nas discussões do curso. O aspecto cultural humanístico, às vezes, em algumas situações de atividade de reflexão da prática. Às vezes acontecia de um dado de algum paciente, que parecia alguma situação que dava para fazer associação, eu acho que a forma da gente agir em si já leva as pessoas falarem: “Nossa! mas você é diferente!” Eu acho que os outros aprendiam um pouco sobre saúde indígena com as minhas experiências nessa questão (MAYÁ).*

*Eu já falei das vivências lá do interior, nos primeiros módulos. Eu fiz um módulo de SUS, mostrando os conceitos básicos do SUS, que a gente trabalhava essa questão de epidemiologia e tal. E aí, eu sempre abordava na sala de aula: “no interior é assim”, “ah, lá na comunidade indígena é assim. [...] Eu sempre... tipo, no módulo de Agressão e Defesa, a gente ia falar de leishmaniose. E aí, eu, por exemplo: “lá no interior, sempre tem cachorro emagrecido, velho e feio, com unha grande, e sempre tem uma criança brincando perto. [...] E eu sei que sempre tem um vetor lá, que tem o pium, que é comum na nossa região, que sempre prolifera em água corrente e é super favorável” E daí sempre ensinava um pouco o pessoal sobre essa questão da saúde na nossa comunidade indígena lá no interior (KAPOI).*

*Aí até eles [colegas de curso não indígenas] colocaram isso como algo importante, a importância de ter alguma disciplina sobre saúde indígena na nossa grade curricular, porque aí acaba ficando muito aleatório, porque aqui tem a gente de indígena, então, eles já sabem um pouco a respeito, mas a maioria pode ficar muito despreparado. E como tem muitas faculdades que não tem, então, não vão saber. [...] Então, a gente estando no curso tem mais possibilidade de discutir saúde indígena, porque a gente acaba provocando esse debate (TENETEHAR).*

Nas narrativas de *Mayá, Kapoi e Tenetehar*, eles buscavam trazer a temática da saúde indígena, relacionando-a as suas vivências em suas comunidades de origem, mesmo em discussões sobre outros assuntos, revelando um protagonismo nessa abordagem nas atividades do curso. Uma das estudantes, *Arapuá*, narrou ainda que esse contato com os indígenas, no curso de medicina, poderia evidenciar a existência da diversidade de povos indígenas brasileiros e quiçá sensibilizar para o trabalho futuro na saúde indígena:

*Eu penso assim, que os povos indígenas são muitos no Brasil. E nós temos especificidade e eu acho, assim, que a gente deveria aprender isso durante a graduação, que outras pessoas poderiam querer trabalhar com povo indígena. A gente vindo para cá já melhora um pouco, porque é uma oportunidade de falar sobre isso. [...] Então, eu acho que falar da saúde indígena é nosso papel aqui também. Eu falo quando tem espaço para isso. Eu que tenho experiência de trabalho na saúde indígena, sempre falava algo nesse sentido (ARAPUÁ).*

Nesses termos, a presença e a ação dos indígenas nos cursos parecem ter provocado algumas discussões diante da lacuna sobre a temática, sobretudo quando havia espaço para o diálogo entre professores e estudantes. Todavia é válido lembrar que não necessariamente por serem indígenas os estudantes de medicina dominam os conhecimentos relacionados à saúde indígena ou às questões socioculturais sobre seus povos de origem. Esse fato reforça que o compromisso sobre a abordagem deva ser institucional, mesmo nos cursos em que haja indígenas entre os estudantes de medicina. Em uma das rodas de conversa, os participantes abordaram essas questões:

*Eu queria levar nossa turma lá, para eles verem como é que a questão da saúde indígena, porque a gente não tem serviço de saúde, a gente não tem isso, entendeu?*

*Eu estava até conversando com a galera, eles iam gostar de ir.*

*Pois é, só que, assim, professor, eu precisaria de uma ajuda da universidade. Até conversei, porque se uma universidade tem ônibus, ou tem alguma coisa, é para aprendizado de todos os alunos. Não só alunos, mas eu acho que é uma experiência até mesmo para os professores. Eu acho que deveria sim ter um empenho maior enquanto universidade para ajudar a gente nisso. Já que eles colocam naquela questão, na carga horária, as questões culturais e tudo, mas a gente até agora não viu algo assim...*

*[...]*

*E outra que vamos dizer... os nossos... As pessoas que estão estudando com a gente, no futuro mais próximo, quando a gente se formar eles vão ter que lidar com indígena... Cara, no hospital o que mais tem são pessoas indígenas e tal. Como é que ele vai fazer um encaminhamento ou alguma coisa se ele não sabe nem para onde o indígena vai? Ou alguma coisa ... é uma coisa para o currículo da gente, entendeu? Não só nosso.*

*E que seja a realidade.*

*É! A realidade, não só teoria.*

*Exato, exato. Mas aí tem que ter um momento específico no curso para isso, porque senão não acontece, porque senão fica só estudando o que é ali da cidade, da zona urbana mais habitual, é o que todo mundo já vive no dia a dia e aí isso fica de fora. [...]* (Roda 2).

Interessante destacar que, na roda de conversa, os participantes trouxeram a importância de que institucionalmente houvesse iniciativas para desenvolver atividades relacionadas à saúde indígena, destacando ainda que seriam oportunos momentos experienciais, na “realidade”, como disseram.

Algumas atividades curriculares, mas que traziam autonomia para que o estudante elegeisse o que seria desenvolvido ou estudado, oportunizaram formas de aproximação com a temática da saúde indígena. Uma dessas situações foi a de uma estudante que fez um estágio eletivo na própria comunidade, quando passou 30 dias acompanhando a equipe de saúde indígena:

*Só que aí teve um momento da faculdade que eu achei que eu estava me perdendo, nesse sentido de... você vai convivendo tanto com o modo de ser do outro que, às vezes, as suas raízes parece que vão ficando tão nublado que você não consegue enxergar muito isso. Foi o momento que eu decidi fazer uma eletiva na minha comunidade, que foi no meu quarto ano de faculdade. Eu fiz uma eletiva na aldeia e foi extremamente rico, foi muito bom, porque você atender aquela pessoa que você conhece desde criança, a visão que*

*a comunidade tem de você e até mesmo a forma de comunicação, porque a gente vai aprendendo uma forma de se expressar que às vezes nem sempre é tão compreensível ao outro. Então, fazer essa eletiva mudou até a minha forma de seguir o curso de medicina (MAYÁ).*

É pertinente ressaltar que o currículo do curso de *Mayá* possuía um estágio eletivo, em que cada estudante deveria construir uma proposta e realizar atividades em uma localidade onde compreendessem que seriam desenvolvidos aprendizados importantes para sua trajetória de formação médica. Nesse sentido, estar em um curso que tinha essa flexibilidade foi a oportunidade de estar junto à sua comunidade enquanto estudante de medicina e “enxergar” melhor sua trajetória e suas “raízes” que estavam “nubladas”.

Outra atividade curricular em que o estudante tinha autonomia para fazer sua definição temática e que foi destacada pelos estudantes foi a construção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Dessa maneira, dois estudantes, que estavam no último ano do curso, estudaram um tema relacionado à saúde indígena:

*Eu fiz meu TCC... na verdade, ainda não terminei... sobre a saúde de universitários indígenas daqui. Foi muito bom estudar isso, porque a gente aprende e até entende melhor algumas coisas que acontecem com a gente. Já teve outros que fizeram sobre saúde indígena também, mas mais aqui na universidade mesmo, não tanto nas comunidades. [...] Vamos ver se depois a gente até publica um artigo da pesquisa, porque é importante as pessoas saberem dos resultados (FOCAJ).*

*Até no meu TCC, que estou fazendo, a gente avaliou as práticas tradicionais [...] Por exemplo, o que elas fazem lá na aldeia, as grávidas fazem um tipo de exercício físico de leve a moderado, de intensidade já mais elevada, elas não fazem. [...] Quando eu falei do meu TCC, assim, da minha temática, que é sobre período gestacional na minha etnia, eles [colegas do curso] ficaram muito felizes em saber dos resultados. Eu comentei um pouquinho sobre o que era e aí chamou muito a atenção deles e aí, eles começaram a perguntar algumas coisas mais a respeito da minha cultura. Então, alguns termos eles ainda não sabiam ainda direito o que era e aí foi um momento da gente aproveitar para esclarecer: “Ah, não é assim, a gente fala assim e assim” ou então: “Ah, tribo”, daí eu: “Não gente, não é tribo, a gente não fala mais tribo hoje em dia, tribo é considerado um termo pejorativo, então, se você tiver se referindo às pessoas daquela comunidade você fala etnia, se você tiver se referindo ao local onde a gente mora, você fala aldeia”. Aí eles: “ah, desculpa, por isso que eu precisava de um curso sobre isso” (risos) (TENETECHAR).*

*Focaj* e *Tenetehtar* construíram os seus TCC's sobre saúde indígena, repercutindo nos seus processos formativos, contudo também se reconhece um papel educativo a partir dos seus estudos, tanto no âmbito de realizar uma publicação científica como no próprio diálogo com os colegas sobre a temática pesquisada.

Assim, ressalta-se que nas situações de *Mayá*, *Focaj* e *Tenetehtar* foram proporcionadas oportunidades de participar ativamente de sua trajetória curricular, definindo áreas de interesse e de necessário aprofundamento, tendo eles escolhido o campo da saúde indígena, provavelmente apoiados por professores orientadores, tanto dos TCC's como do estágio eletivo. Outra questão a ser ressaltada foi que, nessas atividades, tais estudantes se aproximaram de suas próprias comunidades, o que fortaleceu seu compromisso coletivo.

Nessa direção, há algumas estratégias desenvolvidas pela faculdade de medicina da Universidade Western, localizada no sudoeste de Ontário, no Canadá, que buscam aproximar as comunidades indígenas da escola médica (SADLER *et al.*, 2017). Sadler e colaboradores (2017) descrevem que a faculdade de medicina passou a ter indígenas a partir de 2002, com o início de PAA, sendo que, atualmente, buscam se relacionar com os povos indígenas que ficam na região da instituição, estabelecendo laços de colaboração. Dessa forma, a faculdade de medicina tem realizado algumas ações, como: atividades acadêmicas nas comunidades indígenas, tanto relacionadas à saúde como para divulgar as PAA para acesso de indígenas; participação de lideranças indígenas na construção dos processos seletivos e programas ligados às PAA e em algumas atividades acadêmicas; realização de eventos compartilhados; construção de estratégias compartilhadas para estabelecer um espaço culturalmente seguro no campus e serviços direcionados para estudantes indígenas; inclusão de tópicos-chave sobre a saúde e a cultura indígenas no currículo (SADLER *et al.*, 2017). Assim, a instituição tem conseguido favorecer o acesso e a permanência dos estudantes indígenas nesse ambiente acadêmico e assumir sua responsabilidade frente aos povos indígenas da região, apesar de destacarem que ainda há aprimoramentos necessários nas ações desenvolvidas.

No Brasil, a partir das experiências narradas pelos participantes da pesquisa e pelas observações que realizei nas instituições, fica marcada a ausência de aproximação às comunidades indígenas durante as atividades do curso. Quanto à

abordagem estruturada sobre a saúde indígena nos currículos de medicina, mesmo que teórica, também há uma inexistência, apesar de alguns avanços iniciais com as DCN de 2014. Nesse contexto, reconhece-se a importância de aprendizados no campo da saúde indígena, para estudantes indígenas e não indígenas, que deve estar atrelada e direcionada à saúde pública no país, inclusive para as populações indígenas, que permanecem invisibilizadas em grande parte dos currículos

Essa lacuna indica a emergência de construções nesse sentido, inclusive na definição de aprendizados e competências a serem desenvolvidos durante a graduação. Algumas abordagens sobre saúde indígena têm acontecido por iniciativa dos indígenas, ou ainda provocadas pela própria presença deles nos cursos, indicando-se que a inserção dos indígenas nas escolas médicas pode favorecer aprendizados iniciais sobre sensibilidade cultural no cuidado em saúde.

#### **8.4 Construções possíveis sobre saúde indígena na universidade**

##### ***me encontrei naquele momento***

Nas entrevistas realizadas, os estudantes indígenas relataram a existência de atividades extracurriculares relacionadas, direta ou indiretamente, à saúde dos povos indígenas, sendo que algumas delas foram buscadas para suprir as lacunas de aprendizados nessa temática. Dentre elas, eles destacaram uma disciplina optativa em saúde indígena, que era desenvolvida em uma das universidades e ofertada para todos os cursos da área da saúde:

*[...] A disciplina de saúde indígena é um espaço para discutir um pouco essas questões. [Vários falam ao mesmo tempo e confirmam que sim]*

*Infelizmente, ela não é obrigatória para os cursos, deveria ser [...].*

*É, eu fiz ela no primeiro semestre do ano passado. Assim, pela generalidade, é muito interessante, para quem não conhece sobre como é, de fato, a saúde indígena e o povo. É algo muito bonito e interessante, mas só que eles pegam coisa que foge muito da realidade. [...] É algo que a gente fica, assim, meio que na aula, querendo falar, mas não fala. Mas é complicado, porque saúde indígena hoje, se for para debater esse assunto na universidade, é muito mais complicado que isso. Mas eu achei uma iniciativa muito boa para aqueles que não conhecem, e acaba também passando um*

*pouco mais da realidade do que é um indígena na universidade. E o que é, mais ou menos, o que é a saúde indígena.*

*É, mais introdutória. O que é saúde indígena do SUS, é mais sobre o sistema mesmo do SUS.*

*Então, mas o interessante, o legal da disciplina, é que a professora sempre tenta levar alguns indígenas para a aula e tenta levar um pouco da experiência, tipo, assim, o povo: “Nossa! Você é indígena? Não tem fenótipo”. Você tenta levar um pouco do que é vivenciado, algumas coisas tradicionais. Levam a questão do subsistema que não acontece o mesmo do papel, mas apresenta também um pouco do povo, do que é que acontece de fato, de experiências reais. O que eu acho legal é essa troca de cultura também, da pessoa poder trocar o saber.*

*E a disciplina é aberta para todos os cursos da área da saúde (Roda 6).*

Interessante destacar que os participantes dessa roda de conversa discutiram sobre a importância da disciplina optativa, todavia defenderam que essa deveria ser uma disciplina curricular para os cursos da saúde. Além disso, eles avaliaram a disciplina como mais potente quando houve participação de indígenas na realização das atividades, pois alegaram que, às vezes, a disciplina “fugia da realidade”. Outro aspecto relevante a ser destacado nessa conversa é que os participantes avaliaram que, para eles, indígenas, as discussões eram superficiais e que não conseguiam avançar nos assuntos mais complexos, devido à maior parte dos outros estudantes não terem um conhecimento básico sobre a temática indígena, como discutiram na continuação da mesma roda:

*O engraçado da disciplina é assim... é que a gente que é indígena... se a disciplina fosse para a gente mesmo, o debate seria bom. Falar da saúde indígena, na perspectiva de um indígena, é muito bom. Mas você chega lá, aí chega um estudante e pergunta: “Você é indígena?” Aí a gente tem que começar a falar do início, o que é ser indígena, porque eu sou assim, porque meu cabelo é assim... Começa toda essa história e a gente perde bastante tempo, nem chega direito na saúde indígena mesmo.*

*Fica na questão da identidade, né?*

*[...] Para você contextualizar a saúde indígena, tem que trabalhar outros fatores, né? A territorialidade, a questão da identidade, a luta dos povos indígenas, principalmente na questão do território, as questões de direito, espiritual também. Então, até chegar na saúde indígena tem que passar por todos esses âmbitos, porque a saúde indígena não está só na saúde, como é em todos os outros.*

*Saúde é saúde. Saúde indígena tem que trabalhar tudo até chegar em saúde, para contextualizar isso até o final da disciplina. Então, você não consegue chegar muito bem no que seria a disciplina em si. Foi como ele falou, se fosse só os indígenas seria um outro trabalho, uma outra visão e conseguiríamos avançar mais. Talvez pudesse ter uma outra disciplina e conseguiria chegar ao que hoje a gente tem nos debates do movimento indígena [...],, que tem uma discussão muito mais ampla e focada do que é a saúde indígena (Roda 6).*

Para um dos estudantes indígenas, entrevistados individualmente, a busca para suprir as lacunas de aprendizados sobre saúde indígena aconteceu em disciplinas eletivas em áreas afins:

*Eu fiz duas disciplinas, fiz uma agora também que era sobre Saúde e Relações étnico-raciais, e a gente falava além dos povos indígenas, porque a professora era do Direito e era especialista nisso, falava também sobre povos ciganos, quilombolas, povos de terreiro. [...] Eu fazia uma disciplina de Bioética e Biodireito, falando também sobre população indígena. [...] Ela não falava tanto assim, ela falava mais sobre bioética, mas eu precisava instrumentalizar aquilo para alguma coisa que me tivesse serventia. [...] E daí eu peguei todas essas ferramentas que a faculdade ia me dando para colocar em alguma coisa que tivesse utilidade, sabe? (UBÁ KRIKRI).*

Na fala de *Ubá Krikri*, ele evidenciou que as disciplinas eram de áreas correlatas e não específicas de saúde indígena, embora ele tenha buscado fazer essa aproximação. Dessa forma, desde sua proatividade, ele se esforçou para construir a sua trajetória de aprendizagem nesse campo, partindo de algumas oportunidades que a instituição lhe ofereceu.

Os projetos de extensão também foram destacados como importantes espaços para construção de aprendizagens em saúde indígena, tendo demandado o empenho de alguns professores comprometidos com a defesa dos direitos indígenas:

*Tem um professor na universidade, que ele foi nosso professor de genética e ele trabalha com populações indígenas, ribeirinhas e quilombolas. [...] E aí, eu recebi esse convite para participar de ações na comunidade indígena, aí eu aceitei de primeira, eu disse: “bora sim”. Então, eu aceitei essa oportunidade, a gente foi lá para a primeira, a primeira comunidade que eu fui foi lá em Tucuruí, e daí a gente foi e passou uma semana lá fazendo ação. E daí como eu não tinha muita experiência ainda em atendimento – porque a gente nem fazia isso ainda direito, era uma vez ou outra, estávamos no básico ainda – então, eu fiquei observando os médicos atendendo e fiquei*

*ajudando onde eu pude. E foi uma experiência muito gratificante, pois lá eu encontrei algumas pessoas da minha etnia, eles falavam: “ah, eu sou da sua etnia também, só que eu vim morar para cá”. Então, a gente se encontrou, né? Eu me senti em família. E aí, a gente ficou fazendo essas atividades com ele, com as comunidades indígenas, a gente foi também para algumas comunidades quilombolas e ribeirinhas, então, foi muito legal, porque eu me vi naquilo, sabe? Eu tive a certeza que eu estava no caminho certo: “é isso que eu quero fazer”. Eu gostei muito, me encontrei muito naquele momento, fui muito bem recebida, foi muito legal, aí até hoje a gente faz sempre o que a gente pode (TENETEHR).*

*E foi o período que eu tive mais contato com o atendimento e extensão nas aldeias com professores que eram comprometidos com a questão indígena e, unindo isso, estar no consultório e estar em aldeia também foi bastante importante, para eu decidir de vez, porque eu sempre quis sair, desistir, sentimento de nunca conseguir. E aí, isso deixou de ser individual, uma escolha individual, se tornou uma escolha coletiva, porque eu comecei a ver a necessidade do nosso povo, nesse projeto de extensão, e como fazia bem para mim, enquanto profissional de saúde atuante dentro da aldeia, sob supervisão, claro, mas como isso fazia bem, como esse retorno era bom para mim como indígena, não só como um futuro médico, como era bom atender parente e ver que a gente estava fazendo um bem para quem precisava. Eu me sentia melhor ainda atendendo na aldeia sem jaleco e sem nada, do que em um consultório, hospital ou UBS aqui na capital (FOCAJ).*

Como narrado por *Tenetehar* e *Focaj*, as participações em projetos de extensão em saúde indígena favoreceram a implicação dos indígenas estudantes de medicina com a causa indígena, reconhecendo-se as demandas das comunidades localizadas na região das instituições de ensino. Dessa forma, alguns aproximaram-se de povos indígenas diferentes de suas etnias, sendo que essa atuação de extensão favorecia a permanência deles no curso e a superação de dificuldades para conclusão deste.

Em outras instituições brasileiras, alguns projetos de extensão surgem como possibilidade de aproximação com o contexto e a saúde indígena, como identificado em alguns artigos. Uma extensão universitária, realizada por professores e estudantes do curso de enfermagem e zootecnia da Universidade Estadual de Santa Catarina (UDESC), buscou provocar o diálogo e a aproximação entre universidade e populações indígenas, tendo sido desenvolvida junto a adolescestes e adultos jovens de uma aldeia Guarani (VENDRUSCOLO *et al.*, 2014). Segundo os autores, as práticas incluíram oficinas sobre arte, qualificação profissional, educação e saúde, com base nas necessidades da comunidade. Nos encontros, foram

problematizados os temas: cultura, sexualidade, abuso de drogas e apicultura. Vendruscolo e colaboradores (2014) relataram que houve obstáculos relacionados à distância geográfica e de acesso às terras indígenas, todavia conseguiram realizar todos os encontros previstos. Descreveram, assim, que o projeto de extensão possibilitou aos indígenas a construção coletiva de práticas de promoção da saúde e qualificação profissional; aos estudantes, oportunizou-se conhecer e vivenciar o serviço de saúde indígena local, aprender sobre a construção de atividades de educação e a realização de práticas de cuidado em saúde; aos docentes, a extensão promoveu o exercício de metodologias ativas de ensino, a partir de movimentos da problematização (VENDRUSCOLO *et al.*, 2014).

Em outra extensão universitária na saúde indígena, Guimarães e colaboradores (2015) descreveram o projeto “Práticas Médicas Indígenas e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: ações na CASAI/DF”, desenvolvido na Casa de Saúde Indígena (CASAI) do Distrito Federal, com participação de estudantes dos cursos de Saúde Coletiva, Terapia Ocupacional, Enfermagem, Farmácia, Medicina e Ciências Sociais da UnB. Os autores discorrem que eram desenvolvidas oficinas e rodas de conversa para o compartilhamento de experiências vividas pelos indígenas em suas comunidades de origem e no atendimento que estavam recebendo no espaço urbano (GUIMARÃES *et al.*, 2015). Ao longo do processo de desenvolvimento das atividades, perceberam que, para os indígenas, a extensão potencializava a construção de ações que permitiam “subverter o espaço disciplinador” da CASAI e, para os estudantes, era possível experienciar situações de desigualdades na saúde, provocando a reflexão sobre os processos de saúde e adoecimento dos povos indígenas e a maneira como são vivenciados por tais povos (GUIMARÃES *et al.*, 2015). Dessa maneira, nesse projeto é interessante destacar que as atividades foram desenvolvidas na zona urbana, relativamente próximas à UNB, o que não demandou grandes deslocamentos, podendo servir de inspiração para outras instituições.

Entretanto, nesses projetos de extensão da UNB e da UDESC, não foi destacado se houve a participação de universitários indígenas, o que certamente implicaria em outras aproximações e aprendizados. Vale ser salientado que tanto nos projetos de extensão da UDESC e da UNB, como nas narrativas apresentadas por *Tenetehar* e *Focaj*, houve a descrição de que a extensão favoreceu o aprendizado experiencial sobre a saúde indígena. Adicionalmente, cabe ser

ressaltado que, na narrativa representativa da categoria, também narrada por *Focaj*, o aprendizado a partir da experiência de atendimento a um “pajé com dor lombar” provocou uma nova compreensão sobre o cuidado em saúde indígena. Outro estudante, *Nenxah*, narrou a importância de se ter experiências nas aldeias, o que ele acredita que poderia ser por meio da extensão:

*[...] até porque longe da comunidade, às vezes, é ruim, né? Porque a gente está muito distante, temos comunidades aqui próximas, mas que ainda estão se encaminhando, crescendo, se estabelecendo nos lugares. A maior parte se concentra lá para o norte do estado e a nossa carga horária no curso de medicina também é muito pesada, então, acaba que a gente não consegue fazer outras atividades muito longe ou que demandam bastante tempo para isso [...] E talvez isso fosse possível por algum projeto de extensão, para a gente ter experiência mesmo na saúde indígena, mas eu não tive isso (NENXAH).*

Ainda no âmbito da extensão universitária, as ligas acadêmicas sobre saúde dos povos indígenas foram descritas como iniciativas com protagonismo dos próprios estudantes indígenas em suas construções, conforme narrado por *Typa*, embora houvesse a participação de outros universitários em sua composição:

*Mas aqui, tipo, eu acho que tem oportunidade, agora com a liga você tem como promover, como também, participar. Isso com a Liga de Saúde Indígena. A liga surgiu a partir do coletivo de indígenas, tipo, alguns do grupo da medicina discutiram com os professores a possibilidade de criar uma liga. E ela foi desenhada de forma a estar trabalhando de uma forma mais aberta sobre o que é a saúde indígena, sabe? E ela foi bem aceita, tanto é que ganhou uns prêmios bem importantes na semana acadêmica, e isso é bom para gente. É uma liga aberta para quem quer participar, então, tem tanto indígenas, como não indígenas. [...] E eu estou tentando ver um projeto que a gente pudesse já começar a colaborar na aldeia próxima daqui, e não esperar que a gente se forme, para que a gente possa retribuir para a comunidade. Um projeto que a gente pudesse já começar e não esperar que a gente se forme, para que, de alguma forma, a gente possa retribuir para a comunidade. Mas já começar de agora e tentar fazer trabalhos voluntários lá no postinho da comunidade. Tem uns professores que estão... tem um pessoal aqui da universidade que é da Liga de Saúde Indígena, daí eles querem contribuir nisso. Eu vou ver se eu consigo uma pessoa de referência para medir pressão, sabe? Para ir fazendo algum trabalho nessa área de saúde para que, de alguma forma, a gente possa estar contribuindo com a comunidade daqui (TYPA).*

Outra liga acadêmica, essa descrita por *Ratriksiê*, não era específica sobre saúde indígena, porém sobre populações em vulnerabilidade social e invisibilizadas nos cursos de medicina. Ele descreveu que a liga surgiu devido à necessidade de se debater e aprender, de forma transversal, na formação médica sobre a saúde na diversidade de pessoas e grupos. Outrossim, essa demanda surgiu na narrativa de *Mbarete*, indicando que havia essa lacuna na graduação:

*Como eu tinha falado, no primeiro semestre, a gente já se reuniu, eu indígena, o outro colega quilombola e outros colegas LGBT de várias populações, e aí, a gente resolveu criar uma liga em saúde de populações em vulnerabilidade social, então, a gente se apoiava muito. Na Liga, a gente já desenvolveu bastante coisa pensando assim nas vulnerabilidades desses grupos, que a gente mesmo da liga pertence. Isso foi muito positivo para todos nós, não só no conhecimento, mas também para se apoiar (RATRIKSIÊ)*

*E eu acho importante que fosse debatido mais sobre a questão da saúde indígena no curso. Não só sobre os indígenas, assim, tipo, saúde dos quilombolas, por exemplo, eu não conheço nada e provavelmente eu não vou conhecer, sabe? Mas, talvez, assim, essa questão de diversidade de pessoas que vai ser o público que a gente vai trabalhar. Talvez, isso seja mais importante do que só especificamente a saúde indígena, mas pensando nas diversidades (MBARETE).*

O PET Indígena também foi relatado como impulsionador para construção de espaços sobre saúde indígena, na articulação entre pesquisa e extensão. Como pode ser observado nas narrativas abaixo de *Mayá* e *Ratriksiê*, eles ressaltaram o aprendizado no grupo com indígenas de vários povos em uma rede de relações, tanto internamente na instituição quanto externamente:

*Então, no curso, eu participei do PET, que eu esqueci de falar e também foi um programa bem importante que faz você entrar em contato com outros indígenas que vão no projeto juntos. E, então, a gente acaba fazendo projetos na aldeia e eu sempre trazia essa discussão com meus colegas: “Olha, a gente está desenvolvendo tal coisa numa visão um pouco diferente quando você trabalha, por exemplo, questões de educação em saúde”. Na minha comunidade, eu cheguei a trabalhar sobre questões voltadas à obesidade, à alimentação, e aí, você vai enxergando como que pode ser feito de outra forma. Aí eu trazia isso nos grupos das discussões o quanto que é diferente você abordar essas questões numa comunidade, porque você pensar que a base da alimentação vem de uma agricultura familiar, a caça, pesca, lá onde eu moro o rio é bem próximo, só que você não tem mais tanta matéria prima disponível e aí você acaba recorrendo a outras medidas e acaba tendo uma*

*alimentação muito precária, porque você vai comprar o que é mais barato e aí acaba desenvolvendo esses quadros de obesidade, de doenças crônicas que tem na população em geral, que continua tendo lá, só que a gente continua com o perfil de doença infecciosa maior do que no geral. [...] Isso tudo fazia parte do PET (MAYÁ).*

*Eu acabei trabalhando bastante com plantas medicinais, tanto em pesquisa, como em extensão. Fui bolsista do PET indígena também, então, eu trabalhei com algumas comunidades no estado, com a minha e outros povos também. Então, eu trabalhei um pouquinho com essas comunidades, participando em eventos, teve um projeto da FAO<sup>24</sup> também através do centro de agricultura alternativa, e aí eles estavam fazendo um planejamento de sustentabilidade nesses territórios e eu visitei vários territórios de comunidades quilombolas. E isso ajudou bastante, porque eu acabei conhecendo várias experiências (RATRIKSIE).*

Conforme já apontado no capítulo 4, os grupos PET Indígena surgiram da articulação do Programa de Educação Tutorial e do Programa Conexão de Saberes, tendo sido criados a partir do edital 09/2010 do MEC, possibilitando que as IFES constituíssem novos grupos PET, compostos, exclusivamente, por indígenas, estudantes de graduação (FREITAS, 2015). Assim, surgiram 17 grupos PET Indígena em 15 diferentes IFES, nas cinco regiões geográficas brasileiras. Cabe ser ressaltado que esse foi o único edital para a criação desse tipo de grupo PET e, dessa maneira, não houve possibilidade de ampliação, mesmo depois do avanço no ingresso dos indígenas no ensino superior, devido à lei de cotas e outras PAA. O objetivo do PET Conexão de Saberes é:

Desenvolver ações inovadoras que ampliem a troca de saberes entre as comunidades populares e a universidade, valorizando o protagonismo dos estudantes universitários beneficiários das ações afirmativas no âmbito das Universidades públicas brasileiras, contribuindo para a inclusão social de jovens oriundos das comunidades do campo, quilombola, indígena e em situação de vulnerabilidade social (BRASIL, 2021).

Desse modo, a proposta do PET Conexão de Saberes para os universitários indígenas buscou articular ensino, pesquisa e extensão, com diálogo entre universidade e comunidades indígenas, “de modo a se contrapor à tendência etnocêntrica do ensino superior no Brasil” (LIMA, 2015, p.7). Nas atividades protagonizadas pelos universitários indígenas, são envolvidas outras pessoas da

---

<sup>24</sup> Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO). Criada em 1945, essa agência da Organização das Nações Unidas se comprometeu a auxiliar o combate à fome e à má nutrição, e a tornar sustentáveis as atividades agrícolas pelo mundo.

universidade (pesquisadores, docentes, estudantes não indígenas, técnico-administrativos) e indígenas externos à instituição (xamãs, lideranças, professores indígenas, entre outros), o que amplia o caráter pluriétnico dos grupos PET Indígena (FREITAS, 2015).

Ainda segundo Ana Elisa de Castro Freitas, que organizou um livro sobre o trabalho do PET Indígena no Brasil, esses grupos têm demonstrado a possibilidade de diálogo com diversas “alteridades coletivas”, fortalecendo suas narrativas identitárias e o reconhecimento de suas diferenças, que são desafios na trajetória desses intelectuais indígenas e para a construção de uma universidade pluriétnica (FREITAS, 2015. p.15).

Segundo André Lázaro (2015), professor da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, que atuou no MEC entre 2004 e 2011, a articulação com o Programa Conexão de Saberes possibilitou ao PET “incluir a diversidade” e “transcender o caráter elitista que o havia constituído”, promovendo “a extensão em diálogo com a pesquisa” (LÁZARO, 2015. p.26). Assim, segundo ele, o PET Indígena é “herdeiro de uma tradição acadêmica de afirmação da diversidade como valor no ambiente acadêmico” e deve buscar estabelecer um espaço de diálogo intercultural (LÁZARO, 2015, p.27).

Nesse sentido, alguns dos grupos PET Indígena buscaram trabalhar com a temática da saúde indígena, mesmo os que não tinham esse foco central, tendo alguns dos entrevistados participado dessas experiências, como narraram *Mayá* e *Ratriksiê*. Outro entrevistado, *Xinã Bená*, também narrou sua participação no PET Indígena:

*No PET que a gente conseguiu discutir a questão indígena como um todo. A gente fez um Workshop, o primeiro foi para falar sobre 10 anos da Lei Sergio Arouca. A gente fez esse evento para trazer a questão da... que tem um subsistema, né? Que trata a questão da saúde indígena, mas que as escolas de medicina do Brasil não trabalham essa questão na grade do currículo. [...] Eu fui em várias comunidades com os colegas durante o PET, de trabalho de extensão mesmo, de fazer educação e saúde. Mas, na medicina em si, em nenhum momento eu tive essa oportunidade [...] de falar da saúde Indígena, foi só mesmo no PET (XINÃ BENÁ).*

Na narrativa acima, verifica-se que no PET Indígena *Xinã Bená* teve oportunidade de discutir sobre saúde indígena, o que não aconteceu nas atividades do curso de medicina. Ademais, além da extensão em comunidades, eles realizaram

um “workshop” sobre as políticas de saúde indígena, com foco na discussão sobre o SASISUS, o que pode ser compreendido como um papel educativo, proporcionado pela presença do universitário indígena, para toda a comunidade acadêmica. Assim, percebe-se que a organização de eventos relacionados à saúde indígena era, complementarmente, uma estratégia para visibilizar a saúde indígena na universidade e na graduação de medicina, mesmo que reconhecidamente inicial, como destacou *Nenxah*:

*As pessoas tinham muita curiosidade para saber algumas questões, mas nunca conseguimos espaços para discutir essas questões de saúde indígena no curso [...] Curiosidade tinham bastante, né? Era grande a curiosidade, as pessoas que me viam e me conheciam queriam saber como é que é a saúde indígena, então, a gente fez alguns fóruns aqui. Trouxemos algumas pessoas que trabalham com saúde indígena, mas não é a mesma coisa de ter uma vivência na comunidade, né? Isso já é uma experiência, né? Mas não teve de a gente estar fazendo alguma coisa relacionada a isso (NENXAH).*

Nesse esforço de construir espaços para discussão e aprofundamento de conhecimentos da saúde indígena, alguns estudantes indígenas destacaram a organização de um ambulatório específico para o cuidado em saúde indígena, vinculado ao hospital na própria universidade, conforme narrado na sequência por *Tauá*, que participou desde o início dessa iniciativa:

*Esse ambulatório de saúde indígena eu participei dele, assim, desde que ele foi construído. Na inauguração, eu já fui inserido nele, e é uma troca, na verdade. O povo pensava como se a gente estivesse sendo forçado a fazer um serviço para o hospital, sendo que não é bem isso. A gente vai lá, porque o indígena quando chega no hospital, ele fica realmente perdido, em falar a língua, ele tem medo de perguntar, muitas restrições também. Como eu falei, o homem médico não pode falar com a mulher e ele vai lá e fala, então, se a gente estiver lá já fala para ele: “Olha, conversa primeiro com o marido, para depois falar com a mulher”. Quem vê de fora pensa que a gente está fazendo trabalho escravo, porque, muitas vezes, não recebe, mas é mais uma troca, assim, a gente conhece povos diferentes, eles também nos conhecem. Quando nos veem no corredor já é diferente, já pedem para ir lá. Quando eu estou em aula, às vezes eu sou tirado da sala: “Chama o menino do ambulatório para eu conversar”, e aí, o professor me tira da sala: “Vai lá resolver, porque está tendo não sei o quê, a mulher está brigando, não quer tomar medicamento, vai lá conversar com ela”. Então, o ambulatório deu essa ligada nos povos indígenas da região que ele atende, lá no Hospital Universitário. Para mim, é uma experiência muito boa de aprendizagem, é uma troca, eu aplico o que eu aprendo*

*na medicina ocidental, ao mesmo tempo, estou trabalhando o meu entendimento de saúde tradicional, ao mesmo tempo estou aprendendo sobre os meus parentes e os meus povos ali, e eles também estão sendo acolhidos e recebidos, e o professor também está ali aprendendo (TAUÁ).*

A narrativa de *Tauá* trouxe uma riqueza de encontros e aprendizados, proporcionados pelo ambulatório de saúde indígena. Percebe-se o protagonismo dele, estudante indígena, em atuar nesse espaço e o compromisso com as pessoas indígenas, que passam por atendimento. Segundo ele, o ambulatório é uma “experiência muito boa de aprendizagem”, relatando uma série de repercussões, como: a ampliação de sua rede de relações com outros povos indígenas (e aprendizado sobre as culturas de outros povos); a aproximação de diferentes modelos de atenção à saúde (o que ele tem estudado no curso de medicina e o “entendimento de saúde tradicional”); o acolhimento aos pacientes indígenas no hospital e o aprendizado dos professores que desenvolviam a atividade. Na sequência, *Tauá* ainda narrou que, no ambulatório de saúde indígena, estudantes indígenas que não fossem de cursos da área da saúde também colaboravam:

*O que a gente faz lá dentro... todo indígena entende de saúde, ele pode não ter aquela ligação com o tradicional, como o mais velho tem, mas ele entende da saúde dele. Então, o ambulatório dá essa possibilidade do estudante da engenharia, por exemplo, também participar e de estar lá dentro, porque ele sabe o que outro parente precisa naquela hora, mesmo não estando dentro da saúde, medicina, enfermagem, nutrição, a gente tem esse cuidado (TAUÁ).*

Interessante na fala de *Tauá* a compreensão de que todos os estudantes indígenas tinham alguma compreensão sobre saúde, não sendo algo restrito ao grupo que estava estudando um curso da área da saúde. Assim sendo, embora estivessem no espaço do hospital, onde a biomedicina é hegemônica, por meio do ambulatório buscavam aproximar outros modelos de atenção, como as medicinas tradicionais indígenas e, talvez, prestar alguns cuidados de autoatenção.

Portanto as diversas atividades extracurriculares foram destacadas como espaços para construção dos aprendizados sobre saúde indígena, tais como: disciplinas de saúde indígena e áreas afins, projetos de extensão, ligas acadêmicas, PET Indígena, organização de eventos relacionados à temática e criação de um ambulatório de saúde indígena. Essas construções possíveis foram narradas como estratégias com protagonismo dos estudantes indígenas, que buscavam, de certa

forma, a ruptura da colonialidade e a quebra de domínio e hegemonia da biomedicina na escola médica, que invisibiliza tanto a saúde indígena como os próprios indígenas. Um dos estudantes, *Ubá Krikri*, entendia sua passagem pelo curso de medicina como um instrumento para construções futuras:

*Eu estou transformando a faculdade em um instrumento, e aí, se a faculdade é para ser um instrumento dentro desse contexto que a gente vive, que seja um instrumento muito útil, então, que eu consiga me apropriar do que a medicina tem a oferecer, o melhor possível. A ciência não é ruim, sabe? Ela tem a parte boa dela, então, se ela pode ser boa, que eu consiga entender qual é a parte boa dela, que é útil, entender isso me faz pensar melhor como seria o meu futuro. [...] E pensar o futuro é pensar no que eu posso construir a partir do que eu vivo aqui (UBÁ KRIKRI).*

Da mesma forma que *Ubá Krikri*, as diversas atividades extracurriculares foram narradas como indicativos de experiências que poderiam oportunizar a construção de novos conhecimentos e saberes para esses futuros profissionais de saúde, suas comunidades, universidades e sociedade em geral, que seriam ainda mais potentes se construídas a partir da interculturalidade. Aqui, se utiliza a expressão de interculturalidade na perspectiva crítica, conforme defendido por Catherine Walsh (2019), ou seja, não apenas como uma interrelação ou comunicação entre diferentes culturas, mas a partir do processo decolonial dinâmico e permanente, uma aprendizagem que traga legitimidade mútua, simetria e igualdade (WALSH, 2019).

Ainda nessa direção, Walsh (2019) defende que esse seja um intercâmbio entre as pessoas, em que se constroem conhecimentos, saberes e práticas culturalmente diferentes, buscando desenvolver um novo sentido entre elas nas suas particularidades e diferenças, transgredindo as fronteiras do que é hegemônico.

Partindo-se dessa compreensão de interculturalidade, percebe-se que, ao longo da pesquisa com indígenas na escola médica, eles pouco tiveram oportunidades programadas para que houvesse construções interculturais na perspectiva crítica, sendo que as que aconteceram foram em espaços conquistados e protagonizados por eles, como foi o caso do ambulatório de saúde indígena e de algumas outras atividades descritas acima.

## 8.5 Perspectivas sobre o indígena médico

### *outra coisa é um parente voltar*

A partir da trajetória já percorrida pelos indígenas estudantes na escola médica e de suas vivências histórico-culturais, os participantes da pesquisa aventaram as possibilidades de sua atuação futura enquanto médicas e médicos, principalmente no cuidado em saúde dos povos indígenas. Nessa direção, narraram sobre os possíveis encontros entre a biomedicina e outros modelos de atenção, discutindo possibilidades de complementaridade:

*Então, a gente, enquanto estudante de medicina indígena, depois enquanto profissionais, então, a gente tem esse conhecimento ocidental e tem também esse conhecimento tradicional. Então, a gente pode estar ali fazendo o intercâmbio entre as duas coisas, fazendo a conexão ali e sabendo separar também mais as coisas (TENETEHAR).*

*É uma questão que eu quero voltar para a comunidade, pensando nessas terapêuticas complementares, para a gente tentar ao mesmo tempo valorizá-las e implantá-las e, ao mesmo tempo, cuidando tanto do aspecto biomédico continuado, mas em conjunto, sabe? não uma coisa isolada (MAYÁ).*

Todavia os entrevistados reiteraram que os cursos de medicina tinham dificuldade em reconhecer o pluralismo médico e possibilitar a aproximação de diferentes conhecimentos e saberes, tendo sido um desafio permanente buscar compreender que diferentes modelos de atenção e racionalidades poderiam se somar:

*E, eu percebi que, para o médico não indígena, até os meus professores, eles não veem isso como algo que se soma, eles veem como algo que se contrapõe, algo que se prejudica, e o que é prejudicial para alguns professores, eles fazem questão de falar isso em sala de aula, eu ficava até meio balançado: “é que a medicina tradicional atrapalha a medicina ocidental”. E, por várias vezes, eu me peguei pensando: “Mas atrapalha mesmo? Será que atrapalha?”. E eu tentava não ir por esse lado, porque eu sabia que ia ser prejudicial quando eu fosse atender em aldeia, eu querer ir contra essa cultura, porque é a minha cultura (FOCAJ).*

*Eu ainda não sei como vai ser trabalhar com a saúde indígena. Tem a questão da barreira cultural, de você muitas vezes querer impor uma medicina técnica ou farmacêutica para um povo que já está acostumado, principalmente, para os mais... os mais velhos e tal, com outra forma de ver os problemas de saúde. Eu acho que eu vou*

*ter que aprender a ver essas duas coisas, porque eu sou indígena, mas não sei de tudo dessas outras formas de ver a doença. E na faculdade eu aprendi só a medicina ocidental. Então, eu vejo que é um desafio. Vai ser um desafio ser médico e trabalhar na saúde indígena (XINÃ BENÁ).*

Nas narrativas acima, de dois estudantes que estavam no final do último ano de graduação, fica marcada a preocupação em como será atuar na saúde indígena, já que tiveram uma formação restrita à biomedicina e não aprenderam na escola médica a reconhecer e atuar de forma complementar com outras medicinas. Dessa forma, ao narrarem seus questionamentos sobre a atuação médica futura, eles reconheceram que haveria uma zona de contato entre a biomedicina e os conhecimentos tradicionais indígenas, o que Fóller (2004) denomina de intermedicalidade.

Por intermedicalidade, entende-se o espaço construído entre diferentes tradições médicas, ou seja, significa que “existe um elo pelo menos entre dois discursos de conhecimento”, possibilitando um fluxo de conhecimento entre os discursos biomédicos e as medicinas indígenas (FÓLLER, 2004, p.143). Assim, segundo Fóller (2004, p. 143):

*Tanto na prática como na teoria há uma sobreposição dos conhecimentos médicos construídos nas variadas tradições, embora permaneçam limites e distinções, uma vez que cada corpo de conhecimentos se origina de um discurso diferente. Esses sistemas podem se adaptar mutuamente, competir ou interagir de várias formas – em dependência das estruturas de poder e resistência em jogo, resultando em um processo de reconstrução de conhecimentos.*

Nesse contexto de se reconhecer o pluralismo médico e de se avistar a intermedicalidade, umas das entrevistadas, *Tottem*, narrou que, além de estar estudando medicina e tornando-se uma especialista no modelo de atenção biomédico, ela também estava em preparação para ser pajé. Essa foi a única situação desse tipo trazida pelos participantes da pesquisa. Ela diferenciou os dois processos formativos e a atuação dos dois especialistas, além de dizer que, futuramente, pretendia “pegar os dois e construir um caminho integrado”:

*A preparação de pajé, para quem nasceu com essa vocação, que apresentou sinais, você não sai formado, você transcende. Isso. Você transcende, você fica mais iluminado, você cresce, porque você tem que abrir mão de várias coisas. [...] Então, não é a mesma coisa.*

*Para o Índio, não é a mesma coisa, ser pajé e ser médico. Não é a mesma coisa. Trabalham coisas diferentes. [...] Tem muito a ver com a intuição. A intuição é uma outra ciência, que, na medicina indígena, a gente trabalha muito e tem a ver com o autoconhecimento, coisa que não é prática da medicina ocidental. “Intuição na medicina ocidental? Como assim?” “Autoconhecimento? Invocar o poder do quê?” “Das plantas? Não, aqui é duplo cego, randomizado”. O curso médico, ele sufoca a nossa... essa nossa sensibilidade, essa nossa intuição. E eu tenho um chamado para ser pajé também. E eu sei que são coisas diferentes. A medicina científica diz uma coisa, fala assim. A medicina indígena fala de outra forma, então, eu fico, assim, no meio. No meio dos dois, assim, e eu sei que é possível pegar os dois e fazer isso aqui [junta as mãos, entrelaçando os dedos], fazer um novo. Pegar os dois e construir um caminho integrado (TOTEEM).*

Essa situação de *Totem* não foi a habitual entre os entrevistados, pois os demais não eram especialistas e não estavam em formação em medicinas indígenas. Independentemente dessa situação, os indígenas entrevistados disseram que, em sua atuação futura como médicos, estariam imersos em espaços de intermedialidade, podendo construir novas possibilidades de cuidado em saúde indígena. Uma das entrevistadas, *Khante*, narrou uma compreensão nessa direção, trazendo a possibilidade da intermedialidade:

*Então, assim, eu acho que por isso que um médico indígena, assim, ia fazer diferença nessa parte de saber valorizar o conhecimento tradicional, porque tem que... tem que ter os dois conhecimentos... eles têm que ir junto, não pode um ser melhor e nem ser pior. Têm que os dois seguir em frente para dar certo. E eu acho que nessa questão de medicina, acho que nessa parte... até dá para trabalhar em conjunto mesmo. Assim, se um não dá conta... porque minha mãe, que é pajé, ela faz muito isso. Ela faz a parte dela lá, só que está com o médico ali do lado dando remédio, dando alguma coisa. Isso dá certo, só que não dá para trabalhar só a parte da medicina e desvalorizar ou não trabalhar essa outra parte. [...] E eu fico até pensando que quem sabe a gente pode pensar melhor como deve ser a [política de] saúde indígena no futuro, das equipes terem indígenas das comunidades e construir algo diferente do que é hoje. Acho que é um caminho (KHANTE).*

Buscando dialogar com essa perspectiva, destacam-se os resultados de um estudo conduzido por Nascimento, Hattori e Terças-Trettel (2020) com indígenas enfermeiros. Os pesquisadores buscaram identificar os desafios no processo de formação de enfermeiros indígenas no estado do Mato Grosso, no ano de 2017. A partir de entrevistas com 11 indígenas enfermeiros, que atuavam diretamente com a saúde indígena, observou-se que, no cotidiano desses profissionais, havia

integração entre os saberes tradicionais indígenas e os conhecimentos técnico-científicos, sendo que o fato de serem indígenas favorecia esse processo de articulação e não violação do que era diferente do ensinado nas graduações de enfermagem (NASCIMENTO; HATTORI; TERÇAS-TRETTEL, 2020). Outro conjunto de desafios trazido foi a ausência de conteúdos relacionados à saúde indígena na graduação, revelando que havia pouca preocupação ou motivação dos cursos e instituições de ensino em atender as demandas do estado e considerar a diversidade étnica existente. Ademais, relataram as dificuldades relacionadas às questões socioeconômicas, culturais e o enfrentamento de preconceitos nas instituições de ensino durante seu período de permanência nas universidades.

O estudo ainda apontou que todos os entrevistados tinham se formado em universidades públicas do Mato Grosso e que a maior parte tinha iniciado sua atuação na saúde indígena (NASCIMENTO; HATTORI; TERÇAS-TRETTEL, 2020). Esses resultados indicam proximidade com o que foi trazido pelos indígenas, estudantes de medicina, evidenciando-se que há uma tendência de que as atuações dos indígenas médicos também estejam cercadas por esses desafios.

Na narrativa, anteriormente apresentada, *Khante* também indicou que os indígenas, futuros médicos, poderiam construir novas políticas de saúde indígena, o que também foi discutido em uma das rodas de conversa:

*Porque como têm indígenas de vários lugares, e talvez pensar como a nossa política pública de saúde ainda não funciona da maneira que a gente quer. O trabalho da gente da medicina é pensar como a gente pode melhorar e como poderíamos contribuir para o sistema, melhorando o sistema de saúde, podendo [...]*

*Não criar um outro sistema, mas melhorar o que já está. A gente sabe que tem muitas falhas, não só na SESAI, mas no SUS em geral, e de alguma forma... Mas a gente pode mudar um pouco da conduta.*

*Eu acho que a gente pode seguir a regra...*

*Pode ser, porque se a gente tentar... Porque a prática é muito frágil, mas se a gente pegar a política de saúde indígena, ela é muito boa e tem até princípios que são até relativamente simples, não são muitas coisas. Para a gente dar conta daquilo, a gente não dá, mas a política é boa (Roda 6).*

Conforme discutido na roda de conversa, percebe-se a possibilidade de que esses futuros profissionais de saúde possam assumir o protagonismo na construção

e desenvolvimento das políticas de saúde indígena à semelhança do que tem acontecido com a educação escolar indígena.

Nessa possibilidade de construção de políticas de saúde indígena e de formas de atuação na intermedialidade, pode-se pensar em uma “autoria indígena”, que surge a partir de indígenas, profissionais de saúde. Nesse caso, especificamente, trata-se de indígenas médicos. Por autoria indígena, compreende-se um movimento dos indígenas em promover rupturas com a submissão aos construtos da colonialidade (PORTELA; NOGUEIRA, 2016). Assim, de acordo com Portela e Nogueira (2016, p. 157),

[a] autoria indígena não se configura pela origem individual do autor, mas pela assunção de um lugar de fala inscrito no pertencimento étnico como mote da obra, seja ela apresentada na forma de textos escritos literários ou acadêmicos, linguagem audiovisual ou relatos orais, enfim, entre outras formas de narrativa.

Dessa forma, segundo Portela e Nogueira (2016), a autoria se refere ao fato de se assumirem pertencentes a um determinado grupo, isto é, ao coletivo indígena, entendendo essa identificação como uma opção identitária, que se converte em ação política no que é criado, o que no caso dos futuros médicos poderiam ser novas formas de se pensar e agir na saúde indígena. Uma das participantes, *Typa*, trouxe uma narrativa que indica esse direcionamento:

*Eu penso em discutir políticas de saúde que realmente venham beneficiar a comunidade indígena, porque a gente vê que, muitas vezes, as políticas são criadas bonitinhas, mas elas não se efetivam realmente e isso eu sempre busquei, sabe? De construir isso coletivamente, levando em consideração as nossas lideranças, como elas vêm trabalhando, incluindo parteiras, incluindo benzedores, incluindo todos esses anciãos, esses anciãos que fazem parte da cultura indígena, valorizando as plantas medicinais e respeitando a saúde indígena, eu acho que é dessa forma que tem que ser feito. [...] Aí eu estou com esse projeto de... eu queria também fazer uns livros contando a história da minha avó. Queria catalogar algumas plantas medicinais, e aí, eu estou com esse projeto de fazer tipo um instituto, uma maternidade onde só tenha... tipo uma referência de benzedores, de pajés, de parteiras, e expandir isso no Brasil, fora do Brasil (TYPA).*

Na fala de *Typa*, identifica-se o compromisso com a autoria indígena no compromisso político com o coletivo e a comunidade, inclusive, aventando-se maior autonomia e soberania do seu povo. Ela finalizou trazendo que esses projetos de

construção, a partir da interculturalidade e intermedicalidade, poderiam não se restringir ao Brasil, demonstrando uma identificação com povos indígenas em outros países. Outro entrevistado, *Xinã Bená*, narrou intenções de aprender sobre saúde indígena a partir da experiência de outros países que possuem destacadamente experiências exitosas nesse campo:

*Eu pensei em fazer também um projeto para o futuro, como morar em algum país que trabalhe a saúde indígena, como Canadá, Nova Zelândia. Em algum país que tem experiências com área de saúde indígena. Esses são planos futuros, mas mais longe ainda. [...] Porque daria para aprender algumas coisas que eles fazem nesses locais e trazer para cá, ensinar nas universidades. Teria um impacto para os povos indígenas daqui (XINÃ BENÁ).*

Na América Latina, foram desenvolvidas algumas experiências chamadas de saúde intercultural – principalmente, nas décadas de 1980, 1990 e 2000 – que buscaram articular a biomedicina e as medicinas indígenas, tendo como objetivo eliminar relações de exclusão e subordinação entre os diferentes modelos de atenção.

Segundo Menéndez, no México, os objetivos e conceitos dessas experiências de interculturalidade na saúde foram “impulsionados pelos movimentos étnicos”, todavia sua “operacionalização e realização ficou sob responsabilidade das instituições de saúde e de alguns intelectuais indígenas”, não ficando com os movimentos étnicos (MENÉNDEZ, 2016, p.110, tradução minha). Dessa forma, surgiram diferentes e, às vezes, divergentes propostas e ações interculturais, o que levou ao fracasso de várias dessas propostas.

Nesse sentido, Menéndez (2016) elenca algumas questões que dificultaram o êxito dessas experiências, a saber: não se valorizou o que já existia de interculturalidade na saúde, criando-se novos espaços e associações para este fim; as práticas de interculturalidade se davam nos serviços de saúde de características e domínio da biomedicina, o que não era um atrativo para que os indígenas buscassem, nesses locais, a medicina indígena; não foram avaliadas as possíveis barreiras e potencialidades, para que a interculturalidade em saúde fosse institucionalizada; não foram consideradas as desigualdades, pois focaram apenas nas diferenças; não foram ponderados os habituais conflitos entre os especialistas em diferentes medicinas e a tendência de monopolização da biomedicina; pensaram-se as relações como se os sujeitos fossem homogêneos e monolíticos

(MENÉNDEZ, 2016). Assim, ele conclui que as ações interculturais na saúde ficaram focadas apenas nos especialistas e não tinham relação com a vida cotidiana dos povos originários, o que levou a um desinteresse da maior parte da população e uma biomedicalização de parte dos curadores tradicionais (MENÉNDEZ, 2016).

Dessa maneira, tal autor recomenda que a interculturalidade na saúde seja pensada a partir dos sujeitos e grupos sociais, ou seja, partindo-se da autoatenção em um movimento de se reconhecer o que já é realizado e as semelhanças dentro das diferentes medicinas, tendo clareza que não necessariamente a população indígena pensa como o curador tradicional (MENÉNDEZ, 2016). Esse olhar crítico de Menéndez sobre a interculturalidade na saúde no México favorece uma aproximação às complexidades e aos desafios de se pensar a interculturalidade e a intermedicalidade no campo da saúde indígena no Brasil.

Os participantes destacaram, ainda, a importância de o indígena médico compreender costumes e tradições locais, o que seria favorecido por suas trajetórias pessoais de vivências nas comunidades. Assim, no retorno aos seus povos de origem, haveria vínculo e possibilidade de compreender melhor as situações de saúde / doença / atenção e superação do encontro entre “estranhos”:

*Eles confiam na gente. E também para gente retornar, retornar a trabalhar com o nosso povo. Uma coisa é chegar uma pessoa que eles não conhecem e que queira trabalhar ali. Outra coisa é um parente voltar, depois de ter estudado e voltar. [...] Então, eu acho que a gente estudando, a gente tem como ajudar os nossos parentes que ficaram lá, que, por mais que a gente saia da nossa aldeia, mas a gente é ligado ao nosso povo. A gente está próximo daquelas pessoas, então, eu acho que isso é muito importante (ARAPUÁ).*

*[...] porque a gente entende como que é a aldeia, a gente sabe falar a língua, a gente sabe como que é o costume. A gente sabe até onde vai, até onde não pode ir mais, até porque que não pode ir. A gente conhece. Então, acho essa parte é muito importante, coisas que a gente sente falta mesmo assim (KHANTE).*

*Porque em relação ao conceito de saúde, é um conceito bem amplo, eu pensava assim, que o médico poderia fazer muito mais lá. [...] Aí pensei que um médico formado de lá mesmo poderia ajudar muito bem, e também a comunicação, que ele conhece como que funciona lá, a cultura e tudo mais, acho que ajuda bastante. Eu acho que uma das coisas que influencia muito é a comunicação do paciente com... do médico com o paciente, porque, às vezes, tem alguns médicos... ou alguns pacientes que eles não vão se abrir com aquele médico. Não vão contar tudo, não vão falar sobre a sua vida pessoal ali, para aquele médico que é estranho, estrangeiro daquele lugar. Talvez, ele*

*tenha mais facilidade de contar para um médico que é um parente que ele conheça, que ele confie, que ele sabe que ali só vai ficar entre eles. [...] Mas ainda vamos ter que aprender a fazer isso, porque até agora não tem nenhum médico do nosso povo, trabalhando lá com a gente (INSIKIRAN).*

Adicionalmente, os entrevistados trouxeram que, mesmo que não fossem atuar em suas comunidades e povos de origem, tinham habilidades e competências decorrentes de suas trajetórias histórico-culturais, que favoreceriam sua atuação no contexto da saúde indígena:

*Aqui a gente atende em aldeia que o povo não falava português e é muito difícil. Só que como eu cresci com os mais velhos e eles não falavam português também, então, eu já cresci sabendo me comunicar, sabendo entender alguns gestos, algumas coisas que eles falavam, expressões, então, foi um pouco mais fácil para mim, mesmo sendo de outro povo. [...] Eu acho que quando eu for médico, essa parte da minha comunicação vai me ajudar a trabalhar na saúde indígena, mesmo que não seja lá no meu povo (FOCAJ).*

*E, para mim, que sou indígena, fica um pouquinho mais fácil de tentar se colocar... tentar enxergar, respeitar opiniões, tipo, do que aquele aluno que só quer fazer tratamento, de dizer... de chegar a um certo ponto e dizer que: “não, eu que vou dar tratamento para o paciente, porque eu sou médico e eu que tenho que todo conhecimento”. De respeitar também a visão do outro e dizer que: “não, não é bem assim, você tem que enxergar um pouco o que ele está dizendo, se realmente aquele tratamento vai fazer bem”. [...] Essas coisas fazem parte assim do que a gente é e vai continuar sendo quando for médico e estiver trabalhando, talvez nas comunidades (KARI'OCA).*

Os entrevistados complementaram que quando fossem atuar como médicos, embora conhecessem a cultura indígena da qual faziam parte, também precisariam estudar sobre as tradições e costumes ou mesmo a língua indígena, pois o fato de serem indígenas não seria suficiente para um cuidado em saúde qualificado e que valorizasse as singularidades daquele povo:

*A experiência que eu vou ter com a saúde indígena e conhecendo a cultura, né? E eu pretendo trabalhar com as comunidades indígenas, existe uma expectativa muito grande com relação a isso, para que eu volte. [...] Mas a gente precisa ao menos ter uma formação básica para trabalhar com uma questão de indígena que envolve outras coisas, não é só retornar... é uma outra adaptação. Não é porque eu sou indígena que vai ser mais fácil, é outro universo (NENXAH).*

*O meu objetivo é me tornar médico, me formar, e voltar para trabalhar lá. Mas, para eu conhecer o pessoal de lá, bem mais distante, eu deveria aprender a língua para poder me relacionar com aquelas comunidades, porque tem ainda comunidades lá que só falam a língua nativa, que não são próximas daqui. [...] E dar realmente valor a língua deles, do indivíduo que mora lá, eu acho que isso, para mim, eu considero como um grande respeito (INSIKIRAN).*

Outrossim, os participantes da pesquisa refletiram sobre como seria ter um indígena médico na comunidade, destacando que haveria uma outra perspectiva desse profissional, diferente dos não indígenas, incorrendo em uma diferente participação social e compromisso com as necessidades daquela população:

*Aí eu comecei a pensar... porque, assim, uma das coisas que eu pensei em relação a um atendimento do médico que não poderia só ser um trabalho dentro do posto de saúde. Só que... o que acontece quando o médico vai lá, ele só fica no posto, faz o atendimento lá e tudo mais. Está certo que ele está se importando com a saúde do paciente, mas ele não pensa assim: “Poxa, um dia o pessoal daqui se forma na área da saúde, e tudo mais”. Só faz o trabalho dele para a outra pessoa ficar, claro, bem de saúde. E aí, ele volta para sua casa, de onde ele veio e tudo. [...] não é a casa dele lá. Eu acho bem diferente essa relação do médico de fora, trabalhando lá. [...] Agora, o que eu acho que o médico que é da comunidade poderia fazer, ele poderia acompanhar bem mais com objetivo maior: “Realmente tem que mudar algumas coisas aqui e já que eu sou daqui eu tenho que ajudar o pessoal”. [...] Por exemplo, se faltar algum medicamento lá no posto de saúde, o médico vai lá e fala assim: “Eu vou lá incentivar, em tal instituição lá, que está faltando medicamento aqui nesse posto de saúde”. [...] Eu acho que já é uma coisa bem política mesmo dessa parte e eu me preocupei em relação a essas coisas assim, porque, assim, eu acho que o médico que está preocupado com a saúde, do seu bem-estar, ele deveria se preocupar com aquela parte antropológica, com a política do pessoal lá (INSIKIRAN).*

Assim, alguns dos entrevistados defenderam que eles poderiam, em suas futuras atuações enquanto médicos, reconhecer e considerar as singularidades das pessoas indígenas, favorecendo a própria construção do espaço de cuidado a partir de um médico que compreende o que é ser indígena e se envolve no cotidiano das comunidades. Dessa forma, poderia haver maior correspondência entre quem procura o atendimento e quem o oferece, contribuindo para que as perspectivas e as necessidades dos pacientes fossem atendidas.

Nesse contexto, uma pesquisa com indígenas enfermeiros propicia uma reflexão sobre possíveis desafios a serem enfrentados na atuação desses futuros

médicos. Quadros (2016), em sua tese de doutorado, realizou um estudo com 12 enfermeiros indígenas no estado do Mato Grosso do Sul, buscando analisar sua atuação na saúde indígena. A autora identificou profissionais dos povos Guarani, Kaiowá e Terena, analisando que eles concebiam o trabalho como um fim social para as suas comunidades, assumindo protagonismo de ações cotidianas nas aldeias, caracterizado por um “agir político e sociocultural”, que conectava “orientações e práticas de saúde oriundas dos sistemas indígenas àquelas promovidas pelo Estado” (QUADROS, 2016, p.62). Ela ainda destaca que a formação na graduação desses enfermeiros tinha sido marcada pelas “barreiras culturais”, vivenciadas em sala de aula nas relações interétnicas e interculturais (QUADROS, 2016).

Dessa forma, segundo Quadros (2016), esses indígenas enfermeiros vivenciavam limitações para singularizar sua atuação profissional na saúde indígena, pois o serviço de saúde desconsiderava o protagonismo desses profissionais e a inclusão de elementos que não eram da cultura hegemônica biomédica. Portanto, na futura experiência dos indígenas médicos, provavelmente se depararão com desafios como esses no contexto de atuação na saúde indígena.

Nessa direção, *Focaj* problematizou a presença do médico na aldeia:

*[Eu sei] o quanto é preciso ter um médico, não só um médico dentro, eu acho que isso é importante de conseguir perceber bem, que não importa só um médico dentro da aldeia. A gente não quer só atendimento médico, a gente não quer só ser atendido pelo sistema, a gente não quer só o médico formado lá na aldeia, a gente quer um médico que compreenda que nós somos indígenas (FOCAJ).*

Por conseguinte, como trouxe *Focaj*, não bastaria ter um médico na aldeia, mas seria necessário compreender o indígena em sua coletividade e singularidades, com um perfil de profissional que possibilitasse ir além do atendimento médico e da presença na aldeia.

A partir das narrativas, rodas de conversa e observações realizadas nas instituições, aventa-se que os indígenas médicos poderiam atender de forma mais assertiva às necessidades de saúde das comunidades indígenas, com melhor desempenho devido a: sensibilidade cultural a partir de diferentes perspectivas sobre os processos de saúde / doença / atenção; compreensão sobre a situação sócio-política em que estão inseridos os povos indígenas; confiança entre

profissional de saúde e pacientes, devido às trajetórias histórico-culturais mais próximas; possibilidade de vínculo e participação social quando em suas comunidades de origem.

Nessa perspectiva, diversos e multifacetados encontros e desencontros podem ser identificados nas trajetórias desses indígenas na graduação de medicina e o campo da saúde indígena. Deparam-se os estudantes de medicina e os seus próprios adoecimentos; a biomedicina e as medicinas indígenas; os diferentes modelos de atenção; a proposta curricular, os desejos e as intencionalidades dos indígenas na universidade; os aprendizados do curso médico e as vivências relacionadas à saúde indígena. Geram-se certos embates, silêncios, diálogos e, em alguns momentos, até possibilidades de novas construções a partir da interculturalidade e da intermedicalidade, apesar da presente colonialidade na estrutura das universidades e do poder hegemônico da biomedicina nas escolas médicas. Dessa forma, apontam-se novas possibilidades de autoria indígena, construindo o caminho dessa primeira geração brasileira de indígenas médicos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho, busquei compreender e discutir as experiências e as trajetórias de indígenas na graduação em medicina, em universidades federais brasileiras, a partir de suas narrativas, com foco nos diálogos e na convivência, através do percurso metodológico. Dessa forma, foi possível identificar indígenas na graduação em medicina em 43 cursos, em universidades federais brasileiras, nas diferentes regiões geográficas, somando uma estimativa de 192 estudantes. Foram realizadas visitas presenciais a 14 desses cursos, com a realização de entrevistas individuais e rodas de conversa com 40 desses estudantes, além de outras conversas e observações que ficaram registradas no diário de campo.

Por meio dos encontros presenciais, ficou estampada a multiplicidade de experiências e trajetórias, característica marcante dos universitários indígenas nas instituições, sendo que busquei valorizar as singularidades e me distanciar do estabelecimento de padrões rígidos e normalizações. Como participantes na pesquisa, houve indígenas dos povos Arapasso, Atikum-Umã, Baré, Fulni-ô, Guajajara, Hixkaryana, Huni-Kuin, Kaiabi, Kaingang, Kambeba (ou Amágua), Kuruaya, Macuxi, Pankará, Pankararu, Potiguara, Suyá, Tembé, Terena, Ticuna, Tupiniquim, Tuxá, Xerente, Xipaya, Xucuru de Cimbres e Xucuru de Ororubá.

Nessa diversidade de povos, pessoas e situações, as pinturas de Aislan Santos iluminaram, ao longo do texto, as experiências, compondo esta tese para além de meras ilustrações. As obras podem despertar ricas interpretações e ganhar autonomia ao se abrirem para inúmeras leituras, ganhando qualidades plásticas e afirmando modos singulares de ver e sentir a trajetória na escola médica.

Nessa direção, os resultados e as discussões foram construídos para possibilitar compreensões, mas também problematizações mais elaboradas e, principalmente, aproximações com as diversas experiências dos indígenas na escola médica. Algo semelhante ao que traz o professor de física Mario Schenberg (1984), em entrevista à Amélia Império Hamburger, discutindo as relações entre as ciências e as artes:

Acho que nem sempre se pode ver as coisas com clareza. Há coisas que, por sua própria natureza, não podem ser vistas com muita clareza. São coisas crepusculares, e se quiser vê-las com clareza

elas somem. E têm de ser vistas mesmo assim (SCHENBERG, 1984, p. 28)

Partindo dessa compreensão sobre o que pôde ser visto, discutido e narrado, diversas vivências e estratégias, individuais e coletivas, relacionadas ao ingresso e permanência nos cursos de medicina, foram apresentadas ao longo desta tese. O encontro entre as vivências histórico-culturais desses indígenas, seus saberes tradicionais e os conhecimentos ofertados na graduação de medicina, também foi analisado. Ademais, os participantes da pesquisa descreveram seus projetos e perspectivas de atuação futura, após concluírem o curso, permitindo um olhar também para essa primeira geração de indígenas graduados em medicina, que se constitui aos poucos.

É válido lembrar que esta tese significa um primeiro esforço para trazer a voz do indígena, estudante de medicina, e registrar a história de conquista inicial desse espaço. Entretanto ainda há muitos aspectos que podem e devem ser estudados, como as experiências de indígenas em graduações de medicina em instituições estaduais e privadas; as trajetórias individuais de cada um dos estudantes, que podem revelar relações com epistemologias próprias de cada povo indígena; os olhares dos demais estudantes de medicina e de docentes que convivem com esses indígenas nas instituições; as possibilidades de uma escola médica exclusiva para indígenas, com um curso de medicina intercultural e, inclusive, a experiência desses estudantes ao se tornarem médicos.

No íterim do percurso metodológico, embora a pesquisa de doutorado tenha sido desenvolvida nos últimos três anos, as construções e vivências que compõem as análises possíveis, aqui desenvolvidas, fazem parte da minha trajetória enquanto médico, trabalhador da saúde indígena e professor universitário, mas também enquanto latino-americano, de ancestralidade indígena, natural de um país que é criado a partir de uma terra que é invadida por europeus que a conformaram enquanto colônia. Reconheço que, nas andanças, esses pertencimentos foram se evidenciando, alternando-se intensidades, conforme o que era vivido, sentido, experienciado.

Nos encontros com os indígenas, me senti um pouco cúmplice, em um espaço que era ruptura de muitos silenciamentos. Ouvi diversas vezes que, durante todo o curso, houve pouco (ou nenhum) espaço para falarem de suas vivências e experiências indígenas, mas também não puderam falar sobre as opressões e

violências sofridas na escola médica. Um silenciamento surgido como estratégia de proteção e como consequência das atitudes de calar os diferentes, os estranhos e, por vezes, indesejados.

Narrar e dialogar sobre os conflitos do cotidiano foi reconhecer a história de militância do movimento indígena por garantia de acesso à educação escolar, em especial, ao ensino superior, nas últimas décadas. E encarar as vivências intensas desse momento de formação dos indígenas, nas diversas universidades federais brasileiras, foi também olhar para os indígenas na escola médica da qual faço parte. Assim, a pesquisa me fazia enxergar além, tanto o ambiente macro do conjunto de cursos de medicina, como as relações micro da instituição onde sou professor.

E narrar essas experiências também foi espaço para romper com uma forma de submissão. Um caminho de maior tomada de posição, de afirmação de uma conquista de espaço em um movimento dialético, que hora avança e hora se retrai. Os momentos de entrevistas individuais e de rodas de conversa se tornaram, assim, espaços pedagógicos. Nessa direção, a dialogicidade exigiu confiança e disponibilidade para estar e aprender com o outro, superando as relações verticais e estéreis entre pesquisador e participantes da pesquisa, de modo a se constituir um encontro que possibilitava novas construções.

Uma situação que vale ser mencionada é que a análise dos materiais da pesquisa foi realizada, em grande parte, no período de pandemia de COVID-19. Inquestionavelmente, o momento de crise, provocado pela pandemia, notabilizou as imensas iniquidades em saúde que estão relacionadas ao coletivo de povos indígenas, evidenciando a maior vulnerabilidade política, social e ambiental dessa população, em uma “atmosfera cotidiana de violência e discriminação” (SANTOS; PONTES; COIMBRA JR, 2020). Assim, analisar os materiais e elaborar a tese esteve imerso na conjuntura trágica a que os povos indígenas brasileiros estão vivendo com a pandemia de COVID-19.

Portanto a tese que sustenta centralmente este estudo tem base na necessidade de, ao escutar o indígena, estudante de medicina, compreender seu encontro possível com as vivências na escola médica. Um encontro com teorias, conceitos e práticas de um ensino centralizado no modelo biomédico e, mais ainda, com o contexto de uma escola médica constituída na perspectiva de formação de uma elite, que despreza qualquer portador de experiências e saberes diversos daqueles técnico-científicos.

A principal forma de ingresso dos indígenas, nos cursos de medicina, foi por meio de PAA das universidades, tendo poucos ingressado por meio da lei federal de cotas. Não foi identificado nenhum indígena que tenha ingressado pela ampla concorrência nas seleções. Assim, para acessarem os cursos de medicina, houve grande deslocamento desde suas localidades de origem, pois não há uma correspondência entre a distribuição da população indígena pelo território nacional e as iniciativas de PAA para acesso ao ensino superior. Dessa forma, fica evidente a premência de criação e ampliação das políticas que garantam o acesso de indígenas nos cursos de medicina, tanto de cunho federal como por iniciativa das próprias instituições, pois essa tem sido praticamente a única forma de ingresso para esses estudantes.

Quanto às ações institucionais voltadas à permanência dos indígenas nas universidades, ainda se apresentam insuficientes para que as trajetórias acadêmicas na graduação possam ser trilhadas com mais estabilidade. A partir do aperfeiçoamento e ampliação dessas ações, podem-se valorizar suas potencialidades, reconhecer suas fragilidades e possibilitar formas de superação de dificuldades.

Percebe-se que a escola médica se apresenta composta por um grupo pouco acolhedor aos diferentes, estranhos e “de fora”, como é a situação dos indígenas nesse contexto. Assim, nas relações interpessoais dos indígenas com os outros sujeitos – professores, técnicos e demais estudantes – é oportuno destacar as posturas de preconceito, intolerância, invisibilidade e tutela, resultado de questões estruturais, advindas dos processos coloniais da sociedade brasileira e que estão presentes internamente nas universidades e na escola médica.

Ademais, enfrentam dificuldades relativas ao distanciamento das comunidades, dos familiares e de suas formas habituais de ser e de viver, o que não é suprido pelas ações de permanência nas instituições. Nesse contexto, são descritas algumas perdas vivenciadas pela trajetória na universidade e às saudades de um tempo passado que foi interrompido nesse deslocamento para o e no curso de medicina. Geram-se, assim, sofrimentos, para os quais buscam elaborar estratégias de resiliência para sobreviver às adversidades e permanecer no curso de medicina.

A vivência universitária provoca o movimento de se afirmarem enquanto coletivo de povos indígenas e de assumirem o protagonismo em construções

possíveis. Nesse contexto, a presença indígena nas universidades é tida como uma importante estratégia política, desvelando invisibilidades na reivindicação de direitos e articulação de espaços internos e externos às instituições.

Fica evidente que os cursos de medicina não desenvolvem aspectos relacionados à saúde indígena, contando com iniciativas pontuais, que foram provocadas, na maior parte das vezes, pela presença dos indígenas nas universidades. Destaca-se, ainda, que a atuação de professores sensíveis às questões indígenas colaborou para que esses estudantes pudessem ter protagonismo na elaboração de propostas, individuais e coletivas, para aproximação com situações de saúde indígena. Nesse sentido, vale ser salientado que não há articulações entre as escolas médicas, o SASISUS e o movimento indígena, o que limita a emergência de estratégias que poderiam trazer avanços na atenção à saúde indígena no Brasil.

Reconhece-se, assim, uma escola médica que abre uma pequena porta ao indígena, mas despreza e exclui suas sabedorias práticas e instrumentais da cultura indígena. Há evidente assimetria entre o valor atribuído às contribuições da biomedicina na escola médica aos outros possíveis saberes construídos em outras racionalidades. Essa característica é central na experiência concreta de encontro, de desencontro, de trocas e da percepção de uma aplicação mecânica e unidirecional de saberes instrumentais, que, muitas vezes, não corresponde às expectativas dos indígenas que ingressam no curso de medicina.

Outra faceta sobre o ingresso de indígenas é a possibilidade de eles trazerem contribuições para a necessária transformação da escola médica. As narrativas, as rodas de conversa e os silêncios denunciam o desrespeito a possíveis contribuições a partir de outras racionalidades e construções epistemológicas sobre o trabalho na saúde e sobre o cuidado. Contribuições que poderiam favorecer uma mudança paradigmática na formação médica brasileira, a fim de responder melhor as demandas sociais da saúde e a recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos.

Por fim, as experiências e as trajetórias desses estudantes na escola médica revelam construções na direção de seu protagonismo e de possíveis (e desejáveis) autorias indígenas no sentido acadêmico, científico, político, epistemológico e para as práticas de cuidado em saúde, afirmando que, nos cursos de medicina, mais do que estudantes indígenas, eles são indígenas que estão estudantes.

*Hoje, os brancos acham que deveríamos imitá-los em tudo. Mas não é o que queremos. Eu aprendi a conhecer seus costumes desde a minha infância e falo um pouco a sua língua. Mas não quero de modo algum ser um deles. A meu ver, só poderemos nos tornar brancos no dia em que eles mesmos se transformarem em Yanomami. [...]*

*Os brancos se dizem inteligentes. Não o somos menos. Nossos pensamentos se expandem em todas as direções e nossas palavras são antigas e muitas. Elas vêm de nossos antepassados. Porém, não precisamos, como os brancos, de peles de imagens para impedi-las de fugir da nossa mente. Não temos de desenhá-las, como eles fazem com as suas. Nem por isso elas irão desaparecer, pois ficam gravadas dentro de nós. Por isso nossa memória é longa e forte. O mesmo ocorre com as palavras dos espíritos xapiri, que também são muito antigas. Mas voltam a ser novas sempre que eles vêm de novo dançar para um jovem xamã, e assim tem sido há muito tempo, sem fim.*

**Davi Kopenawa (2015, p.75)**

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, dec. 2010.

AMARAL, Wagner Roberto; BAIBICH-FARIA, Tânia Maria. A presença dos estudantes indígenas nas universidades estaduais do Paraná: trajetórias e pertencimentos. **Rev. Bras. Estud. Pedagog.**, Brasília, v. 93, n. 235, p. 818-835, dec. 2012.

ANDREW, James; CHAN, Francis. **AFMC/UBC Workshop on Admissions & Support of Aboriginal Students in Medicine. The University of British Columbia First Nations**. Longhouse, June 12-14, 2005. p.3 – 4. Disponível em:<[https://afmc.ca/sites/default/files/pdf/2005-09-AFMC\\_Forum.pdf](https://afmc.ca/sites/default/files/pdf/2005-09-AFMC_Forum.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2020.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. 1975. 262p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1975.

AZEVEDO, Vanessa *et al.* Transcrever entrevistas: questões conceituais, orientações práticas e desafios. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIV, n. 14, p. 159-168, set. 2017.

BANIWA, Gersem. **Educação Escolar Indígena no Século XXI: encantos e desencantos**. Rio de Janeiro: Mórula, LACED, 2019.

BANIWA, Gersem; HOFFMANN, Maria Barroso. Introdução. In: BANIWA, Gersem; OLIVEIRA, Jô Cardoso de; HOFFMANN, Maria Barroso (Orgs.). **Olhares Indígenas Contemporâneos**. Brasília: Centro Indígena de Estudos e Pesquisas, 2010.

BARTH, Fredrik. Etnicidade e o conceito de cultura. Tradução de Paulo Gabriel Hilu da Rocha Pinto. **Antropolítica**. Niterói, n. 19, p. 1-283 2. set. 2005.

BARTHES, Roland. **Aula**. São Paulo: Cultrix, 1987.

BARTOLOME, Miguel Alberto. As etnogêneses: velhos atores e novos papéis no cenário cultural e político. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 39-68, Apr. 2006.

BARUZZI, Roberto G. A universidade na atenção à saúde dos povos indígenas: a experiência do Projeto Xingu da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 182-186, aug. 2007.

BATISTA, Karina Barros Calife; GONCALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, dec. 2011.

BECKER, Howard S *et al.* **Boys in white**: student culture in medical school. Chicago: The University of Chicago Press. 1961.

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria T.; GONÇALVES, Maria Bernadete. Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 10-23, mar. 2009.

BENJAMIN, Walter. O narrador: considerações sobre a obra de Nicolai Leskov. In: **Magia e técnica, arte e política**: ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Editora Brasiliense, 2012, p. 213-240.

BERGAMASCHI, Maria Aparecida; DOEBBER, Michele Barcelos; BRITO, Patrícia Oliveira. Estudantes indígenas em universidades brasileiras: um estudo das políticas de acesso e permanência. **Rev. Bras. Estud. Pedagog.**, Brasília, v. 99, n. 251, p. 37-53, jan. 2018.

BERNARDES, Jefferson de Souza; SANTOS, Renata Guerda de Araújo; SILVA, Luciano Bairros da. A Roda de Conversa como dispositivo ético-político na pesquisa social. In: LANG, Charles Elias *et al.* **Metodologias**: pesquisas em saúde clínica e práticas psicológicas. Maceió: Edufal, 2015.

BIERNACKI, Patrick; WALDORF, Dan. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. **Sociological Methods & Research**, Thousand Oaks, CA, v. 10, n. 2, 1981.

BONDIA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, apr. 2002.

BOSI, Ecléa. **O tempo vivo da memória**. Ensaios de psicologia social. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

BOURDIEU, Pierre; PASSERON, Jean-Claude. **A Reprodução**: elementos para uma Teoria do Sistema de Ensino. 2. ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 2009.

BRASIL. Presidência da república. DECRETO Nº 65.810, DE 8 DE DEZEMBRO DE 1969. **Promulga a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial**. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1950-1969/d65810.html](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/d65810.html)>. Acesso em: 19 dez. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **4º Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente-GO, 27 a 31 de março de 2006**: relatório final. Brasília: Funasa, 2007. 228p. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/4\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_indigena\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/4_conferencia_nacional_saude_indigena_relatorio_final.pdf)>. Acesso em: 22 dez. 2020.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua**. 2019a. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnad-continua.html?edicao=27257&t=microdados>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). **Censo da Educação Superior – 2017**. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/censo-da-educacao-superior>>. Acesso em: set. 2018.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). **Relatório síntese de área: Medicina**. Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes. Brasília: INEP, 2016. Disponível em: <[https://download.inep.gov.br/educacao\\_superior/enade/relatorio\\_sintese/2016/medicina.pdf](https://download.inep.gov.br/educacao_superior/enade/relatorio_sintese/2016/medicina.pdf)>. Acesso em: 08 nov. 2020.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). **Relatório de curso: Medicina: Universidade Federal de Mato Grosso: Cuiabá - 44**. Brasília: INEP, 2019b. Disponível em: <[https://download.inep.gov.br/educacao\\_superior/enade/relatorio\\_sintese/2019/Enade\\_2019\\_Relatorios\\_Sintese\\_Area\\_Medicina.pdf](https://download.inep.gov.br/educacao_superior/enade/relatorio_sintese/2019/Enade_2019_Relatorios_Sintese_Area_Medicina.pdf)>. Acesso em: 08 jan. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 9.836**. 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, 23 de setembro de 1999.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina**. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina**. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 03 de 20 de junho de 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. **Instituições Federais de Ensino Superior**. Disponível em: [mec.gov.br](http://mec.gov.br). Acesso em: 18 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria 389, de 9 de maio de 2013c. Cria o Programa de Bolsa Permanência e dá outras providências**. Publicado em: 13/05/2013. Edição: 90. Seção: 1.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Normativa 15, **Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas das Instituições Federais de Educação Superior**. 23 de julho de 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio**. Realizada nos dias 27 a 29 de novembro de 1986. Auditório do Ministério da Saúde, Brasília. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1\\_conferencia\\_nacional\\_protecao\\_saude\\_indio\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1_conferencia_nacional_protecao_saude_indio_relatorio_final.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. **Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde**. Diário Oficial União. 27 ago 2008; Seção 1:27.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Funasa, Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. **Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências**. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2012/Lei/L12711.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12711.htm)> Acesso em 16 abr. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745**, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013a.

BRASIL. **Programa PET Conexões de Saberes**. Ministério da Educação. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/17446-programa-pet-conexoes-de-saberes-novo>>. Acesso em: 04 jan. 2021.

BRAVO, Victória Ângela Adami; CYRINO, Eliana Goldfarb; AZEVEDO, Maria Antonia Ramos de. Ensino na Atenção Primária à Saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais: o papel do projeto político pedagógico. In: CYRINO, Antonio Pithon; GODOY, Daniele Cristina; CYRINO, Eliana Goldfarb (Orgs.). **Saúde, ensino e comunidade: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.

CAMARGO JUNIOR, K. R. A biomedicina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, supl., p. 177–201, 2005.

CARAPINHEIRO, Graça; CORREIA, Tiago. Diálogos com a sociologia da saúde e da doença. In: CARAPINHEIRO, Graça; CORREIA, Tiago (Orgs.). **Novos Temas de Saúde, Novas Questões Sociais**. Editora Mundos Sociais, ISCTE-IUL, Lisboa, 2015.

CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1065-1076, apr. 2014.

CASTILLO GÓMEZ, L *et al.* Oferta académica de la URACCAN en el nivel de grado para el quinquenio 2014-2018. **Ciencia e Interculturalidad**, v. 13, n. 2, p. 47-62, 15 dez. 2013.

CASTRO, Nádile Juliane Costa de. O Ensino da Saúde Indígena nos Currículos e Espaços Acadêmicos. **Ensino, Saúde e Ambiente**, v8 (1), p. 15-25, abr. 2015.

CINAEM. Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico. **Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras**: relatório do modelo pedagógico. 1997.

CINEP. CENTRO INDÍGENA DE ESTUDOS E PESQUISAS (CINEP). Esboço de um perfil do estudante indígena no ensino superior. In: LUCIANO, Gersem José dos Santos; OLIVEIRA, Jô Cardoso de; HOFFMANN, Maria Barroso (Orgs.). **Olhares Indígenas Contemporâneos**. Brasília: Centro Indígena de Estudos e Pesquisas, 2010. p.204-259. (Série Saberes Indígenas).

CHARON, Rita *et al.* **The Principles and Practice of Narrative Medicine**. Oxford University Press Inc, 2016.

COHN, Clarice. Uma década de presença indígena na UFSCar. **Campos - Rev Antropol**, 17(2), 2016.

COIMBRA JR, Carlos Everaldo Alvares *et al.* The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. **BMC Public Health**. 19;13:52. doi: 10.1186/1471-2458-13-52. PMID: 23331985; PMCID: PMC3626720. Jan. 2013.

COIMBRA JR., Carlos Everaldo Alvares; SANTOS, Ricardo Ventura. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000.

COLLINS, Patricia Hill. Aprendendo com a outsider within: a significação sociológica do pensamento feminista negro. **Soc. estado**., Brasília, v. 31, n. 1, p. 99-127, apr. 2016.

CONCEICAO, Ludmila de Souza *et al.* Saúde mental dos estudantes de medicina brasileiros: uma revisão sistemática da literatura. **Avaliação (Campinas)**, Sorocaba, v. 24, n. 3, p. 785-802, Dec. 2019.

CORDEIRO, Maria José de Jesus Alves; ZARPELON, Shirley Flores. Indígenas cotistas da UEMS: acesso, permanência e evasão dos primeiros ingressantes em 2004. **Educação e Fronteiras**, Dourados, v. 1, n. 1, p. p.65-79, nov. 2011.

CRUZ, Kathleen Tereza. **A formação médica no discurso da CINAEM** – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Dissertação de Mestrado. Campinas, SP: 2004.

CUERVO, Maria Rita Macedo; RADKE, Mariane Brusque; RIEGEL, Elaine Maria. PET – Redes de atenção à saúde indígena: além dos muros da universidade, uma reflexão sobre saberes e práticas em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 953-963, 2015.

CUNHA, Maria Isabel da. Conta-me agora!: as narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. **Rev. Fac. Educ.**, São Paulo, v. 23, n. 1-2, jan. 1997.

CYRINO, Antonio de Padua Pithon. **Organização tecnológica do trabalho na reforma das práticas e dos serviços de saúde**: estudo de um serviço de atenção primária. 1993. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1993.

CYRINO, Eliana Goldfarb *et al.* Mapeamento das características da implantação de novos cursos de Medicina em universidades federais brasileiras. **Rev Panam Salud Publica**, v. 44, n.117. 2020.

CYRINO, Eliana Goldfarb. **Contribuições ao desenvolvimento curricular da Faculdade de Medicina de Botucatu**: descrição e análise dos casos dos cursos de Pediatria e Saúde Coletiva como iniciativas de mudança pedagógica no terceiro ano médico. Tese (doutorado). 257p. Programa de Pós-graduação em Pediatria. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP. 2002.

DAL' BÓ, Talita Lazarin. **Construindo pontes**: o ingresso de estudantes indígenas na UFSCar: uma discussão sobre cultura e conhecimento tradicional. 2010. 106 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.

DAMASO, Juliana Gomes Bergo *et al.* É muita pressão! Percepções sobre o desgaste mental entre estudantes de medicina. **Rev. bras. orientac. prof**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 29-41, dez. 2019.

DIEHL, Eliana Elisabeth; PELLEGRINI, Marcos Antonio. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 867-874, apr. 2014.

DIEHL, Rafael; MARASCHIN, Cleci; TITTONI, Jaqueline. Ferramentas para uma psicologia social. **Psicol. estud.** [online], vol.11, n.2, 2006.

DOEBBER, Michele Barcelos. **Indígenas Estudantes nas Graduações da UFRGS**: movimentos de re-existência. 2017. 302 f. Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós - Graduação em Educação, Porto Alegre, 2017.

DONNANGELO, Maria Cecília F. Saúde e sociedade. In: DONNANGELO, Maria Cecília F.; PEREIRA, Luiz (Orgs.). **Saúde e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

ELIAS, Norbert. **A Sociedade dos Indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L. **Os estabelecidos e os outsiders**: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

EWEN S.; MAZEL O.; KNOCHÉ D. Exposing the Hidden Curriculum Influencing Medical Education on the Health of Indigenous People in Australia and New Zealand. **Academic Medicine**. v.87, n. 2, p. 200-205. 2013.

FEITOSA, Helvécio Neves *et al.* Competência de juízo moral dos estudantes de medicina: um estudo piloto. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 5-14, mar. 2013.

FERES JÚNIOR, João *et al.* **Ação Afirmativa**: conceito, história e debates. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2018.

FERNANDES, Isabel *et al.* **Contar (com) a Medicina**. Lisboa: Caldeioscópico, 2018.

FERREIRA, Luciane Ouriques. Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. In: LANGDON, Esther Jean; CARDOSO, Marina D. **Saúde Indígena**: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015. p.217-246.

FEUERWERKER, Laura. **Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec/Rede Unida, 1998.

FLEURI, Reinaldo Matias. Políticas da diferença: para além dos estereótipos na prática educacional. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 27, n. 95, p. 495-520, aug. 2006.

FÓLLER, Maj-Lis. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (Orgs.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Contra Capa Livraria / Associação Brasileira de Antropologia, Rio de Janeiro, 2004, p.129-147.

FONTAO, Maria Angélica Breda; PEREIRA, Éverton Luís. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1169-1180, 2017.

FRASER, Nancy. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça numa era "pós-socialista". **Cadernos de Campo** (São Paulo - 1991), [S. l.], v. 15, n. 14-15, p. 231-239, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/50109>>. Acesso em: 23 jan. 2021.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 2005.

FREITAS, Ana Elisa de Castro. Apresentação. In: FREITAS, Ana Elisa de Castro (Org.). **Intelectuais indígenas e a construção da universidade pluriétnica no Brasil**: povos indígenas e os novos contornos do Programa de Educação Tutorial / Conexão de Saberes. Rio de Janeiro: E:papers, 2015. p. 9-17.

FREITAS, Fernanda Pereira de Paula *et al.* Experiências de médicos brasileiros em seus primeiros meses na Atenção Primária à Saúde na Terra Indígena Yanomami. **Interface (Botucatu)**, Botucatu. 2021 (no prelo).

FREITAS, Marcos Antonio Braga de; TORRES, Iraíldes Caldas. Os Filhos de Insikiran: da Maloca à Universidade. **Anais do 41º Encontro Anual da Anpocs**, de 23 a 27 de outubro de 2017, em Caxambu - MG. Disponível em <<http://anpocs.org/index.php/encontros/papers/41-encontro-anual-da-anpocs/gt-30/gt20-26/10792-os-filhos-de-insikiran-da-maloca-a-universidade?path=41-encontro-anual-da-anpocs/gt-30/gt20-26>>. Acesso em: 05 mar. 2020.

GALEANO, Eduardo. **O Caçador de Histórias**. Porto Alegre: L&PM, 2019.

GARNELO, Luiza. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (Orgs.). **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012. (Coleção Educação para Todos).

GODOY, Daniele Cristina. **O ensino da clínica ampliada na Atenção primária à saúde**: a prática de professores tutores e alunos de graduação médica. Botucatu, 2018. 199 p. Tese (doutorado) – Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu. 2018.

GOMES, Andréia Patrícia; REGO, Sérgio. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem?. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 557-566, dec. 2011.

GOMES, Romeu. Análise e Interpretação de dados em Pesquisa Qualitativa. In: DESLANDES, Suely; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza; **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 31. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

GONÇALVES e SILVA, Petronilha Beatriz; MORAIS, Danilo de Souza. Ações Afirmativas: um caminho para a equidade. In: GONÇALVES e SILVA, Petronilha Beatriz; MORAIS, Danilo de Souza (Orgs.). **Ações Afirmativas**: perspectivas de pesquisas de estudantes de reserva de vagas. São Carlos: EdUFSCar, 2015.

GUIMARÃES, Sílvia Maria Ferreira; ROSA, Jéssica Camila Souza; VASCONCELOS, Joaquim Pedro Ribeiro; ANDRADE, Flávia Reis. Por entre sociabilidades diversas: experiências de um projeto de extensão na saúde indígena. **Participação**, n. 27, p. 27-35, 2015. Disponível em <https://ds.saudeindigena.iciict.fiocruz.br/handle/bvs/1041> Acesso em 21 de dezembro de 2020.

HANSON, Mark. D *et al.* Is Canada ready for nationwide collaboration on medical school admissions practices and policies? **Academic Medicine**, 91(11), 1501-1508. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001286>>. Acesso em: 15 jan. 2021.

HOEFEL, Maria da Graça Luderitz *et al.* PET- Saúde Indígena UnB: construindo redes interculturais em saúde. **Rev. Tempus: Actas de Saud Col.** v. 9, n. 1, p. 43-63. 2015.

HOEFEL, Maria da Graça Luderitz; SEVERO, Denise Osório. Disciplina de Saúde Indígena na UnB: uma conquista do Movimento Estudantil Indígena. **Tempus, Actas de Saude Col**, v. 10, n. 4, p. 229-234. 2016.

HOOKER BLANDFORD, A. Proceso para llegar a vivir plenamente la interculturalidad desde la Universidad. **Revista Universitaria del Caribe**, v. 11, n. 2, 16 jan. 2014.

IDJARRURY, Sompré. **Avaliação da Qualidade de Vida, da Depressão e da Ansiedade nos Indígenas Graduandos do Curso de Medicina na Universidade Federal do Pará.** Trabalho de Conclusão de Curso. Bacharelado em Medicina. Universidade Federal do Pará. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro 2010.** Disponível em <https://censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 nov. 2018.

JACKLIN, Kristen; STRASSER Roger; PELTIER, Ian. From the community to the classroom: the Aboriginal health curriculum at the Northern Ontario School of Medicine. **Can J Rural Med**, v. 19, n. 4, 2014.

JOVCHELOVICH Sandra, BAUER Martin W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, Martin W; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** Petrópolis: Vozes; 2002, p. 90-113.

KLEINMAN, Arthur; EISENBERG, Leon; GOOD, Byron J. Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. **Annals of Internal Medicine**, v. 88, n. 2, p. 251-8, feb, 1978.

KOPENAWA, Davi; ALBERT, Bruce. **A queda do céu: palavras de um xamã yanomami.** São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo.** São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

LAHIRE, Bernard Lahire. Diferenças ou desigualdades: que condições socio-históricas para a produção de capital cultural? **Fórum Sociológico** [Online], v. 18 2008. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/sociologico/287>>. Acesso: 08 nov. 2020.

LANGDON Esther Jean. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais da saúde. In: LANGDON Esther Jean; GARNELO, Luiza (Orgs.). **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; 2004.

LANGDON, Esther Jean *et al.* A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 12, p. 2637-2646, 2006.

LANGDON, Esther Jean. A construção sociocultural da Doença e Seu Desafio para a Prática Médica. In: BARUZZI, Roberto Geraldo; JUNQUEIRA, Carmen Sylvia. **Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história**. São Paulo: Terra Virgem, 2005, p.115 – 133.

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1019-1029, apr. 2014.

LÁZARO, Notas de gestão. In: FREITAS, Ana Elisa de Castro (Org.). **Intelectuais indígenas e a construção da universidade pluriétnica no Brasil: povos indígenas e os novos contornos do Programa de Educação Tutorial / Conexão de Saberes**. Rio de Janeiro: E:papers, 2015, p.19-28.

LEITE, Maurício Soares *et al.* Indigenous protagonism in the context of food insecurity in times of Covid-19. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 33, e200171, 2020.

LEWIS, Melissa; PRUNUSKE, Amy. The development of an Indigenous Health Curriculum for Medical Students. **Academic Medicine**, v.92, n. 5, p.641-648, maio, 2017.

LIMA, Antonio Carlos de Souza. Ações afirmativas no ensino superior e povos indígenas no Brasil: uma trajetória de trabalho. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 24, n. 50, p. 377- 448, apr. 2018.

LIMA, Antonio Carlos de Souza. **Ensino superior para indígenas: sobre cotas e algo mais**. Seminário Formação Jurídica e Povos Indígenas: desafios para a educação superior. Belém: Laced, 2007.

LIMA, Antonio Carlos de Souza. Prefácio. In: FREITAS, Ana Elisa de Castro (organizadora). **Intelectuais indígenas e a construção da universidade pluriétnica no Brasil: povos indígenas e os novos contornos do Programa de Educação Tutorial / Conexão de Saberes**. 1ª ed. Rio de Janeiro: E:papers, 2015. p.7-8.

LIMA, Antonio Carlos de Souza. Sobre Tutela e Participação: Povos Indígenas e formas de governo no Brasil, séculos XX/XXI. **Maná**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 425-457, aug. 2015.

LISBOA, João Francisco Kleba. **Acadêmicos Indígenas em Roraima e a Construção da Interculturalidade Indígena na Universidade**: entre a formação e a transformação. 2017. 299 f. Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília (DAN/UnB). Disponível em: <[https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/24109/1/2017\\_Jo%c3%a3oFranciscoKlebaLisboa.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/24109/1/2017_Jo%c3%a3oFranciscoKlebaLisboa.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2020.

LOBATO, Anderson Orestes Cavalcante; BENEDETTI, Eduardo José Bordignon. Negros e índios: ações afirmativas e a realização da justiça social. **Juris**, Rio Grande, v. 17, p. 75-91, 2012.

LUCIANO, Gersem dos Santos. **O índio brasileiro**: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil hoje. Brasília: Ministério da Educação; Unesco, 2006. (Série Via dos Saberes, n. 1).

LUCIANO, Gersem José dos Santos. Da resistência à resiliência: a pedagogia do diálogo e da complementaridade. In: LUCIANO, Gersem José dos Santos. **Educação para o manejo do mundo**: entre a escola ideal e a escola real no Alto Rio Negro. Rio de Janeiro: Contra Capa; LACED, 2013, p.149-175.

LUCIANO, Josenilda Rodrigues de Freitas; SIMAS, Hellen Cristina Picanço; SILVA, Jefferson Gil da Rocha. A literatura do Povo Baniwa na tradição oral. **Revista Eletrônica de Educação**. São Carlos (SP), v. 14, 2020.

LUNA, Willian Fernandes *et al.* Identidade, Cuidado e Direitos: a experiência das Rodas de Conversa sobre a saúde dos povos indígenas. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 44, n. 2, e067, 2020a.

LUNA, Willian Fernandes *et al.* Narrativas de viajantes: encontro de pesquisadores de campo com novas escolas médicas federais do Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, e190893, 2020b.

LUNA, Willian Fernandes *et al.* Projeto de Extensão landé Guatá: vivências de estudantes de Medicina com indígenas Potiguara. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, e180576, 2019a.

LUNA, Willian Fernandes *et al.* Projeto Mais Médicos para o Brasil em áreas remotas de Roraima, Brasil: relações entre médicos e Grupo Especial de Supervisão. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, supl. 1, e180029, 2019b.

LUNA, Willian Fernandes; BERNARDES, Jefferson de Souza. Tutoria como Estratégia para Aprendizagem Significativa do Estudante de Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 653-662, dec. 2016.

MACHADO, Clarisse Daminelli Borges; WUO, Andrea; HEINZLE, Márcia. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 42, n. 4, p. 66-73, dec. 2018.

MACHADO, Maria Helena. Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final - Brasil. Rio de Janeiro: **NERHUS – DAPS - ENSP/Fiocruz**, 2017. 748 p. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/relatoriofinal.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2020.

MACKEAN Tamara *et al.* Reform in Australian medical schools: a collaborative approach to realising Indigenous health potential. **Med J**, v. 186, n. 10, p 544-546. 2007.

MAMEDE, Silvia; PENAFORTE, Julio César. **Aprendizagem Baseada em Problemas**: Anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Hucitec, 2001.

MARSIGLIA, Regina Giffoni. **Relação ensino/ serviços**: dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: HUCITEC, 1995.

MARTINS, Juliana Cláudia Leal; MARTINS, Cleide Lavieri; OLIVEIRA, Lavínia Santos de Souza. Atitudes, conhecimentos e habilidades para o trabalho do enfermeiro no Parque Indígena do Xingu. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 6, e20190632, 2020.

MEIRELES, Maria Alexandra de Carvalho; FERNANDES, Cássia do Carmo Pires; SILVA, Lorena Souza e. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 2, p. 67-78, jun. 2019.

MELIÁ, Bartolomeu. Educação indígena na escola. **Cadernos CEDES**, v.19, n. 49, p. 11-17, 1999.

MÉLLO, Ricardo Pimentel *et al.* Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. **Psicol. Soc.** v.19, n 3, p. 26-32. 2007.

MELLO, Roseli Rodrigues de; SOUZA, Marcondy M de; PALOMINO, Thais J. Indigenous School Education in Brazil. **Oxford Research Encyclopedia of Education**. 2018.

MENDES, Anapaula Martins *et al.* O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, e184, 2018.

MENDONÇA, Sofia. Saúde Mental e Povos Indígenas: Experiência de Construção Coletiva no Contexto do Projeto Xingu. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSus. Saúde Mental**. Volume 5. Brasília, 2015. 441 – 460.

MENÉNDEZ, Eduardo Luis. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 8, n. 1, p.185-208, 2003.

MENENDEZ, Eduardo Luis. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 109-118, jan. 2016.

MENESES, Maria Paula. Para ampliar as Epistemologias do Sul: verbalizando sabores e revelando lutas. **Configurações [Online]**, v. 12, 2013. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/configuracoes/1948>>. Acesso em: 15 out 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

MINAYO, Marília Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec, p.261-268, 2006.

MORAES, Geni Missae Iano de. Educação Escolar Indígena Karajá: estudo de caso. **X Simpósio Internacional Processo Civilizador**. Campinas. 2007. Disponível em: <[http://www.uel.br/grupo-estudo/processoscivilizadores/portugues/sitesanais/anais10/Artigos\\_PDF/Geni\\_Missae.pdf](http://www.uel.br/grupo-estudo/processoscivilizadores/portugues/sitesanais/anais10/Artigos_PDF/Geni_Missae.pdf)>. Acesso em: 07 out. 2020.

MORIN, Edgar. **Educação e complexidade**: os sete saberes e outros ensaios. Tradução de Maria da Conceição de Almeida e Edgard de Assis Carvalho. 4. ed. São Paulo: Cortez; 2007.

MUNDURUKU, Daniel. “Posso ser quem você é sem deixar de ser o que sou”. A gênese do movimento indígena brasileiro. In: LUCIANO, Gersem José dos Santos; HOFFMANN, Maria Barroso; OLIVEIRA, Jô Cardoso de (Orgs.). **Olhares Indígenas Contemporâneos II**. Brasília: Centro Indígena de Estudos e Pesquisas – CINEP, 2012, p. 104-118. (Série Saberes Indígenas).

MURGO, Amanda Cristina; BAIONI, José Eduardo Marques. Universalidade e particularidade: a compreensão dos valores universais e as Ações Afirmativas. In: GONÇALVES e SILVA, Petronilha Beatriz; MORAIS, Danilo de Souza (Orgs.). **Ações Afirmativas**: perspectivas de pesquisas de estudantes de reserva de vagas. São Carlos: EdUFSCar, 2015, p.107-124.

MUYLAERT, Camila Junqueira *et al.* Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 48, n. spe2, p. 184-189, dec. 2014.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do *et al.* A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v.18, n.12, p.3595-3604. 2013.

NASCIMENTO, Vagner Ferreira do; HATTORI, Thalise Yuri; TERCAS-TRETTEL, Ana Cláudia Pereira. Desafios na formação de enfermeiros indígenas em Mato Grosso, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 47-56, jan. 2020.

NUNES, Everardo Duarte. Da invisibilidade social: breve reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 3700, oct. 2020.

NUNES, Everardo Duarte; BARROS, Nelson Filice de. Boys in white: um clássico da pesquisa qualitativa completa cinquenta anos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1179-1196, dec. 2014.

OLIVEIRA, Felipe Proença de *et al.* Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, supl. 1, e170949, 2019.

OLIVEIRA, João Pacheco de. Narrativas e Imagens sobre Povos Indígenas e Amazônia: uma perspectiva processual da Fronteira. In: OLIVEIRA, João Pacheco de. **O nascimento do Brasil e outros ensaios: "pacificação", regime tutelar e formação de alteridades**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2016, p. 161- 181.

OLIVEIRA, Lavínia Santos de Souza. Um panorama sobre Recursos Humanos em Saúde Indígena. **Saúde Coletiva**, v.2, n. 8, p. 103-108. 2005.

OLIVEIRA, Maria Waldenez de *et al.* Pesquisando Processos Educativos em Práticas Sociais: reflexões e proposições teórico-metodológicas. In: OLIVEIRA, Maria Waldenez de; SOUSA, Fabiana Rodrigues de (Orgs.). **Processos Educativos em práticas sociais: pesquisas em educação**. São Carlos: EdUFSCar, 2014.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. Identidade Étnica e a mora do reconhecimento. In: OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. **Caminhos da identidade: ensaios sobre etnicidade e multiculturalismo**. São Paulo: Editora Unesp; Brasília: Paralelo 15. 2006.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. O trabalho do Antropólogo: olhar, ouvir, escrever. **Revista de Antropologia**, v. 39, n. 1, p. 13-37, 1996.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. Os (des) caminhos da identidade. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 15, n. 42, p. 07-21, feb. 2000.

ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. de Saúd. Púb**, n. 42, v. 6, p. 1090-6, 2008.

OSSOLA, María Macarena. Pueblos indígenas y educación superior en la Argentina: debates emergentes. **Revista del Cisen Tramas/Maepova**, v. 4, n. 1, p. 57-77. 2016.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, dec. 2008.

PALADINO, Mariana. Algumas notas para a discussão sobre a situação de acesso e permanência dos povos indígenas na educação superior. **Práxis Educativa**, Ponta Grossa, v. 7, Número Especial, p. 175-195, dez. 2012 Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/praxiseducativa>>. Acesso em: 20 jun. 2020.

PALADINO, Mariana; ALMEIDA, Nina Paiva. **Entre a diversidade e a desigualdade**: uma análise das políticas públicas para a educação escolar indígena no Brasil dos governos Lula. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; LACED/Museu Nacional/UFRJ, 2012.

PALADINO, Mariana; OSSOLA, María Macarena. Educación superior y jóvenes indígenas. Aportes a la discusión desde un abordaje etnográfico. **Revista del Cisen Tramas/Maepova**, v. 4, n. 1, p. 45-55, 2016.

PAULA, Luis Roberto de. O ensino superior indígena como política pública: elementos para a construção de um modelo metodológico de avaliação e comparação de experiências locais. **Rev. Bras. Estud. Pedagog.**, Brasília, v. 94, n. 238, p. 795-810, dec. 2013.

PEREIRA, Érica Ribeiro *et al.* A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1077-1090, sep. 2014.

PEREIRA, Patrícia Silva. **O amor na relação terapêutica em enfermagem**: experiência vivida do enfermeiro de saúde mental. 2015. 235f. Tese (Programa de Doutorado em Enfermagem). Universidade de Lisboa. Lisboa, Portugal. 2015.

POLLAK, Michael. Memória e identidade social. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, vol. 5, n. 10, p. 200-212. 1992.

PONTES, Ana Lucia de Moura; REGO, Sérgio; GARNELO, Luiza. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3199-3210, Oct. 2015.

PORTELA, Cristiane de Assis; NOGUEIRA, Mônica Celeida Rabelo. Sobre indigenismo e autoria indígena no Brasil: novas epistemologias na contemporaneidade. **História Unisinos**. 20(2):154-162, maio/ago. 2016. Disponível em:<<http://www.revistas.unisinos.br/index.php/historia/article/view/htu.2016.202.04/5504>>. Acesso em: 18 dez 2020.

POSSAMAI, Angélica Pereira; MAY, Yduan De Oliveira. A Justiça Distributiva de John Rawls e seu Impacto ao Direito à Inclusão Socioeconômica. **Revista Direito e Justiça Reflexões Sociojurídicas**, v. 18, n. 32, nov. 2018.

PUCHALSKI, C. M. Reconnecting the science and art of medicine. **Acad. Med.**, Washington, v.76, n.12, p. 1124-1125, 2001.

QUADROS, Fátima Alice Aguiar. **Análise das práticas dos (as) enfermeiros (as) indígenas das etnias Guarani, Kaiowá e Terena na perspectiva do cuidado cultural**. 2016. 168p. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/330955>>. Acesso em: 12 dez 2020.

QUARENTEI, Mariangela Scaglione; RIBEIRO, Adriana. Composição Lúcia. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 653-664, dec. 2005.

QUEIROZ, Marcos de Souza. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 309 - 317, aug. 1986.

RAIMONDI, Gustavo Antonio *et al.* Grupo de Trabalho Populações (In) Visibilizadas e Diversidades: Comunidade de Práticas Reafirmando Princípios da Abem. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 44, supl. 1, e141, 2020.

RIBEIRO, Maria Mônica Freitas *et al.* A opção pela medicina e os planos em relação ao futuro profissional de estudantes de uma faculdade pública Brasileira. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 405-411, sep. 2011.

RIOS, Izabel Cristina; SCHRAIBER, Lilia Blima. Uma relação delicada: estudo do encontro professor-aluno. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 39-52, mar. 2011.

RISTOFF, Dilvo. O novo perfil do campus brasileiro: uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação. **Avaliação (Campinas)**, Sorocaba, v. 19, n. 3, p. 723-747, nov. 2014.

SADLER, K *et al.* Indigenous Student Matriculation into Medical School: Policy and Progress. **International Indigenous Policy Journal**. Disponível em: <<https://ojs.lib.uwo.ca/index.php/iipj/article/view/7507>>. Acesso em: 15 set. 2020.

SANTA, Nathália Della; CANTILINO, Amaury. Suicídio entre Médicos e Estudantes de Medicina: Revisão de Literatura. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 772-780, dec. 2016.

SANTOS, Aislan Felipe da Silva. **Exposição Abá Pukuá**. Hospital Universitário de Brasília. 13 de fev a 30 de mar de 2020.

SANTOS, Marcio Martins dos. Os índios no Brasil: políticas de estado e direitos indígenas. In: MEIRELLES, Mauro *et al.* (Orgs.). **Ensino de Sociologia: diversidade, minorias, intolerância e discriminação social**. Editora Evangraf, Porto Alegre. 2013.

SANTOS, Ricardo Ventura; PONTES, Ana Lucia; COIMBRA JR., Carlos Eduardo. Alvares. Um “fato social total”: COVID-19 e povos indígenas no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.36, n. 10, e00268220, 2020.

SCHENBERG, Mário. **Entrevista concedida à Amélia Império Hamburger, do Instituto de Física da Universidade de São Paulo**. Junho de 1984. 33p. Disponível em: <<http://acervo.if.usp.br/uploads/IF/MS/III/IF-MS-III-01-014-0142-01424-0.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2021.

SCHRAIBER, Lilia B. **Educação médica e capitalismo**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro, Abrasco, 1989.

SILVA, Josinaldo; TARGINO, Nadyelle; CORREIA, Rilmara Araújo. Indígenas na universidade brasileira: sonho, esperança ou pesadelo? **Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v. 6 n. 1. 2012.

SILVA, Lays Gonçalves da. Povos Indígenas no contexto do ensino superior: os desafios do acesso e da permanência na UFPR. **Campos – Rev Antropol**, v. 17, n. 2, 2016.

SILVA, Reijane Pinheiro da *et al.* A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa Mais Médicos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 1005-1014, 2015.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo *et al.* Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à (s) lógica (s) do capitalismo tardio. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 1, p. 159-170, 2013.

SOUZA, Ana Cláudia Gomes de. **“Passou? Agora é luta!”**: um estudo sobre ações afirmativas e a presença de jovens estudantes indígenas na Universidade Federal da Bahia. 2016. 265 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2016.

SPINK, Peter Kevin. O pesquisador conversador no cotidiano. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 20, n. spe, 2008.

SPINK, Peter Kevin. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 18-42, dec. 2003.

STRASSER Roger *et al.* 2015. Putting communities in the driver’s seat: the realities of community-engaged medical education. **Acad. Med**, v. 90, n. 11, p. 1466–70, 2016.

STRASSER, Roger P. Community engagement: a key to successful rural clinical education. **Rural Remote Health**, v. 10, n. 3, 1543, 2010.

TASSINARI, Antonella. Resultados e Desafios da Inclusão de Estudantes Indígenas pela Política de Ações Afirmativas da UFSC. In: OLIVEIRA, Lúcia Alberta Andrade de. (Org.). **A Questão Indígena na Educação Superior**. **Cadernos do GEA**, n.10, p.43-51. jul.- dez, 2016.

TENORIO, Leila Pereira *et al.* Saúde Mental de Estudantes de Escolas Médicas com Diferentes Modelos de Ensino. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 574-582, dez. 2016.

UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMA DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE (URACCAN). **Grado en Medicina Intercultural**. Disponível em: <<https://www.uraccan.edu.ni/>>. Acesso em: 25 jan. 2020.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). **O que mantém um homem vivo?** Divulgação da peça teatral. 2020. Disponível em <<https://www.usp.br/tusp/?portfolio=o-que-mantem-um-homem-vivo>>. Acesso em: 23 jul. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. **Avaliação dos 10 anos do Programa de Ações Afirmativas e do ingresso por reserva de vagas (2007-2017)**. Disponível em: <[http://www.soc.ufscar.br/consuni/2018/arquivos/pauta-da-232a-reuniao-ordinaria-consuni-11-05-2018/relatorio\\_final\\_comissao\\_avaliacao\\_10anos\\_acoes\\_afirmativas\\_apreciacao\\_consuni.pdf](http://www.soc.ufscar.br/consuni/2018/arquivos/pauta-da-232a-reuniao-ordinaria-consuni-11-05-2018/relatorio_final_comissao_avaliacao_10anos_acoes_afirmativas_apreciacao_consuni.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. **Ingresso de estudantes Indígenas 2018**. Disponível em: <<http://www.prograd.ufscar.br/cursos/ingresso-na-graduacao/indigenas-1/indigenas>>. Acesso em: 25 maio. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. **Política de ações afirmativas, diversidade e equidade da Universidade Federal de São Carlos** / Universidade Federal de São Carlos. São Carlos: UFSCar, 2016. 82 f.

URTIAGA, Maria Elizabeth de Oliveira. **A Mediação da Cultura Docente na Formação Médica**. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária – UFPel, 2004.

VALLE, Carolina Nimrichter *et al.* Disciplina de Saúde Indígena na Formação Médica dos Estudantes da Universidade Federal do Tocantins. **Rev. Pat. Tocantins**. v. 3, n. 3, 2016.

VAN MANEN, Max. **Phenomenology of practice: meaning-giving methods in phenomenological research and writing**. CA: Left Coast Press, Inc..2014.

VANNI, Tazio; CYRINO, Antonio Pithon; RIBEIRO, Anna Cristina Rodopiano de Carvalho. Provimento médico no sistema de saúde da Austrália: uma conversa com Megan Cahill. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1367-1376, 2017.

VARGAS, Hustana Maria. Sem perder a majestade: “profissões imperiais” no Brasil. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, v.15, n.28, p.107-124, 2010.

VENDRUSCOLO, Carine *et al.* Roda de Arte, Trabalho e Cultura: relato de uma experiência com índios Guarani. **Saúde & Transformação Social**, v. 5, n. 1, p. 83-90, 2014. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2653/265331691013.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2020.

VIANA, Ilicia; MAHEIRIE, Kátia. Identidades em Reinvenção: O Fortalecimento Coletivo de Estudantes Indígenas no Meio Universitário. **Rev. Polis Psique**, Porto Alegre, v. 7, n. 3, p. 224-249, dez. 2017.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago/dez. 2014.

WALSH, Catherine. Interculturalidade Crítica e Pedagogia Decolonial: in-surgir, re-existir e re-viver. In: CANDAU, Vera Maria Ferrão. (Org.). **Educação Intercultural na América Latina: entre concepções, tensões e propostas**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2009.

WALSH, Catherine. Interculturalidade e decolonialidade do poder: um pensamento e posicionamento "outro" a partir da diferença colonial. **Revista Eletrônica da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Pelotas**, v. 05, n. 1, Jan.-Jul., 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/revistadireito/article/view/15002/10532> >. Acesso em: 02 jan. 2021.

WALSH, Catherine. **Pedagogías decoloniales: prácticas insurgentes de resistir, (re) existir y (re) vivir**. Tomo I. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala, 2013.

WHITLA, Dean *et al.* MPH Educational Benefits of Diversity in Medical School, **Academic Medicine**, v. 78, n. 5, p 460-466, may. 2003.

WILLIAMS MULLER, E. Universidad de las Regiones Autónoma de la Costa Caribe Nicaragüense y su acompañamiento Comunitario. **Revista Universitaria del Caribe**, v. 23, n. 2, p. 113-120, dez. 2019.

## APÊNDICE A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Em 2 vias, firmado por cada participante da pesquisa e pelos pesquisadores)

Convido o senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “**AS EXPERIÊNCIAS DE ESTUDANTES ÍNDIGENAS NOS CURSOS PÚBLICOS DE MEDICINA NO BRASIL**”, que será realizado com estudantes indígenas que cursam graduação em Medicina nas escolas públicas no Brasil, sob responsabilidade do pesquisador Willian Fernandes Luna, sob orientação da pesquisadora Eliana Goldfarb Cyrino. Esta pesquisa busca responder às Resoluções do Conselho de Saúde nº 466/2012, nº 510/2016 e nº 304/2000, além da Portaria 177/PRES/2006, artigo 6º da FUNAI.

Este estudo se destina a compreender a experiência da trajetória e da vivência de estudantes indígenas nos cursos de graduação em Medicina de faculdades públicas no Brasil, a partir de suas narrativas.

A importância deste estudo é identificar estudantes indígenas que cursam a graduação em Medicina nas diversas faculdades públicas no Brasil, nos anos de 2018 e 2019; identificar as estratégias que possibilitaram o ingresso no curso; analisar as vivências destes estudantes no processo de ingresso e permanência no curso, identificando potencialidades, fragilidades e superações; analisar como é, para estes estudantes, o encontro entre as suas vivências histórico-culturais e os seus saberes tradicionais frente aos conhecimentos ofertados na graduação de Medicina; e identificar projetos e perspectivas de atuação destes futuros profissionais de saúde.

Com esta pesquisa espera-se construir um mapeamento sobre as características gerais dos estudantes indígenas de Medicina nas faculdades públicas do Brasil, bem como compreender como é o processo de ingresso e permanência destes estudantes na graduação, o que pode favorecer a construção de estratégias que possam responder a essa necessidade. Espera-se provocar reflexões sobre a presença do indígena no ensino superior, bem como sobre seu campo de atuação futura.

Este estudo começará em abril de 2019 e terminará em dezembro de 2020;

A participação no estudo é totalmente voluntária e será da seguinte maneira: através do preenchimento de um questionário e participação em uma entrevista individual ou de um grupo (Roda de Conversa), que terão duração de cerca de 1 hora. Durante esses momentos de coleta de dados, o pesquisador fará anotações em um diário de campo, que será de acesso restrito ao pesquisador. O encontro com o pesquisador com os participantes acontecerá de forma presencial no município das instituições. O participante tem o direito de não discorrer sobre determinados temas que não desejar, bem como não participar quando não se sentir à vontade para isso. Além disso, poderá desistir da participação a qualquer momento da pesquisa;

Os riscos de participação são mínimos e referem-se a: a) quebra de sigilo sobre os dados e b) constrangimento em dar opiniões. No entanto, os pesquisadores se comprometem em manter todos os dados pessoais registrados utilizando-se códigos de identificação e arquivo digital codificado, a garantirem liberdade de não responder o que não convenha ao participante e o acolhimento por parte do pesquisador responsável. Além disso, a gravação das entrevistas será descartada depois de transcrita pelos pesquisadores. Ainda, haverá ressarcimento por qualquer despesa que venha a ter com a participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas está garantida a existência de recursos.

Caso necessário, o participante poderá contar com a assistência do pesquisador Willian Fernandes Luna e de sua orientadora, a professora Eliana Goldfarb Cyrino, para solucionar qualquer problema relacionado à esta pesquisa;

Esclarecemos que essa pesquisa não trará benefícios diretos para os participantes. No entanto, com base nos dados obtidos, será possível produzir conhecimento científico que visa contribuir para a compreensão sobre as vivências dos estudantes indígenas que cursam Medicina nas faculdades públicas do Brasil, o que pode favorecer as instituições na construção de estratégias para o melhor desenvolvimento destes estudantes. Após a finalização da pesquisa, há compromisso dos pesquisadores em divulgar os resultados às comunidades indígenas através de suas representações, para as instituições de ensino de Medicina e para o Ministério da Educação. Além disso, o pesquisador principal se compromete em oferecer arquivo digital via email com os resultados para todos os sujeitos entrevistados, além de buscar divulgação de resultados em periódicos científicos de circulação nacional.

Uma via deste documento com igual valor ficará de posse do participante com as assinaturas dos pesquisadores e do participante, além de rubricada por ambos.

A qualquer momento o participante poderá se recusar a continuar participando do estudo retirando o seu consentimento, sendo que isso não trará nenhuma penalidade.

**Nome e Endereço do Pesquisador Responsável:**

Prof<sup>o</sup>. Ms. Willian Fernandes Luna

End. Alameda Doutor Serafim Vieira de Almeida, 440, ap 16 Jardim Paraíso, São Carlos - SP.

Telefone (16) 98102 1254 Email: willian\_btu@hotmail.com

Instituição: Universidade Federal de São Carlos. Rodovia Washington Luis, s/n. São Carlos - SP

**Nome e Endereço da Orientadora:**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliana Goldfarb Cyrino

End. Rua Referendo Francisco Lotufo, 695. Vila Nogueira. Botucatu – SP.

Telefone (14) 99134 8337 Email: ecyrino@fmb.unesp.br

Instituição: Departamento de Saúde Pública. Universidade Estadual Paulista. Botucatu – SP

**ATENÇÃO: Esclarecimentos e dúvidas éticas a respeito desta pesquisa, além de ocorrências irregulares ou danosas, podem ser esclarecidas pelos Comitês de Ética em Pesquisa. No caso desta pesquisa, o participante pode buscar informações nos seguintes locais e horários:**

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU:** Endereço: Chacára Butignoli s/n, Rubião Júnior - Botucatu - São Paulo - CEP: 18618-970 (Próximo a FAMESP). Fone (14) 3880-1601. Email: [cep@fmb.unesp.br](mailto:cep@fmb.unesp.br). Segunda a Sexta, das 8h – 12h e das 14h – 18h.

Ou entre em contato com a **COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA:** Endereço SRNTV 701, Via W 5 Norte – Edifício PO 700, 3º andar. Bairro Asa Norte – Brasília / DF. Fone (61) 3315-5877. Email: [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br). Segunda a Sexta, das 8h às 18h.

Assim, tendo o participante compreendido tudo o que me foi informado no mencionado estudo e, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dela participar e, para tanto eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Para esta pesquisa, você concorda com a gravação da sua voz? ( ) Sim ( ) Não

Nome do participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante  
(rubricar as demais folhas)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável  
(rubricar as demais folhas)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Orientadora  
(rubricar as demais folhas)

## **APÊNDICE B. QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES**

Utilizado com os participantes da pesquisa nos encontros presenciais.

- 1) Iniciais do nome:
- 2) Nome e local da instituição:
- 3) Povo(s) indígena(s) a que pertencente:
- 4) Município e estado de origem:
- 5) Localidade de origem (aldeia / comunidade / zona urbana):
- 6) Idade:
- 7) Gênero:
- 8) Estado civil:
- 9) Possui filhos? Quantos?
- 10) Data de início do curso:
- 11) Período/ano do curso atual:
- 12) Endereço eletrônico:
- 13) Telefone:
- 14) Data da entrevista ou roda de conversa:
- 15) Escolha um nome ou palavra indígena para que seja usada na pesquisa para representar você:

## **APÊNDICE C. ROTEIRO DE APOIO AO ENTREVISTADOR**

Utilizado apenas em casos específicos, quando o entrevistado se distanciar com demasia dos objetivos da pesquisa):

- 1)** Como foi o processo de entrada no curso de Medicina? (Fortalezas; fragilidades; expectativas; experiência inicial de chegada na Universidade)
- 2)** Como você entende hoje o que é saúde? (Semelhança/diferença com conceito anterior)
- 3)** Como é sua relação com o seu povo e a sua comunidade, atualmente?
- 4)** Quais foram os principais aprendizados e dificuldades durante o curso de Medicina?
- 5)** Aqui na faculdade vocês têm algum conteúdo sobre saúde indígena? (Importância; quais conteúdos)
- 6)** O que você espera fazer depois de se formar?
- 7)** Por que você acha importante o indígena ter acesso à universidade? (E cursar medicina)
- 8)** Tem mais alguma história ou informação que você gostaria de me contar, que tenha relação com a sua vivência no curso de medicina?

## ANEXO 1. PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AS EXPERIÊNCIAS DE ESTUDANTES INDÍGENAS NOS CURSOS PÚBLICOS DE MEDICINA NO BRASIL

**Pesquisador:** Willian Fernandes Luna

**Área Temática:** Estudos com populações indígenas;

**Versão:** 4

**CAAE:** 01510018.4.0000.5411

**Instituição Proponente:** Departamento de Saúde Pública

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.133.339

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do documento PB Informações Básicas da Pesquisa (gerado no dia 12/11/2018) e Projeto Detalhado (submetido no dia 28/09/2018).

#### INTRODUÇÃO

##### A Educação Médica

A Medicina e a atuação profissional dos médicos vêm sofrendo transformações ao longo do tempo, refletindo as alterações da sociedade no Brasil e no mundo. No século XIX, a Revolução Industrial e o avanço científico trouxeram à tona uma compreensão técnica e biologicista sobre a doença, o que culminou numa dispersão mundial de compartimentalização do indivíduo e intensa especialização do profissional, que seriam marcadas pela publicação do Relatório Flexner, já no século XX. A teoria flexneriana recomendou, entre outras coisas, que o ensino de Medicina fosse estruturado sobre um alicerce científico e principiasse com uma sólida fundamentação das ciências básicas e os estudos clínicos posicionados em uma fase posterior, quando o conhecimento dessas ciências seria aplicado nos cuidados dos pacientes (MAMEDE 2001). No Brasil, na década de 1970, no campo da saúde, houve intenso esforço de produção teórica para alimentar a luta ideológica de resistência contra a ditadura militar. Uma importante estratégia utilizada com sucesso foi a recriação crítica ou reelaboração de conceitos, como prevenção, mercado de trabalho, prática

**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

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.133.339

médica, raízes sociais do trabalho médico, entre outros. Com a queda da ditadura e a abertura política gradual e controlada, já na década de 1980, o país iniciava a redemocratização política e a reorganização de suas instituições. Na interface entre educação e saúde, naquele momento buscavam-se propostas capazes de superar o então atual modelo de educação médica e de formação de recursos humanos em saúde. Resgataram-se temas da ação extensionista da Saúde Comunitária, combinados com as então incipientes metodologias ativas e no sentido da integração docente-assistencial, mas também foi construído um suposto discurso antagônico às propostas de Flexner, atribuindo-lhes a imagem de inimigas e responsáveis pelo modelo tecnicista, fragmentado e centrado na doença (NAOMAR, 2010). Todavia a questão do perfil de formação do médico proposto era resultado de uma situação muito mais complexa, com fatores relacionados a estrutura sócio histórica brasileira e de mercado, que foram então estremecidos pelo movimento da Reforma Sanitária e a conseqüente proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988, desencadeando reflexões e mudanças em torno do processo de formação dos profissionais da saúde. Na Medicina, mais especificamente, um longo processo de discussão entre docentes e estudantes sobre o perfil do egresso, organizado pela Associação Brasileira de Educação Médica, levou a elaboração das primeiras Diretrizes Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (DCNs), publicadas em 2001, indicando a necessidade de um médico generalista, crítico e focado nas necessidades de saúde da população. Apesar de avanços, inclusive com usos de novas metodologias de ensino-aprendizagem e inserção na rede de serviços de saúde, a formação dos profissionais de saúde ainda se manteve distante do cuidado integral, com qualificação insuficiente para as mudanças das práticas no SUS (BATISTA e GONÇALVES, 2011). Esse processo de transformação nos processos de formação nos cursos de graduação da saúde, não apenas na medicina, vem se mostrando um desafio a ser pensado e reformulado em teoria e estrutura para que seja direcionada para a prática e mais próxima das necessidades de sua população. Nos discursos de docentes, gestores e documentos oficiais, a busca por novos caminhos para reduzir a lacuna construída entre a produção de conhecimento teórico e a realidade vivida nas práticas em saúde nos diversos níveis de atenção têm sido bastante presente, mas na prática ainda temos muitos desafios para realmente propiciar esse avanço na formação. Nesse sentido, se tomarmos como foco as comunidades tradicionais historicamente excluídas, dentre elas as comunidades indígenas, quilombolas e ribeirinhas, será ainda mais evidente o distanciamento entre formação acadêmica e necessidades de saúde (CUERVO, RADKE, RIEGEL, 2015).

A formação para o trabalho na Saúde Indígena

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.710-049

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br)

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.133.339

Segundo Diehl e Pellegrini (2014), as graduações estão longe de contribuir para atuação em contextos interétnicos e interculturais, sendo que experiências de inserção precoce de estudantes em Terras Indígenas são raras, sendo exemplos o Projeto Xingu, da Unifesp, o PET Redes - Saúde Indígena, e algumas outras iniciativas dispersas. Reflexo disso é o despreparo para lidar com especificidades que vão para além das questões que dizem respeito à recuperação estrito senso da saúde, como por exemplo, organizações sociais e culturais que implicam práticas e saberes próprios de cuidados (envolvendo alimentação, higiene, recursos terapêuticos) com o corpo individual e coletivo, o que resulta em não preparação para o trabalho com os povos indígenas. As novas DCNs, publicadas em 2014, fazem alguns avanços nessa direção, pois apesar de não trazerem de forma explícita a necessidade de desenvolvimento de aprendizados em saúde indígena na graduação, indicam que os cursos devem oportunizar aprendizados com relação ao respeito ao pluralismo de concepções de saúde-doença e a diversidade cultural, além do reconhecimento do universo de diferenças étnico-raciais (BRASIL, 2014). Em países como o Canadá, Estados Unidos e Austrália, a inserção do estudo das particularidades dos indígenas locais nos cursos de Medicina, bem como da diversidade cultural desses povos e dos determinantes de saúde regionais estão sendo inseridas em algumas escolas de medicina como uma tentativa de diminuir as desigualdades dos problemas de saúde que atingem os indígenas, permitindo um melhor entendimento de seus problemas de saúde e respeito às diferentes crenças no processo saúde-doença (LEWIS; PRUNUSKE, 2017). No Brasil, a consolidação do SUS e, conseqüentemente, a formação em saúde direcionada à saúde pública no país, podem levar a um projeto de sociedade que amplia os limites do exercício da cidadania, reforçando o papel do Estado em garantir a saúde enquanto direito de todos, inclusive das populações indígenas, que somam mais de 800.000 brasileiros (IBGE, 2010). Contudo, o desafio de concretizar a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade das ações esbarra, em parte, no perfil de formação dos profissionais da saúde, com excessiva especialização e distanciamento das necessidades da população. Muitos são os desafios na educação para o SUS, mas múltiplas são igualmente as possibilidades, cabendo destaque principal às atividades de integração ensino-trabalho-cidadania, o que pode favorecer a aprendizagem significativa e sensibilizar para a atuação em saúde indígena no futuro (SIQUEIRA-BATISTA et al, 2013). A política do Estado dirigida às populações indígenas foi caracterizada, ao longo da história do Brasil, pela forte interveniência do poder público, ainda que consorciado a entidades religiosas e civis, com vistas a promover a assimilação dos povos indígenas à sociedade brasileira. Essa política tinha como base o pressuposto de que paulatinamente os indígenas deixariam de existir como grupos culturalmente diferenciados. Porém, o passar dos anos mostrou

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](mailto:conep@saude.gov.br)

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.133.339

que tal presunção era infundada, pois, longe de desaparecer, as sociedades indígenas tiveram grande crescimento demográfico, têm mostrado grande vitalidade cultural e ampliaram suas pautas de reivindicação por direitos ligados à diferenciação étnica. Mesmo assim, as leis orgânicas do SUS não previram quaisquer especificidades na organização do serviço de saúde para os povos indígenas e priorizaram ações de saúde voltadas para as áreas urbanas, provocando a necessidade da criação do subsistema de saúde indígena, em 1999, com buscas à geração de tecnologias e modos de atuação adequados ao trato com a população indígena e reconhecimento de que o modo de vida indígena tem singularidades. Atualmente, o Subsistema de Saúde Indígena é organizado em Distritos Especiais de Saúde Indígena (DSEI) e tem gestão central da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde. Porém, a relação entre o SUS e seu subsistema tem sido perpassada por conflitos e contradições ainda a serem superadas (GARNELO, 2012). No campo da saúde indígena, a formação dos recursos humanos é um dos aspectos que requerem maior atenção, pois não há como fortalecer o subsistema de saúde indígena sem haver profissionais habilitados para realizar este tipo de trabalho.

Ainda são poucos os estudos e investigações sobre o perfil dos profissionais que atuam nas áreas indígenas, suas dificuldades na adaptação ao trabalho cotidiano e necessidades de formação, mas pode-se afirmar que maioria é recém-formada e busca novos desafios e inserção profissional, com pouco perfil para lidar com complexidades nas relações interculturais, com grande precarização dos vínculos de trabalho (DIEHL, PELLEGRINI, 2014; OLIVEIRA, 2005). Outro problema importante é a alta rotatividade dos profissionais de saúde nas equipes de saúde indígena, que é atribuído, principalmente, aos esquemas de contratação, resultando na interrupção dos contratos e períodos de insegurança relacionados à continuação dos profissionais. A alta rotatividade dos membros das equipes, frente à ausência de capacitação adequada, seja formação anterior ou processo de educação permanente, resulta na falta de preparação por parte dos profissionais para o trabalho em contextos étnicos específicos (LANGDON, 2006). Desde 2013, uma nova conformação de profissionais médicos se estabeleceu no trabalho em saúde com as populações indígenas, com a chegada dos médicos dos dois programas federais de provimento: PROVAB (Programa de Valorização da Atenção Básica) e Mais Médicos, ocupando vagas ociosas nos 34 DSEIs. Esses profissionais, apesar de em sua maioria não possuírem formação específica para atuar em saúde indígena, fazem uma especialização em Saúde Indígena e são acompanhados por um supervisor vinculado a uma instituição de ensino, o que pode favorecer o aprendizado e o desenvolvimento de competências para atuar na saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2015). Apesar de atualmente haver um número maior de médicos nas equipes, o desafio permanece, pois, estes médicos estão

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](mailto:conep@saude.gov.br)

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.133.339

nestes postos de forma provisória e o desenvolvimento de ações para melhor qualidade da atenção prestada pela equipe à comunidade nem sempre é eficiente. Estratégia implementada para buscar alcançar regiões em que há um grande déficit de médicos foi a Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas das Instituições Federais de Educação Superior em 2013, com objetivo de criar novos cursos de graduação em medicina e aumento de vagas nos cursos já existentes (BRASIL, 2013). Essa política já garantiu aumento no número de estudantes de medicina e pode favorecer o provimento de médicos em áreas remotas e, talvez, nas indígenas, no entanto, isso não garante que estes profissionais terão perfil e formação para atuarem nestes cenários. Algumas dessas novas escolas buscaram favorecer o ingresso de estudantes provenientes da região onde o curso se instalou e também de comunidades indígenas.

**As ações afirmativas e o acesso dos indígenas na Universidade**

Nesse contexto de questões interculturais, historicamente há pouco acesso para que os indígenas adentrem o ensino superior como universitários, não possibilitando a formação de profissionais de saúde que sejam destas comunidades. Nos últimos anos, algumas estratégias foram sendo criadas localmente e outras nacionalmente para que o direito de acesso ao ensino superior fosse garantido aos indígenas, como programas de inclusão e de ações afirmativas. A concepção das Ações Afirmativas como política pública implica o trabalho pela desconstrução de assimetrias historicamente construídas na universidade pública, principalmente para acesso de pessoas de baixa renda, negros e indígenas (UFSCAR, 2016). A afirmação dos direitos de cidadania exige liberdade e igualdade, para que representem a possibilidade concreta de igual tratamento e oportunidades, levando em consideração as diversas condições históricas as quais os sujeitos estão submetidos. Assim, as ações afirmativas partem da constatação dessa realidade complexa em busca da igualdade material. Não se trata aqui de promover a desigualdade, ou de assegurar “divisões inexistentes” na sociedade, mas sim de promover a inclusão dos grupos socialmente vulneráveis (LOBATO; BENEDETTI, 2012). A expressão Ações Afirmativas tem origem nos Estados Unidos, nos anos 60, num momento de reivindicações democráticas para extensão da igualdade de oportunidades a todos. Em diferentes contextos, políticas de ações afirmativas assumem diferentes formas abrangendo principalmente minorias étnicas, raciais e mulheres (MOEHLECKE, 2002). Ações afirmativas contemplam coletividades e indivíduos discriminados, visando tanto a prevenção à discriminação como a reparação de seus efeitos. (DAFLON, FERES JUNIOR E CAMPOS, 2013). No Brasil, tomando o Censo do IBGE de 2010, os brancos representam 48% da população, sendo que, a partir da análise dos dados do Questionário Socioeconômico do ENADE realizado por Ristoff (2014), constata-se que o campus brasileiro ainda é cerca de 20% mais branco que a

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: 3.133.339

sociedade brasileira, mesmo após uma série de políticas públicas que buscam transformar esse cenário. E é a partir das políticas de ações afirmativas, destacando-se a Lei No.12.711, (BRASIL, 2012) que garante a reserva de 50% das matrículas por curso nas universidades federais a alunos oriundos do ensino médio público com cotas para negros, pardos indígenas, que temos um número um pouco maior de indígenas acessando a universidades públicas, sendo um total de cerca de 7.000 em 2010 (SILVA, 2012). No entanto, a lei não garante vagas específicas para indígenas, o que na maioria das vezes ocasiona a não aprovação nas seleções, pois são ocupadas por outros grupos também foco das ações. Assim, são outras duas modalidades de acesso que favorecem a estudantes indígenas no Brasil a oferta de vagas em universidades públicas federais e estaduais e faculdades particulares: a licenciatura intercultural e as vagas suplementares/reservas de vaga. A primeira tem como objetivo prioritário formar professores indígenas (ou, em muitos casos, dar continuidade à formação) para atuar em escolas situadas em terras indígenas. A segunda modalidade direciona candidatos indígenas para a formação em um conjunto de outros cursos regulares oferecidos por diversas universidades públicas (federais e estaduais) e particulares. Seu objetivo é formar profissionais indígenas para atuar prioritariamente em suas comunidades de origem em quaisquer áreas de atuação (PAULA, 2013). Segundo Rodrigo Cajueiro (2007) existiam por volta de 5.000 estudantes universitários indígenas, entre formados e formandos, em 2007, sendo que as duas modalidades de ensino superior indígena podiam ser encontradas, então, em 30 universidades estaduais e 21 federais.

### Os indígenas nos cursos de Medicina

Observando especificamente os estudantes dos cursos de Medicina no Brasil, nos afastamos ainda mais da presença de indígenas, já que em grande parte são brancos, oriundos de escolas privadas e com renda familiar 6 vezes maior que a média da população brasileira, segundo dados do ENADE. Ainda numa proporção de cerca de 74% de brancos, frente aos 48% da população brasileira, muito lentamente o curso de Medicina torna-se composto com uma diversidade maior da população, auxiliado em grande parte pelo Prouni e pelo Fies, nas IES privadas, e pela Lei das Cotas, nas Instituições Federais, o que pode ser observado de forma muito mais acentuada em outros cursos de graduação (RISTOFF, 2014). Dessa forma, a inclusão de indígenas nos cursos possibilita uma tentativa de superação da exclusão dessas populações nos processos formativos, e para além pode trazer diversidade para o universo do estudante de Medicina, aproximando outras formas de pensar o processo saúde-doença. Em outros países, como por exemplo a Austrália, 25% dos estudantes de Medicina devem ser oriundos de zonas rurais, sendo esse critério mais importante que suas notas em avaliações para ingresso. Para as populações aborígenes, a

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: 3.133.339

probabilidade de entrar na escola de Medicina será ainda maior porque não há médicos aborígenes em número suficiente, sendo que em 2014 foi a primeira vez que a porcentagem de alunos de Medicina aborígenes refletiu a porcentagem dessa população, que é de 2,5% (VANNI; CYRINO; RIBEIRO, 2017). No Canadá, várias instituições têm realizado reserva de vagas para estudantes da região onde o curso está instalado, principalmente para indígenas, como é o caso da Universidade do Norte de Ontário. Além do favorecimento para o ingresso, também são trabalhadas temáticas locais sobre saúde rural, indígena, trazendo maior protagonismo à comunidade, o que pode trazer o compromisso com a saúde local (JACKLIN; STRASSER; PELTIER, 2014; STRASSER, 2016). A formação de indígenas nos cursos de Medicina pode favorecer a presença de profissionais nas localidades remotas, o que pode levar a uma melhora nos serviços de saúde, no entanto, ainda há uma grande demanda reprimida para ingresso nos cursos de Medicina, o que pode ser evidenciado pelo número de candidatos para uma vaga no curso de Medicina da UFSCar para ingresso em 2018, que foi 235 (UFSCar, 2017). Desta forma, ainda há muitos caminhos a serem trilhados na busca por uma formação de profissionais de saúde indígenas, que possam ser mais competentes para trabalhar com as necessidades das próprias comunidades, favorecendo a saúde em sua complexidade. Nesta pesquisa, pretende-se compreender como é a experiência destes indígenas que estão estudando Medicina, enfrentando adversidades, superando limites e construindo uma nova história individual e coletiva. A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece (BONDIA, 2002). O conceito de experiência diz respeito ao que o ser humano apreende no lugar que ocupa no mundo e nas ações que realiza. A experiência alimenta a reflexão e se expressa na linguagem, organizada pelo sujeito por meio da reflexão e da interpretação num movimento em que o narrado e o vivido por si estão entranhados, precedendo à narrativa e ao narrador. Já a vivência é produto da reflexão pessoal sobre a experiência, mas que também possui ingredientes do coletivo (MINAYO, 2011). Também serão investigados como são as vivências destes indígenas no encontro intercultural frente ao modelo de Medicina ensinado nas escolas médicas. Há espaço nos cursos para trazerem essa diversidade de conhecimentos? São acolhidos no ingresso e em sua permanência? Quais são suas expectativas para quando estiverem formados? Indagações como estas serão discutidas nesse estudo.

### HIPÓTESE

A experiência destes indígenas enquanto estão estudando Medicina é composta por riqueza no encontro intercultural com o meio acadêmico, mas também por adversidades que são superadas através de estratégias individuais e coletivas.

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](mailto:conep@saude.gov.br)

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.133.339

### METODOLOGIA

Este projeto será iniciado através do aprofundamento teórico sobre educação médica, ações afirmativas no ensino superior e saúde dos povos indígenas, que são temáticas que dialogam com o campo desta pesquisa. Para a revisão de literatura, serão buscados estudos nacionais e internacionais em bases de artigos científicos dos últimos 5 anos, com foco no ingresso e permanência de estudantes indígenas (ou de povos originários, aborígenes, populações tradicionais ou regionais), principalmente na graduação de Medicina e outros cursos da saúde. Para a compreensão do campo empírico, pretende-se realizar pesquisa exploratória, cuja abordagem será qualitativa. A opção pela pesquisa qualitativa particularmente para este estudo deu-se por adentrar uma realidade de relações sociais e do cotidiano da qual estamos inseridos, o que dificulta a objetivação das ciências da natureza, e ao mesmo tempo possibilita avançar para a subjetividade e compreensão de fenômenos e processos, num campo marcado pela especificidade e diferenciação (MINAYO, 2006). A pesquisa qualitativa trabalha muito menos preocupada com os aspectos que se repetem e muito mais atenta com sua dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas (MINAYO, 2017). Também será realizado um levantamento de dados numéricos para caracterizar o grupo estudado, mas que não serão analisados pelo tratamento da bioestatística, pois serão descritivos para compreensão geral sobre o universo de estudantes de Medicina indígenas no Brasil. Dessa forma, o campo de pesquisa são os cursos de Medicina de faculdades públicas de todo o país. A escolha pelas instituições públicas deve-se ao fato de serem os espaços onde há maior número de estudantes indígenas nos cursos de Medicina, já que nas privadas a presença indígena é ínfima.

#### Construção dos dados

Para a construção de dados, a pesquisa possui três estratégias:

- a) Identificação dos estudantes indígenas nos diversos cursos de Medicina públicos do Brasil;
- b) Realização de entrevistas individuais e/ou rodas de conversa com os estudantes;
- c) Escrita de diário de campo.

Vale ressaltar que as duas primeiras estratégias não acontecem de forma linear, pois serão desenvolvidas em ciclos, ou seja, após a identificação dos primeiros estudantes indígenas serão realizadas as entrevistas, que propiciarão a identificação de outros estudantes. A escrita do diário de campo acontecerá durante todo o período de coleta de dados.

#### Identificação dos Estudantes Indígenas

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: 3.133.339

Nesta etapa, a exploração terá como objetivo identificar os diversos estudantes indígenas na graduação de Medicina em escolas públicas, nos anos de 2018 e 2019. A busca terá início no contato com estudantes indígenas do curso de Medicina da UFSCar e outros informantes-chave, utilizando-se a técnica Bola de Neve, numa cadeia de referência. A partir deste tipo de amostragem não probabilística, cada participante da pesquisa informa outras pessoas com o perfil necessário, possibilitando que o pesquisador os localize, já que se trata de um grupo de sujeitos que não está listado ou descrito em documentos e bases de dados institucionais nacionais. Essa técnica é utilizada para grupos de pessoas que podem ser difíceis de serem acessadas devido a alguma característica específica ou pela falta de dados no início da pesquisa, favorecendo a pesquisa exploratória (BIERNACKI; WALDORF, 1981; VINUTO, 2014). Concomitantemente a essa técnica, também serão realizadas buscas em materiais institucionais que façam referência a estudantes de medicina que sejam indígenas. A participação para todos estes sujeitos será de forma voluntária e será utilizado o TCLE (apêndice 1).

**Realização das entrevistas individuais**

Como técnica de construção de dados serão realizados encontros individuais com os estudantes indígenas nas cidades de sua instituição, quando será preenchido um questionário breve sobre o perfil do sujeito (apêndice 2) e será realizada uma entrevista narrativa, que poderá ser complementada com algumas questões contidas no roteiro de apoio ao entrevistador, disponível no apêndice 3. A participação para todos os sujeitos que serão entrevistados será de forma voluntária e será utilizado o TCLE (apêndice 1). A entrevista é uma técnica privilegiada de comunicação e é caracterizada por ser uma conversa com iniciativa do entrevistador, com uma determinada finalidade, mais especificamente destinada a construir informações para um objeto de pesquisa (MINAYO, 2006). Quando se trata de entrevista, é importante ressaltar que um depoimento individual também traz muitos aspectos coletivos, demandando da análise este olhar (MINAYO, 2017). Segundo Jovchelovich e Bauer (2002), as entrevistas narrativas se caracterizam como ferramentas não estruturadas, visando a profundidade, de aspectos específicos, a partir das quais emergem histórias de vida, tanto do entrevistado como as entrecruzadas no contexto situacional. Esse tipo de entrevista visa encorajar e estimular o sujeito entrevistado a contar algo sobre algum acontecimento importante de sua vida e do contexto social. Tendo como base a ideia de reconstruir acontecimentos sociais a partir do ponto de vista dos informantes, a influência do entrevistador nas narrativas deve ser mínima. Nesse caso, emprega-se a comunicação cotidiana de contar e escutar histórias, ressaltando a importância de o entrevistador utilizar apenas a linguagem que o informante emprega sem impor qualquer outra forma, já que o método

**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: 3.133.339

pressupõe que a perspectiva do informante se revela melhor ao usar sua linguagem espontânea. Essas asserções se assentam na compreensão de que a linguagem empregada constitui uma cosmovisão particular (JOVCHELOVICH; BAUER, 2002). A narrativa é uma forma artesanal de comunicar, sem a intenção de transmitir informações, mas conteúdo a partir dos quais as experiências possam ser transmitidas na forma de histórias, que evidenciam aspectos antes desconhecidos e que podem representar além da experiência individual, vivências coletivas. Nas entrevistas narrativas se considera que a memória é seletiva, sendo importante o que a pessoa registrou de sua história, o que experienciou, o que é real para ela e não os fatos em si (MUYLAERT, 2014). Utilizando-se a orientação teórica dos estudos narrativos, aponta-se também para a contribuição sobre as relações entre estrutura e ação social, entre contextos específicos de interação social e contextos societários mais amplos e, no caso específico da saúde, as narrativas podem ser vistas como elementos centrais para construção da experiência (CASTELLANOS, 2014). No campo da saúde coletiva, as narrativas utilizadas nas pesquisas qualitativas podem seguir diversas correntes teóricas, possibilitando a relação entre estruturalismo e fenomenologia, num resgate do sujeito, principalmente de caráter descritivo e etnográfico, mas que pode avançar em um sentido de intervenção (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008). No caso específico da complementação da entrevista narrativa com questões do roteiro de apoio ao entrevistador, serão realizadas perguntas pré-estabelecidas, mas também é permitido ao entrevistado discorrer sobre o tema em questão, sem se prender apenas à indagação formulada (MINAYO, 2006). Esta estratégia será utilizada apenas ao final da narrativa, quando ocorrer grande distanciamento dos objetivos da pesquisa. O número de entrevistados não está definido, mas estima-se que serão realizadas entre 15 e 20 entrevistas, buscando-se com esta amostra intencional de estudantes proporcionar uma diversidade de gênero, idade, regiões geográficas do país, realidades das instituições, diferentes povos indígenas, situações de saúde local e relações interinstitucionais. Será utilizada a técnica da saturação para definição do número de entrevistas. O objetivo com esse grupo de sujeitos é buscar que possam trazer homogeneidade e diferenciação, riqueza e volume de dados, com abrangência a múltiplas dimensões do fenômeno, considerando as interações em todo o processo (MINAYO, 2017). Serão convidados todos os estudantes indígenas do curso de Medicina das instituições visitadas, nos anos de 2018 e 2019, sendo a participação totalmente voluntária. O único critério de exclusão é a idade inferior a 18 anos. A previsão é de que as entrevistas com cada sujeito sejam realizadas em um encontro único, no entanto, caso haja necessidade ao longo do desenvolvimento da pesquisa, novos momentos de coleta de dados com os mesmos sujeitos podem ser realizados. As entrevistas serão gravadas em áudio 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: 3.133.339

posteriormente transcritas, garantindo-se sigilo através da codificação dos nomes e outros dados que identifiquem o sujeito. Após transcrição, os arquivos de áudio serão descartados.

### Realização de Rodas de Conversa

Como técnica complementar de construção de dados, também poderão ser realizadas Rodas de Conversa, com reunião de todos os estudantes indígenas da instituição, desde que haja um número de participantes maior de três. Nesta Roda de Conversa, será utilizada a mesma questão provocadora da entrevista narrativa (apêndice 3). A opção pela Roda de Conversa como técnica metodológica deu-se pela concepção de que neste encontro possa se trabalhar com o diálogo e a problematização na direção da construção coletiva de saberes, já que não há um roteiro de perguntas pré-estabelecidas, caracterizando-se por conversas espontâneas (LUNA e BERNARDES, 2016; BERNARDES et al, 2015). Além disso, a Roda de Conversa é um recurso que possibilita um maior intercâmbio de informações entre pesquisador e participantes (SPINK, 2008), pois inicia-se com a provocação sobre um tema pelo pesquisador ao grupo e, a partir daí as pessoas apresentam suas elaborações sobre ele, discutindo e posicionando-se de forma dialógica neste espaço (MÉLLO, 2007). O espaço da Roda de Conversa tem seus princípios baseados nos Círculos de Cultura, propostos inicialmente por Paulo Freire no livro "Educação como Prática de Liberdade". Os Círculos de Cultura, pensados a partir da lógica da Educação Popular (FREIRE, 1980), eram uma experiência em que se trabalhava com um grupo de pessoas, de forma dialógica, onde todos ensinavam e aprendiam, quando o aprendizado era construído e não transmitido. Neste espaço coletivo, novas hipóteses de leitura do mundo podem ser elaboradas. Dessa forma, a Roda de Conversa é defendida aqui como possibilidade de técnica de pesquisa, pois não há interesse em reificar verdades, mas de utilizar o princípio da dialogia para estabelecer conversas no cotidiano, em que os sujeitos são ativos na produção do conhecimento (LUNA e BERNARDES, 2016). As Rodas de Conversa também serão gravadas e seguirão as mesmas normas das entrevistas individuais, com preenchimento do TCLE.

### Escrita do diário de campo

O diário de campo é um caderno de notas do pesquisador, onde são anotadas observações sobre a realização da pesquisa, contendo impressões pessoais que vão se modificando ao longo do tempo (MINAYO, 2006). É nestes registros que será escrito o que for observado e ouvido pelo pesquisador, para além das rodas de conversa e da entrevista propriamente dita, que são elementos contextuais que colaborarão para o processo de análise e escrita dos resultados posteriormente (OLIVEIRA, 1996). O uso do diário de campo possibilita uma forma de distanciamento e de deslocamento da posição perante a experiência, mas garantindo que

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.710-049  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.133.339

tensionamentos e sentimentos vivenciados no momento da coleta de dados sejam registradas a partir do olhar do pesquisador, mas sem preocupação, neste momento, quanto à análise dos conteúdos. É um espaço de narrativa e não apenas descritivo, possibilitando o registro dos movimentos do pesquisador ao se deparar com as reflexões em campo (DIEHL et al, 2006). No caso desta pesquisa, o diário de campo possibilitará registrar a experiência do investigador ao realizar as diversas entrevistas, devendo ser realizado durante todo o processo de coleta de dados.

### Metodologia de Análise de Dados:

Para análise e interpretação do material proveniente da pesquisa de campo, serão utilizadas as orientações de Romeu Gomes (2012), iniciando pela avaliação de sua qualidade e suficiência. A análise de conteúdo terá perspectiva qualitativa, sendo que os materiais provenientes das entrevistas serão ordenados e organizados, inter-relacionando-se com o material do diário de campo, em um movimento de impregnar-se das informações e observações (MINAYO, 2011). Serão realizados os procedimentos de categorização, inferência, descrição e interpretação, que não ocorrerão necessariamente de forma sequencial. Ao longo de todo esse processo, conforme orientado por Minayo (2006), não será buscada a análise da frequência das falas e das palavras como critérios de objetividade e cientificidade, pois limitariam esse processo à descrição de dados. A opção será por buscar a compreensão dos significados no contexto das falas. O percurso analítico e sistemático, portanto, tem o sentido de tornar possível a objetivação de crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade, possibilitando a construção de conhecimento científico (MINAYO, 2011).

### DESFECHO PRIMÁRIO

Espera-se poder contribuir, a partir desta pesquisa, para o mapeamento sobre as características gerais dos estudantes indígenas de Medicina nas faculdades públicas do Brasil, bem como compreender como é o processo de ingresso e permanência destes estudantes na graduação, o que pode favorecer a construção de estratégias que possam responder a essa necessidade.

### DESFECHO SECUNDÁRIO

Espera-se provocar reflexões sobre a presença do indígena no ensino superior, bem como sobre seu campo de atuação futura.

### CRITÉRIO DE INCLUSÃO

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: 3.133.339

Indígenas autodeclarados graduandos em Medicina em cursos públicos no Brasil nos anos de 2018 e/ou 2019.

**CRITÉRIO DE EXCLUSÃO**

Menores de 18 anos.

**Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVO PRIMÁRIO**

Compreender a experiência da trajetória e da vivência de estudantes indígenas nos cursos de graduação em Medicina de faculdades públicas no Brasil, a partir de suas narrativas.

**OBJETIVOS SECUNDÁRIOS**

- 1) Identificar estudantes indígenas que cursam a graduação em Medicina nas diversas faculdades públicas no Brasil, nos anos de 2018 e 2019;
- 2) Identificar as estratégias que possibilitaram o ingresso no curso;
- 3) Analisar as vivências destes estudantes no processo de ingresso e permanência no curso, identificando potencialidades, fragilidades e superações;
- 4) Analisar como é, para estes estudantes, o encontro entre as suas vivências histórico-culturais e os seus saberes tradicionais frente aos conhecimentos ofertados na graduação de Medicina;
- 5) Identificar projetos e perspectivas de atuação destes futuros profissionais de saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS**

Na participação nas entrevistas e rodas de conversa, não há riscos físicos previstos e os possíveis riscos mentais são: a) quebra de sigilo sobre os dados, no entanto, os pesquisadores se comprometem em manter todos os dados pessoais registrados utilizando-se códigos de identificação e arquivo digital codificado, permitindo apenas acesso aos participantes diretos da pesquisa. Além disso, a gravação das entrevistas e será descartada depois de transcrita pelos pesquisadores. b) constrangimento em dar opiniões, o que será minimizado pela liberdade de não responder o que não convenha ao participante e garantias no sigilo das informações obtidas conforme descrito anteriormente. Caso necessário, os participantes poderão contar com a atenção e assistência do pesquisador principal, o médico Willian Fernandes Luna, para solucionar qualquer problema relacionado à esta pesquisa. Além disso, haverá ressarcimento por qualquer despesa que venha a ter com a participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que

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](mailto:conep@saude.gov.br)

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.133.339

venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas está garantida a existência de recursos.

### BENEFÍCIOS

Essa pesquisa não trará benefícios diretos para as participantes. No entanto, com base nos dados obtidos, será possível produzir conhecimento científico que visa contribuir para a compreensão sobre as vivências dos estudantes indígenas que cursam Medicina nas faculdades públicas do Brasil, o que pode favorecer as instituições na construção de estratégias para o melhor desenvolvimento destes estudantes. Após a finalização da pesquisa, há compromisso dos pesquisadores em divulgar os resultados às comunidades indígenas através de suas representações, para as instituições de ensino de Medicina e para o Ministério da Educação. Além disso, o pesquisador principal se compromete em oferecer arquivo digital via e-mail com os resultados para todos os sujeitos entrevistados, além de buscar divulgação de resultados em periódicos científicos de circulação nacional.

### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa terá como objetivo compreender as experiências de estudantes indígenas que cursam a graduação em Medicina em faculdades públicas, a partir de suas narrativas. Será buscado identificar os estudantes indígenas que cursam a graduação em Medicina nas diversas faculdades públicas no Brasil, nos anos de 2018 e 2019. Serão analisadas as vivências destes estudantes no processo de ingresso e permanência no curso, identificando potencialidades, fragilidades e superações. Também será analisado o encontro intercultural dos seus saberes tradicionais frente aos conhecimentos ofertados na graduação de Medicina, identificando inclusive as perspectivas de atuação destes futuros profissionais de saúde. O campo da pesquisa são os estudantes indígenas dos cursos de Medicina de todo o país. Para a compreensão do campo optou-se por desenvolver uma pesquisa com abordagem qualitativa com utilização de questionário, entrevistas individuais, roda de conversa e diário de campo. Será realizada análise de conteúdo dos materiais, buscando-se inicialmente avaliar quanto à sua qualidade e suficiência. Posteriormente, para análise de conteúdo a partir da perspectiva qualitativa, serão realizados os procedimentos de categorização, inferência, descrição e interpretação, que não ocorrerão necessariamente de forma sequencial. Espera-se como resultado poder contribuir para a permanência de estudantes indígenas nas escolas médicas públicas brasileiras, trazendo à tona as principais potencialidades, fragilidades e formas de superações que esses estudantes vivenciam no seu processo de formação universitária.

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](mailto:conep@saude.gov.br)

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.133.339

Será orientado pela Prof.<sup>a</sup> Dra. Eliana Goldfarb Cyrino, e foi apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu, como pré-requisito para obtenção do título de doutor, do aluno Willian Fernandes Luna.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide campo de "Conclusões ou Pendências e Listas de Inadequações"

**Recomendações:**

Vide campo de "Conclusões ou Pendências e Listas de Inadequações"

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Análise de respostas ao parecer pendente nº 3.100.421 emitido pela Conep em 22/12/2018:

1. Nos documentos do projeto, existem referências exclusivamente à Resolução CNS nº 466/2012. Considerando que é um projeto cuja metodologia utilizada é de Ciências Humanas e Sociais, recomenda-se estar em conformidade com a Resolução CNS nº 510/2016 (Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais) e à Resolução CNS nº 304/2000 (Pesquisa com População Indígena), especialmente nas declarações e no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido.

RESPOSTA: Foram inseridos no documento completo do Projeto de Pesquisa, bem como nos documentos anexados a exigência de estar de acordo com as Resoluções CNS nº 510/2016 (Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais) e nº 304/2000 (Pesquisa com População Indígena), inclusive no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. De acordo com a CARTA Nº 0212/CONEP/CNS, "INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE é aquela na qual haverá o desenvolvimento de alguma etapa da pesquisa". Neste sentido, solicitam-se esclarecimentos e/ou adequações.

RESPOSTA: Foi inserida a Universidade Federal de São Carlos como instituição coparticipante, considerando o critério da CARTA Nº 0212/CONEP/CNS, já que nela haverá o desenvolvimento de uma etapa da pesquisa.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. Quanto ao documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1228781.pdf", submetido no

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: 3.133.339

dia 12/11/2018, destaca-se:

3.1. Na página 2 de 8, lê-se: "O campo da pesquisa são os estudantes indígenas dos cursos de Medicina de todo o país". Solicita-se esclarecer se todos os participantes, de todo o país, serão incluídos em todas as etapas do estudo, ou seja, entrevista individual, roda de conversa, questionário e diário de campo. Em caso afirmativo, será necessário informar sobre todos estes procedimentos no registro de consentimento.

RESPOSTA: Foi inserido no Registro de Consentimento sobre a participação nas modalidades questionário, entrevista individual ou roda de conversa, além da escrita do diário de campo realizada pelo pesquisador.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4. Quanto ao documento "TCLECEP20182.docx", submetido no dia 12/11/2018, destaca-se:

4.1. O Registro do Consentimento Livre e Esclarecido é o meio pelo qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante ou de seu responsável legal, sob a forma escrita, sonora, imagética, ou em outras formas que atendam às características da pesquisa e dos participantes, devendo conter informações em linguagem clara e de fácil entendimento para o suficiente esclarecimento sobre a pesquisa (Resolução CNS nº 510/2016, Artigo 15). Não é recomendável que o documento esteja em formato de declaração, mas sim de convite. Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Realizada adequação no formato convite.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.2. Como existe previsão de gravação do som de voz, solicita-se acrescentar no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido opções excludentes ("sim, autorizo a gravação de minha voz" e "não, não autorizo a gravação de minha voz"). Além disso, considerando que envolve povos indígenas, deverá contemplar também a PORTARIA nº 177/PRES/2006, Artigo 6º, da FUNAI e demais legislações pertinentes.

RESPOSTA: Acrescentado no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido opções excludentes ("sim, autorizo a gravação de minha voz" e "não, não autorizo a gravação de minha voz"). Além disso, considerando que envolve povos indígenas, também foi contemplada a PORTARIA nº 177/PRES/2006, Artigo 6º, da FUNAI e demais legislações pertinentes.

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: 3.133.339

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.3. A Resolução CNS 510/2016, Artigo 17, Inciso I, prevê que o Registro do Consentimento Livre e Esclarecido, em suas diferentes formas, deve conter "a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, com informação sobre métodos a serem utilizados, em linguagem clara e acessível, aos participantes da pesquisa, respeitada a natureza da pesquisa". O documento apresentado não esclarece ao participante de pesquisa sobre TODOS os procedimentos adotados, no que se refere ao local e tempo dispensado para sua participação no estudo. Solicita-se incluir neste e nos demais documentos pertinentes, os itens solicitados.

RESPOSTA: Inseridos os esclarecimentos sobre todos os procedimentos adotados na pesquisa, inclusive no que se refere ao local e tempo dispensado para sua participação no estudo.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.4. Quando o pesquisador opta pelo Registro do Consentimento Livre e Esclarecido por escrito, este documento deve assegurar de forma clara e afirmativa que o participante de pesquisa receberá uma via (E NÃO CÓPIA) do documento, assinada pelo participante da pesquisa (ou seu representante legal) e pelo/a pesquisador/a, e rubricada em todas as páginas por ambos (Resolução CNS nº 510/2016, Artigo 17, Inciso X). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Inserida de forma clara e afirmativa que o participante de pesquisa receberá uma via (E NÃO CÓPIA) do documento, assinada pelo participante da pesquisa (ou seu representante legal) e pelo/a pesquisador/a, e rubricada em todas as páginas por ambos.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4.5. O Processo e Registro do Consentimento Livre e Esclarecido deve informar os meios de contato com o CEP (endereço, E-MAIL e TELEFONE nacional), assim como os horários de atendimento ao público. Também é necessário apresentar, em linguagem simples, uma breve explicação sobre o que é o CEP. Se o estudo envolver análise ética pela Conep, estas recomendações também devem ser estendidas a esta Comissão (Resolução CNS nº 510/2016, Artigo 17, Incisos IX e X). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Inseridos os meios de contato com o CEP e CONEP (endereço, E-MAIL e TELEFONE), assim como os horários de atendimento ao público. Inserido também em linguagem simples uma breve explicação sobre o que é o CEP.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

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

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.133.339

4.6. Como o pesquisador optou pelo Registro do Consentimento Livre e Esclarecido por escrito, os campos de assinaturas e rubricas devem ser identificados de acordo com a terminologia prevista na Resolução CNS nº 510/2016, Artigo 2º, Incisos XIII e XVII, ou seja, empregando-se os termos "pesquisador responsável" e "participante de pesquisa/responsável legal". Os campos de assinaturas não devem estar separados do restante do documento (exceto quando, por questões de configuração da página, isto não for possível) e não devem conter campos adicionais, além de nome e data. Além disso, de forma a garantir sua integridade, o documento deve apresentar a numeração das páginas, recomendando-se ainda que esta seja inserida de forma a indicar, também, o número total de páginas, por exemplo: 1 de 2, 2 de 2, por exemplo. Recomenda-se a adequação.

RESPOSTA: Corrigido, de acordo com a com a terminologia prevista os termos "pesquisador responsável" e "participante de pesquisa/responsável legal". Além disso, de forma a garantir sua integridade, o documento apresenta a numeração das páginas.

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.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1228781.pdf	29/01/2019 09:56:13		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEPCompldestaques.pdf	29/01/2019 09:55:01	Willian Fernandes Luna	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEPCompletoversaolimpa.pdf	29/01/2019 09:50:55	Willian Fernandes Luna	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

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.133.339

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Conviteparticipanteversaolimpa.pdf	29/01/2019 09:49:53	Willian Femandes Luna	Aceito
Outros	CartaRespostaCONEP.pdf	25/01/2019 10:42:38	Willian Femandes Luna	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Conviteparticipantedestaques.pdf	25/01/2019 10:40:23	Willian Femandes Luna	Aceito
Outros	CartaResposta.pdf	12/11/2018 22:10:01	Willian Femandes Luna	Aceito
Outros	EsclarecimentosCartaAnuencia.pdf	05/10/2018 09:09:21	Willian Femandes Luna	Aceito
Outros	CartaAnuenciaUFSCar.pdf	05/10/2018 09:08:28	Willian Femandes Luna	Aceito
Outros	TermoDeAnuencialInstitucional.pdf	28/09/2018 14:24:07	Willian Femandes Luna	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	28/09/2018 14:21:59	Willian Femandes Luna	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

BRASILIA, 06 de Fevereiro de 2019

Assinado por:  
Jorge Alves de Almeida Venancio  
(Coordenador(a))

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

## ANEXO 2. RECOMENDAÇÕES PARA O ENSINO DE SAÚDE INDÍGENA



### Recomendações da Abem para o ensino da saúde indígena nas escolas médicas brasileiras

Este documento defende a visibilidade da temática dos povos indígenas e o cuidado em contexto intercultural na educação médica, bem como o estímulo à presença dos povos indígenas como estudantes de medicina e outros cursos da saúde.

Para sua elaboração, consideramos que:

- no censo de 2010, 896.917 pessoas se autodeclararam indígenas no Brasil. Destes, 324.834 vivem em cidades e 572.083 em áreas rurais (IBGE, 2010);
- encontramos populações indígenas em todo o território nacional, somando cerca de 305 diferentes povos, com mais de 150 línguas faladas (IBGE, 2010; ISA, 2020);
- a Constituição Federal de 1988 estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, com rompimento oficial com as políticas de tutela e integração (BRASIL, 1988);
- a Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas defende o acesso dos povos indígenas 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, 2002);
- as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em medicina defendem a formação do médico com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, considerando as dimensões da diversidade étnico-racial, superando preconceitos de qualquer espécie e tratando as desigualdades com equidade (BRASIL, 2014);
- há uma fragilidade histórica na formação dos profissionais que prestam assistência à saúde indígena no Brasil (DIEHL; PELLEGRINI, 2014);
- se reconhece como essencial o despertar da sensibilidade para situações de diálogo entre diferentes culturas nas graduações na área saúde (LUNA *et al.*, 2020);
- as universidades brasileiras são 20% mais brancas do que a sociedade brasileira, apesar das diversas políticas públicas que buscaram, por meio de ações afirmativas, transformar essa condição (RISTOFF, 2014; BRASIL, 2018);
- a atual situação de saúde no período da pandemia de Covid-19 evidenciou desigualdades sociais e na atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil;
- há fragilidade de conhecimentos relacionados à temática indígena por estudantes de medicina, docentes e médicos;
- os espaços de discussão sobre saúde indígena nas graduações de medicina são raros, tampouco na perspectiva interétnica;
- a moção intitulada “Em defesa da visibilidade da temática e da presença dos povos indígenas na educação médica” e aprovada no dia 18 de outubro de 2020 durante o 58º COBEM;

O Conselho Diretor da ABEM sugere à comunidade médica as seguintes recomendações, no intuito de favorecer a presença e visibilidade dos povos indígenas nas escolas médicas e incentivar



práticas de ensino sobre os temas da saúde dos povos indígenas e a especificidade do cuidado dessas populações:

1. desenvolver o ensino de competências relacionadas a saúde dos povos indígenas nos currículos dos cursos de Medicina;
2. garantir a abordagem de conteúdos relacionados ao reconhecimento da diversidade de povos indígenas no Brasil, reconhecendo a importância da superação dos preconceitos e da estigmatização frente às populações indígenas;
3. garantir a abordagem dos conteúdos relacionados às políticas públicas de saúde dos povos indígenas, reconhecendo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) e o cuidado a indígenas fora do SasiSUS;
4. incentivar projetos e programas de extensão relacionados à saúde dos povos indígenas, reforçando o compromisso social do ensino superior com a sociedade;
5. oportunizar espaços para a formação docente relacionados à saúde indígena;
6. promover o diálogo interdisciplinar no ensino sobre a temática indígena e saúde indígena, possibilitando a aproximação da medicina às ciências sociais e humanas, considerando também epistemologias e cosmologias indígenas;
7. valorizar o protagonismo dos indígenas na construção de estratégias relacionadas à temática indígena na graduação de medicina;
8. manter e ampliar processos e programas de ações afirmativas para acesso e permanência no ensino superior específicos para as populações indígenas;
9. criar estratégias para desenvolver competências relacionadas à saúde indígena nos programas de residência médica;
10. criar estratégias para acesso de indígenas em programas de pós-graduação, o que pode oportunizar a formação de docentes e pesquisadores condizentes com todas as matizes étnicas presentes no país;
11. valorizar e apoiar a criação de coletivos indígenas nas universidades, respeitando o direito à participação dos indígenas nos espaços de tomada de decisões;
12. incentivar a criação de grupos de estudos e pesquisas sobre saúde indígena nas instituições, reconhecendo-os como estratégicos para garantia dos direitos indígenas;
13. incentivar o desenvolvimento de ambulatórios específicos para cuidado à população indígena, bem como aproximação das escolas médicas com os Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEI) e educação permanente dos profissionais que atuam nesse contexto;
14. produzir e disponibilizar materiais relacionados à saúde das populações indígenas, fortalecendo a integração ensino-serviço e comunidade;
15. garantir oportunidades de discussão e visibilidade de temas relacionados à saúde indígena nos eventos relacionados à educação médica;
16. instituir ações afirmativas para participação de indígenas nos eventos científicos e nas publicações de periódicos.



## Referências

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). *Censo da Educação Superior – 2017*. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/censo-da-educacao-superior>

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina*. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 03, de 20 de junho de 2014.

BRASIL. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2ª ed. Brasília: Funasa, Ministério da Saúde; 2002.

DIEHL, Eliana Elisabeth; PELLEGRINI, Marcos Antonio. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 867-874, abr. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Brasileiro 2010*. Disponível em <https://censo2010.ibge.gov.br/>

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. *Povos Indígenas no Brasil*. Disponível em [https://pib.socioambiental.org/pt/Quem\\_s%C3%A3o](https://pib.socioambiental.org/pt/Quem_s%C3%A3o)

LUNA, Willian Fernandes; MALVEZZI, Cecília; TEIXEIRA, Karla Caroline; ALMEIDA, Dayane Teixeira; BEZERRA, Vandicley Pereira. Identidade, Cuidado e Direitos: a Experiência das Rodas de Conversa sobre a Saúde dos Povos Indígenas. *Rev. bras. educ. med.*, Brasília, v. 44, n. 2, e067, 2020.

RISTOFF, Dilvo. O novo perfil do campus brasileiro: uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação. *Avaliação* (Campinas), Sorocaba, v. 19, n. 3, p. 723-747, nov. 2014.