

**ATENÇÃO DIFERENCIADA EM SAÚDE INDÍGENA: DAS GARANTIAS LEGAIS  
AO ENCONTRO ENTRE DOENTES CRÔNICOS XERENTE E PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE**

Ariel David Ferreira  
PPGAS - UFSC

**Resumo**

Nesse trabalho busco contrapor o discurso formal do Estado em defesa de uma atenção diferenciada para populações indígenas com narrativas do encontro entre doentes crônicos Xerente e profissionais de saúde. Meu objetivo é mostrar os conflitos dessa política com a tendência do modelo biomédico em marginalizar outras concepções de saúde e adoecimento. Com base nas contribuições de Michel Foucault sobre a biopolítica, defendo a potencialidade da “atenção diferenciada” em servir como um “motivo” para investigarmos as produções que os diversos sujeitos envolvidos na atenção à saúde indígena fazem de si, tanto nas reproduções das violências e desigualdades do modelo biomédico de atenção, quanto nas formas particulares de resistir e de construir outras formas de atenção.

Trataremos das particularidades do modelo médico hegemônico no contexto pós-colonial, das contribuições de uma perspectiva intercultural crítica para a saúde, refletindo sobre as relações entre os profissionais de saúde e usuários do sistema de saúde sem utilizar como única resposta possível aos conflitos um raso “culturalismo”, que ignora as particularidades históricas, as desigualdades econômicas e sociais, as mudanças ambientais em detrimento da responsabilização de populações marginalizadas por seus adoecimentos e autocuidado.

**Palavras-chave:** atenção diferenciada, doenças crônicas, Akwê Xerente, etnologia, antropologia da doença

SABERES INSUBMISSOS: DIFERENÇAS E DIREITOS

Nos últimos anos os povos indígenas brasileiros têm passado por uma transição epidemiológica (COIMBRA JR., FLOWERS, SALZANO E SANTOS, 2004). Os esforços em construir quadros epidemiológicos e nutricionais mais amplos dessa população mostram que apesar de um aumento nas taxas de fecundidade e de um crescimento demográfico substancial nas últimas décadas (BRASIL, 2010), decorrente em parte de um melhor acesso aos serviços básicos de saúde, as doenças infecciosas e parasitárias permanecem como as principais causas de morte. Diferente, contudo, do que ocorre em outros segmentos da sociedade nacional, nas populações indígenas essa configuração está associada à incidência crescente de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2002; BRASIL, 2009; BRASIL, 2010; COIMBRA JR. et al., 2005; COIMBRA JR. 2014; LEITE et al. 2007; CIMI, 2017).

O I inquérito nacional de saúde e nutrição dos povos indígenas (2009) buscou reunir dados mais consistentes sobre esse conjunto populacional. Lidou com a disponibilidade limitada e superficial de dados quantitativos sobre as condições de saúde, nutrição, alimentação e de demografia dos povos indígenas brasileiros. Sua investigação sobre trabalhos em grupos específicos mostrou o quanto esse cenário é complexo e não homogêneo.

Enquanto em algumas regiões do país e etnias indígenas é possível encontrar casos numerosos de desnutrição e anemia, em outras é verificada a rápida emergência de sobrepeso, obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus. A atual Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena tem buscado dar melhores resultados ao desafio de atender às necessidades de uma população que cresce em número e que é historicamente desassistida pelo Estado. Diferente de outras políticas públicas de saúde no país, ela compromete-se em dar conta da sociodiversidade característica das populações indígenas do país, fazendo-se na articulação da atenção biomédica com as concepções próprias de saúde e adoecimento dos indígenas.

Nesse trabalho, o ponto de partida é a obrigação formal do Estado em oferecer de forma integral um cuidado de saúde com as populações indígenas brasileiras. Tratarei das garantias legais de uma atenção diferenciada em saúde, que respeite a diversidade étnica e as especificidades das populações indígenas brasileiras, mas também dos contextos de aplicação dessa política de saúde.

Meu objetivo é mostrar, primeiro, como na prática essa política esbarra na tendência do modelo médico hegemônico de marginalizar outras concepções de saúde e adoecimento, utilizando para essa análise as contribuições de Michel Foucault sobre biopolítica, analisando

SABERES INSUBMISSOS: DIFERENÇAS E DIREITOS

a medicina como uma forma de controle e disciplina de populações. Depois trataremos das particularidades desse modelo no contexto pós-colonial, utilizando as reflexões de Pacheco de Oliveira, Eduardo Menéndez e o conceito de interculturalidade crítica de Catherine Walsh.

Minha principal reflexão está na potencialidade da “atenção diferenciada” de servir como um “motivo” para investigarmos as produções que os diversos sujeitos envolvidos na atenção à saúde indígena fazem de si, tanto nas reproduções das violências e desigualdades do modelo biomédico de atenção, quanto nas formas particulares de resistir e de construir outras formas de atenção. Para isso utilizo apontamentos de interlocutores Xerente, relatos de seu encontro com profissionais de saúde.

Vinculada a esta relação estão as lutas e negociações do movimento indígena por direitos sociais. Apesar das críticas ao atual subsistema de saúde, considero primordial, em um momento em que as populações indígenas têm seus direitos mais fundamentais como a gestão e o acesso ao território ameaçados, analisá-lo sob o prisma teórico-metodológico da agência dessa populações. Reconhecendo o subsistema de saúde indígena como um importante avanço decorrente de décadas de negociação entre as populações indígenas e a sociedade nacional.

**Conflitos na aplicação de uma atenção diferenciada: biopoder e interculturalidade**

A constituição federal brasileira de 1988 é o primeiro recurso de garantia de uma atenção diferenciada para as populações indígenas. Ela defende, no primeiro parágrafo do artigo 231, o respeito à organização social, os costumes, as línguas, crenças, tradições e territórios ocupados pelos índios do Brasil.

Fruto de grande movimentação social, a constituição também assegura o atendimento de saúde como um direito de todos e um dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas. No tocante à saúde como um direito, ela é resultado direto da articulação de profissionais de saúde, intelectuais e do movimento indígena. Um marco desse encontro foi no ano de 1986 a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Momento no qual foram começadas a ser pensadas as diretrizes de um sistema único de saúde e a necessidade de um subsistema de saúde indígena.

SABERES INSUBMISSOS: DIFERENÇAS E DIREITOS

A ação mais consistente em direção a um sistema de saúde preocupado com um atendimento especial para os grupos indígenas, contudo, só ocorreu em 1991, quando por pressão do movimento indígena, após a descontinuação de atividades como vacinação pela FUNAI e suas equipes volantes, a responsabilidade da coordenação das ações de saúde das populações indígenas passou para o Ministério da Saúde e logo em seguida para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). No mesmo ano foi criada a primeira proposta de distrito sanitário especial indígena (DSEI) na terra indígena Yanomami, como resposta à pressão dos indígenas e de organismos internacionais face às violências decorrentes da maciça invasão do território Yanomami por garimpeiros.

Em 1993 ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde para os povos indígenas. Seu foco foi a defesa do modelo de distritos sanitários especiais indígenas (DSEIs). Sob a responsabilidade da FUNASA em gerir os recursos financeiros e a contratação de pessoal, os DSEIs seriam vinculados diretamente ao Ministério da Saúde e administrados por Conselhos de Saúde com participação indígena.

Ficou também definido que no âmbito do governo federal haveria uma instância responsável pela saúde indígena do país, momento em que o movimento indígena demandava uma secretaria especial para a saúde indígena. Desse modo foram criados os distritos do Leste de Roraima e do Xingu. Uma de suas prioridades foi a implantação de agentes de saúde indígena (AIS), como uma forma de garantir, mesmo que minimamente, a autogestão da saúde por essa população.

Em 1999, a lei 9.836 acrescentou dispositivos à lei 8.080, que tratava das obrigações do Estado brasileiro em promover, proteger, recuperar e organizar o funcionamento dos serviços de saúde para os seus cidadãos. Ela foi responsável por criar os subsistemas de saúde na sua atual configuração dos DSEIs. São eles-responsáveis pelo atendimento primário e básico de saúde das populações indígenas. Também em 1999, o decreto 3.156 regulamentou a atenção à saúde indígena, atribuindo à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) a responsabilidade pela gestão e execução dessa política pública.

Além de garantir políticas próprias ao perfil epidemiológico dessas populações, a lei 9.836 comprometeu-se com as especificidades culturais dos vários povos indígenas brasileiros. O capítulo V, artigo 19-F, explica que o SUS, em sua articulação com o subsistema de saúde indígena deverá:

SABERES INSUBMISSOS: DIFERENÇAS E DIREITOS

[...] obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (BRASIL, LEI 9.836, 1999).

Finalmente em 2002, com o objetivo de unificar e compatibilizar diretrizes, as responsabilidades institucionais e o financiamento das políticas específicas para as populações indígenas brasileiras, foi lançada pela Fundação Nacional de Saúde a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas (PNASPI). Destaco nele a formalização da necessidade de articular os sistemas tradicionais de saúde indígenas com o sistema biomédico como elemento fundamental para a melhoria do estado de saúde dessa população. Segundo a política:

[...] a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligadas ao processo saúde-doença. O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local. (BRASIL, 2002)

Em 2010 o governo criou a secretaria especial de saúde indígena (SESAI), que substituiu a FUNASA na gestão de saúde das populações indígenas por meio do decreto nº. 7.336/2010. Inicialmente, houve uma gestão compartilhada entre a SESAI e a FUNASA, situação que deveria ter sido provisória, mas que se manteve por três anos (CARDOSO; SANTOS; GARNELO; COIMBRA JR.; CHAVES, 2012).

Contemporaneamente, a SESAI é responsável por gerir políticas de avaliação da saúde indígena, administrar recursos e contratos, implementar projetos de saneamento básico, oferecer atenção primária às populações indígenas, por meio da estrutura de cuidados de saúde centrada nos 34 DSEIs, nas casas de saúde indígena (CASAI), nos polos base de atendimento e nas unidades básicas de saúde indígena. Além de oferecer transporte e encaminhamento para casos de maior complexidade em unidades de referência ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

SABERES INSUBMISSOS: DIFERENÇAS E DIREITOS

Não obstante, o problema chave para as nossas reflexões é que apesar do discurso institucional prezar pelo princípio de atenção diferenciada, nos distritos sanitários especiais indígenas, prevalece o sistema biomédico de saúde e a marginalização dos sistemas de saúde indígena e das particulares concepções de corpo dessas populações (LANGDON; DIEHL; WIIK; DIAS-SCOPEL, 2006).

Um dos caminhos para investigarmos esse “fenômeno” está na construção desses corpos e dos sujeitos pelos discursos oficiais e pelo modelo médico hegemônico, de base biomédica, é utilizando a literatura de Michel Foucault. Em *O nascimento da clínica* (2011) o autor apresenta o desenvolvimento de uma tecnologia do corpo sem desvinculá-la da produção de saber e, mais especificamente, da produção de um saber legítimo, reconhecido pelo Estado, sobre o corpo do indivíduo, ainda em uma anátomo-política do corpo humano.

Em seu exemplo, o desenvolvimento da clínica médica na França deve boa parte de suas características contemporâneas, como “a modéstia de sua atenção e o cuidado com que permite que as coisas silenciosamente se apresentem ao olhar sem perturbá-las” (2011, p.XVIII), não somente à reorganização em profundidade dos conhecimentos médicos, mas também à transformação e adoção de discursos específicos sobre corpo e doença.

No texto *aula de 17 de março de 1976*, inscrito na obra *Em defesa da sociedade* (1999), o autor discute como ao longo dos séculos o poder do soberano de “deixar viver” e “fazer morrer” torna-se, no Estado liberal burguês moderno, o poder de utilizar um referencial de conhecimento biológico para “deixar morrer” e “fazer viver”. Foucault observa, no entanto, que a partir do século XVIII surge uma adição importante nos dispositivos, técnicas e tecnologias do poder. Aparece outro nível de técnica de poder, focado em outro “objeto”. Seu interesse não está na produção adequada do corpo individual, da disciplina, do trabalho especializado, treinado, dócil e produtivo, mas sim ao conjunto dos indivíduos, direcionado para uma população. Ela:

[...] se dirige a multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc. (FOUCAULT, 1999, p.289).

A doença aparece nesse contexto não como uma preocupação única com os indivíduos, mas como um fenômeno de população. O biopoder, essa reunião de técnicas de

SABERES INSUBMISSOS: DIFERENÇAS E DIREITOS

controle de população, são a base para a ciência epidemiológica. Na população o conhecimento de base biomédica passa a se preocupar com a higiene pública, com a coordenação de tratamentos médicos, com a normalização dos saberes nas instituições. Trata-se do surgimento de uma “biopolítica” da espécie humana, sobreposto às tecnologias disciplinares. As populações tornam-se ao mesmo tempo um problema científico e de poder, biológico e político.

Para Foucault, compreender o racismo na modernidade implica em associá-lo ao biopoder, às tecnologias disciplinares dos indivíduos e às regulações das populações associadas a regimes de produção de sujeitos. Ele emerge com a função de assegurar o antigo direito do soberano, agora o Estado, sobre o direito de viver ou de excluir para a morte. Ele passa a justificar “o corte entre o que deve viver e o que deve morrer”, de biologicamente afirmar a superioridade de uns grupos sobre os outros. Na economia do biopoder, o racismo assegura a função de morte “segundo o princípio de que a morte dos outros é o fortalecimento biológico da própria pessoa na medida em que ela é membro de uma raça ou de uma população, na medida em que se é elemento numa pluralidade unitária e viva” (FOUCAULT, 1999, p. 308).

Carolyn Smith-Morris (2006) em seu trabalho com os Pima, um grupo indígena dos Estados Unidos, mostra como ao longo dos anos a construção de séries de dados epidemiológicos e de diagnósticos médicos afetou substancialmente a identidade dessa população. Segundo a autora, após os primeiros estudos sobre diabetes no grupo, nos anos 70, os Pima foram progressivamente associados tanto academicamente, quanto pela mídia, em especial a sensacionalista, a uma “crise de diabetes”. O terror do conceito de “epidemia” foi aplicado aos Pima, importando mais, exemplifica a autora, do que sua ocupação milenar do território ou sua desenvolvida agricultura. O grupo foi reduzido a uma interpretação biomédica de adoecimento.

Uma consequência direta dessa associação foi a responsabilização da cultura Pima pelos adoecimentos crônicos, em especial a diabetes, a obesidade e a hipertensão arterial. Uma moralidade que produziu tanto uma profunda irritação de homens e mulheres Pima por temas que recorressem a essa ligação, por exemplo as novas pesquisas e projetos científicos sobre o tema, quanto uma identificação fatalista feita por mulheres Pima da diabetes como um destino inescapável à todo o grupo. O diagnóstico de um adoecimento que deveria ser

SABERES INSUBMISSOS: DIFERENÇAS E DIREITOS

discutido nas alterações ambientais, territoriais, sociais, nas disputas políticas entre grupos hegemônicos e subalternos passou a habitar a produção que boa parte dos Pima fazem de si, como uma batalha já perdida.

Evidentemente, não é meu objetivo ignorar as contribuições positivas dos diagnósticos médicos e dados epidemiológicos para essa população. Mas chamar atenção para os seus impactos nos sujeitos, especialmente quando estão ligados a um tipo de conhecimento que é também moral e tendencioso. Segundo Taussig (1986) a clínica médica “objetifica”, *coisifica* os sintomas e sinais da doença quando os separa das relações sociais, das trajetórias e subjetividades das pessoas. O faz quando ignora as particularidades históricas, as desigualdades econômicas e sociais, o acesso desproporcional às políticas públicas e, em especial, a participação desigual em sua construção.

O trabalho de Eduardo Menéndez (1994) se preocupa em mostrar como o conhecimento de base biomédica marginaliza as concepções e narrativas indígenas sobre corpo e adoecimento. Reconhecido e legitimado como uma verdade pelo Estado, o modelo médico hegemônico (MMH) empurra para a subalternidade outros tipos de modelos de atenção à saúde. Quando não os “exorciza”, ele captura alguns de seus elementos, normalmente sob o crivo da técnica e da substância, contudo, sob extremo controle e regulação. Incapaz de conviver com a riqueza dos itinerários terapêuticos, esses complexos e múltiplos caminhos e especialistas que os aflitos recorrem quando não se sentem bem, o modelo médico hegemônico retira as terapias e os especialistas em cura e adoecimento de seus contextos locais, submetendo-os ao seu regime de trabalho, monetarização e à hierarquia colonial.

Na mesma direção, Pereira e Almeida (2005) discutem a experiência de adoecimento de pacientes em sua relação com os médicos e curandeiros, evidenciando o mal-estar e violência aos corpos e discursos decorrentes de uma abordagem unicamente biomédica. Quando constrangidas, as pessoas não costumam partilhar suas experiências de saúde e adoecimento. Privam, assim, os profissionais de saúde “do conhecimento de uma face importante de significação cultural e existencial da população, assim como de uma dimensão de resistência e de crítica à medicina hegemônica” (PEREIRA E ALMEIDA, 2005, p.94). Os autores notam que o projeto moderno banuiu a alteridade para promover um único projeto de



SABERES INSUBMISSOS: DIFERENÇAS E DIREITOS

humanidade para todos os povos e grupos. Superá-la implica compreender a noção de saúde para além da ausência de doenças e para além da dimensão orgânica.

Distantes de uma perspectiva que objetive adaptar diferentes populações ao modelo médico hegemônico, os autores criticam fortemente a exclusividade da abordagem organicista e fisiológica da doença, que exclui experiências singulares de dor que perpassam variáveis como situações sociais de risco, processos de eliminação de diferenças, dificuldade de acesso a serviços públicos, etc. Essas estratégias hegemônicas não seriam capazes de responder às questões éticas e políticas trazidas por grupos à margem, pelo contrário, elas tornariam mais drásticas as desigualdades e distâncias econômicas e sociais por meio do acesso desigual a recursos tecnológicos médicos e da exclusão das experiências particulares não hegemônicas sobre saúde e doença.

Preocupados em pensar as práticas de saúde nas comunidades indígenas como resultados de processos sócio-históricos e não unicamente de processos biológicos, Coimbra Jr., Flowers, Salzano e Santos (2004) ao tratar de doenças crônicas não contagiosas em aldeias Xavante se preocuparam em conciliar as análises bioantropológicas, ecológicas, demográficas com a intensificação das frentes de contato de indígenas com a sociedade nacional a partir do século XX. Em suma, buscaram conciliar uma análise de processos estruturais com investigações epidemiológicas sobre o grupo.

Instigados pela progressiva inserção dos Xavante no sistema de saúde oferecido pelo Estado brasileiro, procuraram construir um modelo de transição que se preocupasse com o longo processo histórico de interação entre sistemas locais e processos sociais amplos, econômicos e instituições políticas. De forma que tanto as doenças crônicas, quanto as doenças infecciosas e parasitárias são vistas como resultado das tensões e das agências dos Xavante face aos grandes projetos de desenvolvimento (como as hidrelétricas, a expansão da indústria agropecuária, as monoculturas de arroz em território indígena), às lutas pela garantia e demarcação dos territórios, e às configurações específicas dos contextos locais expressa nas diferentes incidências de adoecimentos crônicos em diferentes aldeias e localidades do mesmo grupo.

A coletânea de João Pacheco de Oliveira, *O nascimento do Brasil* (2016), bem como toda a trajetória do autor, nos leva a pensar, por sua vez, que além do esforço em construir análises que não sejam exclusivamente biológicas, conciliando os aspectos históricos, por

SABERES INSUBMISSOS: DIFERENÇAS E DIREITOS

exemplo, é preciso também tratar da aparente “objetividade absoluta” desses instrumentos. Trata-se, segundo o autor, de etnografar as fontes históricas, os documentos oficiais, os dados epidemiológicos buscando, ao atravessá-los, retirar o véu que encobre intencionalmente a agência das populações indígenas brasileiras nas negociações e conflitos que consolidaram os interesses de construção de uma nação. Ao desnaturalizar a participação dos indígenas na história do país, o autor entrelaça as regras, as normas, os dispositivos de poder às ações dessas populações. Trata-se, em suma, de investigar as estratégias de resistência das populações indígenas contra a violência e genocídio de um Estado colonialista.

No capítulo 6, *Mensurando alteridades, estabelecendo direitos* (2016), ao analisar os dados quantitativos produzidos desde o império no Brasil, em especial os dados censitários, econômicos e de ocupação do território, o autor aciona tanto os usos intencionais e a construção de ferramentas, normas e regulações de controle da população, quanto a agência nada passiva das populações indígenas face aos interesses do Estado. Ele nos chama atenção para as mudanças nas relações e representações entre indígenas e Estado quando primeiro, o principal interesse era implantar um sólido império, depois, com a república, quando o objetivo passou para a constituição de um governo “moderno” e soberano.

Defendo que o esforço de Pacheco de Oliveira pode também ser aplicado às lutas do movimento indígena por uma política pública de saúde indígena e às tentativas de construção de um perfil epidemiológico das populações brasileiras. O autor pode nos servir, portanto, como um elo para processos que parecem agir “sobre” os sujeitos por meio das regulamentações, restrições, disciplinas, censos e dados epidemiológicos, e que em uma investigação preocupada com os modos de subjetivação, só se efetua na participação, negociação e agência dos indígenas ao longo da história no contexto pós-colonial.

Retomando o contexto da saúde indígena, Langdon e Diehl (2007) destacam que mesmo o treinamento de agentes indígenas de saúde (AIS) no Brasil tem uma forte orientação biomédica que ignora os saberes tradicionais de saúde das populações indígenas e vai contra a autonomia dessas populações em negociar e decidir os itinerários terapêuticos.

Para as autoras, admite-se uma oposição *a priori* entre o sistema de saúde “tradicional” e o biomédico, ignorando a possibilidade de uma “medicina híbrida”. O autocuidado, por exemplo - uma série de orientações de base biomédica sobre hábitos de higiene, alimentação, utilização adequada de medicamentos, etc - ao invés de ser apresentado

SABERES INSUBMISSOS: DIFERENÇAS E DIREITOS

de forma quase inflexível aos indivíduos pelos profissionais de saúde, precisa ser tratado como resultado de negociações interculturais, entre indígenas e não indígenas, da agência dessas populações internamente, nos espaços locais, na relações interétnicas.

Luciane Ouriques Ferreira (2015) identifica a dificuldade de operacionalizar uma atenção diferenciada nos limites dos próprios conceitos utilizados. Para a autora, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) falha em não explicar com detalhes o que define e espera de uma “saúde intercultural” e como deve ocorrer a articulação de diferentes sistemas sociomédicos. O resultado dessa limitação é uma perspectiva “integracionista”, uma interação entre um Estado “tutelar” com as tendências supracitadas do modelo biomédico ou modelo médico hegemônico (MMH).

Uma versão descritiva do conceito de interculturalidade circularia há tempos pela literatura antropológica como sinônimo de interetnicidade. Viciada numa perspectiva de “aculturação” seria, contudo, inapropriada para o projeto de uma saúde de fato negociada, comprometida em alterar os desequilíbrios de poder e decisão nos quais estão inscritos uma atenção à saúde indígena. Sua proposta é a utilização de um conceito prescritivo de interculturalidade no qual ela aparece “como um projeto de transformação social voltado para a construção de relações simétricas e dialógicas, pautadas no reconhecimento mútuo e no respeito à diferença.” (FERREIRA, 2015, p. 226)

A autora vê nos espaços de *intermedicalidade*, aqueles em que ocorre a negociação de medicinas híbridas por agentes com consciência sociomédica em contextos interétnicos (GREENE, 1998; FÓLLER, 2004), a realização de uma “interculturalidade crítica”. Isso graças à ênfase que dá o conceito de intermedicalidade aos povos indígenas como agentes de mudanças, que articulam sentidos e práticas de saúde de diversos horizontes socioculturais (FERREIRA, 2015).

Sua aposta em uma “interculturalidade crítica”, por sua vez, retoma o uso que faz Catherine Walsh (2009) e que propõe uma interculturalidade para além dos usos funcionais. Produto do contexto neoliberal, uma interculturalidade funcional são dispositivos de poder que apesar de distribuírem posições por meio de políticas públicas, disfarçando-se sobre a rubrica da “diversidade cultural”, mantém e fortalecem as desigualdades e injustiças das estruturas sociais estabelecidas e sua matriz colonial. Seu conceito “crítico” é um projeto

## SABERES INSUBMISSOS: DIFERENÇAS E DIREITOS

descolonial, uma pedagogia advinda não da “academia”, dos intelectuais, mas “de baixo”, dos movimentos sociais. Inspirada em obras de Paulo Freire e Frantz Fanon, trata-se de:

[...] pedagogias que permitem um “pensar a partir” da condição ontológico-existencial-racializada do colonizado, sustentando novas compreensões da colonialidade do poder, do saber e do ser e daquilo que atravessa o campo cosmogônico-territorial-mágico-espiritual da própria vida - o que chamei no início deste texto como a colonialidade da mãe natureza. São essas pedagogias que estimulam a autoconsciência e provocam a ação para a existência, a humanização individual e coletiva e a libertação. (WALSH, 2009, p.25)

Pensar a operacionalização da saúde indígena em espaços de “intermedicalidade” e em uma pedagogia descolonial da “interculturalidade crítica” pode, acredito, superar também as críticas feitas por Eduardo Menendez (2016) aos projetos de saúde intercultural que surgiram a partir dos anos 70, mas que deram pouca atenção as “interculturalidade já existentes”, as especificidades e desigualdades locais, aos conflitos internos e disputas internas de poder ou que admitiram as populações indígenas com que trabalharam como grupos monolíticos, ignorando as agências dos sujeitos nos contextos micro e macropolítico de disputa e conflito.

### **Reproduções e resistências no encontro entre profissionais de saúde e indígenas**

Apesar de até aqui dar mais atenção às formas de controle verticalizadas que o modelo médico hegemônico direciona aos grupos e populações, uma preocupação com os modos de subjetivação precisa ir além dos grupos indígenas como unidades de população. Seja associada à ideia de grupo social coeso ou cultura homogênea, ou mesmo no recorte de interesse para a aplicação de políticas públicas de saúde pelo Estado, sob a rubrica de população, nossa preocupação implica em perceber os sujeitos mais do que “assujeitados”, do que seres passivos ou não reativos aos dispositivos de poder.

Retomando Foucault, é necessário ir além das regulações e disciplinas advindas dos instrumentos jurídico-discursivos para alcançar as irradiações difusas do poder na clínica médica, nos hospitais, na escola. Indo além, avançando nessa inspiração, sem deixar de lado as diferenças socioculturais, investigar os interiores das casas, os quintais, os pátios das aldeias. É importante chegar aos sujeitos, em suas reproduções e resistências, nas pessoas em

SABERES INSUBMISSOS: DIFERENÇAS E DIREITOS

suas especificidades e localizações, no que têm a oferecer as narrativas de indígenas, dos profissionais de saúde, de pesquisadores, etc.

Segundo Frederik Gros (2004), o avanço de uma genealogia do sujeito moderno por Foucault está na atenção dada ao modo pelo qual o sujeito constitui-se com as técnicas de si e não unicamente pelas técnicas de dominação do poder ou as técnicas discursivas do saber. Definindo as técnicas de si como “procedimentos que sem dúvida existem em toda civilização, propostos ou prescritos aos indivíduos para fixar sua identidade, mantê-la ou transformá-la em função de determinados fins, e isto graças a relações de domínio de si sobre si ou de conhecimento de si por si” (FOUCAULT, 1981 p. 213).

O trabalho de Smith Morris (2006) busca em parte alcançar o que escapa as mulheres Pima que não está na ordem das regulações, dos dados objetivos, dos diagnósticos e dados epidemiológicos. Sua atenção está, afinal, nos “pontos controversos da produção de si” que envolvem tanto a necessidade de atendimento de saúde pela tradição biomédica, incluso sua característica de controle, restrição, moralização, quanto as resistências diretas à própria biomedicina e a utilização de outras terapias e itinerários até especialistas em cura e adoecimento não inscritos no modelo médico hegemônico.

Os Pima, afinal, estão inseridos em um sistema de saúde que dá muito pouco espaço para considerações e negociações de cuidado que sejam diferentes da biomedicina. Boa parte dos cuidados oferecidos pelos profissionais de saúde investe numa perspectiva individualista da experiência de saúde e adoecimento que entra em choque com a importância que as experiências coletivas de adoecimento sobre a diabetes têm para as mulheres Pima. Uma das formas de resistir a esse cenário, mesmo que de forma sutil, é não compartilhar detalhes completos sobre a saúde, utilizar medicamentos de maneira diferente da prescrita, etc.

Segundo a autora:

As pressões ideológicas da biomedicina assumem um caráter moral, descrevendo o que é ser uma boa mãe e um bom paciente. Ao fazer isso, novas experiências subjetivas são valorizadas em detrimento das antigas e tradicionais. Os pacientes cumprem seu papel de doentes com uma nova consciência de seus corpos, informada pela tecnologia e não pela experiência dos sintomas. De certa forma, o diabetes é algo pelo qual o valor moral pode ser julgado. Na perspectiva biomédica, as doenças que podem ser gerenciadas pelo paciente devem ser gerenciadas pelo paciente, e os pacientes que não seguem as diretrizes de dieta e exercício são considerados “não conformes” e moralmente culpados por contribuir com o processo da doença (SMITH-MORRIS, 2006, posição 156).

SABERES INSUBMISSOS: DIFERENÇAS E DIREITOS

É possível traçar a mesma analogia com os Akwê Xerente, uma população indígena de 3.152 pessoas (BRASIL, 2010) que habita a região central do estado do Tocantins, região norte do Brasil. Semelhante a maior parte das populações indígenas brasileiras, os Xerente recorrem a especialistas em cura e adoecimento inscritos e não inscritos na tradição biomédica. Empregam o substantivo *hâze*, que pode ser traduzido em português como doença, para designar uma série de sintomas, mal estares e dores pelos quais um Xerente pode passar. Trata-se de uma categoria que reúne tanto doenças, mal estares, padecimentos inscritos no repertório biomédico, mas também enfermidades que são localizadas à margem dessa concepção de adoecimento.

De forma semelhante a outros os povos indígenas brasileiros, eles têm passado por uma transição epidemiológica na qual há uma prevalência crescente de doenças crônicas não transmissíveis, em especial a diabetes, a hipertensão e os cânceres, que coexiste com a prevalência de doenças infecciosas e parasitárias, decorrentes das precárias condições sanitárias, das novas configurações ambientais, apesar das recentes melhoras nesses indicadores, como por exemplo a redução na mortalidade infantil por desnutrição.

Um cenário composto, evidentemente, por séculos de tensas negociações políticas por recursos econômicos e direitos sociais com a sociedade nacional e o Estado. A partir dos anos 70 (DE PAULA, 2000) os Xerente intensificaram sua pressão sobre as elites locais por seu direito ao território. Durante 20 anos resistiram às tentativas de líderes políticos, religiosos e de fazendeiros em afastá-los da região que ocupam há séculos (NIMUENDAJÚ, 1942), em um período em que a capital do estado do Tocantins, emancipado nos anos 80, era o município de Miracema do Tocantins, inscrito em suas terras.

Após a demarcação das TI Xerente e Funil nos anos 90 e da transferência da capital de Miracema para Palmas surgiram novas disputas. No início do século XXI houve em suas fronteiras o financiamento de grandes empreendimentos público-privados que impactaram consideravelmente a subsistência do grupo por alterarem o meio ambiente circundante ao território e trazerem implicações como a diminuição de peixes, animais silvestres, poluição e alteração do nível dos rios, além de uma maior vulnerabilidade social do grupo graças ao fluxo grande e rápido de trabalhadores nos municípios próximos à terra indígena.

SABERES INSUBMISSOS: DIFERENÇAS E DIREITOS

A construção e operação da usina hidrelétrica Luiz Eduardo Magalhães ou UHE (usina hidrelétrica) do Lajeado, inaugurada em 2001 no rio Tocantins, é um dos mais graves, tanto devido à instalação do empreendimento, quanto pelo programa de compensação ambiental de danos aos Xerente (PROCAMBIX), acusado de distribuir mal o recurso milionário que foi aplicado em atividades que não se sustentaram ou tiveram efeitos colaterais como a piscicultura, a pecuária extensiva e a monocultura mecanizada de arroz.

Em minha dissertação de mestrado (FERREIRA, 2016), ao entrevistar mulheres Xerente, identificadas pelo sistema de saúde como diabéticas e hipertensas, e profissionais de saúde vinculados ao subsistema de saúde indígena, apareceram relatos que tanto culpavam a cultura Xerente, em especial a dos idosos, pelo número crescente de doenças crônicas não transmissíveis, quanto os indivíduos em sua indisciplina e falta de *autocuidado*. Em campo, por exemplo, foi notável o relato de mulheres indígenas criticando as orientações dadas pelos profissionais de saúde que envolviam restrições dietéticas ao consumo de farinha de mandioca puba, um sinônimo para essas pessoas de alimento forte e saudável.

No hospital de referência da região, o relato mais grave da tensa relação entre os profissionais de saúde e as mulheres Xerente envolveu, por sua vez, o conflito entre uma Xerente idosa, diabética, que estava com uma lesão no dedão do pé, para a qual era recomendada uma amputação. Segundo uma interlocutora:

[...] ano retrasado eu estava com uma tia minha, casada com meu tio, ela teve diabetes. A formiga mordeu no dedo dela e ela não cuidou, daí foi inflamando e o dedo dela ficou pretinho. O médico quis tirar. Aí ele chegou nela e falou para ela que ia arrancar o dedo dela tudo, que ela não teve cuidado e que se precisasse arrancava o pé dela e se precisasse arrancava até o joelho dela tudinho. Ela já estava nervosa e não aceitou. Só tinha um médico, que era especialista e vinha lá de Palmas, aí ela não quis aceitar (aldeia Salto, 2015).

O primeiro exemplo, o mais comum e menos grave, evidencia como características problemáticas do modelo médico hegemônico são utilizadas pelos profissionais de saúde quando ignoram as concepções de nutrição consideradas adequadas para esses sujeitos. O segundo caso, apesar de ser um relato grave e não generalizável para a maior parte dos profissionais de saúde, é o ponto mais alto da responsabilização dos doentes por seu estado de adoecimento, em especial por não seguirem as recomendações de *autocuidado*. Ambos vão na direção oposta do que deveria ser uma atenção diferenciada para as populações indígenas,

SABERES INSUBMISSOS: DIFERENÇAS E DIREITOS

preocupada, por exemplo, com a construção da pessoa Xerente por meio das restrições alimentares e sexuais, dos rituais de nomeação, das pinturas e marcações corporais e, claro, das particularidades dos sujeitos nas suas relações familiares, nas atividades de preparo e obtenção de alimentos, no acesso aos produtos industrializados, nas funções sociais de gênero e idade, etc.

Outra narrativa reúne a criatividade dos sujeitos em sua “produção de si” quando a interlocutora tanto resiste de forma mais direta ao diagnóstico biomédico e às orientações de cuidado dele decorrentes, quanto se inscreve numa outra tradição de cuidado com saúde e adoecimento. Identificada como hipertensa, uma senhora Xerente, com mais de sessenta anos, explica os riscos de utilizar o remédio prescrito pelos profissionais de saúde. No entanto, articulada à sua narrativa está sua habilidade e conhecimento para o preparo de garrafadas e outros remédios caseiros, sua capacidade em executar rezas e benzeduras. Em síntese, nela estão presentes tanto outra forma de cuidado e atenção com os sintomas e diagnóstico que a biomedicina identifica como hipertensão arterial sistêmica, quanto uma crítica a capacidade da biomedicina de “tratar” sem riscos. Sobre os remédios industrializados “para a pressão” explica:

[...] se a gente toma todo dia, todo dia ele não sai. Fica aquele pó aqui, aí da doença. Mas só que eu não falo para ele não [para o profissional de saúde]. Eles não estão importando com quem morre não. Então tem que tomar. [Mas] o povo da cidade morre e bebe todo dia. E continua morrendo. (Aldeia Salto, 2015)

Trata-se, claro, de uma forma de resistência comum em populações não indígenas e que para certos adoecimentos contribui de forma significativa para episódios agudos ou mais sérios. Não obstante, esse efeito não deve servir, como já resaltei anteriormente, para culpar as vítimas pelos adoecimentos, como faz o modelo médico hegemônico. É impossível pensar os relatos supracitados e a crescente prevalência de doenças crônicas não transmissíveis nos Xerente ignorando as transformações ambientais, como as que decorreram da instalação da hidrelétrica do lajeado; o número restrito de animais para caça; as mudanças dos hábitos alimentares por meio do acesso a mercados de alimentos processados e a “herança problemática” das roças mecanizadas de arroz. Em suma, desvinculadas das políticas predatórias de “desenvolvimento econômico” regional, dos assédios do agronegócio, do consumo, e tantas outras forças com as quais lidam os sujeitos na contemporaneidade.



SABERES INSUBMISSOS: DIFERENÇAS E DIREITOS

Na mesma direção, é importante refletir sobre as condições e os limites de ação dos profissionais de saúde que prestam serviço ao distrito sanitário especial indígena (DSEI). Langdon e Diehl (2007) explicam que são obstáculos para a aplicação adequada de uma política de atenção diferenciada à saúde para as populações indígenas brasileiras a alta rotatividade de funcionários, a falta de cursos de formação para a maioria dos cargos, a forte burocratização e grande hierarquização nos procedimentos e atribuições das equipes, além da participação reduzida ou deslegitimada dos indígenas em relação às equipes médicas nas principais discussões dos conselhos de saúde.

Em um cenário tão complexo, o trabalho de Nádia Silveira (2004) propõe a cooperação entre profissionais de saúde e indígenas usuários do subsistema de saúde por meio de ações e práticas voltadas aos contextos locais e, portanto, dispostas a se adequarem e adaptarem as necessidades dos grupos. Elas precisam envolver ativamente todos os interessados, reconhecendo a autonomia das populações indígenas na escolha dos vários itinerários terapêuticos que utilizam, estejam inscritos ou não no modelo biomédico de atenção.

### **Considerações finais**

As narrativas supracitadas e outras avaliações da aplicação da atenção diferenciada para as populações indígenas brasileiras podem nos levar a uma análise fatalista dessa política de saúde. Meu motivo, contudo, para partir dela ao discutir a biopolítica e as formas como os sujeitos resistem e reproduzem as investidas das tecnologias disciplinares do modelo médico hegemônico, reside na sua potencialidade em reunir profissionais de saúde, usuários indígenas do sistema de saúde, intelectuais e gestores de políticas públicas em um espaço democrático de negociação.

Resultado de muita movimentação social, tanto o subsistema de saúde indígena, quanto a garantia, pelo menos formal, de uma atenção diferenciada para as populações indígenas são conquistas de décadas de atuação e pressão do movimento indígena. São provas de resistência e negociação, como evidencia Pacheco de Oliveira (2016), diante dos interesses das elites econômicas e do ideal avassalador de progresso conduzido pelo estado nacional.

SABERES INSUBMISSOS: DIFERENÇAS E DIREITOS

Em um momento no qual o subsistema de saúde indígena está ameaçado pela municipalização da atenção de saúde às populações indígenas, que na prática retira do governo federal a maior parte do financiamento e da responsabilidade com essa população, a atenção diferenciada ganha ainda mais importância. Sua associação com os mecanismos de participação ou controle social, que garantem a participação da sociedade na fiscalização e avaliação das políticas de saúde indígena, é crucial, e também pode chegar ao fim com as tentativas do governo de excluir os usuários do sistema de saúde dos conselhos de saúde.

O contingenciamento de recursos para pesquisas em saúde também faz parte desse cenário. Muito recentemente e de forma descontinuada as condições de saúde das populações indígenas têm sido investigadas. O risco hoje é de serem totalmente interrompidas. Apesar de tratarmos da epidemiologia em sua dimensão coercitiva e normalizadora, boa parte dos pesquisadores em saúde indígena do país, na direção do que defende Menéndez (1994), não desvinculam suas investigações do compromisso teórico e metodológico em contribuir para uma “redução de danos” e um melhoramento das condições de vida dessas pessoas.

A descontinuidade de ações para a saúde indígena com base em uma atenção diferenciada, associada ao fim da participação de usuários nos conselhos de saúde numa configuração em que crescem os adoecimentos crônicos como a diabetes e a hipertensão arterial sistêmica em boa parte das populações indígenas, assim como ocorre na população brasileira em geral, parece implicar em um deslocamento explícito da biopolítica para a *necropolítica*, termo cunhado por Mbembe (2016).

Nessa mesma linha teórica, Alvarenga e Júnior (2019) explicam que o racismo de Estado (FOUCAULT, 1999) aplicado ao período ditatorial brasileiro e às decorrentes violências contra as populações indígenas, faz-se no poder soberano do Estado em conduzir ao desaparecimento, quando não a eliminação explícita de segmentos indesejados da sociedade nacional.

O relatório Figueiredo (BRASIL, 2013) é uma prova dessas violências quando expõe caçadas humanas com armamento de guerra e inoculações propositais de varíola em indígenas brasileiros durante a ditadura militar de 1964. Contemporaneamente, essa *necropolítica* aparece desde a restrição intencional de recursos destinados à saúde indígena, no racismo institucional, na degradação ambiental das terras indígenas, até no descaso pelo saneamento básico, que as deixa substancialmente vulneráveis a epidemias.

SABERES INSUBMISSOS: DIFERENÇAS E DIREITOS

Em suma, a defesa de uma atenção diferenciada para as populações indígenas implica em partir de um compromisso democrático firmado entre profissionais de saúde, gestores de saúde, indígenas e intelectuais. Uma pedagogia crítica como a proposta de interculturalidade apresentada por Walsh (2009) aparece como uma ótima contribuição para esse cenário. Primeiro por ter como foco uma alteração concreta da realidade social, que precisa ir além das garantias legais, contribuição inspirada no papel da *práxis* na obra de Paulo Freire, depois porque é uma crítica inseparável da relação entre Estado e racismo, especialmente sua manifestação no racismo institucional, finalmente porque implica um compromisso e participação ativa de vários setores da sociedade. Um “pensar com” e um “agir com” que precisa ser honrado em seus termos, com discussão e participação informada dos indígenas e da sociedade civil.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Rodrigo e JUNIOR, Elston Américo. Da biopolítica a necropolítica contra os povos indígenas durante a ditadura militar brasileira (1964-1985). *Ciência Sociais Unisinos*, São Leopoldo, Vol. 55, N. 2, p. 212-222, mai/ago 2019.

BRASIL. Constituição Federal (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Capítulo VIII: dos índios. *Artigo 231*. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. *Lei 9836*, de 23 de Setembro de 1999. Capítulo V: do subsistema de atenção à saúde indígena. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. 2.ed. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. *I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas*. 2009.

BRASIL. IBGE. *CENSO 2010*.

BRASIL. MPF - Ministério Público Federal. *Relatório Figueiredo*. 2013. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/violacao-dos-direitos-dos-povos-indigenas-e-registro-militar/relatorio-figueiredo>.

CARDOSO, A.; SANTOS, Ricardo Ventura; GARNELO, Luiza; COIMBRA JR., Carlos E. A. CHAVES, Maria de Betania Garcia. Políticas Públicas de Saúde para os povos indígenas. In: GIOVANELLA, L., et al. (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (online). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

SABERES INSUBMISSOS: DIFERENÇAS E DIREITOS

COIMBRA JR., C. E. A.; FLOWERS, N. M.; SALZANO, F. M.; SANTOS, R. V. *The Xavante in transition: health, ecology, and bioanthropology in central Brazil*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2004.

COIMBRA JR. CARLOS E. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 855-859, Apr. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000400855&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400855&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01/02/2020.

COIMBRA JR., Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo Ventura; ESCOBAR, Ana Lúcia (orgs). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ /ABRASCO, 2005. 260 p.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). *Relatório de Violência contra os Povos Indígenas no Brasil*. 2017. Disponível em: <[https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio-violencia-contra-povos-indigenas\\_2017-Cimi.pdf](https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio-violencia-contra-povos-indigenas_2017-Cimi.pdf)>. Acesso em: 01/02/2020.

DE PAULA, L. R. *A dinâmica faccional Xerente: esfera local e processos sociopolíticos nacionais e internacionais*. 2000. 342 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Departamento de Antropologia, FFLCH, USP, São Paulo.

FERREIRA, Luciane Ouriques. Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. In: LANGDON e CARDOSO (org). *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. p. 217-246.

FERREIRA, Ariel David. *Caminhos e sujeitos no adoecimento e na cura entre os Akwe Xerente*. 2016. 117 folhas. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia.

FÓLLER, Maj-Lis. Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza. (Org.) *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa; ABA, 2004. p. 129-148.

FOUCAULT, Michel. Aula de 17 de março de 1976. In: *Em defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975 – 1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999. pp. 75-98; 285-316.

FOUCAULT, Michel. *Subjectivité et vérité*. Cours au Collège de France, 1980-1981. Inédito. Disponível em fitas-cassete: C 63 (01-07). Arquivos IMEC, Paris, 1981.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

GREENE, Shane. 1998. “The shaman’s needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna lands, Peru”. *American Ethnologist*, 25(4): 634-658.

SABERES INSUBMISSOS: DIFERENÇAS E DIREITOS

GROS, Frédéric. Situação do curso. In: FOUCAULT, M. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LANGDON, Esther Jean; DIEHL, Eliana Elisabeth; WIIK, Flávio Braune e DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2637-2646, dez. 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006001200013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 06/02/2020.

LANGDON, Esther Jean; Diehl Eliana E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, v.16, n.2, p. 19-36, Agosto de 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000200004>> Acesso em: 09/02/2019.

LEITE, Maurício Soares; SANTOS, Ricardo Ventura Santos; COIMBRA JR., Carlos Everaldo Álvares; GUGELMIN, Silvia Ângela. Alimentação e Nutrição dos Povos Indígenas no Brasil. In: KAC, Gilberto; SICHIERI, Rosely; GIGANTE, Denise Petrucci (org). *Epidemiologia Nutricional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Atheneu, 2007. 579 p.

MENÉNDEZ, Eduardo. La enfermedad y la curación: ¿qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, v.4, n.7, p.71-83, 1994.

MENÉNDEZ, Eduardo. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 109-118, Jan. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000100109&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100109&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20/09/2020.

NIMUENDAJÚ, Curt. *The Serente*. Los Angeles: The Southwest Museum, 1942

PACHECO DE OLIVEIRA, João. 2016. Capítulo 6: mensurando alteridades, estabelecendo direitos. In: *O nascimento do Brasil e outros ensaios: "pacificação", regime tutelar e formação de alteridades*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 384 pp.

PEREIRA, Ondina Pena; ALMEIDA, Tânia Mara Campos de. A formação médica segundo uma pedagogia de resistência. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 16, Fevereiro de 2005. <Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100006>> Acesso em: 11/02/2019.

SILVEIRA, Nadia Heusi. O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami. In: LANGDON, Jean e GARNELO, Luiza. *Reflexões sobre antropologia participativa*. PP.88-102. 2004.

SMITH-MORRIS, Carolyn. *Diabetes among the Pima: stories of survival*. Tucson: University of Arizona Press; 2006 (Hardcover)/2008 (e-book). 248 pp.

WALSH, C. Interculturalidad crítica y pedagogía de-colonial: apuestas (des) de el in-surgir, re-existir y re-vivir. *Revista (entre palabras)*, 3, 1-29. 2009.