

Saúde dos povos indígenas
Reflexões sobre antropologia participativa

Esther Jean Langdon

Luiza Garnelo

Organizadoras

Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia 2004

Sumário

Apresentação

Antonio Carlos Lima da Souza 4

Pluralizando tradições etnográficas: sobre um certo mal-estar na antropologia

João Pacheco Oliveira Filho 6

Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde.

Esther Jean Langdon 25

Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro

Dominique Buchillet 42

A Intervenção como um processo em construção: notas para a redução do uso de bebidas alcoólicas e alcoolismo entre os Kaingang.

Marlene Oliveira 55

O “ fazer antropológico” em ações voltadas para a redução do uso abusivo de bebidas alcoólicas entre os Mbyá Guarani, no Rio Grande do Sul

Luciane Ouriques Ferreira 70

O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami

Nadia Heusi Silveira 88

Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde.	
Mai-Lis Follér	103
Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção a saúde indígena: contribuições da antropologia	
Eliana Diehl e Norberto Rech	117
Medicina Tradicional Baniwa:	136
uma experiência de intervenção social em busca de uma teoria	
Luiza Garnelo, Sully Sampaio, Gary Linn e André Fernando Baniwa	
Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões a partir do caso do Alto-Xingu	
Marina Cardoso	155
Índios, antropólogos e gestores de saúde no âmbito dos Distritos Sanitários Indígenas	
Renato Athias	171
As equipes de saúde diante das comunidades indígenas: reflexões sobre o papel do antropólogo nos serviços de atenção à saúde indígena	
Marcos Pellegrini	184

Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto-Xingu

Partindo de dados preliminares obtidos com os Kalapálo, grupo alto-xinguano, este texto procura discutir algumas questões que hoje informam acerca da legislação sobre saúde indígena e dos modelos de atenção que estão sendo implantados para o atendimento dessa população. Defende-se aqui a existência de uma dimensão essencialmente política em relação ao modo como os serviços médicos são incorporados não só ao campo das estratégias terapêuticas ameríndias, mas também às suas dinâmicas societárias próprias.

Para algumas lideranças xinguanas, o significado da demanda por determinados tipos de serviço médico diz respeito não à reprodução de formas de assistencialismo, mas aos ganhos políticos internos e externos a essas comunidades, que se afirmam em sua capacidade de incorporar e controlar diversas fontes de recursos dados em suas relações com a sociedade mais ampla. O dilema sobre a forma da relação e do usufruto dos princípios constitucionais que asseguram às comunidades indígenas a um só tempo *direitos* (universais) e *especificidades* (diferenciadas) só pode ser resolvido no campo político interno à organização dessas populações, com base em uma reflexão crítica que possa subsidiar tanto os projetos propostos quanto as demandas das próprias comunidades às quais esses projetos são dirigidos.

Unificação e especificidade: políticas de saúde indígena no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)

O projeto de saúde indígena foi proposto após a realização das primeiras Conferências Nacionais de Saúde para os Povos Indígenas, que reconheceram a legitimidade de proposições oriundas de diversos fóruns no sentido de valorizar as práticas da medicina indígena e a necessidade de prestar, de forma diferenciada, serviços de atenção integral à saúde dessas populações.

De acordo com Langdon, a proposta para uma política de saúde especificamente voltada para as populações indígenas começou a ser delineada a partir da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986. Até então, as populações indígenas contavam com a assistência da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que substituiu o Serviço de Proteção ao Índio (SPI). Durante a Conferência realizada em 1988, que tratou da organização e do funcionamento dos serviços de

saúde para as populações indígenas no contexto da municipalização dos mesmos com a criação do SUS, foram fixados alguns princípios básicos que norteariam a política de saúde indígena e que seriam incorporados à Constituição de 1988. Entre esses princípios, figuram o da indissociabilidade entre a questão da saúde indígena e as questões derivadas da ocupação territorial, da subsistência e da educação dessas populações, além daqueles da tolerância e do respeito à diversidade cultural de cada grupo. Procurou-se ainda promover a participação da comunidade na programação dos serviços de saúde, ao enfatizar o reconhecimento das práticas terapêuticas nativas no contexto da implantação desses serviços (Langdon 1999: 3).

Os projetos de criação de “Sistemas Locais de Saúde”, como o da área da reserva Yanomami (Ministério da Saúde 1991), refletem essa tendência, assim como a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), em 1999. O projeto de criação dos DSEIs procurou assegurar, por meio de parcerias das instituições públicas com organizações indígenas e outras da sociedade civil, a integralidade da assistência médica e odontológica para essas populações, cujas políticas e diretrizes seriam estabelecidas pelo Ministério da Saúde e suas ações executadas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), tal como disposto, respectivamente, nos artigos 2 e 3 do Decreto No 3.156, de 27 de agosto de 1999 (Ministério da Saúde 1999).

De um lado, esses projetos visam a contemplar o movimento reivindicatório das lideranças indígenas na afirmação dos seus direitos constitucionais; de outro, a formação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), mesmo com sua conotação “diferenciada” e “específica”, insere-se no bojo das reformas ministeriais de regionalização, descentralização e hierarquização dos serviços de atenção à saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Resultado dos movimentos de saúde que reivindicavam e propunham uma reforma sanitária no país desde 1970, e referendada pelas Conferências Nacionais de Saúde realizadas durante as décadas seguintes, em particular, a VIII Conferência, em 1986, a proposta da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), baseada em críticas ao sistema de assistência médico-hospitalar, reafirma os princípios e diretrizes para a criação do SUS e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90). Os princípios e diretrizes dessa proposta se pautavam na ampliação do conceito de saúde, assim como na universalização e integralização do conjunto das ações e serviços de saúde pública, tendo como base também a participação popular e a constituição e o aumento do orçamento para sua viabilização (Paim 2003a: 593).

Ao ressaltar os sucessivos reveses de natureza política e econômica para a plena operacionalização do SUS, Paim chama atenção para as divergências sobre o próprio modo como o sistema é concebido e sobre a formulação e a implementação das políticas públicas do setor. Para Paim, permaneceriam certas “iniquidades” na forma de sua organização, por exemplo, a fragmentação institucional entre modelos de assistência médico-hospitalar, pública e ocupacional, e a segmentação do sistema em público e privado (: 599-600). Sob esse aspecto, seria a própria noção de modelos assistenciais ou modelos de atenção, definidos pelo autor como formas ou modos diferenciados de combinação de recursos tecnológicos para a formulação das ações em saúde e a organização dos serviços para sua operacionalização, que estaria subjacente ao problema (Paim 2003b: 568).

De acordo com Paim (2003b), coexistiriam, no Brasil, dois modelos assistenciais distintos: o médico-assistencial privatista (centrado na demanda espontânea e de caráter essencialmente curativo e individual) e o sanitarista (voltado para a saúde pública, em particular, para o controle epidemiológico e preventivo por meio de campanhas e programas especiais), cujos *modus operandis* e formas de

organização dos serviços não observariam os princípios constitucionais de integralização, universalização, regionalização, hierarquização e descentralização da atenção e intervenção em saúde. Teria sido nesse contexto que a proposta de distritalização dos serviços de saúde, assim como outras propostas alternativas de reorganização da rede de serviços de saúde, teve lugar. Sob esse aspecto, para Mendes (1999), o processo de distritalização da saúde tem função estratégica tanto para a viabilização da reforma sanitária proposta quanto para o *locus* operacional – territorial, demográfico, epidemiológico, tecnológico, socioeconômico e, principalmente, político – do “processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde” (: 95).

Para tanto, a proposta de distritos sanitários como unidades operacionais e administrativas mínimas do sistema de saúde, cuja base estaria na territorialização, integralização e intersetorialidade das ações e serviços de saúde para determinados grupos populacionais, teria como objetivo, de fato, propiciar o desenvolvimento de um outro modelo de atenção, fundado em práticas técnico-assistenciais de natureza predominantemente sanitária e epidemiológica, em contraposição ao modelo médico-assistencial privatista, de orientação clínica (Mendes 1999; Paim 1999, 2003b). De acordo com Paim, o modelo deveria operar, potencialmente, por meio da “oferta organizada” e da “reorientação da demanda”, por sua adequação aos princípios sanitários de vigilância à saúde, dada em função do perfil epidemiológico ou dos problemas de saúde prevalentes em um determinado grupo populacional (Paim 1999, 2003b: 570-71).

Tratou-se, assim, de formular um modelo de atenção operacionalmente baseado no controle preventivo e gestor da saúde de grupos populacionais demarcados, por meio de protocolos assistenciais e de um sistema de referência e contra-referência de pacientes e informações dentro do sistema, de acordo com prioridades definidas e reconhecidas por pesquisas epidemiológicas ou, como observa Paim, orientado por uma “racionalidade técnico-sanitária” (Paim 2003b: 574). O novo modelo teria como pressuposto também a participação comunitária no planejamento e na gestão das ações e programas de saúde, assim como a intervenção sobre os determinantes socioambientais e estruturais subjacentes ao quadro de morbidades prevalentes em um determinado grupo populacional, quer como “espaço político de negociação” (Mendes 1999: 140), quer sob a forma da proposição de um “novo projeto cultural de comunicação social e educação em saúde” (Paim 2003b: 576).

Nesse quadro, o projeto de criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) também é formulado. Se a assistência médica para as populações indígenas tinha sido pautada, até então, pelo atendimento emergencial ou pelo modelo campanhista clássico do sanitário (a exemplo das Equipes Volantes de Saúde, EPVs), destinados ao controle predominantemente epidêmico, sua incorporação ao Sistema Único de Saúde procurou levar em consideração a especificidade cultural desses povos e a necessidade de um “subsistema” de saúde diferenciado. Levou ainda à promoção do programa de formação dos Agentes Indígenas de Saúde (AISs) como uma das principais “estratégias” para a execução desse projeto, por meio da capacitação de agentes nativos para atuarem nesse âmbito em suas próprias comunidades (Santos e outros 1996: 8).

De acordo com as propostas e diretrizes do documento “Formação de Agentes Indígenas de Saúde –Proposta de Diretrizes”, elaborado pela Coordenação de Saúde do Índio/Fundação Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde em julho de 1996, três grandes princípios diretores foram esboçados para justificar a formulação de um projeto específico e diferenciado de atenção à saúde indígena.

O primeiro deles salienta a necessidade de uma política de saúde voltada para essas populações, ao levar em conta um levantamento feito pela Escola Paulista de Medicina (atual UNIFESP), nas áreas indígenas do Mato Grosso no período de 1993 a 1995, que revela os péssimos indicadores de saúde locais. De acordo com esse levantamento, doenças respiratórias (IRA), gastroenterocolites e desnutrição foram consideradas responsáveis por 46,7% dos óbitos para todas as faixas etárias, notando-se, ainda, uma concentração de 58,9% das mortes na faixa etária entre zero e cinco anos (UNIFESP citado por Santos e outros: 9).

O segundo princípio salienta a necessidade da formação dos agentes indígenas de saúde como principal recurso para o atendimento da demanda por serviços de saúde em áreas indígenas². O documento observa que essa formação deveria ser orientada por um “[...] conteúdo e metodologia definidos pelas equipes técnicas de coordenação de saúde indígena, de acordo com o perfil epidemiológico e a organização sociocultural dos grupos étnicos e seus sistemas tradicionais de saúde. Para tanto, devem ser respeitadas as diretrizes do SUS, culturalmente adaptadas, e de outras instâncias ou fóruns deliberativos desta natureza” (: 11) .

O terceiro princípio se refere ao eixo diretor que norteia o projeto. Ao pressupor a especificidade cultural dos grupos a serem atendidos, enfatiza o respeito às concepções terapêuticas indígenas como fator fundamental para a realização do projeto. O documento também chama a atenção para o fato de que o conhecimento científico e a prática médica ocidental constituem não um *substituto das medicinas tradicionais*, mas sobretudo um recurso de atenção à saúde, devendo ser respeitados, explicitamente, os hábitos, costumes e tradições dos diversos grupos étnicos a serem atendidos pelo projeto. Para tanto, deveria reconhecer, respeitar e recuperar os ordenamentos cosmológicos nativos por meio dos quais o processo saúde-doença, a cura e a morte são significados (: 10).

O que esse documento vem chamar atenção é de extrema importância no que concerne ao processo de implantação de modelos de atenção à saúde para populações ou grupos populacionais indígenas. Se, sob esse ponto de vista, o documento alerta para a preocupação com o reconhecimento, respeito e recuperação dos sistemas cosmológicos subjacentes às concepções e práticas terapêuticas nativas, cabe, entretanto, evitar a redução desses sistemas tanto no que diz respeito aos “hábitos” e “costumes”, a serem respeitados em nome da “diferença”, quanto ao *corpus* teórico-conceitual da biomedicina.

Procura-se, pois, neste texto, salientar alguns dos problemas que podem advir desse processo, com base em seu acompanhamento entre os Kalapálo do Alto-Xingu, de acordo com dois aspectos principais: o primeiro se refere ao projeto de formação dos agentes de saúde indígenas, que aparece como um dos meios preferenciais de viabilizar o modelo de atenção à saúde para essas populações e sua adequação para atender às demandas locais por este tipo de serviço; o segundo, um pouco mais abrangente, diz respeito às dificuldades e conflitos sobre o modo de implantação do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) na área do Xingu, o qual remete diretamente às divergências entre as orientações programáticas do projeto de criação do DSEI local e a forma de organização política das comunidades do Alto-Xingu.

Politics da diferença: saúde indígena e o projeto de estruturação do DSEI-Xingu

Desde 1960, os programas de assistência à saúde para os povos indígenas do Xingu têm sido levados a cabo pelas equipes da Escola Paulista de Medicina, atual UNIFESP. Dirigido prioritariamente para o levantamento, controle e atendimento de epidemias e endemias locais, o programa de atenção à saúde indígena no Xingu vem operando hoje também por meio do programa de formação dos agentes indígenas de saúde. A partir de 1999, com a criação do DSEI do Xingu (DSEIX), suas atividades são coordenadas por intermédio de um convênio assinado com a FUNASA.

O projeto segue, sob esse aspecto, todas as diretrizes para a formulação de uma política de saúde indígena – no caso, municipalizada –, de acordo com os princípios que regulamentam o modelo de atenção descentralizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde. Para tanto, o Parque do Xingu foi dividido em três áreas de abrangência (Pólo Leonardo, Pólo Pavurú e Pólo Diauarum), e foram realizados convênios com dois hospitais das cidades próximas de Canarana e Água Boa. Além disso, foi criada a Casa de Saúde do Índio, para oferecer hospedagem e apoio aos pacientes em tratamento e seus acompanhantes, bem como instalada a própria sede do DSEIX, ambas em Canarana (UNIFESP 1999).

Dificuldades flagrantes que dizem respeito à gestão da saúde em um território de largas dimensões, sem recursos financeiros suficientes que permitam um deslocamento rápido e eficiente – quer das equipes de saúde às aldeias, quer dos pacientes aos postos e hospitais de atendimento e a provisão adequada de medicação, estão entre os principais problemas enfrentados pelos profissionais de saúde e pela população local, que, reiteradamente, reclama da qualidade dos serviços de saúde prestados. Esses problemas têm gerado também uma fonte permanente de conflitos entre os coordenadores locais do DSEIX e as lideranças indígenas.

Tal situação é particularmente preocupante na área do Alto-Xingu e se origina das discordâncias entre coordenadores e lideranças locais sobre o modelo proposto de atenção à saúde, o qual, ao seguir as orientações organizacionais e programáticas das políticas de saúde que definem sua atuação dentro do Sistema Único de Saúde, pauta-se também nos princípios que regem esse sistema, ou seja, o controle gestor integral e intersetorial da saúde de grupos populacionais territorializados, por meio da organização diferenciada e hierarquizada dos serviços locais de saúde e dos programas de capacitação de recursos humanos, entre eles, o de formação dos agentes indígenas de saúde e o de auxiliares de enfermagem indígenas. Esses programas são considerados fundamentais tanto para a organização das ações de saúde locais segundo a proposta de assistência setorializada e hierarquizada, de orientação predominantemente preventiva, sanitária e educacional, quanto como forma de interlocução, intervenção e promoção dos programas específicos de cuidados em saúde nas aldeias, a ser desenvolvido por esses agentes (UNIFESP 1999).

Os coordenadores encontram dificuldades para o gerenciamento desse modelo entre os grupos populacionais do Alto-Xingu e atribuem tais dificuldades ao “tradicionalismo” do exercício da chefia local, que se assentaria, segundo essa visão, sob uma forma de “assistencialismo estatal” desde a criação do Parque em 1961. Tal visão, portanto, é contrária ao modelo gestor que está sendo proposto desde a retirada da FUNAI do gerenciamento dos recursos para a prestação de serviços de saúde a essas populações.

Do ponto de vista dessas lideranças, o modelo não está sendo operacional porque não só permanecem os mesmos problemas de deslocamento e, eventualmente, de falta de medicação, de aparelhagem técnica e de profissionais habilitados para os postos locais de saúde, como também o projeto de formação dos agentes indígenas de saúde não está correspondendo, nas aldeias, à demanda de profissionais

especializados para o atendimento dos problemas de saúde que eventualmente ocorram. Nesse sentido, por exemplo, reivindicam a construção de um hospital devidamente aparelhado na área, a ser instalado no Posto Leonardo, assim como a presença permanente de profissionais habilitados e equipes de saúde no local que possam atender prontamente aos casos de morbidade que aparecerem nas aldeias do entorno.

Se há desacordo entre modelos de atenção à saúde é porque há uma exigência, por parte das lideranças indígenas locais, de que o modelo deve ser tal como o têm os “brancos”. Esse desacordo surge, de um lado, em razão de o modelo proposto, fundado na descentralização, atendimento preventivo, diferenciado e hierarquizado dos serviços de saúde, no qual o projeto de formação dos agentes indígenas de saúde é central para sua viabilização, não estar sendo efetivo e, portanto, não formar “profissionais” que são considerados e consideram-se habilitados para tal, sem contar as contínuas reclamações de falta de medicação e verbas para deslocamentos; de outro, porque querem ter à disposição centros médicos hospitalares para o atendimento clínico imediato que necessitarem.

Durante o contato com os agentes de saúde Kalapálo que estavam sendo treinados nesses programas, estes observaram reiteradamente a falta de medicamentos na aldeia e, principalmente, as dificuldades que tinham para acompanhar os cursos; os agentes não entendiam as explicações que eram dadas e atribuíam esse fato ao pouco conhecimento que tinham da língua portuguesa. Sem ter o domínio da língua, sentiam-se também incapazes de entender os princípios etiológicos e profiláticos da medicina ocidental, os quais são radicalmente diferentes dos seus.

Levando-se em conta as concepções nativas sobre corpo, doença e processo terapêutico, diretamente relacionado ao par feiticeiro/pajé, em uma ordem cosmológica em que natureza, cultura e o sobrenatural se articulam em uma totalidade transcendente, caberia questionar quais são as possibilidades reais de significação da incorporação dos princípios etiológicos e terapêuticos que a medicina ocidental produz. Do ponto de vista dos pajés locais, essa significação é clara: “o monitor de saúde fica ajudando; nós, curando”. De fato, o “remédio do branco” pode curar e evitar as “doenças de branco” e as mortes delas advindas, aliviar as dores e servir como exibição pública de acesso a bens e serviços, que inclusive podem vir a ser fonte de prestígio pessoal e marco na conquista dos direitos constitucionais indígenas. O processo terapêutico parece estar localizado, entretanto, em outro plano: nas relações humanas com a natureza e a “sobre-natureza” – os “espíritos” ou “monstros” são geralmente teriomórficos ou ainda representações de elementos da natureza – que comportam, como os casos de acusação de feitiçaria parecem indicar, e a exemplo de numerosos outros relatos de cunho antropológico, uma dimensão propriamente “ética” pela qual a sociedade ordena a si própria. Sob esse aspecto, doença e processo terapêutico, e não só entre os Kalapálo, raramente se restringem a uma determinação de natureza técnica porque envolvem necessariamente concepções sobre o corpo e a construção da “pessoa” (no sentido sociológico, maussiano, do termo) articuladas em um sistema que integra simultaneamente natureza e sociedade em uma ordem cosmológica e transcendental.

Nesse contexto, as equipes de saúde no Alto-Xingu que prestam assistência aos Kalapálo passaram a re-significar as categorias indígenas “doença de branco” e “doença de índio”: a primeira, usada pela população local para se referir às doenças que os índios “pegaram” ou “pegam” no contato com os “brancos” (principalmente doenças viróticas e infecto-contagiosas), tem sido re-designada como doença “física/orgânica” e, portanto, sujeita à competência da “medicina dos brancos”; a

segunda, utilizada pela população local para se referir às doenças ou sintomatologias reconhecidas no sistema classificatório e terapêutico nativo, em “doença espiritual”, sujeita, pois, ao tratamento performatizado por pajés ou outros especialistas terapêuticos locais.

O efeito desse processo funciona no sentido de permitir o exercício da prática terapêutica ocidental nessas condições particulares mas, como está sendo indicado, isso ocorre à custa da re-significação das categorias indígenas para que estas possam se adequar e tornar “funcional” o sistema que de outro modo não teria como se sustentar pelas diferenças flagrantes entre dois ou mais sistemas terapêuticos operando de formas logicamente distintas. Faz-se, sob a ótica da “funcionalidade”, uma operação que reduz as categorias do sistema nativo às categorias biomédicas ocidentais, ao introduzir, no caso, uma distinção alheia ao universo indígena (físico/espiritual) e uma ordem, equívoca, de “complementaridade terapêutica” entre os dois sistemas.

O problema é mais complexo. Procura-se uma “síntese” ou, em termos antropológicos, uma “lógica complementar”, mas que, de fato, é “segmentar” . Primeiro porque, de certa forma, essa “síntese” já está sendo feita à revelia (e com outra conotação) dos orientadores e coordenadores dos projetos de saúde indígena . O modo como os medicamentos e a assistência médica são incorporados por alguns grupos xinguanos, respectivamente como bens de consumo e como proteção à “doença dos brancos”, constitui exemplo ilustrativo dessa tendência. Sob esse aspecto, o conhecimento médico dos “brancos” é, do ponto de vista indígena, instrumental e preventivo em relação às doenças que os “brancos” lhes levam e não de outra ordem, o que põe seriamente em questão o pressuposto de “complementaridade” com que alguns projetos de saúde tendem a enfatizar e legitimar a intervenção pretendida (Cardoso 2001). Em segundo lugar, se a “lógica complementar” é necessária para a operacionalização do sistema de saúde (e, por isso, obtém necessariamente um resultado reducionista, pois se trata, em suma, de recuperar os sistemas nativos nos termos da sua própria lógica e não da do outro), os sistemas indígenas ou, se preferível, os “ordenamentos cosmológicos” por meio dos quais operam as categorias classificatórias e o próprio pensamento indígena tendem mais à segmentaridade que à complementaridade; de fato, pressupõe a segmentaridade, tal como se pode antever com base em uma comunicação de Viveiros de Castro (2001), sob o ponto de vista do que o autor denomina “perspectivismo”: filosofia nativa que inclui, em sua própria elaboração, o princípio da virtualidade de outras realidades possíveis, distinta, pois, do clássico relativismo antropológico ocidental, que tende, quando formula noções como respeito à diversidade, costumes e crenças, a reduzir ao seu próprio princípio lógico de classificação os mesmos sistemas que procura reconhecer ou recuperar.

O “pluralismo médico” , que parece ser o modo como a prática médica é incorporada no campo das estratégias terapêuticas nativas, indica tanto o seu uso “instrumental” e “adicional” por parte dessas comunidades (principalmente os “remédios”), quanto esse princípio de segmentação subjacente à lógica do pensamento indígena, por meio do qual inclusive os fundamentos e princípios terapêuticos locais ainda são mantidos.

Se, de um lado, isso permite a permanência dos sistemas terapêuticos nativos, mesmo que eventualmente modificados por inclusões técnicas e profiláticas, de outro, o contato mais próximo e a dependência crescente dos serviços de saúde e dos remédios “dos brancos” não exime ambas as partes de possíveis deturpações e equívocos no atendimento prestado (Cardoso 2001). Levando-se em conta, por

exemplo, as próprias categorias Kalapálo, pode-se perguntar: como controlar e compatibilizar a adequação de medicamentos e suas dosagens, referidas no sistema médico-ocidental conforme idade/faixa etária, se entre os membros desse grupo a idade não é “contada”, mas fixada em termos de categorias que indicam o grau de formação, desenvolvimento e *status* da “pessoa”?

Do ponto de vista indígena, no entanto, o problema real consiste no acesso ao atendimento biomédico e na qualidade de sua prestação, para que não só possam fazer face as “doenças dos brancos”, como também gerenciar os recursos disponíveis para o atendimento da demanda local por esse serviço. O sentido dessa demanda não é “só médico”, mas essencialmente político e diz respeito a dois pontos principais: a) as condições de inserção das comunidades indígenas no cenário nacional; e b) as diferentes situações sociopolíticas e territoriais desses povos que demandam serviços de saúde diferenciados em relação aos princípios estruturais de suas organizações. A afirmação do princípio de respeito à diversidade sociocultural dos povos indígenas tem significado, na prática, relegar os sistemas cognitivos e lógico-simbólicos desses povos a uma esfera difusa de “crenças, hábitos e costumes”, particularmente, em face da “racionalidade técnico-sanitária” que se pretende implantar no modelo de atenção à saúde.

Em referência ao primeiro aspecto, o impacto epidemiológico que certas doenças já provocaram nas populações indígenas tem sido correlacionado, segundo alguns trabalhos, menos ao isolamento pressuposto dessas populações, o que as levaria a apresentar uma relativa “falta de imunidade” ante o contato com outros povos, que ao impacto do próprio “processo colonizador” sobre suas formas de organização social.

Ao desintegrar as redes de relações que permitiam a reprodução dessas organizações sociais, levando algumas delas à depopulação e ao re-aldeamento, com a subsequente privação dos meios territoriais e tradicionais de subsistência, o surgimento de doenças caracterizadas como “carenciais” (subnutrição, parasitoses etc.) revelaria a precária situação socioeconômica que essas populações passaram a ocupar na sociedade nacional. Se, de acordo com essas observações, os perfis epidemiológicos dessas populações estão relacionados com as dinâmicas socioculturais que determinariam tanto sua “vulnerabilidade” às doenças quanto sua *significação* no contexto das práticas sociais às quais estão sujeitas, os projetos de implantação de modelos de atenção à saúde dirigidos às populações indígenas deveriam também estar relacionados com esses mesmos aspectos.

Da mesma forma, e em relação ao segundo ponto que remete às diferentes situações sociopolíticas e territoriais dos povos indígenas, o dilema sobre a forma da relação e do usufruto dos princípios constitucionais que asseguram às comunidades indígenas a um só tempo *direitos* (universais) e *especificidades* (diferenciadas) só pode ser solucionado, com todas as contradições que lhe são inerentes, no campo político interno à organização dessas comunidades e externo em suas relações com as instituições, governamentais ou não, que elaboram e gerenciam os projetos assistenciais que lhes são dirigidos. De fato, não se pode prescindir desses elementos que determinam a adesão ou não dos grupos aos projetos propostos, desde que respeitados aqueles intencionados pelas comunidades e lideranças indígenas.

Noções como *diferença* e *especificidade* remetem diretamente ao campo dos valores propriamente *políticos* que estão subjacentes aos seus usos:

[...] por um lado, diferença e especificidade podem levar ao “empoderamento” (*empowerment*) dessas populações, dado que, ao negar o princípio de uma igualdade constitucional indiferenciada e

não-realizada (no caso, até tutelar), torna-as politicamente aptas a um conjunto determinado de reivindicações para sua autodeterminação. Por outro lado, o “ser diferenciado”, pode implicar o não acesso às mesmas formas que legitimam, do ponto de vista de algumas lideranças indígenas, o “ganho” (político) das possíveis benesses dos sistemas médico-assistenciais e educacionais dos “brancos”, perpetuando, sob esse ponto de vista, o mesmo processo de exclusão (Cardoso 2001: 19).

Tal é a natureza e o sentido da demanda, por parte de algumas lideranças alto-xinguanas, da construção de hospitais e centros de saúde locais que reproduzam o que eles consideram o modelo “branco” de assistência médica: igualdade de tratamento e acesso aos serviços de saúde e, por meio dessas “conquistas”, a reafirmação do “fazer política” alto-xinguanos, que está centrado, tal como será observado a seguir, na capacidade de seus líderes de conquistar determinados tipos de benefício para suas comunidades.

Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: os alto-xinguanos

Historicamente associado à atuação dos irmãos Villas Boas, então ativos integrantes do ex-Serviço de Proteção ao Índio e participantes da Expedição Xingu-Roncador, o Parque do Xingu foi criado em 1961 como parte de um projeto explícito de preservação das áreas e das populações indígenas que já se encontravam no local, servindo, eventualmente, de refúgio para outros grupos tribais ameaçados de extinção por graves epidemias e pela ocupação colonizadora.

Supõe-se, hoje, com base em dados arqueológicos e em pesquisas etnohistóricas mais precisos, que a consolidação da ocupação dessa área por parte dos grupos que formam o que se convencionou chamar “sistema alto-xinguanos” teria se desenvolvido durante os últimos duzentos a trezentos anos (por volta de 1750-1850), segundo sucessivas levas migratórias dos povos das línguas Aruak (800-900), Karib (em torno de 1500) e Tupi (entre 1700-1800) que teriam absorvido ou amalgamado-se com outros grupos que ali já estavam (Franchetto e Heckenberger 2001).

Parece consenso que, a despeito das diferenças lingüísticas locais, os grupos hoje identificados como pertencentes à “sociedade alto-xinguanos” compõem um corpo distinto e relativamente homogêneo entre outras sociedades tribais ameríndias, no que diz respeito à forma de organização sociopolítica, padrões de aldeamento, parentesco e chefia, além de rituais, cosmologias e trocas cerimoniais, econômicas e matrimoniais que têm perpetuado, ao longo do tempo, um sistema abrangente de relações intertribais pelas quais eles se definem e se situam diferencialmente nesse sistema mais amplo (Basso 1973; Gregor 1982; Franchetto 1992).

Para alguns autores, a criação do Parque veio representar, por meio de uma política isolacionista de preservação ambiental e cultural, a possibilidade da permanência “quase intocada” (Basso 1973) desse sistema até nossos dias, o que possibilitou inclusive sua proteção em face da ocupação ocidental do território em seu entorno e o controle médico das epidemias que chegaram a dizimar milhares de índios durante os anos precedentes. A criação do Parque também teria gerado, de acordo com outras observações, um alto grau de dependência do Estado e dos “brancos”, “protetores e fonte aparentemente inesgotável de bens” (Franchetto 1992: 353).

Recentemente, entretanto, alguns autores têm procurado demonstrar que a formação do “sistema alto-xinguano” foi anterior à ocupação colonizadora e à própria formação do Parque, o que teria permitido sua manutenção e continuidade em face do conjunto de mudanças efetuadas quer por um, quer por outro fator (Franchetto e Heckenberger 2001). Dito de outro modo, constata-se uma notável permanência desse sistema em face dos processos históricos de transformações pré e pós-contato colonizador que sugere não a resistência do sistema aos processos de mudança, mas sim sua *permanência* por meio de sua capacidade de continuidade na *mudança*.

Se as alterações nas formas de intervenção e de assistência estatal têm levado à exigência, para esses grupos, de repensar as formas dessa relação e o modo como eles hoje podem enfrentar as já criadas necessidades de consumo dos produtos ocidentais (inclusive médicos e educacionais), deve-se, pois, levar em conta que esse processo está acontecendo também segundo essa lógica.

O projeto de criação dos DSEIs, a partir da sua aprovação em 1999, procura suprir lacunas consideráveis no atendimento à saúde das populações indígenas, que estavam, até então, dependentes de programas de controle epidêmico e vacinação, isto é, dependentes de equipes volantes e de alta rotatividade, o que gerava a necessidade de grandes deslocamentos até os centros hospitalares municipais ou estaduais para um atendimento sistemático e especializado, situação que, mesmo em outro contexto de organização dos serviços de saúde, ainda permanece. O problema parece, pois, ser a organização desses Distritos como formas de prestação de serviços territorializados, hierarquizados e diferenciados que, por sua vez, não poderiam estar à parte dos contextos sociopolíticos e culturais nos quais serão inseridos.

O próprio modo como os Kalapálo têm procurado alternativas para o modelo de atenção à saúde implantado pelo DSEIX pode ser considerado uma reação a esse processo: deu margem a um fluxo intermitente dos Kalapálo para a região de São Carlos (SP). Do ponto de vista de suas lideranças, trata-se de “conquistar” o que o mundo dos “brancos” tem a oferecer: o modelo médico assistencial clínico-hospitalar (e escolar), além de outros bens, o que revela, tal como observado alhures (Cardoso 2001), o modo como essas “conquistas” podem se tornar formas de “capital político e simbólico” não só para essas lideranças, como também para os outros membros do grupo que tendem a ver nessas “conquistas” formas internas de diferenciação.

“Diferença”, tal como no princípio da “lógica segmentar”, remete aqui às relações políticas internas à comunidade e às formas de relacionamento com outros povos pela aquisição de bens e benefícios outros que, aparentemente, “igualar” aos “brancos” (do ponto de vista do *acesso* a esses bens e benefícios), “diferenciando-os”, internamente, pela demonstração pública de suas capacidades e do poder para tal, o que é intrínseco aos valores e concepções sobre “liderança” entre os alto-xinguanos.

Trata-se, assim, de compreender esse processo não sob a ótica da reprodução de formas estatais de “assistencialismo”, mas sim dentro do campo dos significados políticos, internos e externos, que o acesso a esses bens e serviços tem para essas comunidades. Cabe mencionar que não só entre os alto-xinguanos a área da “saúde” está, por excelência, ligada às principais arenas políticas nas quais disputas locais são articuladas.

Sob esse aspecto, o “tradicionalismo” das lideranças alto-xinguanas que, aparentemente, contrapõem-se ao “inovacionismo” dos projetos dirigidos à população local (médicos, mas também escolares) só pode ser compreendido de acordo com o modelo “tradicional” do “fazer política” alto-xinguano, que, por sua vez, refere-se aos próprios padrões da organização sociopolítica local e ao sistema mais amplo de referências simbólicas sobre os quais estes estão fundados. Portanto, para

compreender adequadamente os conflitos e disputas que surgem nessa região a respeito do gerenciamento dos recursos e dos modelos de atenção à saúde, faz-se necessário compreender sua dinâmica sociopolítica própria.

Heckenberger observa que as noções de *hierarquia*, *sedentarismo* e *regionalismo* constituiriam os principais “esquemas culturais” presentes nas sociedades alto-xinguanas. É particularmente relevante para este texto a afirmação feita pelo autor de que a *hierarquia*, ou os grupos de parentelas hierarquizadas, demarca, por excelência, a estrutura sociopolítica local, sendo que, entre os principais atributos que identificam o exercício da chefia, os “atores de peso”, constituídos pelo “idioma da hierarquia” que subjaz a todas as relações sociais locais, são “aqueles que podem acumular um excedente de recursos simbólicos (um ‘fundo de poder’), transformam-nos em capital econômico – na forma de riqueza e trabalho –, fornecendo assim a base para uma economia política plena” (Heckenberger 2001: 34).

Basso (1973), ao tratar especificamente da condição de liderança entre os Kalapálo, observa que tal condição não deriva de um nome ou de uma posição de autoridade, mas envolve considerável aquisição de prestígio pessoal, como resultado da demonstração pública, por parte de alguns de seus membros, dos valores comunais expressos na categoria *ifutisu*. Essa categoria define o comportamento ideal caracterizado pela falta de agressividade pública, pela prática da generosidade, que inclui hospitalidade, disponibilidade em repartir os próprios bens e a cooperação nos trabalhos comunitários, quando esta é solicitada.

De acordo ainda com Basso, dois fatores são determinantes para alcançar essa posição de liderança e, portanto, de alocação diferencial de poder e influência no grupo: a) ter um grande número de parentes consangüíneos e afins sob sua autoridade direta, os quais proporcionam suporte material e verbal para o exercício desses atributos; e b) ter acumulado um conjunto importante de títulos cerimoniais e de *status*, entre eles: *ifi* (especialista cerimonial), *oto* (patrono cerimonial), *fuati* (pajé) e *anetu* (representante masculino ou feminino da aldeia em ocasiões cerimoniais, tal como o *uluki* ou a cerimônia intertribal de troca). Os *anetaw* exercem também o papel de mediadores entre os grupos residenciais locais, cujo *status*, hereditário, está sujeito a contínuas disputas (Basso 1973: 107, 132-53). Menget (1993) atribui também aos chefes, pelo exercício dessas funções de ordenação cerimonial e representação comunal, o papel de reguladores ou mediadores das “fronteiras abstratas entre os vivos e os mortos, os homens e as mulheres, a identidade e a alteridade” (: 59) alto-xinguanas, ou seja, as fronteiras morais e sociais dessas comunidades.

Devido à necessidade crescente do grupo de manter-se em contato quase contínuo com a sociedade “dos brancos”, essa função de liderança também vem sendo alterada e, no presente momento, as funções de representação cerimonial e pública, aliadas à demonstração dos valores expressos na categoria *ifutisu* (pela redistribuição interna de bens e benefícios que orienta, inclusive, o próprio modo como esses líderes se relacionam com as organizações estatais e institucionais e com os “brancos” em geral, no sentido de amearhar bens e recursos para a comunidade), vêm dando lugar a um outro tipo de liderança, marcada pela atuação predominantemente política, no sentido de garantir também a autodeterminação das sociedades alto-xinguanas no cenário nacional.

Nesse contexto é que se pode compreender a demanda das lideranças alto-xinguanas por “bens”, entre eles, a “saúde”, que se traduz sob a forma de recursos físicos e humanos – prédios, equipamentos, medicamentos e profissionais habilitados –, e do controle das verbas destinadas à área. O problema, portanto, não é o da reprodução de “formas de assistencialismo” ou de “políticas de reafirmação de

lideranças tradicionais”, que manteriam o seu “tradicionalismo” desse modo. Trata-se de compreender que essa é uma dinâmica intrínseca ao modo como opera a sociedade alto-xinguana, a qual, sob essa forma, procura reafirmar sua capacidade de continuidade e reprodução no quadro de mudanças das políticas públicas que lhes são dirigidas.

Tal processo não vem ocorrendo sem conflitos internos (referentes às disputas por poder local) e externos (derivados da relação de algumas comunidades e lideranças alto-xinguanas com as organizações encarregadas de levar a cabo os programas de saúde e educação no Parque do Xingu). Os conflitos e impasses se referem aqui às formas de assistência ou aos projetos propostos e a autonomia dessas comunidades para deliberação sobre os mesmos, porque, em última análise, não se está levando em consideração que a formulação desses projetos não pode ser “isolada” das totalidades sociopolíticas que constituem essas comunidades ou “racionalmente formulados” para sua execução, porque, do ponto de vista tanto dessas comunidades quanto dos formuladores desses projetos, trata-se de formas *políticas* de relações.

Considerações finais

Para finalizar este texto, parece consenso que se houve um avanço considerável sobre a questão dos direitos indígenas no Brasil a partir da Constituição de 1988 e de seus desdobramentos legislativos e político-administrativos subsequentes, principalmente pela afirmação dos princípios de “tolerância” e respeito à diversidade cultural e especificidade dos povos indígenas no contexto nacional, o principal problema parece ser o modo de compatibilização das políticas públicas dirigidas a esses povos com as formas “tradicionais” de sua organização.

O respeito à “diversidade cultural” implica perceber que os projetos dirigidos às comunidades indígenas – inclusive sua “eficácia” – não podem ser isolados do contexto sociocultural de cada grupo por eles afetados. Para tanto, é fundamental assegurar a participação das comunidades e das lideranças locais na formulação, gerenciamento, avaliação e acompanhamento desses projetos.

Os relatos sobre os processos de implantação dos DSEIs, cujos projetos teriam sido formulados segundo o ideário de um modelo integral e ampliado de atenção à saúde, pela própria racionalidade técnica que é inerente quer à forma de organização e prestação dos serviços, quer à execução das ações preventivas e curativas, têm salientado, reiteradamente, as dificuldades para o funcionamento desses DSEIs, de acordo com os próprios princípios que lhes servem de base.

De acordo com Erthal (2003), por exemplo, o programa de formação dos AISs entre os Tikuna do Alto Solimões, ao estar dirigido para que os agentes indígenas de saúde sirvam como meio de acesso, integração e relação entre os serviços prestados e as comunidades indígenas, tem significado, de fato, uma forma de adesão a um modelo de atenção previamente estruturado e definido em fóruns aos quais eles não tiveram acesso real. Erthal observa que, mesmo que a proposta de atenção diferenciada à saúde indígena esteja pautada em princípios que assegurariam a participação comunitária, assim como a incorporação de práticas de cura tradicionais ao modelo de atenção, sua operacionalização não tem sido efetiva e permanece no plano da retórica desejável para legitimar e validar determinados modelos de intervenção. Erthal também observa que a dificuldade das equipes de saúde em incorporar a participação comunitária na gestão do modelo assistencial se deve à

“possibilidade de sua utilização pelos índios, enquanto canal legítimo de disputa de poder político, ou mesmo o controle do destino de verbas públicas” (: 206).

Trata-se, assim, de ponderar que, mesmo pautando-se em uma concepção “ampliada” sobre saúde e seus determinantes socioculturais, o modelo e o “projeto pedagógico” que o institui, tal como o proposto pelo DSEIX, por exemplo, não estão isentos de conteúdos político-ideológicos que, por mais “democratizantes” que sejam, procuram uma intervenção ativa e um impacto que não se restringe – e nem poderia – à saúde. Diz respeito à introdução de uma outra normatividade, de natureza universalizante, nas comunidades indígenas, fundada não somente em preceitos sanitaristas e biomédicos, mas propriamente político-culturais, o que necessariamente está em contradição com a noção (retórica) de respeito à diversidade de “crenças, hábitos e costumes” e o pressuposto (igualmente retórico) de sua “coexistência complementar”.

Tal como argumenta Albert (1995), a “ideologia autogestionária” e “multisubvencionada da etnicidade”, forma local de atualização de uma lógica mundial de globalização socioeconômica e de fragmentação cultural, tende a levar à retração da participação e da responsabilidade legal do Estado em matéria de serviços públicos para as comunidades indígenas, ao mesmo tempo em que favorece uma política de controle indireto sobre as mesmas, por meio do gerenciamento das atividades desenvolvidas pelas organizações locais. Sob esse aspecto, para Albert, as comunidades indígenas tendem a permanecer dependentes dos “repertórios de legitimação” impostos tanto pelo Estado quanto pelas organizações que atuam nas comunidades locais para sua reprodução social e cultural, em detrimento de suas próprias formas político-simbólicas de organização territorial e identitária, a serem continuamente reconstruídas.

Em face desse processo e de suas “incertezas” e contradições flagrantes, o papel reflexivo e crítico que o exercício da antropologia permite se torna também necessariamente político, quer no acompanhando das comunidades indígenas diante dessas injunções, quer na promoção de assessorias para as formas de organização local, a fim de que elas possam constituir-se, efetivamente, em instrumentos de “autodeterminação” de seus afiliados. Em outras palavras, no presente quadro, os modos possíveis da reprodução cultural e social dessas comunidades, em um cenário político e ideologicamente marcado por um processo contínuo de “democratização universalizante” de todas as esferas da atividade pública, inclusive a saúde, e no qual o idioma da “cidadania”, assim como outros *mottos* políticos, de fato traduzem a tendência à sua uniformização generalizada com base em modelos prévios de gerenciamento dessas atividades.

Referências bibliográficas

ALBERT, Bruce
(1995) “Territorialité, ethnopolitique et développement: à propos du mouvement indien en Amazonie brésilienne”. Colloque *Le territoire, lien ou frontiere* (OBS: *acentos graves no primeiro e de “frontiere”-o teclado do meu computador não me*

permite fazer isso)? Identités, conflits ethniques, enjeux et recompositions territoriales. Paris: ORSTOM/ Université de Paris IV.

BASSO, Ellen B.

(1973) *The Kalapálo Indians of Central Brazil.* Prospect Heights, Illinois: Waveland Press. OBS: aqui todas as palavras são iniciadas por letras maiúsculas mesmo? Pq nos outros casos você pôs em minuscule.

CARDOSO, Marina D.

(1999) “Relatório visita prospectiva aldeia Aiha-Kalapálo”. São Carlos: Pró-Reitoria de Extensão, Universidade Federal de São Carlos.

(2001) “Direitos indígenas: saúde, educação e autodeterminação”. Em: Felicidade, Norma (org.). *Caminhos da cidadania: um percurso universitário em prol dos direitos humanos.* São Carlos: Editora da Universidade Federal de São Carlos, p. 11-28.

ERTHAL, Regina M. de Carvalho

(2003) “A formação do agente de saúde indígena Tikúna no Alto Solimões: uma avaliação crítica”. Em: Coimbra Jr., Carlos E. A.; Santos, Ricardo Ventura; Escobar, Ana Lúcia (orgs.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO, p. 197-215.

EVANS-PRITCHARD, E. E.

(1940) *Os Nuer.* São Paulo: Editora Perspectiva. OBS: a edição da Perspectiva não é 1940, sim de 1978, assim como o caso do Lévi-Strauss, que é de 1976, mas acredito que essa foi uma decisão que vocês já tomaram.

FRANCHETTO, Bruna

(1992) “O aparecimento dos ‘caraíba’: para uma história Kuikuro e alto-xinguana”. Carneiro da Cunha, Manuela (org.). Em: *História dos Índios no Brasil.* São Paulo: Companhia das Letras/FAPESP/Secretaria Municipal de Cultura, p. 339-56.

FRANCHETTO, Bruna & HECKENBERGER, Michael (orgs.)

(2001) *Os povos do alto Xingu: história e cultura.* Rio de Janeiro: Editora da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

GARNELO, Luiza

(2001) “Projeto rede autônoma de saúde indígena: uma experiência de educação e comunicação em saúde indígena”. Em: Vasconcelos, Eduardo (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde.* São Paulo: Hucitec, p. 237-60.

(2003) *Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do alto rio Negro.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

GREGOR, Thomas

(1982) *Mehináku: o drama da vida diária em uma aldeia do alto Xingu.* São Paulo: Editora Nacional/INL.

HECKENBERGER, Michael

(2001) “Estrutura, história e transformação: a cultura xinguana na *longue durée*, 1000-2000 D.C.”. Em: Franchetto, Bruna; Heckenberger, Michael (orgs.). *Os povos do alto Xingu: história e cultura*. Rio de Janeiro: Editora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, p. 21-62.

LANGDON, Esther Jean Matheson

(1999) “DST/AIDS e prevenção entre populações indígenas: a relação saúde/cultura e suas implicações éticas”. *Antropologia em primeira mão*, 37: 1-15.

LÉVI-STRAUSS, Claude

(1962) *O pensamento selvagem*. São Paulo: Companhia Editora Nacional.

MENDES, Eugênio Vilaça

(1999) “O processo social de distritalização da saúde”. Em: Mendes, Eugênio Vilaça (org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde*. São Paulo–Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, p. 93-158.

MENGET, Patrick

(1993) “Les frontieres (OBS: acento grave no e) de la chefferie: remarques sur le systeme politique du haut Xingu (Brésil)”. *L’Homme*, 126-8: 59-76.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(1991) *Projeto saúde Yanomami*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.

(1999) Decreto No 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos No 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Brasília, DF: <http://C:\POLITICA NACIONAL S.I.\d3156.htm>.

MORGADO, Paula

(1994) “O pluralismo médico Wayana-Aparai: a intersecção entre a tradição local e a global”. *Cadernos de Campo*, 4: 41-70.

PAIM, Jairnilson Silva

(1999) “A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários”. Em: Mendes, Eugênio Vilaça (org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, p. 187-220.

(2003a) “Políticas de saúde no Brasil”. Em: Rouquayrol, Maria Zélia; Almeida Filho, Naomar (orgs.). *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI-Editora Médica e Científica Ltda, p. 587-603.

(2003b) “Modelos de atenção e vigilância da saúde”. Em: Rouquayrol, Maria Zélia; Almeida Filho, Naomar (orgs.). *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI-Editora Médica e Científica Ltda., p. 567-586.

SANTOS, Antônio de Lisboa e outros

(1996) *Formação de agentes indígenas de saúde: proposta de diretrizes*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.

SANTOS, Ricardo Ventura.; COIMBRA Jr., Carlos E. A. (orgs.)
(1994) *Saúde e povos indígenas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

SEEGER, Anthony; DaMATTA, Roberto; VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo B.
(1979) “A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras”. *Boletim do Museu Nacional*, 32: 2-19.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

(s.d.) *Relatório: terceira etapa de concentração – IV módulo do curso de formação de auxiliares de enfermagem indígenas do pólo Xingu/MT*. São Paulo: Unidade de saúde e meio ambiente/ Universidade Federal de São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde/MT, Administração Regional do Xingu/FUNAI, Departamento de Saúde/FUNAI.

(1999) *Relatório de atividades*. São Paulo: Unidade de Saúde e Meio Ambiente, Departamento de Medicina Preventiva, Distrito Sanitário Xingu, Fundação Nacional de Saúde/ Universidade Federal de São Paulo.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo B.

(2001) “A propriedade do conceito”. Em: XXV Reunião da Associação Nacional Pós-Graduação em Ciências Sociais. Caxambu: ANPOCS.