

Engajamento antropológico e políticas públicas: a formação de redes interdisciplinares em saúde indígena

Esther Jean Langdon

Ari Ghiggi Jr.

Este capítulo caracteriza os princípios e modos de engajamento que representam a perspectiva “crítica” na América Latina como tem se apresentado no Brasil através da formação e consolidação de redes interdisciplinares em saúde indígena com raízes no movimento de reforma sanitária. A reforma sanitária fez parte do retorno à democracia após duas décadas de ditadura no Brasil. Foi também parte do movimento mais amplo de medicina social na América Latina guiado por uma noção positiva de saúde integral, em contraponto ao modelo estatístico epidemiológico de saúde pública, e orientado pelas ciências sociais para acessar as dimensões culturais e políticas das práticas e condições sanitárias. A reforma brasileira, conhecida como *saúde coletiva*, promoveu o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado na municipalização da atenção primária para garantir o direito universal à saúde e promover a participação social.

A Primeira Conferência para a Proteção da Saúde Indígena foi realizada em 1986 com o objetivo de discutir a provisão de atenção primária para os povos nativos diante da proposta de municipalização e das discussões globais em torno dos direitos indígenas e da diversidade cultural. Com a participação de lideranças indígenas, profissionais de saúde, representantes de organizações não governamentais (ONGs) e antropólogos, a conferência marcou o início de uma longa batalha que culminou na criação do Subsistema de Saúde Indígena, em 1999, e na definição da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Brasil, 2002). A inclusão de pesquisadores na conferência também marcou o início de uma rede entre antropólogos e outros interessados em contribuir com as políticas de saúde indígena e com a promoção da atenção primária a partir de uma perspectiva democrática e multicultural.

A posição crítica da rede de pesquisa em saúde indígena tem recebido pouco reconhecimento. Como parte do campo mais abrangente de antropologia da saúde no Brasil, os estudos em saúde indígena compartilham interesses pelas transformações das práticas de saúde e políticas públicas. Estes estudos juntam-se aos esforços na América Latina em desenvolver conceitos adequados para entender as especificidades regionais e

a pluralidade de práticas terapêuticas. Assim, este texto examina a história do engajamento e de investigações estratégicas relacionadas às políticas de saúde para indígenas. Além de analisar a promoção de serviços de saúde em um contexto intercultural e democrático, membros desta rede participam ativamente de fóruns em saúde, cursos de extensão para trabalhadores da saúde e avaliação e desenvolvimento de programas. Observamos também a contribuição para a construção de conceitos capazes de capturar a perspectiva “crítica” latina.

Abordagem crítica latino-americana

Como Seppilli e Otegui (2005) apontam em sua introdução ao número especial da *Revista de Antropología Social* dedicada às pesquisas em saúde, a abordagem “latina” não é identificada pelo rótulo de “antropologia médica crítica”, como aconteceu nas antropologias do Norte global. Décadas antes de sua emergência, nos anos 1990, o antropólogo mexicano Guillermo Bonfil Batalla (1966) expressou a abordagem crítica latino-americana, argumentando que fatores estruturais econômicos e políticos são responsáveis por condições precárias de saúde – e não as práticas culturais, como afirmado pela antropologia aplicada norte-americana. Processos históricos e políticos regionais definem os problemas estudados pelas antropologias da saúde sul-americanas. Isto inclui a consciência da situação colonial, o impacto do desenvolvimento tardio do capitalismo e da modernização e, no caso do Brasil, o movimento da reforma sanitária dos anos 1970 e 1980, que promoveu a saúde integral como um direito de todos os cidadãos e como uma responsabilidade do Estado. É importante reconhecer que a hegemonia biomédica na América Latina não erradicou outras práticas. A região é caracterizada pela grande diversidade de sistemas terapêuticos autônomos que continuam a exercer importantes papéis no campo da saúde, uma situação diferente dos países do Norte, onde o pluralismo médico é bastante limitado (Cueto; Palmer, 2015). A articulação autônoma entre estas práticas na busca por atenção à saúde por indígenas, afrodescendentes e grupos populares ao longo de toda a América Latina deve ser percebida tanto no campo político como no terapêutico.

A posição crítica da antropologia da saúde no Brasil rejeita o rótulo de antropologia médica, percebendo que ele subordina o conhecimento antropológico à reprodução do empirismo biológico e psicológico das ciências médicas para entender sofrimento e emoção (Sarti, 2010). Pesquisas entre populações indígenas procuram

entender o impacto das práticas discriminatórias e do desenvolvimento econômico nas condições de saúde (Coimbra; Santos, 2000; Coimbra et al., 2002), assim como documentar a multiplicidade de sistemas de conhecimento e relações políticas entre profissionais de saúde e populações atendidas (Teixeira; Silva, 2013). Em colaboração com outros latino-americanos, os pesquisadores brasileiros procuram desenvolver conceitos adequados para compreender os efeitos da expansão da hegemonia biomédica e das relações de poder assimétricas subjacentes. Desde seu princípio, a rede de pesquisa procurou construir, com as populações estudadas, políticas públicas mais adequadas e promover serviços que reconhecem a multiplicidade de práticas, a autonomia e a articulação, pelas populações-alvo, de diversas tradições médicas, incluindo a biomedicina.

Política de Saúde Indígena no Brasil e formas de engajamento

Antes do estabelecimento do Subsistema de Saúde Indígena, em 1999, havia poucos serviços e não existiam políticas de saúde para populações indígenas. Equipes volantes de saúde da Fundação Nacional do Índio (Funai) e ONGs ofereciam alguns serviços, e a maioria dos grupos tinha pouco ou nenhum acesso às instituições públicas de saúde. A primeira Conferência para a Proteção de Saúde Indígena, em 1986, examinou as condições precárias de saúde, o papel e a importância das práticas tradicionais e a demanda dos indígenas por um sistema de saúde próprio baseado na diferença étnica. Quatro setores da sociedade brasileira participaram: agências governamentais, ONGs, instituições de pesquisa e povos indígenas. O considerável número de representantes indígenas era evidência do seu movimento crescente, que cumpriu importante papel no processo de reforma constitucional. As resoluções conclusivas da conferência clamavam pelo estabelecimento de um sistema específico, ligado diretamente ao Ministério da Saúde, para a promoção de serviços de saúde, a construção de um modelo de “atenção diferenciada” que respeitasse as particularidades culturais e práticas tradicionais e a inclusão das comunidades indígenas no planejamento, na organização, na execução e na avaliação dos serviços de saúde. Também houve a recomendação da participação de antropólogos em equipes de saúde. Em 1988, a Assembleia Nacional Constituinte incorporou estes princípios e garantiu o direito à atenção à saúde integral e diferenciada para os povos indígenas.

Em 1988, aconteceu em Belém, Pará, um encontro sobre Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia (Buchillet, 1991), reunindo profissionais de saúde e antropólogos engajados em pesquisa e no desenvolvimento da política de saúde indígena. Na conclusão do encontro, propuseram uma rede de pesquisa sobre saúde dos povos indígenas e a diversidade de contextos e culturas nas várias regiões do Brasil para prover subsídios no desenvolvimento de políticas públicas e serviços. Apesar de este grupo nunca se constituir formalmente, sua composição interdisciplinar e o objetivo de contribuir para a pesquisa e para políticas públicas formaram as bases do que, mais tarde, foi formalizado como Grupo de Trabalho em Saúde Indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

A década de 1990 foi marcada por esforços em construir políticas de saúde de acordo com os princípios assinalados na Primeira Conferência (acesso universal, atenção diferenciada e controle social) e promover cobertura universal em todas as terras indígenas. O decreto presidencial de 1991 estabeleceu a Coordenação de Saúde Indígena (Cosai) da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) como responsável pelos serviços de saúde para indígenas. No mesmo ano, a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi) foi criada para oferecer consultoria técnica ao Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Esforços para estabelecer políticas e serviços de saúde adequados marcaram toda a década de 1990 através de conferências e outros eventos organizados por agências governamentais, associações acadêmicas e instituições de pesquisa. Porém, a falta de definição dos papéis dos atores e o financiamento inadequado perduraram por toda a década até a aprovação do Subsistema de Saúde Indígena e dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), em 1999. Com a aprovação do subsistema, recursos financeiros significantes foram injetados na provisão de serviços de saúde diferenciados e DSEIs foram organizados, assim como conselhos locais e distritais, com o propósito do controle social democrático pelas comunidades (Garnelo, 2012).

Durante a década, uma rede de antropólogos e profissionais de saúde formou-se através de conferências, fóruns e eventos para discutir a política de saúde indígena. Três modos de atividades podem ser identificados: pesquisa estratégica, representação em fóruns governamentais para a construção política e programas de avaliação e treinamento para profissionais de saúde. Todos três representam formas de engajamento político, com lideranças indígenas, para construir políticas e serviços para garantir acesso universal, articulação com práticas nativas e participação comunitária. A mais óbvia expressão

política deste engajamento tem sido a participação como consultores ou membros de fóruns designados para elaborar, assessorar e avaliar políticas de saúde indígena e serviços. Tanto a Abrasco como a Associação Brasileira de Antropologia (ABA) possuem representação na Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi). Durante a década de 1990, o Cisi promoveu a aprovação do Subsistema de Saúde Indígena baseado na organização em distritos sanitários e, desde então, tem exercido seu papel no acompanhamento e na avaliação das políticas de saúde indígena (Cisi, 2006; Teixeira; Simas; Costa, 2013).

A rede cresceu dentro de um contexto interdisciplinar e internacional, engajando cientistas sociais e profissionais da área médica que combinam pesquisa com indígenas com preocupações políticas. Além dos fóruns governamentais, há eventos científicos nacionais e internacionais, como os organizados pelo Fórum Latino-Americano de Ciências Sociais e Medicina e os congressos da Abrasco. No Brasil, a rede tem se consolidado a partir da formação do Grupo de Trabalho de Saúde Indígena da Abrasco, em 2000, que assumiu uma agenda acadêmica e política. Composto por professores e investigadores de diversos campos da saúde coletiva, ciências sociais, epidemiologia, administração e planejamento, o grupo propõe e participa de debates relevantes na Abrasco e em diferentes instâncias do SUS que dizem respeito à saúde indígena. Seus membros têm atuado como representantes em diferentes conselhos e comissões, como a Cisi e o Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), do Ministério da Saúde, assim como naqueles que apoiam pesquisa e ensino de graduação. O Ministério da Saúde e a Organização Panamericana de Saúde (Opas) têm indicado membros do grupo de trabalho para comitês que definem prioridades e avaliações de pesquisa. Entre 2008 e 2010, o grupo dirigiu o Primeiro Inquérito Nacional sobre Saúde e Nutrição em Povos Indígenas (Coimbra et al., 2013). Além disso, organiza oficinas, minicursos e sessões para os congressos da Abrasco e para outras associações, como a ABA e o Fórum Latino-Americano de Ciências Sociais e Medicina. Representantes governamentais participam nos seus *workshops* para discussões sobre políticas.

Com 14 membros oficiais, o grupo é o núcleo da rede mais ampla que tem trabalhado e colaborado por mais de duas décadas em todo o Brasil e na América Latina, incluindo Argentina, Venezuela, Colômbia e México. Muitos participantes combinam antropologia com sua formação nas ciências biomédicas e biológicas e são associados com instituições médicas. Os antropólogos, preocupados com questões políticas e sociais,

estão localizados em departamentos de antropologia em universidades em todo o país. É importante enfatizar a natureza interdisciplinar deste grupo, no qual um número considerável dos profissionais de saúde desenvolve métodos qualitativos em conjunto com abordagens quantitativas características das ciências médicas.

Pesquisa estratégica como engajamento crítico: o Núcleo de Estudos sobre Saberes e Saúde Indígena

Examinaremos aqui, como um exemplo de pesquisa estratégica, as atividades do Núcleo de Estudos sobre Saberes e Saúde Indígena (Nessi), oficialmente formalizado em 1994 por pesquisadores do Centro de Ciências da Saúde e do Departamento de Antropologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O grupo tem mantido seu caráter interdisciplinar desde seu início, na década de 1980, uma vez que todos os membros são comprometidos com a valorização da pesquisa etnográfica de longa duração para entender problemáticas de saúde global e nacional em níveis locais e para contribuir para as políticas públicas. Seus membros fazem parte do Grupo de Trabalho da Abrasco, assim como da rede de pesquisa em saúde do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Brasil Plural (IBP).¹ Fundado em 2009, o IBP tem contribuído significativamente para a expansão da rede.

As pesquisas do Nessi caracterizam a abordagem brasileira crítica em antropologia, reafirmando dois princípios importantes no método etnográfico e na teoria: diálogo e pluralismo de conhecimentos. Dada sua natureza interdisciplinar, o Nessi esforça-se para dialogar com diferentes disciplinas em saúde e com as comunidades indígenas estudadas via método etnográfico. Desde 2009, com a fundação do IBP, o grupo tem intensificado suas colaborações com outros países da América Latina, particularmente México e Colômbia, mas também Venezuela, Argentina e Chile (Langdon; Cardoso, 2015). Além da pesquisa comparativa, o Nessi participa de discussões teóricas e metodológicas relevantes para o desenvolvimento de conceitos adequados para o contexto da América Latina. Os pesquisadores do Nessi estão interessados no exame das relações de poder e de autonomia nos níveis locais, como expressos nas práticas de itinerários terapêuticos e relações entre a hegemonia dos serviços biomédicos e as populações indígenas alvo destes serviços.

¹ IBP é um programa de pesquisa interinstitucional organizado em torno da pesquisa antropológica voltada para o subsídio na formulação e implementação de políticas públicas, assim como para as lutas políticas das comunidades estudadas.

No diálogo com pesquisadores da rede da Abrasco e de outros países, membros do Nessi examinam conceitos que focam a natureza política das práticas de saúde, tanto em estudos etnograficamente orientados para iluminar a pluralidade de conhecimentos como em estudos focados na política de saúde e sua implementação. Em particular, alguns conceitos de Eduardo Menéndez (1992, 2003, 2009) têm sido úteis, tais como modelos de atenção, práticas de autoatenção, alcoolização e modelo médico hegemônico. Menéndez está preocupado com uma abordagem relacional que reconheça os pluralismos médicos e recursos terapêuticos para além da biomedicina, assim como a agência dos grupos sociais na busca por prevenção ou resolução de problemas de saúde. Termos como “medicina tradicional/indígena” e “etnomedicina” tendem a homogeneizar e retratar de forma estática a diversidade de práticas de saúde presentes na América Latina. O conceito de práticas de autoatenção enfatiza autonomia, agência, heterogeneidade, dinâmicas de saberes e práxis de atenção à saúde.

Menéndez define práticas de autoatenção como “as representações e práticas que a população utiliza tanto individual quanto socialmente para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, suportar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais” (2009, p. 48). Ele sublinha o caráter autônomo destas práticas e descreve dois níveis analíticos. O sentido amplo é relacionado com todas as formas de práxis de autoatenção necessárias para assegurar a reprodução biossocial dos sujeitos e grupos ao nível local, em especial os grupos domésticos. Práticas de autoatenção neste nível incluem não apenas o cuidado e a prevenção das doenças, mas também os recursos ambientais e corporais, as normas alimentares e higiênicas, a organização social, os rituais e outras práticas que mantêm o bem-estar integral do grupo. Este conceito aponta para práticas, socialidades e ontologias que estão além do domínio biomédico da saúde ou do sofrimento e dizem respeito à reprodução social e cultural tanto quanto a biológica. O segundo nível é mais restrito e refere-se principalmente às estratégias, científicas ou não, de representação da doença e às práticas de cuidado e restauração. Muitas das pesquisas “qualitativas” conduzidas por pesquisadores biomédicos reconhecem somente o nível restrito, ignorando os processos sociais e culturais mais amplos que são centrais para a saúde integral (Menéndez, 2012).

O conceito de práticas de autoatenção enfatiza a autonomia e criatividade das coletividades sociais, principalmente a família como grupo nuclear que articula diferentes

possibilidades terapêuticas disponíveis nos contextos interculturais (Menéndez, 2016). Diferentemente do que a biomedicina chama de “autocuidado”, este conceito muda o foco da ação do profissional de saúde para o grupo local. Enquanto o autocuidado implica a adesão do paciente aos valores e às instruções biomédicas, a autoatenção enfatiza a autonomia do grupo doméstico do paciente na articulação dos recursos terapêuticos disponíveis, independentemente de suas origens, na criação de novas articulações. O conceito muda o foco de atenção dos profissionais, médicos ou curadores tradicionais para analisar o indivíduo e seu grupo como atores centrais nos dramas de saúde (Menéndez, 2016). Ele também liberta a análise das dicotomias binárias, como tradicional/moderno, ciência/magia, natural/sobrenatural e pessoal/impessoal, que têm minado as discussões antropológicas sobre medicina “primitiva” desde suas origens e que continuam a fazer parte das imagens da saúde indígena como primitiva e estática.

“Intermedicalidade”, outro conceito desenvolvido pelo grupo, ilumina aspectos políticos, econômicos e ideológicos envolvidos nas interações entre profissionais da medicina e grupos indígenas, além da incorporação e apropriação pelos indígenas das substâncias e práticas biomédicas. Este conceito foi introduzido no Brasil por Maj-Lis Follér (2004) para analisar a assimetria nas relações, assim como o hibridismo de práticas numa zona de contato, entre a equipe médica dos Médecins sans Frontières e os Shipibo-Conibo. Follér indica que a intermedicalidade aponta para a expansão dos serviços biomédicos entre povos indígenas como uma zona de contato na qual a realidade social é construída por negociações entre sujeitos politicamente ativos, reconhecendo que todos os atores são dotados de agência social.

Ambos os conceitos, intermedicalidade e práticas de autoatenção, são úteis para demonstrar como, apesar de sua expansão contínua, a biomedicina não se sobrepõe às formas de conhecimento e práticas indígenas (Ghiggi Jr., 2015, 2017). A pesquisa etnográfica guiada por estes conceitos tem direcionado atenção às dinâmicas corporais, sociais e cosmológicas envolvidas na reprodução biossocial no sentido mais amplo, demonstrando que a saúde deve ser compreendida em uma perspectiva que reconheça a pluralidade e dinâmica dos sistemas de conhecimento e os processos relacionados ao corpo, às formas de socialidade, à cosmologia e à ontologia (Oliveira, 2009; Oliveira, 2011; Scopel et al., 2012; Silveira, 2011).²

² O estudo de Nádía Silveira (2011) em uma comunidade Guarani demonstra como, apesar de as práticas alimentares terem se transformado ao longo dos anos, as atividades diárias de preparação e consumo de

Estes conceitos também têm sido úteis para focar a agência indígena, no que diz respeito às condições de saúde que são objeto dos programas governamentais de intervenção. Portela García (2010) examinou as práticas de autoatenção entre pacientes indígenas Kaingang diagnosticados como portadores de diabetes e hipertensão arterial. Sua descrição etnográfica de um programa de atendimento a estes pacientes e da interação entre os membros da equipe de saúde e os Kaingang demonstrou comunicação assimétrica, linear e unidirecional, que ignorava comentários e percepções dos pacientes indígenas. Estas interações podem ser tomadas como um claro exemplo de hegemonia comunicativa (Briggs, 2005), um conceito associado aos processos gerais do modelo médico hegemônico (Menéndez; DiPardo, 1996).

Outros estudos etnográficos examinam práticas de autoatenção e relações assimétricas entre povos indígenas e trabalhadores das equipes de saúde, incluindo o abuso de álcool entre os Kaingang (Ghiggi Jr., 2010; Ghiggi Jr.; Langdon, 2013, 2014), o papel dos fatores econômicos e estruturais que limitam a capacidade das famílias de cuidar de pacientes diagnosticados com problemas de saúde mental entre os Guarani-Kaiowa (Silva; Langdon; Ribas, 2013), o uso de medicamentos (Diehl, 2016; Diehl; Almeida, 2012; Diehl; Grassi, 2010) e a expansão dos programas de saúde materna sobre as práticas de gestação e parto entre os Munduruku (Dias-Scopel, 2015). Focando as perspectivas indígenas e as ações dos microgrupos, estes estudos contribuem para a avaliação do princípio de “atenção diferenciada”,³ como definida pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Brasil, 2002), e a adequação cultural para intervenção e interação entre equipes médicas e povos indígenas. São estudos críticos e estratégicos, no sentido de elaborar descrições etnográficas examinando perspectivas locais diante da natureza política das interações entre pacientes indígenas e profissionais dos serviços de saúde.

Um segundo impulso de pesquisa desenvolvido pelos membros do Nessi reflete um foco político explícito na garantia do Subsistema de Saúde Indígena de “acesso universal, articulação com conhecimentos e práticas indígenas, e participação dos

comida continuam refletindo princípios cosmológicos amplos em seu universo. A etnografia de Diogo de Oliveira (2011) sobre conhecimentos e práticas relacionadas à agricultura entre os Guarani contribui para compreender as relações entre subsistência e cosmologia. Daniel Scopel et al. (2012) examinam a relação entre práxis de autoatenção e cosmologia entre os Munduruku do Amazonas.

³ Atenção diferenciada clama pelo reconhecimento e respeito das práticas e conhecimentos indígenas, assim como a articulação, ou incorporação, de suas práticas pelos profissionais de saúde. Comumente referenciado como “interculturalidade” na América Latina, no Brasil é um conceito imprecisamente definido, que tende a perder sua natureza política (Langdon; Garnelo, 2017).

cidadãos em todas as fases de planejamento, execução e avaliação das ações em saúde” (Brasil, 2002, p. 8). Investigadores do Nessi têm analisado o potencial da participação e governança em três esferas instituídas pelo subsistema: presença dos agentes indígenas de saúde (AIS) nas equipes multiprofissionais de saúde (Diehl et al., 2012; Langdon et al., 2006, 2014), representação nos conselhos locais e distritais de saúde (Langdon; Diehl, 2007) e organizações indígenas como promotores da atenção primária terceirizada (Diehl; Langdon, 2015). Estes estudos têm sido guiados por questões acerca da habilidade dos atores indígenas para exercer sua agência e reclamar direitos em diferentes espaços de interação intercultural criados pelo Estado desde o final do século XX (Diehl; Langdon, no prelo).

Considerações finais

A rede de saúde indígena, representada pelo Grupo de Trabalho em Saúde Indígena e pelo Nessi, é interinstitucional, interdisciplinar, internacional e política. É composta por profissionais de saúde e antropólogos associados a instituições acadêmicas e de pesquisa comprometidas com a colaboração interdisciplinar. Sua posição crítica se evidencia por questões políticas e de pesquisa que focam as relações de poder e os serviços de saúde em contextos interculturais. São pesquisadores engajados cujas atividades têm construído uma forte interface entre pesquisa e defesa de direitos políticos.

Temos argumentado aqui que a pesquisa em saúde indígena tem origens no movimento da saúde coletiva, no retorno à democracia e na emergência da rede interdisciplinar e internacional engajada na reforma sanitária na América Latina. O movimento de saúde coletiva surge da crítica aos paradigmas funcional e biológico, voltando-se às ciências sociais para compreender a interação entre as dimensões biológica e psicossocial e as dimensões socioculturais, históricas e políticas dos processos de saúde-enfermidade-atenção. A rede interdisciplinar de pesquisa em saúde indígena advém da luta pelo estabelecimento do subsistema que iniciou com a Primeira Conferência para Proteção da Saúde Indígena, onde os pesquisadores têm sido protagonistas na construção e avaliação da política nacional. Seus esforços em pesquisa consolidaram-se em 2000, com a formação do Grupo de Trabalho em Saúde Indígena da Abrasco e com o Nessi, do INCT Brasil Plural.

O engajamento crítico dos membros dessa rede pode ser notado pelo seu comprometimento com a produção de conhecimento voltado para subsídios às políticas e aos serviços de saúde, para a eliminação de iniquidades na inclusão social e de saúde e para a construção da cidadania. O foco se dá sobre problemas locais e nacionais através de pesquisa de longa duração para impactar sobre os serviços, as políticas, a formação de recursos humanos e a participação. Pesquisadores desenvolvem atividades com os povos indígenas em cursos de extensão, conferências e fóruns de participação social. A pesquisa etnográfica procura iluminar conhecimentos e práticas locais em saúde, assim como as percepções locais sobre problemas de saúde. Os membros da rede colaboram para o desenvolvimento de conceitos que deem conta da pluralidade e dinâmicas das práticas de saúde e da articulação autônoma dos modelos de atenção de forma relativamente independente dos profissionais de saúde e de suas expectativas quanto ao “autocuidado”.

A abordagem crítica latina, como apresentada pela rede de pesquisa e pelo Nessi, afirma que o trabalho de campo qualitativo e etnográfico é fundamental não somente para entender processos locais, mas também para estabelecer diálogo, o que envolve escuta, respeito e criação de relações simétricas (Montardo; Rufino, 2017). Pluralismo de conhecimento refere-se ao reconhecimento da diversidade de sistemas de conhecimentos, ontologias e práticas presentes nos grupos estudados e invoca uma concepção mais ampla de saúde e pesquisa qualitativa que aquela implicada no domínio da biomedicina ou dos Métodos de Avaliação Rápida (*rapid assessment methods*) (Menéndez, 2012). Antropólogos brasileiros rejeitam o que é percebido como uma instrumentalização dos métodos antropológicos em pesquisa aplicada, que por sua vez é direcionada por conceitos e pressupostos da biomedicina. A pesquisa em saúde indígena ilumina outros sistemas de conhecimento e práxis em contraponto à crescente expansão dos serviços médicos através do SUS e do Subsistema de Saúde Indígena. Ela visa estudar não somente a diversidade de tradições médicas, mas também as dinâmicas políticas de como os povos indígenas articulam seus conhecimentos e práticas com os serviços biomédicos ofertados (Langdon, 2016).

Outra característica da abordagem crítica latino-americana é a análise de novos papéis e espaços criados pelo Estado (Briones; del Cairo, 2015). No Brasil, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas tem fomentado a interação nos níveis local, regional e nacional a partir do princípio de controle social, que visa à participação

indígena e governança no planejamento, na avaliação e no controle financeiro dos programas de saúde em suas comunidades. As investigações desenvolvidas pelos membros do Nessi buscam entender em que sentido os atores indígenas têm sido hábeis em exercer seus direitos e tomar decisões autônomas em diferentes espaços interculturais criados pelo Estado com a implantação do subsistema em 1999. Especificamente, as pesquisas etnográficas do Nessi focam a participação indígena no controle social, tanto local como regionalmente, através do exame dos agentes de saúde, das reuniões dos distritos sanitários e dos promotores de atenção primária terceirizados.

Os achados apontam para uma tendência geral de centralização por parte do Estado, que institucionaliza a participação, bem como limita as responsabilidades e a autonomia como mediador entre sistemas de conhecimento e organizações sociopolíticas. Os AIS são submetidos a uma série de tarefas burocráticas e à lógica biomédica, que reduz sua contribuição à atenção à saúde respeitosa e articulada com as práticas médicas nativas. Os processos democráticos de participação social e supervisão pensados para os conselheiros indígenas nos conselhos locais e distritais também têm sido contraditórios devido a problemas de representatividade, falta de consenso coletivo, rotatividade de conselheiros e pequena participação e compreensão do seu papel.

Finalmente, com respeito ao papel das ONGs indígenas como administradoras de serviços terceirizados, o potencial de autonomia e agência é limitado pelas contradições observadas na fronteira de negociação com o Estado. Os problemas originados pelo modelo centralizado e as responsabilidades dos promotores misturam-se à perspectiva da comunidade indígena. Assim, os promotores indígenas enfrentam as demandas tanto do empregador como dos usuários. A comunidade culpa a ONG por atrasos em recursos financeiros que causam problemas de manutenção e emprego de pessoal, acessibilidade de medicamentos e outras interrupções nos serviços de saúde. Simultaneamente, os acordos contratuais determinam rotinas e ritmos de trabalho, obrigando as organizações indígenas a seguir planejamento, metas, prazos e orçamentos que são determinados externamente. Como outras pesquisas demonstraram, suas atividades são moldadas por prioridades definidas em espaços alheios aos grupos locais (Albert, 2001; Shankland, 2010; Shankland; Athias, 2007).

Referências

Albert, Bruce. Associações indígenas e desenvolvimento sustentável na Amazônia brasileira. In: Ricardo, Carlos A. (org.). *Povos indígenas no Brasil, 1996-2000*. São Paulo: ISA, p. 197-203, 2001.

Bonfil Batalla, Guillermo. Conservative thought in applied anthropology: a critique. *Human Organization*, v. 25, n. 2, p. 89-92, 1966.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

Briggs, Charles L. Perspectivas críticas de salud y hegemonia comunicativa: aperturas progressistas, enlaces letales. *Revista de Antropología Social*, v. 14, n. 101-124, 2005.

Briones, Claudia; Del Cairo, Carlos. Práticas de fronterização, pluralização y diferencia. *Universitas Humanistica*, v. 80, n. 80, p. 13-52, 2015.

Buchillet, Dominique (org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP, 1991.

Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi). *Memorial 2000-2006*. Brasília: Universidade de Brasília, 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/cisi/doc/memoria_cisi.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

Coimbra Jr., Carlos; Santos, Ricardo V. Saúde minorias e desigualdades: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000.

Coimbra Jr., Carlos et al. *The Xavante in transition health, ecology and bioanthropology in central Brazil*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2002.

Coimbra Jr., Carlos et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health*, v. 13, n. 52, p. 1-19, 2013.

Cueto, Marcos; Palmer, Steven. *Medicine and public health in Latin America: a history*. New York: Cambridge University Press, 2015.

Dias-Scopel, Raquel P. *A cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku*. Brasília: Paralelo 15, 2015.

Diehl, Eliana E. Estudos sobre medicamentos em uma perspectiva interdisciplinar. In: Langdon, Esther; Grisotti, Marcia (org.). *Políticas públicas: reflexões antropológicas*. Florianópolis: Editora da UFSC, p. 83-104, 2016.

Diehl, Eliana E.; Almeida, Ledson K. de. Medicamentos em contexto local indígena: a "farmácia caseira" Xokleng, Santa Catarina. *R@U: Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCAR*, v. 4, n. 1, p. 189-206, 2012.

Diehl, Eliana E.; Grassi, Francielly. Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 8, p. 1549-1560, 2010.

Diehl, Eliana E.; Langdon, Esther J. Transformações na atenção à saúde indígena: tensões e negociações em um contexto indígena brasileiro. *Universitas Humanistica*, v. 80, p. 213-236, 2015.

_____. Indigenous participation in primary care services in Brazil: autonomy or bureaucratization? *Regions & Cohesion*, no prelo.

Diehl, Eliana E.; Langdon, Esther J.; Dias-Scopel, Raquel P. O papel dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 5, p. 819-831, 2012.

Follér, Mai-Lis. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: Langdon, Esther J.; Garnelo, Luiza (org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre a antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia, p. 129-148, 2004.

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. *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC, p. 18-58, 2012.

Ghiggi Jr, Ari. *Uma abordagem relacional da atenção à saúde a partir da Terra Indígena Xapecó*. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

_____. “Eu caminho pra me sustentar”: dinâmicas de circulação e intermedicalidade a partir das práticas terapêuticas de uma indígena Kaingang no oeste de Santa Catarina, Sul do Brasil. II Reunião de Antropologia da Saúde, Brasília, 2017.

_____. *Estudo etnográfico sobre alcoolização entre os índios Kaingang da Terra Indígena Xapecó: das dimensões construtivas à perturbação*. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Ghiggi Jr., Ari; Langdon, Esther J. Controle social como autoatenção: estratégias Kaingang diante os abusos das bebidas alcoólicas. In: Souza, Maximiliano L.P. de (org.). *Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 159-178, 2013.

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

Langdon, Esther J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas em saúde indígena. In: Langdon, Esther J; Grisotti, Marcia. *Políticas públicas: reflexões antropológicas*. Florianópolis: Editora UFSC, pp. 17-42, 2016.

Langdon, Esther J.; Cardoso, Marina D. (org.). *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015.

Langdon, Esther J.; Diehl, Eliana E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do Sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 16, n. 2, p. 19-36, 2007.

Langdon, Esther J.; Diehl, Eliana E.; Dias-Scopel, Raquel P. O papel e a formação dos Agentes Indígenas de Saúde na atenção diferenciada à saúde aos povos indígenas brasileiros. In: Teixeira, Carla; Garnelo, Luiza (org.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 213-240, 2014.

Langdon, Esther J.; Garnelo, Luiza. Articulation between health services and “indigenous medicine”: anthropological reflections on politics and reality in Brazil. *Salud Colectiva*, v. 13, n. 3, p. 457-470, 2017.

Langdon, Esther J. et al. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 12, p. 2637-2646, 2006.

Menéndez, Eduardo L. Metodología cualitativa: varios problemas y reiteradas omisiones. *Index de Enfermería*, v. 21, n. 1-2, p. 62-68, 2012.

_____. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención: caracteres estructurales. In: Campos, Roberto (org.). *La antropología médica en México*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana, p. 97-114, 1992.

_____. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 185-208, 2003.

_____. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciencia & Saude Coletiva*, v. 2, n. 1, p. 109-118, 2016.

_____. *Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC, 2009.

Menéndez, Eduardo L.; Di Pardo, Renée. *De algunos alcoholismos y algunos saberes: atención primaria y proceso de alcoholización*. México: Ciesas, 1996.

Montardo, Deise L.; Rufino, Márcia R.C.F. (eds.). *Saberes e ciência plural: diálogos e interculturalidade em antropologia*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2017.

Oliveira, Diogo de. *Arandu Nhembo'ea: cosmologia, agricultura e xamanismo entre os Guarani-Chiripá no litoral de Santa Catarina*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Oliveira, Philippe Hanna de Almeida. *Comida forte e comida fraca: fabricação dos corpos e nutrição entre os Kaingang da TI Xapecó*. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

Portela García, Sandra C. *Diabetes e hipertensão arterial entre os indígenas Kaingang da Aldeia Sede, Terra Indígena Xapecó (SC): práticas de autoatenção em um contexto de intermedicalidade*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Sarti, Cynthia. Saúde e sofrimento. In: Martins, Carlos Benedito; Duarte, Luiz Fernando Dias (coord.). *Horizontes das ciências sociais no Brasil: antropologia*. São Paulo: Anpocs, p. 197-225, 2010.

Scopel, D., Dias-Scopel, R.P.; Wiik, F.B.. Cosmologia y intermedicalidade: o campo religioso e a autoatenção às enfermidades entre os índios Munduruku do Amazonas, Brasil. *Tempus: actas de saúde coletiva*. 6(1): 173-190. 2012.

Seppilli, Tullio; Otegui, Rosario. Antropología médica crítica: presentación. *Revista de Antropología Social*, v. 14, p. 7-13, 2005.

Shankland, Alex. The indigenous peoples' movement, 'forest citizenship' and struggles over health services in Acre, Brazil. In: Coelho, Vera (org.). *Mobilizing for democracy: citizen action and the politics of public participation*. London: Zed, p. 99-119, 2010.

Shankland, Alex; Athias, Renato. Decentralisation and difference: indigenous peoples and health system reform in the Brazilian Amazon. *Institute of Development Studies Bulletin*, v. 38, n. 1, p. 77-88, 2007.

Silveira, Nadia Heusi. *Imagens de abundância e escassez: comida guarani e transformações na contemporaneidade*. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Silva, Antonio de C.; Langdon, Esther J.; Ribas, Dulce L.B. Fatores estruturais e as práticas de autoatenção das famílias com parentes com transtornos mentais: contexto Kaiowá e Guarani do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, p. 149-169, 2013.

Teixeira, Carla C.; Silva, Cristina D. Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação. *Anuário Antropológico*, v. 1, p. 35-57, 2013.

Teixeira, Carla C., Simas, Diego da Hora; Costa, Nilton M. A. Controle social na saúde indígena: limites de uma democracia direita. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 97-115, 2013.