

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

**As equipes de saúde diante das comunidades indígenas:
reflexões sobre o papel do antropólogo nos serviços
de atenção à saúde indígena**

Introdução

O processo de formulação e implantação de uma política nacional de atenção à saúde indígena, ocorrido nos últimos anos, envolveu um número de profissionais de saúde e recursos governamentais sem precedentes. A criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas é fruto tanto de um movimento indígena, que reivindica uma atenção diferenciada à saúde, quanto de um contexto mais amplo de consolidação do Sistema Único de Saúde, no qual se destaca o princípio da equidade. Além de integrar Conselhos Locais e Distritais de Saúde, e conquistar o direito de participar efetivamente de todas as etapas do planejamento e da avaliação das ações de saúde, os povos indígenas, por meio de suas organizações legalmente constituídas, têm tido a oportunidade de administrar os recursos destinados à execução das ações propostas no Plano Distrital de Saúde. Conforme recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em maio de 2001, as equipes a serem contratadas para o serviço devem contar com a participação de antropólogos. A intenção deste ensaio é refletir sobre o papel do antropólogo em uma equipe multidisciplinar de saúde, conforme a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Ministério da Saúde 2000). Para isso, parte de uma leitura em que são destacados os espaços de participação dos antropólogos previstos no documento, as expectativas sobre o seu papel e a noção de cultura subentendida. Embora explicitamente recomendada na publicação dessa Política, a participação direta de antropólogos é ainda incipiente no processo de organização dos serviços públicos de saúde destinados à população indígena, e seu papel permanece indefinido tanto para as equipes de saúde quanto para as comunidades com as quais trabalha.

Refletir sobre o papel do antropólogo em uma equipe de saúde que se propõe a prestar uma “atenção diferenciada” implica refletir sobre o que seria essa diferença. Afinal, o que os índios querem? Remédios diferentes? Agulhas diferentes? Será que, para eles, os processos patológicos desencadeados pelos microorganismos ou o desgaste natural do corpo são diferentes?.

Questões como essas são frequentes nas discussões sobre saúde indígena com políticos, gestores, trabalhadores de saúde e representantes indígenas. Tive oportunidade de participar de diversas situações assim nos últimos vinte anos e presenciar a manifestação de algumas vozes indígenas sobre sua concepção de atenção diferenciada à

saúde, expressando que o diferente é o modo de acesso aos serviços públicos de saúde até então disponibilizados .

Felipe Brizuela, M'bya-Guarani , ao responder a um Secretário Municipal de Saúde que havia perguntado por que os índios mudavam tanto de lugar e procuravam serviços de saúde em localidades diferentes, o que dificultava seu cadastramento e planejamento dos serviços das unidades de saúde, explicou que “onde uma pessoa anda não é nem a própria pessoa quem define”, é *Ñanderu* [Deus] quem o faz... Que os *Juruá* [Branco] falavam das doenças visíveis, dos catarros, das feridas, das diarreias; contavam os mortos como coisa do passado; não viam a tristeza e sequer imaginavam a alegria de ver uma árvore florir ou um bicho no mato.

No Extremo-Norte do Brasil, no Estado de Roraima, diante de um outro Secretário Municipal de Saúde que reclamava não conseguir vacinar a população indígena, pois algumas comunidades não aceitavam o procedimento, os representantes indígenas argumentaram que não seria sensato deixar que seus filhos fossem vacinados por profissionais controlados pelas mesmas pessoas que contratavam pistoleiros para atacar as pessoas de suas comunidades.

Situações como essas são algumas das que servem de justificativa aos representantes indígenas, quando reivindicam um modelo diferente na organização dos serviços governamentais de atenção à saúde.

As contribuições de antropólogos previstas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e os limites de sua participação.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi formulada com o propósito de “favorecer a superação de fatores que tornam esta população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros” (Ministério da Saúde 2000: 12), após reconhecer que os índices de morbidade de determinadas doenças – entre elas a malária e a tuberculose, das quais eram disponíveis registros mais fidedignos – e de mortalidade entre alguns povos indígenas eram até quatro vezes superiores às taxas nacionais (: 9). Dessa forma, estabelece diretrizes para “superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para esta população [...] levando-se em consideração as especificidades culturais desses povos” (: 5).

Essas “especificidades culturais” requerem a “participação sistemática de antropólogos” nas equipes de saúde, a “utilização de levantamentos socioantropológicos realizados de forma participativa como subsídios na formação de recursos humanos e a disponibilização de acompanhamento de antropólogos aos índios inseridos num processo de formação profissionalizante, segundo as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas” (: 13-5). Antropólogos também devem participar do monitoramento das ações de saúde: “deverá ser facilitado o acesso aos dados para a produção antropológica, de modo a facilitar a qualificação e a análise dos dados epidemiológicos, com a participação de antropólogos especialistas que atuam na região e dos agentes tradicionais de saúde indígena” (: 16).

Há uma diretriz específica sobre a promoção da “articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde”, que trata o tema de forma genérica (: 16-7). Outra diretriz propõe a necessidade de estudos antropológicos “específicos” para a promoção do uso adequado e racional de medicamentos, assim como “de ações específicas em situações especiais”.

Essas “especificidades”, que deveriam ser consideradas na proposição de ações, programas e planos específicos, são as principais justificativas para a formulação de uma política de atenção à saúde que procure suprir os referidos “fatores que tornam essa população mais vulnerável”. Independente delas, as ações propostas nos planos distritais de saúde têm sido praticamente as mesmas em todo o Brasil: atenção à saúde da mulher e da criança, controle de endemias (especialmente malária, tuberculose e algumas parasitoses), vacinação, organização de infraestrutura e de gerenciamento do serviço, capacitação de profissionais de saúde e formação de agentes indígenas de saúde, realização das reuniões dos conselhos locais e distritais de saúde, e “capacitação de conselheiros”. O que muda é o “como fazer”, mesmo que sejam considerados apenas os aspectos operacionais (pessoal, logística, insumos etc.) com a finalidade de fechar um orçamento dentro de um limite preestabelecido.

Fazer o planejamento das ações de saúde de um distrito sanitário envolve um processo de discussão que compreende o levantamento de necessidades, a definição de problemas de saúde, prioridades e objetivos, o estabelecimento de metas e instrumentos de avaliação, e o ajuste das atividades aos limites de um teto orçamentário definido. O processo de planejamento, do ponto de vista dos gestores e profissionais de saúde, procura transformar as necessidades de saúde percebidas pela população em problemas de saúde pública, definidos e priorizados por sua magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade, todos conceitos construídos no campo da saúde pública que classificam a intensidade ou frequência do agravo, suas conseqüências futuras, a percepção e o controle do risco individual e coletivo, e a possibilidade de intervenção. Essa abordagem se apóia em um modelo explicativo ecológico que considera a multicausalidade das doenças, no qual a “cultura” muitas vezes aparece como uma causa do agravo considerado ou para explicar o insucesso de uma intervenção. A cultura é vista como uma “barreira” e uma das expectativas acerca do trabalho dos antropólogos na fase de implantação dos serviços de saúde é a de que “ensinem os costumes dos índios aos profissionais de saúde” e possam, em conjunto, pensar em ações para a mudança de hábitos e comportamentos. Durante essa etapa, a participação de antropólogos é rara e acontece apenas quando estes já estão de alguma forma trabalhando na região mantêm relações com algumas das instituições prestadoras de serviço.

A participação efetiva de antropólogos na implantação dos serviços de saúde tem sido considerada indispensável ou prioritária diante dos limites orçamentários. Seu trabalho às vezes permanece em ações pontuais, na capacitação de profissionais ou ligadas a programas específicos, nos quais se destacam os trabalhos sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e alcoolismo. Em algumas situações, ouve-se esta pergunta de alguns representantes indígenas: “Para que antropólogo para falar da cultura dos índios, se eles próprios podem falar sobre ela?”

A reflexão que se segue é uma tentativa de resposta.

Possíveis contribuições da antropologia aos profissionais de saúde

Como alertou Langdon (no prelo), há que se cuidar do emprego do conceito de cultura, o qual muitas vezes, quando utilizado em outras áreas, é compreendido de forma equivocada, já abandonada pelas ciências humanas. A antropologia pode proporcionar uma abordagem com enfoque na percepção e utilização de serviços profissionais de assistência à saúde, permitindo aos profissionais entenderem que sua prática não é o único recurso em casos de doença, que sua eficácia é social e culturalmente delimitada,

assim como refletirem sobre seu papel, ao encarar a doença como um evento que acomete a vida e não só o corpo das pessoas.

A doença, concebida como processo construído socioculturalmente, como um “conjunto de experiências associadas por redes de significado e interação social”, assume seu caráter individualizante, e não o universal da concepção biomédica de enfermidade (ou patologia). Sua construção se dá por meio da negociação dos múltiplos significados dos sinais observados, em um mundo de sistemas médicos plurais e forças políticas desiguais (Langdon 1994a: 15-9). A pesquisa etnográfica, mesmo de material que não trate especificamente do tema saúde, pode mostrar vários aspectos relevantes nas relações entre profissionais de saúde e comunidades indígenas, especialmente sobre as diferentes interpretações e mudanças desencadeadas pelo estabelecimento de postos de prestação de serviços de saúde.

Viveiros de Castro, na introdução de sua tese de doutoramento, observa as mudanças sociais entre os Araweté em razão do estabelecimento de postos da FUNAI, nos quais onde foi criado um espaço de interação social que originalmente não existia, e nota uma demanda excessiva da atenção do profissional de saúde, que se revestia de uma dimensão política e ritual (1986: 69-76).

Ao analisar as transformações do sistema médico dos Zoró sete anos após o contato, Brunelli (1989) nota que o consumo de medicamentos está inserido em um contexto de mudanças sociais e na relação com o meio ambiente e com o sistema de produção, sendo que seus resultados mais concretos dizem respeito mais à imposição de integração à sociedade nacional que à promoção da saúde. Caso semelhante ao dos Yanomami do Alto Parima, que contam que “aceitaram Jesus” quando pela primeira vez tomaram remédios fornecidos por um missionário durante uma epidemia no início da década de 1970 (Pellegrini 1998).

A interpretação e utilização de medicamentos industrializados é um dos aspectos que pode mostrar a complexidade das relações entre os serviços de saúde e as comunidades indígenas. Vários autores já notaram a centralidade da questão dos medicamentos na prática biomédica (Diehl 2001), que é um dos temas mais freqüentes nos diversos contextos de interação entre pacientes indígenas e profissionais de saúde, desde a consulta no posto de saúde (prestada por agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, dentistas ou médicos) até os colegiados de gestão. A falta de medicamentos é constantemente citada pelas comunidades indígenas, toda vez que têm oportunidade de se manifestar, mesmo quando há um suprimento razoável nos postos de saúde ou nas farmácias das comunidades.

A utilização de medicamentos industrializados entre os povos indígenas é anterior à organização dos serviços de saúde: missionários, colonos, comerciantes, garimpeiros, antropólogos, todos têm sua caixa de remédios. A eficácia dos sintomáticos, antibióticos e antiparasitários é impressionante aos olhos indígenas, principalmente quando experimentada após situações de epidemia, comum aos primeiros contatos, mesmo que indiretos, dos povos indígenas com as frentes de expansão econômica.

Entre os Wari', Novaes (1996: 217) verifica que os medicamentos são solicitados mesmo para as doenças que poderiam ser ditas de etiologia “mágico-religiosa”, uma vez que foram reinterpretados localmente e adquiriram propriedades “sobrenaturais”. Principalmente aqueles que exalam forte odor ou são dolorosos (injeções), pois enfraquecem o *jam* (espírito da natureza causador de doenças, pela desobediência de prescrições alimentares), que pode depois ser comido pelo xamã. Medicamentos podem ser considerados de formas diferentes em diferentes situações: podem enfraquecer seres invisíveis que devoram “espíritos de pessoas”, significar posição social, ser utilizados

como moeda e como mecanismo de cooptação política, ou na manutenção de redes de reciprocidade (Garnelo e Wright 2001), ultrapassando os limites de suas indicações técnicas.

Os trabalhos citados são apenas alguns exemplos de como as etnografias podem ajudar as equipes de saúde a compreender as diferentes percepções de sua prática e os limites e o contexto de sua ação. A contribuição da antropologia, portanto, não está relacionada diretamente com a resolução de conflitos de “racionalidades” ou com a transposição de “barreiras culturais”, mas sim com a promoção de consciência das diferentes visões, expectativas e usos dos serviços de saúde.

Mas qual é o espaço para isso ocorrer na prática? Com o desenrolar do processo de organização dos serviços de atenção à saúde, nota-se que a formação de conselhos e de agentes indígenas de saúde insere novos elementos nas relações locais, bem como incrementa a circulação de pessoas, dinheiro e, como não poderia deixar de ser, discursos. Esses cenários são utilizados pelos representantes indígenas para a expressão de outras demandas sociais originadas nas mais diferentes situações de relacionamento dos povos indígenas com o Estado, que em muitos casos acabam sendo atendidas, mesmo que parcialmente, pelo setor de saúde. Em algumas regiões, por exemplo, os serviços de saúde respondem quase que exclusivamente pela manutenção de meios de transporte entre as comunidades mais isoladas e as cidades da região, atendendo a outras necessidades que não aquelas diretamente ligadas ao setor de saúde. Entre os Yanomami, soma-se a isso o fato de que a formação de agentes indígenas de saúde teve de promover a alfabetização e um processo de educação diferenciado, cuja expansão é um dos assuntos tratados de forma mais veemente nas reuniões do Conselho Distrital de Saúde.

Parece ser esse mesmo processo que delimita o papel do antropólogo em uma equipe de saúde, o qual é não só socioculturalmente construído e negociado em cada cenário específico, como também voltado para a melhoria da relação dos usuários com os serviços de saúde, ao buscar sua adequação e ajudar a reflexão sobre o impacto causado pela própria implantação das ações e serviços. Em situações como essas, o papel do antropólogo como comentador e crítico deve promover a articulação do discurso sobre a saúde com outros campos de ação social.

Há que se notar que a promoção desse diálogo se dá na elaboração de um “discurso regional” – ilustrando uma situação de trabalho do antropólogo descrita por Thomas (2004: 7) – entre o campo, a academia e uma outra profissão. A população indígena não é apenas objeto da observação acadêmica, mas está ativamente empenhada na construção dos serviços de saúde e, em algumas situações, no processo de construção da etnicidade que envolve afirmação das diferenças culturais e reivindicação de direitos especiais, podendo os textos dos antropólogos ser utilizados para destacar ou para amenizar tais especificidades. Daí, talvez, parte do receio de algumas lideranças indígenas em relação aos antropólogos, quando questionam se estes são necessários para “falar da cultura dos índios”.

Há ainda outras expectativas indígenas sobre o trabalho dos antropólogos que podem ser ouvidas entre os Tiryó, os Madiha, os Wayãpi e os Yanomami: “a gente está precisando de antropólogo para ensinar como é o mundo dos brancos”. Nesse ponto, as “barreiras culturais” podem ser bem diferentes daquelas levantadas pelos profissionais diante da “cultura dos índios”. Aqui, podem se destacar certas “especificidades” que provoquem, tanto nos profissionais de saúde quanto nos antropólogos, um certo tipo de estranhamento: “é que às vezes a cultura da gente é tão grande que a gente está dentro dela e nem percebe”.

A burocracia e o corporativismo das instituições públicas, o discurso tecnicista, as relações interpessoais entre profissionais de saúde que vivem nas regiões mais remotas da Amazônia e o estabelecimento de vínculos afetivos com a população local e suas relações com os antropólogos são fatores que compõem diferentes cenários, nos quais se espera dos antropólogos um discurso sobre a cultura.

Considerações

Parece que do ponto de vista tanto dos profissionais de saúde quanto de alguns povos indígenas a expectativa sobre os antropólogos é a de que expliquem a cultura de uns para outros.

Talvez tenha sido essa minha expectativa como profissional de saúde, ao procurar na antropologia uma abordagem que permitisse compreender melhor meu próprio papel como médico entre os Yanomami de 1985 a 1994, período no qual ocorreu grande invasão garimpeira e danos imensuráveis para sua saúde. Desde minha formação, que pode ser considerada privilegiada por ter proporcionado contato com as comunidades do Parque Indígena do Xingu, pela participação no grupo de estudos e pesquisas coordenado pelo professor Roberto Baruzzi na Escola Paulista de Medicina, a leitura de textos antropológicos muitas vezes me lembrava os relatos de viajantes e naturalistas. Os próprios antropólogos pareciam seres exóticos e distantes.

Conheci pessoalmente antropólogos entre os Yanomami, Alcida Ramos e Bruce Albert, que de alguma forma serviram de intérpretes em razão não só de sua competência nas línguas yanomami, mas da satisfação de minha curiosidade sobre as tais “especificidades” do meu trabalho: por que não pronunciar o nome das pessoas, por que a proibição de referir-se aos mortos, por que evitar a sogra, por que a abstenção de determinadas atividades e alimentos em algum período da vida, qual o papel do xamã, qual o motivo das guerras, quem são os *yai* (moradores da camada subterrânea do universo), quem é o *Týbyrýsiké* (o ser mitológico que deu aos homens a primeira mulher e as mudas de bananeiras). Além das conversas, a leitura de seus trabalhos proporcionou a compreensão da noção de cosmologia, tempo, espaço, pessoa, parentesco, poder, teoria da doença, xamanismo, ritual, mitologia. Tudo isso facilitava as minhas relações com os Yanomami, mas não preenchia as lacunas diárias do relacionamento entre as equipes de saúde – em que me incluí em diversas funções – e as comunidades.

Procurei, na pesquisa de mestrado em antropologia orientada pela professora Jean Langdon, entender melhor como os Yanomami do Alto Parima percebiam e utilizavam os serviços de saúde. O treinamento antropológico me permitiu notar melhor a importância que os Yanomami davam às trocas de palavras nos diversos contextos de sua relação com profissionais de saúde e, inclusive, aos entusiasmados discursos que faziam diante do meu gravador. O enfoque na experiência e no significado da doença permitiu entender que uma possível “lógica cultural”, muitas vezes esperada da antropologia por profissionais de saúde, não ocupava lugar tão determinante na sua explicação. Cada caso de doença, cada posto de saúde construído, cada conflito com profissionais de saúde tinha um significado único, porém elaborado e reelaborado em cada situação que era vivenciado ou narrado, fato que para mim parece cada vez mais evidente ao longo dos últimos vinte anos participando direta ou indiretamente do processo de organização dos serviços de saúde na região.

O significado da doença se dá em uma rede de relações sociais que extrapola o setor de saúde e as novas relações com profissionais e instituições de saúde, com novos valores, novas necessidades de consumo, outros interesses locais, nacionais ou

planetários. E essa mesma rede parece ser a que possibilita e limita a participação de profissionais de saúde e de antropólogos: nem a cultura, nem a medicina devem ser encarados como sistemas fechados.

A falta de consideração desses aspectos talvez seja a principal lacuna da relação entre profissionais de saúde e antropólogos que tenho observado em diversas oportunidades, em diferentes regiões do Brasil, como consultor do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde nos últimos sete anos. Se os profissionais de saúde muitas vezes têm uma noção de cultura que caiu em desuso entre os antropólogos, estes, por sua vez, têm às vezes uma noção estereotipada da medicina ocidental e da atuação dos profissionais de saúde. A contribuição crítica dos antropólogos muitas vezes se perde no tom considerado impertinente pelos profissionais de saúde e em suas propostas consideradas impraticáveis. Ao caráter intervencionista que marca a atuação de profissionais de saúde é apresentada uma crítica, que pode soar como apego ao passado ou defesa das “tradições”.

Além disso, as diferentes orientações teóricas e metodológicas da antropologia da saúde confundem os profissionais de saúde: “um antropólogo pode ser bom, dois é demais”, comentam pelo Brasil. Se o papel do antropólogo em uma equipe de saúde é ainda indefinido, não se pode negar que sua participação tem contribuído significativamente para o debate sobre a adequação dos serviços de saúde às comunidades indígenas. É nesse mesmo debate que também se constroem as expectativas e as possibilidades de sua participação.

Referências bibliográficas

BRUNELLI, G.

(1989) *De los espíritus a los microbios: salud y cambio social entre los Zoró de la Amazonía brasileña*. Equador: ABYA-YALA, Colección 500 años, n. 10.

BUCHILLET, D.

(199) “Impacto do contato sobre as representações tradicionais da doença e de seu tratamento: uma introdução”. Em: Buchillet, D. (org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: CEJUP, p. 161-73.

DIEHL, E. E.

(2001) “Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil)”. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

GARNELO, L.; & WRIGHT, R.

(2001) “Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa”, *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2): 273-84.

GOOD, B.

(1994a) “The body, illness experience, and lifeworld: a phenomenological account of chronic pain”. Em: Good, B. (ed.). *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. New York: Cambridge University Press, p. 116-34. (1994b) “The narrative representation of illness”. Em: Good, B. (ed.). *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. New York : Cambridge University Press, p. 135-65.

KLEINMAN, A.M.

(1980) *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley : University of California Press.

LANGDON, E.J.

(1991) “Percepção e utilização da medicina ocidental pelos índios Sibundoy e Siona no sul da Colômbia”. Em: BUCHILLET, Dominique (org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: CEJUP, 207-27.

(1994a) “A negociação do oculto: xamanismo, família e medicina no contexto pluriétnico”. Trabalho apresentado para concurso de Professor Titular na Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, mimeo.

(1994b) “Representações de doença e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia colombiana”. Em: SANTOS, R.V.; COIMBRA, C.E (orgs.). *Saúde & povos indígenas*. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, p. 115-42.

(no prelo) “A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica”. Em: BARUZZI, R. (org.). *Antropologia da saúde e Projeto Xingu*. São Paulo, UNIFESP/EPM.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(2000) “Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas”. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.

NOVAES, M. R.

(1996) “A caminho da farmácia: pluralismo médico entre os Wari’ de Rondônia”. Dissertação de Mestrado, PPGAS, Universidade Estadual de Campinas.

PELLEGRINI, M. A.

(1998) “Falar e comer: um estudo sobre os novos contextos de adoecer e buscar tratamento entre os Yanomamè do Alto Parima”. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: PPGAS/CFH/UFSC.

SINDZINGRE, N.; ZEMPLÉNI, A.

(1981) “Modeles et pragmatique, activation et repetition: reflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Cote D’Ivoire”, *Social Science and Medicine*, 15B, p. 279-93.

THOMAS, N.

(2004) “Epistemologías de la antropología”. Disponível em <http://www.unesco.org/issj/rics153/thomaspa.html>. consulta em 19/03/04.

VIVEIROS DE CASTRO, E. B.

(1986) *Araweté: os deuses canibais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/Anpocs.