

Esther Jean Langdon
Luiza Garnelo
[ORGANIZADORAS]

SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS



reflexões sobre antropologia participativa

ABA
Associação Brasileira de Antropologia

contra
CAIPA

ESTHER JEAN LANGDON

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

Em um artigo recente sobre as mudanças nas práticas antropológicas na etnologia brasileira, Alcida Ramos destaca o engajamento e o compromisso que caracterizam as ações atuais dos etnógrafos brasileiros para os grupos indígenas pesquisados (Ramos 2003). Segundo a autora, esse engajamento não é meramente o de uma antropologia aplicada, mas sim o de uma “antropologia participativa” (Albert 2001 citado por Ramos 2003: 111) resultante das novas oportunidades que permitem aos pesquisadores brasileiros dedicar mais tempo às comunidades indígenas, assim como do processo simultâneo e dinâmico do aumento das associações indígenas e suas demandas de pesquisadores antropólogos e de apoio político e estratégico. No caso da intervenção antropológica em saúde, é necessário levar em conta a resolução incorporada na legislação brasileira que criou uma demanda maior das organizações governamentais pela inclusão da colaboração antropológica nos assuntos que tratam da atenção à saúde em populações diferenciadas.

Hoje, o engajamento do antropólogo se manifesta em vários âmbitos, dentro e fora da academia. A Associação Brasileira de Antropologia criou a Comissão de Assuntos Indígenas (CAI-ABA) no início da década de 1980, para reforçar seu compromisso com as atividades voltadas para a ação política indígena. Nos últimos anos, o apoio financeiro da diretoria da Associação para essa comissão tem aumentado, estimulando atividades entre antropólogos e organizações indígenas. A participação de antropólogos em organizações governamentais e não governamentais, como as associações indígenas e indigenistas, também atesta esse crescente papel político. Pesquisas na Internet revelam vários sítios e listas que circulam e transmitem informações, experiências e críticas dos antropólogos comprometidos com as causas indígenas¹. No âmbito mais acadêmico, têm

¹ Ver como exemplo a lista do Instituto Socioambiental (Ricardo 2000: 9).

aumentado as publicações dedicadas às questões e experiências dos antropólogos envolvidos em laudos sobre identificação étnica, identificação territorial e educação² (ver, por exemplo, Oliveira 1998; Souza Lima e Barroso-Hoffman 2002a, b e c; Silva 1995; Silva e Ferreira 2001a e b).

Este livro tem como objetivo examinar as experiências de intervenção antropológica em saúde indígena por meio de estudos de caso. Coletâneas dedicadas aos aspectos da antropologia de saúde indígena vêm sendo publicadas desde o início dos anos 1990 (Buchillet 1991a, Coimbra 1991, Santos e Coimbra 1994, Coimbra e outros 2003), mas ainda não existe um livro com o objetivo de promover uma reflexão teórica e prática sobre essa intervenção.³ Como em outras áreas da política indigenista, a demanda pela intervenção antropológica em saúde tem aumentado nos últimos vinte anos. A intervenção em saúde não está consolidada, com objetivos e metodologias bem delimitadas e compartilhadas, como nas práticas utilizadas para realizar laudos antropológicos sobre identidade ou território étnico. Intervenção em saúde remete aos processos de saúde e doença e aos modelos de atenção à saúde indígena determinados por fatores históricos, sociais, culturais, econômicos e políticos.

No caso do Brasil, o modelo de atenção em saúde indígena se caracteriza por ser processo em construção, cuja especificidade é o resultado do cruzamento de fatores históricos e políticos postos em movimento desde a década de 1980, como a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Constituição brasileira de 1988, que reconhece o caráter pluriétnico do país, e o crescimento das organizações indígenas. Desde a 1ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, o Ministério da Saúde vem se esforçando para estruturar um subsistema de saúde indígena diferenciado porém integrado ao SUS, e considerar os princípios de controle social e participação comunitária do órgão ao mesmo tempo em que respeita e se articula com as especificidades étnicas dos grupos atendidos. Esse modelo tem sofrido diversas alterações, inclusive recentemente por meio de dois decretos, de janeiro de 2004, que modificam sua estruturação. A política de saúde indígena está em constante negociação, e não há consenso nem clareza a respeito da inserção do antropólogo e de qual deve ser seu papel nesse processo.

Cabe lembrar também que o próprio campo da antropologia da saúde começou a se desenvolver no Brasil na mesma década da reforma sanitária.

² Ver Santos (1975) para uma publicação pioneira de um antropólogo comprometido com a "antropologia da ação" desde o início de sua carreira.

³ A primeira publicação relatando atividades de intervenção em saúde indígena (Lazarin e Silva 1988) faz parte do número especial de *Saúde em Debate* que apresenta uma seleção de trabalhos da I Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Refletindo avanços teóricos do campo nos Estados Unidos e na Europa (Buchillet 1991b), os antropólogos brasileiros começaram a conceituar os sistemas médicos (tradicionalmente rotulados como medicina indígena e medicina popular) como sistemas culturais dinâmicos e não como vestígios de um passado folclórico, ao mesmo tempo em que, de acordo com Kleinman (1973), relativizaram a própria biomedicina (ou "medicina científica") quando a reconheceram também como resultado de processos históricos, culturais e políticos. Portanto, simultaneamente ao antes exposto, a demanda de intervenção antropológica se desenvolveu no próprio campo da antropologia da saúde, o que é mais uma justificativa para o fato de as ferramentas teóricas e/ou metodológicas a serem postas em prática se encontrarem em construção e a intervenção antropológica em saúde indígena se caracterizar pela *práxis*, realizada por indivíduos situados nos mais diversos e dispersos locais geográficos e situações institucionais.

Para iniciar uma reflexão sobre essa *práxis*, pretendemos apresentar aqui um breve histórico da política de saúde indígena no Brasil, com o intuito de tornar mais clara a problemática da intervenção como prática antropológica no contexto atual. Os capítulos a seguir apresentam estudos de casos em que os antropólogos têm desenvolvido ações de intervenção em grupos particulares que representam uma diversidade de interações com a sociedade envolvente e com situações epidemiológicas.

Brasil: a situação interétnica

No Brasil, o índio é minoria em termos numéricos e étnicos. A população indígena compõe aproximadamente 0,2% da população brasileira, ou seja, aproximadamente 350.000 pessoas (Ricardo 2000: 15). Além de serem numericamente poucos em comparação com a população total, caracterizam-se por uma multiplicidade de grupos e línguas, cerca de 180.⁴ A maior parte dos povos indígenas brasileiros pertence a micro-sociedades. Dos 216 povos, 61 grupos (28,2%) têm uma população de até duzentos indivíduos e cerca de 74%, de até mil indivíduos (Ricardo 2000: 15). Os grupos indígenas se encontram em vários estágios de contato com a sociedade envolvente: em um extremo, existem os grupos isolados ou semi-isolados que ainda sofrem o impacto da violência e das doenças de contato; no outro, os índios em permanente contato com a popula-

⁴ Por uma discussão excelente sobre a importância dos povos indígenas no cenário político do Brasil, apesar de sua população pequena, ver Ramos (1998).

ção não indígena. Esta situação caracteriza a maior parte dos índios fora da Amazônia Legal (Acre, Amazônia, Amapá, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia e Roraima), ou seja, quase metade da população indígena brasileira, segundo os dados apresentados por Azevedo (2000: 81). Esses grupos se caracterizam por uma situação sanitária semelhante aos grupos pobres da população geral: alta incidência de desnutrição, tuberculose, problemas de saúde bucal, parasitas, alcoolismo e mortalidade infantil. Hoje, por exemplo, há grande preocupação de que a AIDS se torne uma epidemia que ameace a sobrevivência dos povos indígenas nos próximos anos.

Até 1991, a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) estava encarregada da saúde indígena. Na teoria, 90% dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos nos Postos de Saúde mantidos nas Áreas Indígenas por equipes volantes de saúde e auxiliares de enfermagem. Os casos mais difíceis, que precisassem de diagnóstico ou tratamento mais sofisticado, deveriam ser remetidos aos hospitais locais e/ou aos serviços do Ministério da Saúde, com o qual a FUNAI mantinha convênios. E os casos mais sérios, encaminhados às Casas do Índio, no Centro Regional da FUNAI.

Os serviços, contudo, caracterizavam-se pela falta de uma rede eficiente de atendimento, de infra-estrutura adequada, de profissionais preparados para trabalhar com a especificidade cultural dos povos indígenas e de recursos financeiros adequados. Tampouco havia dados sobre a situação epidemiológica desses grupos, assim como nenhuma instituição estava encarregada de centralizar os dados. Além disso, a FUNAI, com seus vários problemas, não era capaz de atender as áreas indígenas regularmente, e as necessidades de saúde dos índios tinham de contornar situações precárias decorrentes de fatores como marginalização, perda de território, mudanças ambientais e conseqüentes ruínas das técnicas tradicionais de subsistência, e agravamento da exploração por parte da sociedade envolvente.

A política de saúde indígena e sua organização

As reformulações das políticas de saúde para os povos indígenas a partir da década de 1980 fazem parte da reforma sanitária que vem sendo implantada no Brasil, assim como compartilham os mesmos princípios e problemas encontrados nas estratégias de atenção básica dirigida a outros segmentos da sociedade brasileira. Um dos produtos da reforma sanitária brasileira é o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual é norteado por dois princípios independentes de grupos ou classes particulares: a garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços para a prevenção e manutenção de saúde e a participação da comuni-

dade em um processo conhecido como "controle social"⁵. Ambos são considerados direitos de cidadania no estado democrático (Ministério da Saúde 2002a).

Também é necessário levar em conta que a Constituição Brasileira de 1988 reconhece o caráter pluricultural do Estado, e que a política de saúde no Brasil é guiada pelos *Princípios sobre a Tolerância*, aprovados pela UNESCO em 1995. Este documento define tolerância como "o respeito, a aceitação e o apreço da riqueza e da diversidade das culturas [...]" (UNESCO 1997: 11), assim como declara a necessidade de o Estado aceitar e respeitar "o caráter multicultural da família humana" (: 13).

Como conseqüência dessas diretrizes, o Estado brasileiro organizou para os povos indígenas, considerados pelo Sistema Único de Saúde um dos "segmentos da população expostos a situações de risco", um subsistema de atenção básica nas áreas indígenas. Da mesma forma, a legislação referente à saúde indígena especifica a necessidade de respeito às práticas culturais e aos saberes tradicionais das comunidades, inserindo-os, sempre que possível, nas rotinas do trabalho em saúde. A atual política de saúde indígena também declara que a atenção básica oferecida pelas unidades de saúde deve ser vista como complemento, e não como substituição das práticas tradicionais, ou seja, há, na legislação brasileira, uma preocupação explícita com a necessidade de articular as práticas sanitárias oficiais às diversas formas indígenas de auto-atenção, tal como definidas por Menéndez (2003).

O passo inicial para a criação do subsistema de saúde indígena foi a realização da Primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio em 1986. Em face da reforma sanitária, a Conferência objetivava avaliar a situação de saúde dos índios, e criar uma política efetiva para as populações indígenas. Entre as recomendações (Krenak e outros 1988), é preciso destacar aquelas necessárias ao entendimento do modelo brasileiro de atenção à saúde e que permitem pensar sobre os possíveis papéis dos antropólogos: a) a necessidade de estabelecer um subsistema específico articulado ao sistema nacional com a criação de uma agência vinculada ao Ministério de Saúde; b) garantir a participação política das nações indígenas na formulação, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações e dos serviços de saúde; c) assegurar o respeito e o reconhecimento das formas diferenciadas das nações indígenas no cuidado com a saúde; d) contemplar um espaço para convênios com entidades

⁵ Controle social é um conceito chave na idealização do Sistema Único de Saúde no Brasil. Ao contrário da noção das ciências políticas que refere aos mecanismos do Estado que estabelecem a ordem social, no âmbito de saúde coletiva no Brasil, o termo refere-se à atuação da sociedade civil na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam as demandas e os interesses da coletividade.

de pesquisa e ensino na área da saúde; e) estimular, nas próprias comunidades envolvidas, a formação de pessoal em saúde em diversos níveis: agentes indígenas de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros etc.

O Decreto nº 23/91 foi o primeiro instrumento legislativo a propor uma mudança administrativa no sistema de atendimento. Estabeleceu a Coordenação de Saúde Indígena (COSAI), ligada à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), como responsável pela organização dos serviços de saúde para o índio. Esse passo gerou conflitos entre a FUNASA e a FUNAI, que mantiveram o Decreto Presidencial nº 1.141/94, o qual devolvia à FUNAI o papel de órgão gestor da saúde indígena, ainda que compartilhando as atividades preventivas com a FUNASA. Em 1992, a II Conferência de Saúde Indígena consolidou e aprovou como política pública o modelo de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), cujo conceito circulou como solução para garantir uma atenção diferenciada aos povos indígenas. Só em 1999, porém, a Lei nº 9836 viabilizou a implantação do subsistema baseado em Distritos Sanitários.

Entre o Decreto 23 de 1991 e a Lei de 1999, a administração e a gerência de saúde indígena passaram por várias mudanças relacionadas com a intenção de estabelecer um subsistema de atendimento que integrasse as atividades das instituições governamentais e não governamentais. As universidades, às quais é vinculada a maior parte dos antropólogos, foram consideradas parte importante nas parcerias entre FUNASA, FUNAI, municípios e organizações não governamentais (ONGs). Esse papel, nem sempre bem definido, incluía pesquisa, consultoria, provisão de serviços e oferta de cursos para profissionais e/ou indígenas. Como mencionado, houve, paralelamente, um aumento na participação de antropólogos no campo da saúde em geral, assim como a aceitação da antropologia da saúde como um campo legítimo no ambiente acadêmico.

Para a resolução da questão do controle social em nível nacional, criou-se a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). O papel da CISI é assessorar ou subsidiar o CNS na formulação e no acompanhamento de políticas públicas de saúde indígena. Os membros originais foram representantes da FUNAI, da FUNASA, da Associação Brasileira de Antropologia, de três instituições de ensino, pesquisa e extensão com larga experiência em saúde indígena (Escola Paulista de Medicina, Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz e Universidade do Amazonas), do Conselho Indigenista Missionário (CIMI) e de três organizações indígenas: Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB), Conselho Indígena de Roraima (CIR) e Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOINME). Posteriormente, as três representações das instituições de ensino, pesquisa e extensão foram reduzidas a uma, cujo representante deve estar entre pesquisadores asso-

ciados a essas instituições.⁶ Desde 1993, há tentativas de criar conselhos locais e regionais de saúde para garantir maior participação indígena, porém a implantação desses conselhos enfrenta vários problemas e até o momento poucos foram efetivamente estabelecidos.

Durante os anos de implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) como base organizacional dos serviços, a política de saúde indígena ocupou pouco espaço no cenário nacional: os recursos financeiros dedicados à saúde indígena são insuficientes, a situação sanitária continuou e continua sendo precária; não há o desenvolvimento de um sistema de dados para entender o perfil epidemiológico; vários surtos de doenças acontecem sem socorros adequados; poucas comissões locais ou regionais são organizadas para lidar com a questão do controle social; a voz da CISI é fraca e suas recomendações, ignoradas no CNS⁷, no qual a saúde indígena é algo muito pequeno para a arena política das grandes questões nacionais.

Pesquisa realizada durante esse período revela claramente o estado de abandono dos serviços primários de saúde nas áreas indígenas. Aproveitando os poucos locais com dados quantitativos adequados, foi realizada uma análise comparativa dos dados de mortalidade entre as populações não indígenas e indígenas no Sul do país entre 1986 e 1995. Os resultados demonstraram que a quantidade de óbitos evitáveis pela assistência básica de saúde, como causas mal definidas, desnutrição, tuberculose e câncer cérvico-uterino, é o elemento que distingue as áreas indígenas do restante do estado do Rio Grande do Sul (Hökerberg e outros 2001).

Em 1995, um novo ator entrou no cenário: o Programa Nacional de DST/AIDS, ligado diretamente ao Ministério de Saúde, e que em 1996 começou a se preocupar com os povos indígenas. A diferença da situação da FUNASA e da FUNAI, esse programa contava com autonomia maior e com muito mais recursos, decorrentes de empréstimos internacionais. Sob a direção de um sociólogo assistido por um antropólogo/médico, várias reuniões regionais foram realizadas em 1997 em todo o país para estimular a criação de projetos de prevenção e educação entre os povos indígenas. Em 1998, o Programa financiou vários projetos de universidades e ONGs engajadas nesse esforço preventivo.

⁶ Em 2000, o Fórum realizado para escolher o primeiro representante dessa vaga contou com dezessete instituições.

⁷ A relação com o CNS melhorou quando a Dra. Zilda Arns Neumann, representante da Conferência Nacional dos Bispos Brasileiros no CNS assumiu a liderança da CISI. Ela foi a primeira representante do CNS a participar na CISI. Seguindo a recomendação da III Conferência da Saúde Indígena, um representante indígena foi recentemente incorporado como membro do Conselho Nacional de Saúde e é esperado que este assumirá eventualmente a coordenação da CISI.

Freqüentemente, antropólogos participaram decisivamente desses projetos. Em 1999, o Programa ampliou suas atividades e financiamentos para incluir a questão do alcoolismo entre os índios. Entre 1996 e 1999, com a aprovação dos Distritos Sanitários, esse Programa talvez tenha contribuído mais que qualquer outro órgão nacional para a realização de reuniões e projetos de pesquisa prática em saúde indígena, o que se explica parcialmente, como vimos, pelos recursos financeiros mais importantes que os da FUNASA e da FUNAI.

Durante estes anos, os serviços de saúde não conseguiram contornar a situação geral da saúde do índio. Os Decretos nº 23/91 e nº 1.141/94, ao objetivar a delegação das responsabilidades institucionais para a organização de serviços de saúde do índio, não conseguiram estabelecer uma estrutura viável de atenção diferenciada. As soluções propostas pela legislação resultaram em estruturas burocrático-administrativas confusas e complicadas, caracterizadas tanto pela falta de definição de competências e responsabilidades na geração dos projetos e serviços quanto pelos conflitos de interesses entre as instituições envolvidas. O sistema de saúde continuou caótico e os problemas de saúde, sem efetiva resolução⁸. Os índios não sabem a quem se dirigir para resolver seus problemas crônicos e emergentes de saúde. O êxito das tentativas de cooperação entre as várias instituições governamentais e não governamentais, tanto quanto o das atividades realizadas por elas isoladamente, varia em função da política nacional e local, dos recursos humanos e financeiros e da própria vontade de colaboração entre os membros das instituições envolvidas. Sem detalhar a situação, é possível dizer que os serviços para os povos indígenas sofrem, em geral, de problemas organizacionais, conflitos institucionais, falta de recursos humanos e financeiros, ausência de participação da comunidade no planejamento desses serviços e dependência cada vez maior das ONGs para obter atendimento. Houve, em alguns locais, colaboração importante resultando em serviços adequados e culturalmente sensíveis, mas tais casos foram raros e os programas nem sempre conseguiram continuar em face das mudanças de pessoal e dos partidos políticos.

A implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs)

A Medida Provisória nº 1.911-8, de 29 de julho de 1999, visou à implantação dos DSEIs e transferiu a responsabilidade da gestão da saúde indígena exclusivamente para a FUNASA. Esta coordenou inúmeras reuniões nas diferentes regiões do país nos últimos seis meses de 1999 para informar os profissionais

⁸ Além de Hökerberg e outros (2001), ver Verdum (1995) como um exemplo da situação deteriorada de saúde.

de saúde e os índios a respeito da criação dos Distritos Sanitários. Até o fim do ano, 34 Distritos Sanitários foram organizados rapidamente sob sua orientação. Foram concedidos novos recursos financeiros para o funcionamento dos DSEIs e abertos vários postos de trabalho para médicos, enfermeiros e outros profissionais no atendimento aos povos indígenas.

Os Distritos Sanitários são organizados independentemente das divisões estaduais e municipais, e variam significativamente em relação a tamanho e composição étnica. Cada distrito tem uma equipe de funcionários da FUNASA que administra e repassa os recursos financeiros às agências governamentais (os municípios) e não governamentais conveniadas para formular e administrar os programas específicos de atenção primária nas áreas indígenas, assim como estabelecer uma rede de referência com os municípios, hospitais e outras instituições para a provisão de serviços específicos dentro e fora das áreas. Em certos locais, as ONGs são organizações formadas pelos próprios indígenas⁹. Em outros, em particular no sul do Brasil, criaram-se ONGs especiais para desempenhar esse papel. Por fim, há municípios que, na ausência de ONGs locais envolvidas no assunto, recebem as verbas destinadas à saúde indígena. Como na década anterior à criação dos DSEIs, o êxito do atendimento de saúde para o índio ainda depende da colaboração de várias instituições governamentais ou não, entre elas, a FUNASA, a rede do SUS, os municípios, a FUNAI, os militares (em regiões isoladas), as ONGs e as universidades.

Após cinco anos da implantação do atual modelo de saúde indígena, não existe uma avaliação global sobre seu êxito em satisfazer os princípios da Política de Saúde Indígena Brasileira, particularmente em referência ao respeito às especificidades culturais e a atenção diferenciada¹⁰. Em maio de 2001, a III Conferência de Saúde Indígena foi realizada com este objetivo: pretendeu construir, com base nas conclusões das reuniões realizadas nos DSEIs, uma avaliação do subsistema de saúde indígena. Essa avaliação, todavia, não se efetou e o modelo foi referendado com um total de 147 propostas (Ministério da Saúde 2001).

Mais recentemente, uma das organizadoras deste livro coordenou uma equipe para realização de um estudo panorâmico sobre o processo da implantação

⁹ Garnelo e outros (2003: 42) apresentam dados da FUNASA que mostram um aumento de quatro ONGs indígenas conveniadas em 2000 para 19 em 2002.

¹⁰ Uma das poucas publicações sobre a criação de distritos mostra diferenças na inclusão das organizações indígenas entre o Distrito Sanitário do Rio Negro e o de Pernambuco (Athias e Machado 2001). No primeiro houve uma boa articulação interinstitucional, incluindo as organizações indígenas, enquanto a implantação do segundo ocorreu de forma verticalizada, sem participação do movimento indígena. Ver também Garnelo e Brandão (2003).

do subsistema de saúde indígena, do controle social e das dificuldades enfrentadas na política setorial de atenção à saúde indígena (Garnelo e outros 2003). Em resumo, o estudo conclui que o subsistema evidenciou avanços na melhoria das condições de vida dos índios e resultou em formas de *empoderamento* do movimento indígena (: 86-7). A avaliação da capacidade gerencial da FUNASA e das agências conveniadas é mais crítica e também se refere à continuação de certos problemas crônicos nos serviços de saúde indígena, tais como a falta de um sistema de informação eficiente, a resolutividade técnica dos DSEIs, problemas de articulação entre os DSEIs e a rede de referência do SUS. Certos Distritos são grandes demais para fins administrativos e de acessibilidade ou legitimidade política, razão de não darem conta das diferenças culturais dos grupos de sua área de abrangência.

No início de 2004, duas Portarias do Ministério de Saúde (nº 69 e 70, de 20 de janeiro de 2004) foram publicadas alterando a relação da FUNASA com seus parceiros e propondo um novo “modelo” de gestão. Há expectativa de mudanças, mas as ONGs indígenas também têm se manifestado contra mudanças rápidas do modelo atual.

Atenção diferenciada: respeito às especificidades culturais e práticas tradicionais

Em relação à questão da atenção diferenciada, o estudo da equipe de Garnelo se limita à análise dos planos distritais, ao observar que estes pouco se referem a estratégias que procuram adaptar as especificidades étnicas do DSEI. Essas observações concordam com as propostas da III Conferência que reconhecem que o conceito de atenção diferenciada ainda tem de ser operacionalizado em nível local e nos níveis secundários e terciários do SUS. Os profissionais não são capacitados para trabalhar com outras culturas e é necessário ampliar as equipes de saúde que atendem as áreas indígenas com a participação de antropólogos (Ministério da Saúde 2001: proposta 97).

Como parte final deste texto, gostaria de focar certos aspectos do conceito de atenção diferenciada, com o intuito de avaliar os desafios enfrentados pela intervenção antropológica nas tentativas interdisciplinares e inter-institucionais. Baseando-me em Menéndez (2003), atenção diferenciada é mais bem conceituada não como incorporação de práticas tradicionais aos serviços de saúde primária, e sim como articulação entre estes e as práticas de auto-atenção existentes na comunidade particular. O autor descreve dois níveis de auto-atenção: um mais amplo, ligado aos “processos de reprodução biossocial” do grupo que a gerou, o que remete à própria cultura por ele produzida e aos usos de recursos corporais e ambientais, à dietética, a normas de higiene pessoal e coletiva etc.

O segundo nível, mais restrito, refere-se principalmente às estratégias, científicas e não científicas, de representação da doença e de práticas de cura e cuidados. Além disso, propõe que se incorpore na rotina da atenção primária a articulação com as formas de auto-atenção, uma vez que essa interação efetivamente existe e se processa independentemente da vontade e/ou aceitação do modelo médico. Para participar de forma produtiva dessa articulação, os profissionais de saúde deveriam ser capazes de descrever e analisar os modos de existência das pessoas que atendem, evidenciando as diversas formas de auto-atenção praticadas na área de abrangência de seus serviços, em que disputam legitimidade com outros prestadores – formais e informais – de cuidados de saúde.

O compromisso de “articular” as práticas de saúde indígena com as da biomedicina estava incorporado em “Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas”, documento elaborado pela FUNASA (Ministério da Saúde 2002b: 17) e reafirmado em “Diretrizes do Modelo de Gestão da Saúde Indígena”, aprovado pela Portaria nº 70/04. Em nível nacional, porém, a FUNASA não tem estimulado os DSEIs a refletir sobre suas práticas clínicas, bem como não está claro se os profissionais têm compromisso de desenvolver atenção diferenciada e vontade de colaborar com antropólogos. A experiência da equipe de capacitar os Agentes Indígenas de Saúde Baniwa¹¹ indica que, apesar de a liderança dar grande valor às suas práticas de auto-atenção, a sistematização desses saberes pela antropóloga foi recebida com pouco interesse por parte dos profissionais de saúde. Mesmo assim, a retórica da FUNASA sobre a necessidade de “estimular as práticas de medicina tradicional” tem aumentado sob a nova direção, empossada no início de 2003. No início deste ano, uma antropóloga, autora de um capítulo neste livro, foi contratada para desenvolver o projeto intitulado “Medicina Tradicional Indígena” como plano de ação para a FUNASA, visando a “apoiar, viabilizar e criar condições para a atuação terapêutica das medicinas indígenas de forma articulada ao sistema oficial de saúde” (Ferreira 2004).

O desenvolvimento desse plano por uma antropóloga reflete o aumento da participação de antropólogos nas agências nacionais como a FUNASA e o Programa Nacional de DST/AIDS. Antropólogos também têm participado dos programas de capacitação dos profissionais de saúde que trabalham com índios e dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), colaborado na produção de material didático para grupos indígenas específicos, e servido ocasionalmente como consultores e assessores de programas de saúde. Porém, apesar do crescimento da participação dos antropólogos nas ações de saúde indígena, é necessário dizer

¹¹ Ver o artigo de Garnelo e outros neste livro (:171).

que a colaboração entre antropólogos e os profissionais de saúde ainda está em fase inicial, enfrentando vários obstáculos. Em dezembro de 2000, uma reunião de pesquisadores de saúde indígena, entre os quais vários antropólogos, concluiu que existem necessidades de pesquisa antropológica e médica não contempladas pela FUNASA, e que frequentemente os resultados relevantes de pesquisa têm sido ignorados pelos programas de saúde (Escobar e outros 2000). Em 2003, o Ministério de Saúde realizou o Seminário para a Construção da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, no qual incluiu a sub-agenda indígena. Entre os oito temas prioritários de pesquisa identificados pelos grupos, vários trataram de pesquisas de recorte interdisciplinar e de avaliação quantitativa e qualitativa, temas nos quais o papel do antropólogo é fundamental (Escobar 2003).

Deve-se ressaltar que a participação de antropólogos nas equipes de saúde em nível local continua insatisfatória, apesar de a proposta de acompanhamento antropológico nas equipes de saúde datar da I Conferência e ter sido reafirmada pela proposta 94 do relatório da III Conferência. Em parte, isto se deve à falta de antropólogos especializados no tema e também à distribuição inadequada de antropólogos preparados para colaborar nas Terras Indígenas que estão localizadas longe de suas universidades, dificultando sua participação. Em muitos casos, contudo, simplesmente sua colaboração não é solicitada. Uma razão para isso é que os benefícios de sua colaboração nem sempre são claros ou percebidos como úteis pelos profissionais de saúde. Outra reside nos vários conflitos que têm surgido entre antropólogos e esses profissionais, tornando a colaboração difícil ou impossível. Oficialmente, as agências públicas afirmam que a participação do antropólogo é importante para garantir a atenção diferenciada, mas, na prática, o entendimento dos profissionais de saúde e a compreensão dos antropólogos sobre a natureza dessa colaboração são radicalmente diferentes, resultando não só em falhas na colaboração, como também na baixa participação de antropólogos nos programas locais. Há necessidade de uma negociação aberta sobre a natureza da colaboração interdisciplinar entre os antropólogos, as equipes de saúde e as comunidades indígenas.

As transformações nos paradigmas teóricos e nas preocupações da antropologia nos últimos 25 anos (Ortner 1994) têm influenciado os debates e reflexões sobre a intervenção antropológica em programas de saúde. A visão dos profissionais sobre o papel do antropólogo, todavia, tem mudado pouco desde a Segunda Guerra Mundial, quando surgiu a "antropologia médica aplicada". Na época, esperava-se que o antropólogo explicasse crenças e práticas da comunidade com implicações no êxito dos programas de saúde. Foram vistos também como tradutores dos programas, assegurando uma resposta melhor da comunidade-alvo. Por fim, o respeito aos diversos saberes e a consciência de que as medicinas refletem construções sócio-históricas tornaram contraditória a tarefa tradicio-

nal dos antropólogos de identificar as práticas nativas à luz de suas consequências para a saúde, com a idéia de que aquelas que causam dano devam ser desencorajadas e eliminadas (Foster e Anderson 1978). É preciso enfatizar que, em tais casos, o antropólogo realiza uma tarefa subordinada, "colocando-se a serviço das concepções hegemônicas da medicina legitimada" (Minayo 1991: 234). Nesse sentido, a biomedicina retém a posição hegemônica do único e verdadeiro paradigma universal sobre a questão da saúde. Estamos julgando a eficácia da medicina indígena segundo nossa compreensão de saúde, segundo nossa cultura. Sem desvalorizar a alta tecnologia da biomedicina e seu êxito no tratamento de certas doenças e sintomas físicos, a posição de que ela é a única medida de eficácia levanta contradições quando se trata do respeito aos saberes tradicionais.

Anos atrás, Bonfil (1966) mostrou que essa concepção conservadora que percebe cultura como um obstáculo ao progresso ignora as implicações maiores de programas de saúde no terceiro mundo. Só recentemente antropólogos de países "desenvolvidos" têm amplificado suas críticas (Frankenberg 1980; Baer e outros 1986; Lock e Schepher-Hughes 1990). Apesar de a intervenção não se reduzir mais ao papel de mediação ou tradução (Hahn 1999), muitos profissionais de saúde continuam a considerar esse papel a principal contribuição da antropologia.

Dois assuntos são particularmente relevantes para o entendimento das diferentes perspectivas e expectativas entre profissionais de saúde e antropólogos: o primeiro tem a ver com a noção de cultura e suas implicações para as fronteiras entre os serviços oficiais de saúde e as medicinas indígenas. Medicina indígena e biomedicina não são as únicas tradições médicas no campo social. É necessário reconhecer que o campo social da saúde é permeado por várias tradições e inovações nas práticas de auto-atenção. Como discutido por Maj-Lis Foller neste livro, o campo social da saúde é mais bem conceituado como uma situação de "intermedialidade" (Greene 1998). É perigoso opor ou fazer competir o sistema indígena e o sistema biomédico. O resultado do contato interétnico tem demonstrado exatamente o oposto, ou seja, que de fato os índios re-interpretam e se apropriam de aspectos da medicina ocidental (Langdon 1988, 1991, 1994; Langdon e MacLennan 1979; Garnelo e Wright 2001; Greene 1998, Morgado 1994). Os limites entre a biomedicina e as medicinas tradicionais são bastante permeáveis, tornando o itinerário terapêutico muito mais complexo e resultante de diversos fatores, e não só da percepção de eficácia.

O segundo aspecto a ser considerado trata da multiplicidade de atores no planejamento e na gestão dos serviços de saúde. Poder é um fator inerente à dinâmica das interações entre esses vários atores. Se, no passado, o papel da intervenção era descrever traços culturais considerados pertinentes pelos profissionais, hoje é importante que o antropólogo consiga passar para os profissio-

nais de saúde a noção de que a cultura é um processo dinâmico e continuamente negociado entre os atores que dela participam. É importante que ele consiga facilitar a compreensão de que a práxis quotidiana entre os profissionais e a comunidade acontece com base em uma interação complexa de realidades originalmente diferentes, não sendo composta exclusivamente por duas culturas diferentes, identificáveis como entidades autolimitadas e bem definidas, separadas no tempo e no espaço (Frankenberg 1995: 117). O ajuste dessa interação é permeado por relações assimétricas de poder e influências nacionais e internacionais, ou seja, a comunicação intercultural não se restringe às culturas dos índios e dos profissionais que os assistem. Mais ainda, a prática clínica não é realizada apenas segundo a racionalidade científica; ela é um produto das forças políticas e econômicas nacionais e das negociações de poder que fazem parte do funcionamento quotidiano dos serviços.

Nesse contexto, a posição do antropólogo é crítica e reflexiva. Ele reconhece que o saber médico e os serviços são construídos historicamente e politicamente e que há pluralidade de atores e vozes presentes no contexto intercultural. Suas pesquisas devem ir além do grupo alvo dos serviços e incluir uma análise da cultura da administração, dos profissionais e dos serviços. Também os assuntos pesquisados precisam ir além daqueles tradicionalmente vistos como específicos da saúde. As redes sociais, os caminhos para o poder, a liderança e as percepções da comunidade em relação às suas necessidades são novos temas a serem explorados pelo antropólogo voltado para questões de saúde indígena. Frequentemente, os profissionais de saúde não conseguem entender a relevância desses aspectos para seu trabalho, tornando-se ainda mais difícil para eles desenvolver uma atitude crítica e reflexiva sobre suas próprias práticas.

A descrição das várias instituições e grupos hoje envolvidos nos serviços de saúde indígena deixa bem claro que o antropólogo é um participante, um entre vários outros. Ele não é mais um mediador entre dois campos opostos, nem uma pessoa neutra. Sua tarefa é facilitar a expressão pela comunidade de suas necessidades (Hahn 1999). Tendo em vista a pluralidade de pessoas e grupos interessados, Frankenberg (1995) recomenda que o antropólogo não fique em uma posição neutra e tome partido nas situações, posicionando-se diante dos diferentes grupos envolvidos. Dependendo do contexto, isso pode ser uma tarefa difícil, pois não se trata de uma simples oposição entre profissionais e comunidade. As comunidades também são marcadas por conflitos intragrupais, ao passo que o contato com a sociedade envolvente tem alterado posições tradicionais de poder e criado novas posições. Em certos casos, as divisões na comunidade resultam na exclusão de alguns membros do grupo, que ficam sem acesso aos serviços de saúde. Em outros, há práticas políticas e manipulações por parte das lideranças indígenas, que criam situações difíceis em que o antropólogo tem de se posicionar (Jackson 1999).

As contribuições deste livro são baseadas em estudos de casos relatados por antropólogos que participaram em ações de intervenção em saúde indígena durante a última década. Os casos são bastante variados e refletem tanto a complexidade das situações de atenção à saúde para os povos indígenas quanto a inserção dos antropólogos nesse cenário. Vários autores relatam intervenções realizadas nas comunidades do Alto Rio Negro, povos mais isolados, monolíngües em sua maioria e com percepções sobre os processos de saúde e doença em que o mundo cosmológico não pode ser ignorado. Os estudos reunidos aqui, contudo, revelam uma complexidade sociocultural e política na região que tem implicações importantes para a atenção diferenciada. O trabalho de Buchillet trata de pesquisa básica sobre práticas de auto-atenção e demonstra a necessidade de as equipes de saúde contemplarem as práticas e percepções nativas. A inserção de Heusi em um programa de saúde específico entre os Yanomami demonstra uma variação intragrupal: alguns moram agrupados em locais mais acessíveis e são bilíngües; outros são monolíngües e se espalham em aldeias tradicionais de difícil acesso. Seu trabalho de assessoria à equipe e aos agentes indígenas de saúde foi construído de acordo com essa realidade. Garnero e seus colegas têm realizado várias intervenções e pesquisas na região ao longo dos anos. Seu trabalho aqui examina um projeto particular solicitado pelas lideranças Baniwa, preocupadas com o enfraquecimento das práticas da medicina tradicional em face da presença das equipes de saúde na região. Os Baniwa se consideram uma etnia única que compartilha língua e cultura, porém as divisões internas entre as aldeias provocaram a necessidade de trabalhar individualmente com cada facção, tendo o êxito do programa dependido bastante das expectativas dos índios.

No outro extremo geográfico, quatro autores tratam de experiências no Sul do Brasil, onde os índios se encontram em contato constante com a sociedade envolvente e em um estado de saúde bastante deteriorado por causa da marginalização decorrente das situações de contato. Oliveira e Ferreira tratam de programas de intervenção sobre abuso de álcool e as consequências do mesmo entre os Kaingáng e os Guarani; suas intervenções visam a introduzir metodologias específicas de atenção diferenciada. Oliveira relata também a formação de um Centro de Monitoramento para pesquisa em intervenção, que centraliza vários projetos com enfoque nos problemas de saúde mental e na atenção diferenciada. O terceiro caso, apresentado por Diehl e Rech, baseia-se em pesquisa entre os Kaingáng e considera a distribuição e o uso de medicamentos segundo fatores políticos, culturais e econômicos.

O caso relatado por Foller trata de um projeto de desenvolvimento internacional no Peru e levanta vários fatores ligados à intervenção em saúde e à hegemonia entre colonizados e colonizadores. No Brasil, Cardoso analisa a realidade política no interior do Xingu, com foco nos processos políticos de

liderança indígena e suas implicações nas demandas para a atenção diferenciada.

Ao iniciar essa discussão, comentamos que ainda não há metodologias e estratégias prontas para guiar a intervenção antropológica em saúde. Os casos apresentados aqui confirmam essa percepção. Como Heusi afirma, ao refletir sobre sua experiência entre os Yanomami, "o trabalho do antropólogo é artesanal". Heusi e Cardoso estão entre os antropólogos presentes neste livro que não tiveram experiências com grupos indígenas antes de iniciarem suas ações de intervenção. Mas os trabalhos de autores que têm longa experiência em pesquisa e intervenção demonstram claramente que a intervenção antropológica é necessariamente construída segundo o contexto e os processos dinâmicos de múltiplas forças. Esses contextos têm sido caracterizados como espaços "interculturais" ou "interétnicos", porém, para pensar a intervenção antropológica na saúde como práxis, acreditamos que o conceito de *intermedialidade* seja mais adequado. Como discutido por Foller, *intermedialidade* se refere aos discursos e apropriações de conhecimentos, aos processos de hegemonia locais e globais, às negociações interculturais e à produção de medicinas híbridas. De acordo com sua reflexão, concordamos que a intervenção antropológica se constrói no espaço da *intermedialidade* e, por isso, consiste em constante negociação e construção.

Referências bibliográficas

- ATHIAS, R.; MACHADO, M.
(2001) "A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários. Discursos antropológicos e médicos", *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2): 425-431.
- AZEVEDO, M.
(2000) "Censos demográficos e os índios": dificuldades para reconhecer e contar". Em: Ricardo, C.A. (ed.). *Povos indígenas no Brasil, 1996-2000*. São Paulo: Instituto Socioambiental, p. 79-82.
- BAER, H. A.; SINGER, M.; JOHNSON, J. H. (orgs.)
(1986) "Special number: towards a critical medical anthropology", *Social Science and Medicine* 23 (2).
- BONFIL BATALLA, G.
(1966) "Conservative thought in applied anthropology: a critique", *Human Organization* 25: 89-92.
- BUCHILLET, D. (org.)
(1991a) *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Edições MPEG/CEJUP/UEP.
- (1991b) "A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde". Em: Buchillet, D. (org.) *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*, Belém: Edições MPEG/CEJUP/UEP, p. 21-44.
- COIMBRA Jr., C. E. A. (coord)
(1991) Número temático: "Saúde de populações indígenas", *Cadernos de Saúde Pública*, VII (4).
- COIMBRA Jr., C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (orgs.)
(2003) *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO.
- ESCOBAR, A. L. (coord.)
(2003) "Agenda Saúde Indígena" Relatório apresentado no Seminário para Construção da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Brasília, 7 de novembro.
- ESCOBAR, A. L.; GARNELO, L.; SANTOS, R. V.
(2000) "Oficina de trabalho de pesquisa em saúde dos povos indígenas no Brasil". Manaus: FIOCRUZ, 13 de dezembro. Manuscrito.
- FERREIRA, L. O.
(2004) "Medicina tradicional indígena. Plano de ação elaborado para Projeto VIGISUS II - componente saúde indígena". Brasília: FUNASA. Manuscrito.
- FOSTER, G.; ANDERSON, B.
(1978) *Medical anthropology*. Wiley: New York.
- FRANKENBERG, R.
(1980) "Medical anthropology and development: a theoretical perspective", *Social Science and Medicine* 14B: 197-207.
- (1995) "Learning from AIDS: the future of anthropology". Em: Akbar S. Ahmed; C.N. Shore (org.). *The future of anthropology: its relevance to the contemporary world*, London: Athlone, p. 110-33.
- GARNELO, L.; WRIGHT, R.
(2001) "Sickness, healing and health services: social representations, practices and demands among the Baniwa", *Cadernos de Saúde Pública* 17(2): 273-84.
- GARNELO, L.; BRANDÃO, L. C.
(2003) "Avaliação preliminar do processo de distritalização sanitária indígena no Estado do Amazonas". Em: Coimbra, C.; Santos L.; Escobar, A.L. (orgs.) *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, p. 235-57.
- GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C.
(2003) *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil*. Brasília: Organização Panamericana de Saúde.
- GREENE, S.
(1998) "The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna lands, Peru", *American Ethnologist*, 25 (4): 634-58.
- HAHN, R.
(1999) *Anthropology in public health: bridging differences in culture and society*. Oxford: University Press.
- HÖKERBERG, Y. H. M.; DUCHIADE, M. P.; BARCELLOS, C.
(2001) "Organização e qualidade da assistência à saúde dos índios Kaingang do Rio Grande do Sul, Brasil", *Cadernos de Saúde Pública* 17(2): 261-72.

- JACKSON, J.
(1999) The politics of ethnographic practice in the Colombian Vaupés, *Identities*, 6 (2-3): 281-17.
- KLEINMAN, A. M.
(1973) "Some issues for a comparative study of medical healing", *International Journal of Social Psychiatry*, 19: 159-65.
- KRENAK, A. A. G. O.; COSTA, A. M.; FERREIRA, M. M. P.; PINTO, N. R. S.; SERRA, O.
(1988) "Encontro aponta soluções para a proteção da saúde do Índio; conclusões da Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio", *A Saúde em Debate. Edição Especial*, janeiro: 60-1.
- LANGDON, E. J.
(1988) "Saúde indígena: a lógica do processo de tratamento", *Saúde em debate: a saúde do índio*. Edição Especial, janeiro: 12-5.
(1991) "Percepção e utilização da medicina ocidental dos índios Sibundoy e Siona no Sul da Colômbia". Em: Buchillet, D. (org.). *Medicina tradicional e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Edições MPEG/CEJUP/UEP, p. 207-28.
(1994) "Representações de doença e itinerário terapêutico entre os Siona da Amazônia Colombiana". Em: Santos, R. V.; Coimbra, C. (orgs.). *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 115-42.
- LANGDON, E. J.; MACLENNAN, R.
(1979) "Western biomedical and Sibundoy diagnosis: an interdisciplinary comparison", *Social Science and Medicine*, 13B: 211-20.
- LAZARIN, M. A.; SILVA, T. C.
(1988) "Saúde da mulher krahó: observações sobre uma experiência de intermediação antropológica", *Saúde em Debate: A saúde do índio*. Edição especial (janeiro): 33-7.
- LOCK, M.; SCHEPER-HUGHES, N.
(1990) "A critical-interpretive approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent". Em: Johnson, T. M.; C. E. Sargent, C. E. (orgs.). *Medical anthropology: contemporary theory and method*. New York: Praeger Publications, p. 47-72.
- MENÉNDEZ, E.
(2003) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", *Ciência & Saúde Coletiva*. vol. 8 (1): 185-208.
- MINAYO, M. C. S.
(1991) "Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais", *Cadernos de Saúde Pública* 25(3): 233-38.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE
(2001) "III Conferência Nacional de Saúde Indígena". *Relatório Final*. Brasília: Ministério de Saúde.
(2002a) *Desenvolvimento do sistema único de saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 01 de março de 2004. <<http://www.funasa.com>>
(2002b) *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde.
- MORGADO, P.
(1994) "O pluralismo médico Wayana-Aparai: a intersecção entre a tradição local e a global", *Cadernos de Campo*, 4: 41-70.
- OLIVEIRA, J. P. (org.)
(1998) *Indigenismo e territorialização: poderes, rotinas e saberes coloniais no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- ORTNER, S.
(1994) "Theory in anthropology since the sixties". Em: Dirks, N. B.; Geoff, E.; Ortner, S. B. (orgs.) *Culture, power, history: a reader in contemporary social theory*. Princeton: University of Princeton Press, p. 372-411.
- RAMOS, A.
(1998) *Indigenismo*. Madison: University of Wisconsin Press.
(2003) "Advocacy rhymes with anthropology", *Social Analysis* 47(1): 110-15.
- RICARDO, C. A.
(1995) "Os índios" e a sócio-diversidade nativa contemporânea no Brasil". Em: Silva, A. L. da (org.). *A temática indígena na escola*. Brasília: MEC/MARI/UNESCO, p. 29-60.
- RICARDO, C. A. (ed.)
(2000) *Povos indígenas no Brasil, 1996-2000*. São Paulo: Instituto Socioambiental.
- SANTOS, R. V.; COIMBRA, C. E. A. (orgs.)
(1994) *Saúde e povos indígenas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- SANTOS, S. C.
(1975) *Educação e sociedades tribais*. Florianópolis: Editora Movimento.
(1995) "Os direitos dos indígenas". Em: Silva, A. L. da (org.). *A temática indígena na escola*. Brasília: MEC/MARI/UNESCO, p. 86-105.
- SILVA, A. L.
(1995) *A temática indígena na escola*. Brasília: MEC/MARI/UNESCO.
- SILVA, A. L.; FERREIRA, M. K. L.
(2001a) *Práticas pedagógicas na escola indígena*. São Paulo: Global.
(2001b) *Antropologia, história e educação: a questão indígena e a escola*. São Paulo: Global.
- SOUZA LIMA, A. C. S.; BARROSO-HOFFMANN, M.
(2002a) *Etnodesenvolvimento e políticas públicas: bases para uma nova política indigenista*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
(2002b) *Estado e povos indígenas: bases para uma nova política indigenista II*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
(2002c) *Além da tutela: bases para uma nova política indigenista III*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- UNESCO
(1997) *Princípios sobre a tolerância*. São Paulo: USP/FLLCH.
- VERDUM, R.
(1995) *Mapa da fome entre os povos indígenas no Brasil (II): contribuição à formulação de políticas de segurança alimentar sustentáveis*. Brasília: INESC.