

**(Des)encontros *interculturais* em tempos de COVID-19 e Saúde Indígena:
questões refletidas muito além da situação da pandemia.¹**

Maria Helena Ortolan (UFAM/Amazonas/Brasil)

Palavras-chave: Saúde Indígena; interculturalidade; COVID-19.

Introdução

Compartilho com interlocutores indígenas e não indígenas do viés interpretativo de que o evento da pandemia potencializou, intensamente, problemas existentes anteriormente no campo de relações interétnicas no Brasil, gerados pela configuração da estrutura social da sociedade brasileira e pela composição do poder estatal. Como analisar as experiências e os efeitos da COVID-19 sobre os indígenas sem direcionar os holofotes para os graves problemas enfrentados, constantemente, na promoção do *Subsistema de Atenção à Saúde Indígena*? E como falar em promover à Saúde Indígena sem associá-la à garantia da territorialidade coletiva dos povos, uma vez que a defesa dos direitos indígenas no Brasil implica no reconhecimento das terras indígenas pelo Estado brasileiro enquanto importante referencial para a vivência da diversidade étnica?

As experiências recentes da pandemia da COVID-19 entre os povos indígenas no Brasil, assim como ocorreu em outros momentos históricos de contaminação por epidemias com efeitos gravíssimos sobre estas populações (genocídio), deflagram como estes povos ainda continuam sendo desrespeitados como cidadãos brasileiros com direito à diversidade étnica no Estado nacional. Muito embora a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, tenha impulsionado a criação de várias políticas públicas específicas para os povos indígenas, adjetivadas como "diferenciadas", justamente por afirmar legalmente este direito, não se garantiu que órgãos públicos a executassem. Ou seja, os avanços legais alcançados na política indigenista estatal com a Constituição de 1988 não corresponderam ao desempenho do governantes brasileiros em fazer cumprir o respeito à diversidade étnica, causando

¹ Trabalho apresentado na 32ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 30 de outubro e 06 de novembro de 2020.

frustrações às expectativas dos próprios indígenas e de agentes não indígenas defensores de seus direitos constitucionais quanto ao entendimento da adjetivação "diferenciada": "assistência diferenciada", "educação diferenciada", "saúde diferenciada", "cadastramento diferenciado" (referente ao *Cadastro Único*), entre tantas outras designações (ORTOLAN, 2019).

Neste trabalho, apresentarei alguns (des)encontros *interculturais* no enfrentamento da pandemia da COVID-19 junto aos povos indígenas, situando-os além do próprio evento pandêmico. O desafio teórico-metodológico é compreender as culturas em interação e não seu isolamento, o que nos permite conhecer a complexidade destas relações nos contextos históricos dos povos que a estabelecem e também as condições sociais, políticas e econômicas destes encontros interétnicos. Como observa Néstor García Canclini (2005, p. 45-82), o reconhecimento da interconexão entre as culturas não implica deixar de considerar as diferenças para enfatizar apenas as fusões, mas sim "se trata de complejizar el espectro", cabendo a compreensão da interação a partir de concepções como "desigualdade", "conexão/desconexão", "inclusão/exclusão". Com este entendimento, Canclini reconhece a interculturalidade como objeto de estudo privilegiado pelo seu potencial analítico revelador.

Finalizo esta breve introdução, ressaltando ser minha compreensão de interculturalidade a que é expressa por Catherine Walsh (2009, p. 45), ao reafirmar a dimensão crítica do conceito definido no contexto político latino-americano:

La interculturalidad es distinta en cuanto se refiere a complejas relaciones, negociaciones e intercambios culturales, y busca desarrollar una interacción entre personas, conocimientos, prácticas, lógicas, racionalidades y principios de vida culturalmente diferentes; una interacción que admite y que parte de las asimetrías sociales, económicas, políticas y de poder, y de las condiciones institucionales que limitan la posibilidad de que el "otro" pueda ser considerado sujeto –con identidad, diferencia y agencia– con capacidad de actuar. No se trata simplemente de reconocer, descubrir o tolerar al otro o a la diferencia en sí. Tampoco se trata de esencializar identidades o entenderlas como adscripciones étnicas inamovibles. Más bien se trata de impulsar activamente procesos de intercambio que, por medio de mediaciones sociales, políticas y comunicativas, permitan construir espacios de encuentro, diálogo, articulación y asociación entre seres y saberes, sentidos y prácticas, lógicas y racionalidades distintas.

Portanto, interculturalidade "entendida como proceso y proyecto social, político, ético y epistémico" (WALSH 2009, p.14) permite ao pesquisador uma compreensão maior da complexidade das relações interétnicas, constituídas em contextos políticos que criam as condições de encontros e desencontros entre povos de culturas diferenciadas.

Quem tem maior competência para implementar e gerenciar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena?

Com o reconhecimento constitucional dos povos indígenas como cidadãos brasileiros com direitos à diversidade e a legitimação da participação indígena nas políticas públicas específicas a eles, resultante do modelo neoliberal assumido pelo Estado brasileiro nos anos 90 do século XX que envolveu maior número de representantes de segmentos da sociedade civil nas políticas estatais (sobretudo, por meio do controle social exercido com a criação de conselhos participativos), o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena passou a ser implementado por organizações indígenas, por meio da gestão dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Apesar do movimento indígena ter considerado esta atuação indígena como uma vitória política conquistada pela luta de conquista da autonomia dos povos indígenas no Estado brasileiro, tal experiência administrativa foi intensamente prejudicial à reputação dos indígenas como gestores de ações estatais, por suas organizações indígenas terem se tornado inadimplentes financeiras como pessoas jurídicas constituídas nesta época. Este acontecimento pode ser compreendido a partir de vários desencontros interculturais envolvidos, considerando a compreensão de interculturalidade acima referenciada. Lógicas de gestão pública e de "participação democrática" foram impostas às lideranças indígenas sem à disponibilidade governamental de investir, prioritariamente, na constituição da interculturalidade como projeto político, ético e epistêmico prioritário das práticas estatais de atenção integral à saúde dos povos indígenas. Embora tenhamos que reconhecer que houve apropriação de espaço político neste campo interétnico de definição e execução de políticas públicas pelos indígenas, por meio do qual reafirmaram sua demanda por autonomia étnica no Estado nacional, a gestão dos DSEIs desencadeou uma crise de proporção tamanha que resultou na desestruturação de importantes organizações indígenas, muitas delas desaparecendo e outras conseguindo sobreviver com muitas dificuldades quanto à manter sua potencialidade política de articulação do movimento indígena. O ponto a ser destacado aqui é a caracterização da crise como "financeira", calculada exclusivamente pelos valores das dívidas contraídas pelas organizações indígenas sem perspectiva futura de serem sanadas, sobretudo as de caráter trabalhistas contraídas pelos indígenas na contratação de profissionais de saúde para compor as equipes multiprofissionais dos DSEIs. A avaliação governamental desta

"crise", que justificou a mudança de agente gerencial dos DSEIs (foram lançados editais para contratar organizações civis não indígenas para exercer a função como conveniadas), não tomou como parâmetro primordial a incapacidade do modelo de gestão governamental de constituir relações interculturais que fossem efetivas para promover a implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Ao contrário, este critério financeiro provocou o enfraquecimento da força política dos líderes indígenas dirigentes das organizações pelo entendimento do grande público de que lhes faltou competência para administração de ações tão importantes como a assistência à saúde indígena. Essa desqualificação reforçou a ideia preconceituosa de que indígenas não são capazes de assumir gestão administrativa no campo do indigenismo, o que significava atribuir tal responsabilidade, novamente, a indigenistas governamentais e não-governamentais, funcionários de órgão públicos, assessores, consultores, antropólogos, etc.. A complexidade do fato narrado ainda é maior quando se identifica que uma das organizações não governamentais que assumiu a gestão do DSEI tem origem missionária, cuja atividade se mantinha em terras indígenas agora autorizada como conveniada do governo brasileiro.

No processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, pode-se citar outro desencontro intercultural, mas nem por isso menos político (ao contrário, como já foi dito anteriormente, a análise intercultural proposta neste trabalho implica em tratar de relações de poder). Refiro-me ao modelo participativo instaurado como controle social das políticas e ações públicas no Brasil. Em sua Dissertação de Mestrado, em que aborda a formação de gestores indígenas de projeto, Inara do Nascimento (2012, p.57-58) nos convoca a refletir sobre a compreensão do modelo participativo no contexto de políticas indígenas e indigenistas:

A partir das experiências vividas em projetos, os indígenas revelam os diferentes entendimentos sobre participação. Muitos indígenas contaram suas experiências de projetos onde somente alguns membros da comunidade participaram das atividades propostas, ou os espaços de decisão das ações do projeto se restringem a pequenos grupos – ou lideranças. No âmbito do curso, o conceito de participação era empregado no sentido de fazer parte de um grupo, tomar parte das decisões e ter parte do resultado. Participar implicava acompanhar e controlar as atividades geradas por meio daquelas decisões coletivas tomadas no decorrer do processo participativo. Logo, conceber processos participativos que não operam nessa lógica causavam questionamentos. Quando a participação ocorria no círculo familiar, nas redes de parentesco, ou somente por divisões geracionais e de gênero, essa situação era considerada participação?

Desse modo, a harmonia da participação revelava as tensões existentes e atritos potenciais, que indicavam que este conceito deveria ser pensado e

apropriado conforme as configurações vivenciadas pelos indígenas. A multiplicidade de concepções em torno dessa noção ganha ainda mais relevância quando os indígenas apropriam-se da participação como um dos pontos de sua pauta de reivindicações. Desse modo, ao compreender que participação dos indígenas se manifesta em diferentes formas organizativas e formas de ação, evita-se a naturalização do conceito e considera-se a possibilidade de problematizar o que Boaventura de Sousa Santos chama de “patologia da participação” e “patologia da representação” (Santos apud Sayago, 2000, p. 40).

Apesar de seu caráter "democrático", a participação em conselhos como prática de controle social de políticas e ações públicas foi instituída a partir de referenciais políticos definidos pelo sistema de significados constituídos na história ocidental, sem reconhecer outras possíveis definições conceituais e práticas políticas fundamentadas em vivências e conhecimentos étnicos. O Subsistema implantado com os DSEIs abriu espaço institucionalizado para o controle social indígena das ações estatais, desta vez executadas pelas próprias organizações indígenas e também por ONGs indigenistas conveniadas. No entanto, tal controle social acabou não se efetivando como anunciado, devido a problemas gerados pela própria estrutura do sistema político (LANGDON, 2004, p.38-39). Apesar de ser um princípio político de grande relevância para as relações entre o Estado e povos indígenas no Brasil, configurou-se em mais um motivo de frustração para o movimento indígena e seus aliados. A participação indígena em Conferências Nacionais de Saúde Indígena e nos Conselhos Distritais e Locais foi tensionada pelo modo como a representatividade política é definida pelo Estado brasileiro – esperava-se dos delegados indígenas, nas conferências, e dos conselheiros, nos DSEIs, o tipo de representação da democracia ocidental no qual os representados delegam seu poder de tomada de decisão e mesmo de ação àquele que o representa. Esse descompasso entre a política indígena e a política indigenista estatal foi fonte de dificuldades constantes na efetivação do controle social, principalmente quando havia necessidade de delegados e conselheiros indígenas se posicionarem ou tomarem decisões sem ter a resolução definida diretamente pelas autoridades indígenas (sejam elas lideranças de grupos familiares extensos, lideranças de clãs, lideranças espirituais, lideranças intergrupais) - estas sim com poder de decisão no campo de relações políticas específicas ao grupo étnico. As dificuldades geradas pelos desentendimentos sobre os modos de representatividade não foram as únicas, também houve complicações causadas pelos desentendimentos dos delegados e conselheiros quanto ao funcionamento administrativo e à lógica burocrática do Estado.

Não devo deixar de fazer referência aqui a um dos maiores desencontros interculturais quando se trata de implementar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, mesmo que a *Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena* determine ao contrário: os desencontros epistemológicos entre sistemas indígenas e não indígenas de compreensão da saúde e doença. A tensão criada neste desencontro, sem dúvida nenhuma, prejudicou consideravelmente o enfrentamento da pandemia do COVID-19, ao desqualificar os povos indígenas como interlocutores e agentes legítimos de ações de saúde. Muitos foram os indígenas que recusaram transferir seus familiares ou eles mesmos para os hospitais para tratar da COVID-19, quando lhes era prescrito por médicos orientados por protocolos biomédicos, por compreenderem estes espaços hospitalares como promotores da morte. É bastante frequente ser retirado dos indígenas a autonomia étnica de recorrer à "medicina tradicional", como escolha de itinerário terapêutico com eficácia, por haver desqualificação de seus conhecimentos frente aos da biomedicina. O interesse dos indígenas em permanecer em suas comunidades ou aldeias para tratamento da COVID-19 está na confiança que eles têm nos conhecimentos tradicionais e nas práticas de cura de seus agentes. Isto não significa que os povos indígenas neguem o sistema biomédico como uma de suas possibilidades terapêuticas, mas que tem o direito de decidirem quando a ele querem recorrer (NOVO, 2010). No caso da COVID-19, o desencontro intercultural de caráter epistêmico gerou a violência de retirar dos povos indígenas o direito de ter acesso aos corpos de seus familiares mortos para proceder seus rituais fúnebres, o que traz como consequência desequilíbrio nas relações sociais/espirituais das sociedades indígenas.

Para se ter a dimensão dos desencontros interculturais, entre indígenas e não indígenas, quando das práticas de atenção à saúde indígena, é relevante abordar aqui a compreensão da adjetivação "diferenciada" preconizada pela *Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena* para implementação do "Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Para se ter o alcance analítico da complexidade desta adjetivação, é de extrema relevância considerar os contextos dos diálogos interculturais nos quais seus significados são atualizados no campo das políticas públicas destinadas aos povos indígenas. A utilização do termo, tanto por indígenas (sobretudo, líderes do movimento indígena) como também por não indígenas (indigenistas e demais agentes estatais; agentes de organizações não governamentais pró-direitos indígena; antropólogos; operadores do Direito, etc.), faz sentido dentro da arena política das relações interétnicas e seus significados são constituídos na "comunidade de comunicação"

estabelecida entre indígenas e não-indígenas dentro do Estado nacional (CARDOSO DE OLIVEIRA,1998, p.176-180). Deve-se compreender como se efetivam (ou não) os diálogos entre os sistemas culturais das práticas biomédicas e os das práticas das medicinas tradicionais. Um dos caminhos teórico-metodológicos abertos para esta compreensão é o dos estudos da viabilidade de se obter "fusão de horizontes" nas relações dialógicas entre indígenas e não indígenas, com a constituição de "comunidade de comunicação" e "de argumentação" interculturais, como foi proposto por Roberto Cardoso de Oliveira (1998). Por meio de interlocução teórica com Habermas, Apel e outros filósofos, Roberto Cardoso de Oliveira pondera a hermenêutica de Gadamer e adverte sobre os limites do diálogo intercultural em contexto interétnico entre indígenas e não indígenas:

Isso quer dizer que na relação entre índios e brancos, mediada ou não pelo Estado - leia-se Funai -, mesmo se formada uma comunidade interétnica de comunicação e de argumentação, e que pressuponha relações dialógicas democráticas - pelo menos na intenção do pólo dominante -, mesmo assim *o diálogo estará comprometido pelas regras do discurso hegemônico*. Essa situação estaria somente superada quando o índio interpelante pudesse por meio do diálogo contribuir efetivamente para a institucionalização de uma normatividade inteiramente nova, fruto da interação dada no interior da comunidade intercultural. Em caso contrário, persistiria uma sorte de comunicação distorcida entre índio e brancos, comprometendo a dimensão ética do discurso argumentativo. (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1998, p.180)

Mais recentemente, a crise política gerada pelo anúncio do Ministro da Saúde, em sua posse datada em janeiro de 2019, de que promoveria a reestruturação da atenção saúde indígena, mais uma vez recorreu a argumentos financeiros para justificar falhas na implementação do Subsistema. Em seu pronunciamento declarou a intenção de mudar o funcionamento da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) ainda nos primeiros cem dias de sua gestão. A justificativa para isto fundamentava-se nos gastos altos dos custeios de serviços sem resultados desejados, situação que poderia mudar, ao ver do Ministro, com o governo executivo assumindo diretamente todas tarefas da saúde indígena, sem repasse financeira para organizações do terceiro setor. Tentou acabar com a SESAI, incorporando a saúde indígena à Secretaria Nacional de Atenção Básica, mas o movimento indígena reagiu, imediatamente, por não concordar com a perda de autonomia da saúde indígena e a dependência de recursos concentrados nos orçamentos municipais e estaduais. Ao comunicar a desistência de sua ação, fez um anuncio performático usando vídeo nas redes sociais no qual aparece ao lado das lideranças históricas e de relevância nacional e internacional, o cacique Raoni e seu sobrinho

Megaron Txcarramãe. Ou seja, se, por um lado, o Ministro não identificou como causa do baixo rendimento da SESAI a dificuldade governamental em promover a interculturalidade, preferindo fixar seus argumentos somente em aspectos econômicos; por outro, recorreu a um contexto de fala específico que lhe garantisse, ao anunciar a continuação da SESAI, seu reconhecimento público como governante favorável aos diálogos interculturais (para isto, a força política das presenças de Raoni e Megaron).

Quais indígenas tem direito à atenção diferenciada de saúde?

No Brasil, as políticas públicas de educação e saúde "diferenciadas" para povos indígenas foram formuladas referenciadas aos seus territórios devidamente reconhecidos pelo governo. De *Territórios Etnoeducacionais* aos DSEIs, as terras identificadas administrativamente como indígenas (processo de regularização da FUNAI) é que lhes viabilizariam o acesso aos serviços públicos prestados de forma "diferenciada". O problema maior com esta formulação diz respeito, justamente, à condição dos indígenas que residem fora das terras de suas comunidades. Por exemplo, os que vivem, por várias razões (entre elas, busca por educação, emprego, saúde), em contexto urbano. Estes, por estarem fora do lugar de reconhecimento oficial étnico, são desqualificados como "indígenas" que teriam direitos "diferenciados", e, tem o mesmo destino previsto daqueles que foram adjetivados como "aculturados" pelo *Estatuto do Índio* de 1973 (absurdamente, ainda vigente) - quanto maior o contato interétnico com os não-indígenas, maior sua chance de deixar de ser "índio" para ser reconhecido como cidadão brasileiro. O Estatuto citado reconhece plena cidadania brasileira apenas aos indígenas considerados integrados à sociedade nacional, tendo estabelecido uma escala evolutiva para chegar a esta condição. Este e outros itens do Estatuto são inconstitucionais, desde a promulgação da Constituição de 1988.

Enfrentando fortes pressões políticas do movimento indígena (e também de seus parceiros não indígenas) contrárias à proposta de reestruturação da saúde indígena, o recém empossado Ministro da Saúde, em 2019, tentou justificar que seria mantido atendimento "diferenciado" aos indígenas da Amazônia, por serem estes os mais qualificados como "índios". A fala do Ministro atualizou, portanto, uma certa tradição histórica do indigenismo brasileiro de atribuir aos indígenas com maior contato com a sociedade "nacional" a condição de "aculturados", só que desta vez o termo usado pela autoridade governamental foi "antropizados" (conceito usado pela geografia e ecologia

para qualificar áreas naturais cujas características originais foram alteradas). Seguindo esta lógica etnicamente distorcida e, por isso, discriminatória, caberia obrigatoriamente ao Estado brasileiro garantir proteção diferenciada ao "índio" que se mantém em seu "lugar" específico - a "floresta" (ou a "selva")-, estes sim reconhecidos como os "verdadeiros" (ou os "puros"). Além do que, o Ministro da Saúde ao atribuir aos indígenas que vivem na Amazônia brasileira situação de maior isolamento demonstra sua ignorância sobre a diversidade dos povos indígenas nesta região quanto aos contextos históricos de contato com os não-indígenas.

O que se vê nas práticas de atendimento público de saúde aos povos indígenas nas sedes urbanas dos municípios é a recorrência desta injusta diferenciação, ainda mais explícita em tempos de pandemia do COVID-19. A invisibilidade étnica dos indígenas em situação urbana tem contribuído significativamente com as subnotificações dos casos da doença nas populações indígenas. Aqueles indígenas que acessam os hospitais de atendimento de média e alta complexidade, situados nas cidades, sem estarem referenciados (devidamente encaminhados) pelos DSEIs, não são considerados pacientes indígenas incluídos no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Se ainda há muitas dificuldades dos profissionais de saúde em promover a interculturalidade na implementação de ações do Subsistema em contexto de "normalidade" (sem presença da pandemia), complica-se muito mais quando o impacto do COVID-19 se faz avassalador - protocolos são fixados sem intenção de "negocia-los".

Portanto, a interculturalidade só tem garantia na atenção integral da saúde indígena se há o investimento estatal para constituí-la no campo as relações interétnicas entre profissionais de saúde e povos indígenas. E para isto é preciso estabelecer, de forma igualitária e também com equidade, os parâmetros da conexão para estabelecer o diálogo entre eles.

Últimas Considerações

Finalizo este trabalho ressaltando agência dos povos indígenas quanto a estes desencontros interculturais, que na concepção do termo aqui tratado vimos ser políticos e incluir questões de poder. Propor uma abordagem analítica intercultural para compreender os últimos acontecimentos da pandemia do COVI-19, gravemente desastrosos para os povos indígenas, é ir além dos desencontros e permitir falar de autonomia destes povos, considerando o contexto de sua inclusão no Estado nacional que ainda os mantém presos à matriz colonial:

Para las organizaciones indígenas, en cambio, la interculturalidad es entendida como proceso y práctica que intentan romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otra subordinada – romper con la matriz colonial y su acompañante: el mestizaje como discurso de poder – para reforzar las identidades tradicionalmente excluidas y buscar espacios de autonomía. ((WALSH 2009, p.49-50)

Diversas estratégias foram sendo definidas pelas organizações indígenas e pelas lideranças das comunidades/aldeias para lidar com o avanço genocida da doença diante do descompromisso governamental em atuar com maior rigor e eficácia em ações de atenção à saúde indígena, que como vimos implicaria em resolver problemas instituídos desde o início da implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Cito aqui algumas destas estratégias, entre tantas outras: priorizar o itinerário terapêutico da medicina tradicional; criar mecanismos de controle de entrada e saída das comunidades/aldeias como, por exemplo, barreiras físicas com fiscalização; organizar "vaquinhas" (doação coletiva de recursos financeiros) para poder comprar Equipamentos de Proteção Individual (EPI); garantir abastecimento de água nas terras indígenas frente ao veto presidencial; exigir que o governo brasileiro crie e faça cumprir um *Plano de Contingência* específico para o enfrentamento do COVID-19 em povos indígenas; atuar no Congresso Nacional, por meio da atuação parlamentar da Deputada Federal Joênia Wapichana e da *Frente Parlamentar Mista em Defesa dos Povos Indígenas*, para que governo assuma sua obrigação constitucional de garantir os direitos indígenas; assumir para si, por meio da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil - APIB, o registro de casos de COVID-19 entre os indígenas, fazendo contraponto à subnotificação governamental; ocupar os espaços virtuais (redes sociais), como proposto pela líder indígena Sônia Guajajara em sua participação política no evento *Rock in Rio* em 2017 em defesa da demarcação das terras indígenas e da Amazônia.

A mobilização política dos povos indígenas para o enfrentamento do COVID-19 implicou em reforçar ações de articulação de parceiros defensores dos direitos indígenas, que já vinham sendo promovidas antes devido o contexto de crise do indigenismo brasileiro com o atual política do Governo Federal declaradamente anti-indígena. A pandemia da COVID-19 só veio escancarar a atual situação de desrespeito governamental à vida indígena, com a negação estatal de direitos constitucionais dos povos indígenas no Brasil. Portanto, os desencontros interculturais no enfrentamento da pandemia revelam muito mais do que o descaso do governo brasileira com relação à

saúde indígena, por denunciar o desinteresse político intencional das autoridades governamentais de não efetivar o Estado nacional brasileiro como sendo pluriétnico.

Referências Bibliográficas

CANCLINI, Néstor García. *Diferentes, desiguales Y desconectados. Mapas de la interculturalidad*. Barcelona: Gedisa Editorial, 2005.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. "Etnicidade, eticidade e globalização". In: *O Trabalho do Antropólogo*, Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Editora UNESP, 1998, p.169-188.

LANGDON, Esther Jean. "Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde". In: *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Esther Jean Langdon e Luiza Garnelo (Orgs.). Rio de Janeiro: Contra-Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004, p.33-51.

NOVO, Marina Pereira. *Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu*. Brasília: Paralelo 15, 2010.

ORTOLAN, Maria Helena. "Práticas interculturais de formação e atenção integral à saúde indígena: conhecimentos indígenas e acadêmicos em diálogo no Ambulatório de Saúde Indígena do Hospital Universitário de Brasília". In: 3º Congresso Internacional Povos Indígenas da América Latina (CIPIAL), 2019, Brasília (DF). Anais. ISBN 978-65-5080-015-4. Disponível em <<http://www.congressopovosindigenas.net/anais/>> Acesso em: 28 de out. 2020.

TAVARES, Inara do Nascimento. *Formar gestores indígenas e fazer trajetórias: configurações das políticas indígenas e indigenistas no médio Solimões*. 2012. 109 f. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2012.

WALSH, Catherine. *Interculturalidad, Estado, Sociedad: Luchas (de)coloniales de nuestra época*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar/ Ediciones Abya-Yala, 2009.