

Uma crise permanente: reflexões sobre a política de saúde indígena a partir do caso do Alto Tapajós (PA)

Cristina Dias da Silva

Professora no Departamento de Ciências Sociais da
Universidade Federal de Juiz de Fora

RESUMO

Este artigo propõe uma análise da política de saúde indígena brasileira, a partir do caso do Alto Tapajós (PA). As referências teóricas utilizadas são as publicações da área nos últimos vinte anos, sobretudo as etnografias e artigos que pensaram o contexto de criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil implantados e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Dois eixos analíticos são discutidos: 1) a noção de articulação de saberes na saúde indígena como estratégia ambígua como política de afirmação de direitos, 2) A *crise permanente* na saúde indígena como símbolo de uma gestão de precariedades que reproduz desigualdades históricas.

Palavras-chave: Política de saúde indígena; Articulação de saberes; Alto Tapajós; Crise; Desigualdades.

A permanent crisis: reflections on the indigenous health policy based on the case of the Alto Tapajós (PA)

ABSTRACT

This article proposes an analysis of the Brazilian indigenous health policy, based on the case of Alto Tapajós (PA). The theoretical references used are the publications of the area over the last twenty years, especially the ethnographies and articles that discuss the context of creation of Special Indigenous Health Districts in Brazil and the National Policy of Attention to the Health of Indigenous Peoples. Two analytical axes are presented: 1) the notion of articulation of knowledge in indigenous health as an ambiguous strategy for a policy of affirming rights, 2) The *permanent crisis* in indigenous health as a symbol of precarious management that reproduces historical inequalities.

Keywords: Indigenous health policy; Articulation of knowledge; Alto Tapajós; Crisis; Inequalities.

Una crisis permanente: reflexiones sobre la política de salud indígena a partir del caso del alto Tapajós (PA)

RESUMEN

Este artículo propone un análisis de la política de salud indígena brasileña, basado en el caso de Alto Tapajós (PA). Las referencias teóricas utilizadas son las publicaciones del área en los últimos veinte años, especialmente las etnografías y artículos que reflexionaron sobre el contexto de la creación de los Distritos Sanitarios Indígenas Especiales en Brasil y la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas. Se discuten dos ejes analíticos: 1) la noción de articulación del conocimiento en salud indígena como estrategia ambigua para una política de afirmación de derechos, 2) la *crisis permanente* en salud indígena como símbolo de gestión precaria que reproduce desigualdades históricas.

Palabras clave: Política de salud indígena; Articulación del conocimiento; Alto Tapajós; Crisis; Desigualdades.

Introdução

Desde os anos 1990, o entrelaçamento entre saúde e política compõe importantes trabalhos antropológicos sobre povos indígenas e as políticas de saúde que os assistem (RAMOS, 1993; FRANKENBERG, 1993; GALLOIS, 1991; BUCHILLET, 1991 e 1995). Naquela década, o principal destaque da literatura foi a desconstrução de premissas epidemiológicas que apontavam para universalidades controversas, como a noção de corpo da biomedicina, a etiologia das doenças, entre outros exemplos. Era importante apontar que as tecnologias e conhecimentos biomédicos se conectavam a um papel político em torno das epidemias, pois estas eram, via de regra, geradas pelo contato interétnico num sentido amplo: tanto devido ao contato físico em si, quanto pelo caráter conflituoso e precário da assistência prestada. Modelos etiológicos indígenas eram sistematicamente desconsiderados na relação estabelecida como o modelo biomédico vigente e tal situação foi amplamente discutida na literatura. Na década seguinte, já no cenário de implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, esse debate se expandiu em algumas direções, ainda que o confronto de perspectivas estivesse presente, as questões da gestão da saúde indígena assumiram maior relevância com o debate mais explícito dos dilemas em torno da construção dos distritos sanitários (GARNELO e WRIGHT, 2001; MAGALHÃES, 2001; MARQUES, 2003; GARNELO, 2003 e 2004; LANGDON e GARNELO, 2004; ARAÚJO, 2012). O debate, portanto, se expandiu, pois ao mesmo tempo em que os embates de ordem cosmológica conformavam os trabalhos de campo dos antropólogos, o problema político-epistemológico da governança, através das etnografias sobre as políticas públicas de saúde, adensou a perspectiva do contato interétnico para além do conflito sobre processos saúde-doença, estrito senso. Assim, para refletir sobre as discontinuidades e desigualdades embutidas nos cenários da assistência, os autores supracitados se voltaram para os processos da gestão e da administração das políticas públicas de saúde indígena, com especial interesse no processo de construção dos Distritos Sanitários e na relação entre itinerários terapêuticos e burocráticos no interior do subsistema de saúde indígena.

Aproximadamente a partir de 2010, uma nova leva de trabalhos continuou a elaborar os problemas de gestão na saúde indígena, desta vez com mais ênfase no papel dos agentes indígenas de saúde (NOVO, 2010; TEIXEIRA, 2014; LANGDON, DIEHL e DIAS-SCOPEL, 2014; MOURA-PONTES e GARNELO, 2014; SCOPEL, DIAS-SCOPEL E LANGDON, 2015; SILVA, 2017) e sua relevância no seio das estratégias políticas para a promoção da saúde indígena. O Agente Indígena de Saúde (AIS) e Agente

Indígena de Saneamento (AISAN) se tornaram não apenas mediadores políticos das relações entre povos indígenas e agentes governamentais, mas, também, mediadores acadêmico, no sentido de que a literatura da área os elegeu como uma possibilidade de refletir e debater a articulação entre saberes e de promover uma atenção diferenciada. Mais ainda, os AIS e AISAN foram pensados como uma possibilidade de apoderamento das estruturas governamentais por parte dos povos indígenas, ainda que de forma incipiente e não necessariamente em busca de uma autonomia plena na gestão da saúde (TEIXEIRA, 2010).

Para as reflexões do presente artigo, proponho rever alguns dados de trabalho de campo em consonância com a literatura antropológica produzida mais recentemente, a fim de revisitar distintas facetas de pesquisas que, assim como a minha, foram produzidas a partir de 2010, e discutiram os diversos gargalos e problemas estruturais da gestão cotidiana, considerando os marcos da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena (PNASPI) e suas premissas da atenção diferenciada. Para os fins deste artigo, elegi dois eixos principais de análise: 1) a articulação de saberes na saúde indígena como estratégia ambígua para uma política de afirmação de direitos, 2) a *crise permanente* na saúde indígena como símbolo de uma gestão das desigualdades históricas que estruturam o campo de relações interétnicas no Brasil.

As políticas de saúde indígena se tornaram um campo de lutas com suas próprias estratégias, cujos significados de termos como “articulação de saberes” e “atenção diferenciada” adquiriram sentidos específicos que não necessariamente estimularam a horizontalidade da interculturalidade, desafiando o compromisso pela equanimidade e justiça social na saúde indígena (GARNELO, 2003; GARNELO e SAMPAIO, 2005; LANGDON e GARNELO, 2004; TEIXEIRA, 2017). O cenário do Alto Tapajós, no qual empreendi pesquisa de campo por oito meses, entre 2008 e 2009, pouco mudou em relação à precariedade da assistência oferecida pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Rio Tapajós¹.

Este trabalho de campo foi realizado para a tese de doutorado em uma aldeia Munduruku e na cidade mais próxima, que abrigava a Casa de Saúde indígena e a sede administrativa local do DSEI Rio Tapajós. Dentre as principais estratégias da pesquisa estava a de conviver com os profissionais de saúde alocados nas aldeias, assim como realizar uma extensa interlocução com os agentes indígenas de saúde. Durante os oito meses de convívio, destacou-se o manejo político da categoria atenção diferenciada e a perspectiva de uma escassez estruturante das próprias identidades profissionais na saúde

indígena: “se virar nos trinta” era o símbolo daqueles que atuavam na saúde indígena. Assim, embora haja muitas outras questões suscitadas e outros dados coletados de igual valor para uma análise, como as contradições explícitas entre etiologias indígenas e não-indígenas (SILVA, 2017), optou-se neste artigo por reaver dados que elaboram as relações de manejo político da categoria atenção diferenciada, pela sua explícita referência à disputa por legitimidade enfrentada pelos povos indígenas no tocante a uma política específica de atenção à saúde.

Atualmente, o DSEI Rio Tapajós atende a mais de doze mil indígenas, em 141 aldeias, envolvendo, ao todo, quatro etnias – Apiaká, Munduruku, Kaiapó e Kaiabi. A prestação dos serviços é realizada por intermédio da organização social de saúde HMTJ (Hospital Maternidade Therezinha de Jesus), responsável por articular as demandas de contratação de pessoal (sob convênio nº 878448/2018). Em 2008 e 2009, a responsável era a Fundação Esperança, organização com as mesmas características organizacionais e administrativas da HMTJ, isto é, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos. Em relação à estrutura permanente do Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós, havia uma sede administrativa em Itaituba e outra em Jacareacanga, cidades localizadas no sudoeste do Estado do Pará, médio e alto rio Tapajós, respectivamente. O hospital local não contava com Unidades de Tratamento Intensivo, sendo apenas referência de média complexidade. A estrada que ligava Itaituba à Jacareacanga, trecho da BR 230, praticamente não era asfaltada e o transporte muito precário. A única forma eficaz de realizar atendimentos emergenciais de alta complexidade continuava sendo em Belém, capital do estado do Pará, o que ocorria por via aérea, a uma distância de quase 1.700 quilômetros. Assim, embora o distrito sanitário seja pensado para além das fronteiras estaduais, no caso do DSEI Rio Tapajós, a referência do atendimento para os habitantes do Alto Tapajós é a capital do estado – mesmo que existam outras capitais mais próximas de Jacareacanga (como é de caso de Manaus, que dista 1.360 quilômetros, ou Porto Velho, que dista 880 quilômetros). Não houve intervenção com ações de infraestrutura de impacto significativo nos últimos anos, seja para melhoria dos recursos humanos e materiais em saúde, como hospitais de média e alta complexidade nas cidades mais próximas do DSEI, seja para contratação de pessoal médico e de enfermagem permanentes, tampouco os equipamentos são suficientes e adequados às demandas. Estes dados foram atualizados não apenas pelo sítio virtual da HMTJ², mas também por uma das etapas regionais da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, referente ao DSEI Rio Tapajós, realizada na Aldeia Karapanatuba, em Jacareacanga, durante os dias 17, 18 e 19 de dezembro de 2018, e durante os quais se discutiram os eixos da conferência, rumo a

sua etapa nacional que seria realizada em 2019, dentre os quais destaco: (1) a articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; (2) o modelo de atenção e organização dos serviços de saúde; (3) os recursos humanos e gestão de pessoal em contexto intercultural, infraestrutura e saneamento.³

Entre as maiores preocupações destacadas pelos Munduruku estão a ação ilegal do garimpo em suas terras, a construção da hidrelétrica do Tapajós, a alta rotatividade de profissionais de saúde e a descontinuidade da prestação de serviços odontológicos e psicológicos, dentre outros serviços previstos nas equipes multidisciplinares de saúde indígena. No entanto, há iniciativas locais que fazem parte do processo de fortalecimento da saúde indígena como um todo. Por exemplo, a formação de técnicos em enfermagem pelo projeto educacional *Ibaorebu*, de coordenação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), cujo resultado foi a formação de turmas profissionalizantes em 2016 (técnicos em enfermagem, em agroecologia e em magistério intercultural, após quase dez anos de esforços continuados por parte da instituição). O projeto reforçou a possibilidade de incrementar a mediação exercida pelos Agentes Indígenas de Saúde, através da formação de técnicos em enfermagem dentro das próprias aldeias. Destaca-se, contudo, a inconstância de tais iniciativas – ou aquilo que Pareschi (2002) oportunamente chamou de *projetismo*, ao analisar a relação entre projetos de desenvolvimento e pequenas comunidades. Frente aos enormes e desafiadores problemas estruturais, como no caso do Alto Tapajós, e para os quais projetos pontuais não possibilitam mudanças profundas, independente da qualidade de sua elaboração e execução, perguntamo-nos se não seria o caso de pensar que estamos diante de uma faceta do projetismo. Segundo a autora, o termo:

[J]á foi utilizado por Fayerweather (1959 apud Pitt, 1976b: 11) para designar uma situação em que o plano é a única sagrada e inviolável realidade. Os projetos são construídos sob uma ideologia de sucesso inevitável, mesmo antes de qualquer implementação. (...) O foco de avaliação permaneceu nos projetos em si e não em seu contexto mais amplo, seja o modo de vida dos grupos sociais ou entidades que o apresentaram, seja o das estruturas que condicionam e moldam de alguma forma a situação em que estes grupos e entidades se encontram. (...) A ênfase na “mudança” implícita na noção de “projeto” – especialmente aqueles projetos que visam a transformação da sociedade a longo prazo – contrasta com as limitações operacionais e estruturais (inclusive das relações de poder) destes mesmos projetos, trazendo à luz sua natureza paradoxal. (PARESCHI, 2002, p. 103).

A forma de gestão da saúde indígena se ampliou enormemente (distritos sanitários, equipes multidisciplinares, polos-base, sedes administrativas locais, conselhos distritais de saúde, comissões bipartite, instâncias de controle social, entre outros). Mas, no contexto do Alto Tapajós, a assistência à saúde ainda vive uma experiência de pouca flexibilidade quanto ao deslocamento de pacientes, que ocorre sempre para Belém, além da alta rotatividade de profissionais de saúde e, também, da rotatividade implicada nas fundações e organizações que operam a logística de cada distrito. A instabilidade da assistência ocorre em vários níveis, e talvez, iniciativas locais bem-sucedidas no Brasil, como foram as iniciativas do parque do Xingu (BARUZZI e JUNQUEIRA, 2005) e de São Gabriel da Cachoeira (BRANDÃO, PAULA e ATHIAS, 2002) representem exceções à luz de outras situações regionais.

Tratar-se-ia, ainda que considerando as mudanças ocorridas em todo o território nacional desde o início da década de 2000, de um mecanismo de gestão de precariedades, capaz de expandir o sistema até o ponto em que se criam postos de trabalho locais, novos gestores que se espalham em funções administrativas nos polo-bases, distribuídos na área imaginada dos distritos sanitários, mas cuja capacidade resolutiva é marcada por uma precariedade similar ao longo de várias décadas. A ambiguidade desse tipo de governança, na qual a principal técnica de gestão consiste em transformar o sujeito dos direitos em cogestor, bem como o de tornar identidades políticas em funções administrativas, como discutido por Teixeira (2017), se aproxima do contexto de assistência à saúde indígena.

A articulação de saberes e a aposta dialógica da PNASPI

Meu caderno de campo sempre foi uma fonte de conflito entre mim e os profissionais de saúde que comigo partilhavam o espaço do posto de saúde em aldeia. Certa vez ouvi que uma das técnicas de enfermagem havia trocado a mesa de lugar para se afastar da presença pretensamente “fiscalizadora” da antropóloga. Assim como toda lógica da saúde/doença no Alto Tapajós, o posto de saúde era um lugar muito vulnerável aos feitiços. O posto de saúde fazia este papel de receptor de feitiços, um papel perigoso e complicado de se lidar no dia a dia. Era um problema político importante. Além disso, podia-se ouvir sons estranhos no posto de saúde à noite, palavra de uma das enfermeiras mais antigas e respeitadas da região. *Os profissionais de saúde não-indígenas sabiam reproduzir a fala institucional da biomedicina e da epidemiologia, mas não podiam explicar suas próprias experiências*, os sons estranhos, a autoridade dos xamãs e nem suas dúvidas a respeito da eficácia de seus próprios métodos. *O olhar clínico, conforme tão bem descreveu Foucault para refletir sobre o nascimento da clínica no ocidente, não tinha o mesmo poder na aldeia. E os profissionais de saúde não sabiam explicar o porquê.* Emergências

médicas na aldeia, à noite sobretudo, davam o tom do conflito que misturava o poder dos xamãs, a lógica de atendimento aos índios e a fragilidade da estrutura do subsistema de saúde indígena. (Diários de campo, 2009, Alto Tapajós, Pará).

Neste relato de campo encontramos uma dupla acepção em torno dos profissionais de saúde: tanto aquela descrita e consagrada na literatura, de evitação e conflito, quanto outra, menos debatida, mas igualmente presente: o fato das explicações epidemiológicas desafiarem o cotidiano dos próprios agentes de saúde, que começavam a estabelecer diálogos com os feitiços, mau olhado e outras premissas não ocidentais. Não obstante, a relação com a antropóloga era sempre tensa, num constante desafio de como ser olhado, de como se apresentar diante de uma presença percebida como fiscalizadora. Muitos viam a minha presença como uma oportunidade de reclamar da má gestão dos serviços e que desembocavam em suas mãos: estar só na aldeia, sem medicamentos, não ter ninguém para ajudar a fazer uma sutura de emergência, não receber treinamento adequado para preenchimento dos consolidados do mês, e, finalmente, o medo de que alguém morresse “em suas mãos”. Por outro lado, havia também a perspectiva de que os povos nativos eram teimosos, não gostavam de seguir prescrições e acreditavam em superstições, mesmo que estas fossem compartilhadas entre os agentes não-indígenas. O interessante dessa triangulação entre agentes governamentais da saúde, povos nativos e pesquisadores é que as falas possuem uma circunstância específica: diante da pesquisadora, diante da chefia local da enfermagem, diante das pessoas atendidas no posto de saúde. Cada enquadramento desse (GOFFMAN, 1981) configura uma faceta importante da gestão cotidiana da saúde indígena.

Contiguamente, nos interessa ponderar sobre um momento da produção antropológica, na primeira década do século XXI, que concentrou suas apostas de análise na perspectiva de um diálogo entre saberes. Essa aposta, cujos fundamentos estão bem elucidados no texto da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002), buscava “sensibilizar” os profissionais de saúde para uma demanda própria à saúde indígena, qual seja, as múltiplas referências dos povos nativos aos seus conhecimentos tradicionais. As raízes desses conhecimentos estavam localizadas em várias pessoas, lugares e situações; tanto na figura dos xamãs, nas cachoeiras e locais sagrados como nos itinerários terapêuticos indígenas. A perspectiva de produzir diálogos entre estes conhecimentos e os conhecimentos biomédicos não era um ato de boa-fé: deveria ser acompanhada de uma estrutura organizacional que produzisse ativamente tal articulação. Assim, uma logística distrital foi pensada em torno das aldeias e das cidades próximas, um

sistema que tentava deixar de lado o modelo emergencial e desenvolver uma assistência primária estruturada, com postos de saúde localizados em algumas aldeias, e referenciados a polos-base de municípios próximos.

Inicialmente, merece destaque a circunstância do posto de saúde em aldeia, cujas interações estabeleciam uma dinâmica singular entre técnicos e auxiliares de enfermagem e os agentes indígenas de saúde. Ambos aprendiam com as enfermeiras processos de cuidado essenciais para o dia a dia do posto de saúde. As pessoas que cotidianamente ocupavam o posto de saúde eram, em sua maioria, técnicas, auxiliares, agentes indígenas de saúde, crianças, mães e idosos. Os postos de saúde em aldeias constituem uma das principais mudanças implantadas pelos distritos sanitários, uma vez que anteriormente havia apenas os postos da FUNAI para gerir a assistência primária em saúde (COSTA, 1987). O que gostaria de sugerir é que, embora este novo cenário seja mais adequado às demandas dos povos indígenas, distribuídos em pequenas aldeias ao longo do rio e nos interiores do território, a articulação de saberes – desde o início – não se desenrolou como uma proposta de encontro entre distintas epistemologias. Como argumenta Teixeira, no Brasil, à diferença de outras realidades latino-americanas, a noção de interculturalidade não é a principal referência dos debates das Conferências Nacionais de Saúde Indígena, pois a noção de atenção diferenciada é muito mais acionada (TEIXEIRA, 2017).

Por um lado, o espaço do posto de saúde em aldeia seria uma extensão físico-administrativa das funções do estado promotor da saúde pública e simbolizaria uma luta histórica por atendimento médico primário. Por outro lado, o cotidiano dos postos de saúde em aldeia estaria, a rigor, muito mais próximo do que entendemos por atenção diferenciada, categoria que explicita muito mais a disputa dos sentidos políticos da participação social do que uma articulação de saberes ou interculturalidade, estrito senso. Assim, a garantia de saúde, um dever do estado brasileiro, simbolizaria, na mesma medida em que é acionada como direito e garantia, o fracasso de um diálogo intercultural que nunca se estabeleceu de maneira estruturada e/ou continuada.

Os postos de saúde em aldeias deslocaram, mas reproduziram, portanto, uma gestão de desigualdades históricas em permanente reinvenção: a precariedade dos postos de saúde raramente mencionada nos consolidados das equipes de saúde em detrimento dos comportamentos desse ou daquele paciente. Embora houvesse mais acesso a medicamentos básicos, como antitérmicos e analgésicos, estes remédios eram sempre alvo de negociação e nunca podiam ser administrados pelas famílias indígenas, implicando numa rotina diária de administração de remédios que acontecia no interior do posto de

saúde. Argumentava-se que os índios não sabiam usar os remédios dos brancos. Mais do que um itinerário terapêutico, temos nas aldeias a reprodução de um itinerário burocrático, homóloga a própria relação entre povos indígenas e governos no Brasil. A perspectiva de troca de saberes se tornava secundária no cotidiano da saúde indígena, isto é, naquilo que compete a uma gestão cotidiana de procedimentos, rotinas e desempenhos. Embora o texto da PNASPI seja repleto das referências conceituais à diversidade cultural, estas referências em sua maioria acontecem na forma de apostos, isto é, de forma complementar, e nada ou muito pouco se diz sobre a gestão implícita no interior do processo de articular de saberes.

O texto da PNASPI, por exemplo, apresenta variadas inserções do termo *articulação* em sentido administrativo e político, e apenas uma vez o caráter de articulação entre saberes é explicitado (BRASIL, 2002, p. 13): “articulação dos sistemas tradicionais de saúde indígena”. Assim, temos na página 14 as comissões bipartite como espaços importantes de articulação, na página 18 aparece a noção de que é preciso haver uma articulação entre saberes e práticas. Na página 19, é citada a articulação com instituições nacionais para controle de agravos à saúde indígena, na página 21, o conselho local de saúde é mencionado como espaço de articulação para os gestores locais encaminharem demandas, na mesma página também é citada a articulação entre a “população regional e a população indígena” através do trabalho a ser realizado pelo Conselho Distrital de Saúde, garantindo-lhes assento nos conselhos municipais de saúde, e, por fim, uma “ampla articulação” entre os níveis Inter e Intra-setorial do subsistema encerra a enorme cadeia de articulações do subsistema de saúde indígena. Ao fim do documento, na página 38, a Portaria nº 1.163/GM (de 14 de setembro de 1999), ainda cita a necessária articulação “com municípios, estados, outros órgãos governamentais e organizações não governamentais a fim de garantir o desenvolvimento das ações de atenção à saúde indígena”.

É interessante notar que, em consonância com o entendimento refletido no texto da PNASPI, os conflitos diários narrados nas etnografias da última década enfatizam mais as articulações políticas necessárias à produção de uma atenção diferenciada, com especial ênfase para os Agentes Indígenas de Saúde como mediadores e para os conflitos entre pesquisadores e profissionais da saúde indígena (SMILJANIC, 2008; NOVO, 2010; SILVA, 2011; FERREIRA, 2013) do que um diálogo intercultural – pois, nesse sentido, o diálogo intercultural aparece como um dever ser. Na verdade, a ausência de tal diálogo constitui uma crítica frequente dos pesquisadores, o que reforça o contorno ainda prescritivo da noção de interculturalidade na saúde indígena brasileira. Por um lado, há

que se equacionar o quão grave é a precariedade da prestação de serviços em torno de uma instabilidade e de iniciativas que nunca se prolongam, por outro há que se reconhecer que os conflitos entre pesquisadores e profissionais de saúde indígena fazem, em si mesmos, parte de uma estrutura política de relações implicadas na ambiguidade da categoria atenção diferenciada no contexto nacional do subsistema de saúde indígena.

A PNASPI e sua aposta dialógica, quase vinte anos depois, nos enseja a pensar que os conflitos na saúde indígena remetem a discussões anteriores, isto é, que não basta apontarmos falhas de execução da política de saúde, nem tampouco nos atermos à produção de estratégias a serem aplicadas ou à produção de ajustes constantes, como se fosse um problema de ordem prática simplesmente (ou da articulação entre saberes e práticas). É preciso desnaturalizar tal conceito de gestão e o inserir em um contexto de produção de indiferenças sociais profundas, que nos permite enxergar a continuidade entre gerir, saber e poder (SOUZA LIMA, 2002a e 2002b; TEIXEIRA, 2009; TEIXEIRA e SILVA, 2019) no contexto da política de saúde indígena brasileira.

Por tais razões, seria interessante refletir sobre uma agenda de pesquisa capaz de lidar com as desigualdades sistemáticas e concretas de acesso a bens e serviços em saúde para os povos indígenas, considerando que a principal característica da produção de desigualdades seria: (a) gerir precariedades como se estas fossem problemas de ordem prática e de mau uso das instituições e, no interior deste processo, (b) manejar a própria noção antropológica de cultura como meio de legitimar as hierarquias historicamente constituídas no seio das relações interétnicas (a cultura como obstáculo). Se para nós, antropólogos, a noção de atenção diferenciada se refere à cultura, ao outro, às dimensões da experiência da alteridade, não devemos por isso supor que essa noção seja utilizada pelos profissionais da saúde indígenas da mesma forma. Os deslizamentos de sentido que a noção de atenção diferenciada agrega são importantes para compreender os modos de gestão de precariedades permanentes na saúde indígena.

Emergências e urgências de sentido: crises permanentes são crises?

Era um dia comum, quase nove horas da noite, quando um dos Agentes Indígenas de Saúde subiu o morro que separava as casas do rio, aproximando-se do posto e gritando o nome da plantonista técnica de enfermagem. *A senhora ficou pálida ao descobrir que estaria sozinha naquela emergência.* Uma grávida e seu marido desciam o rio de barco a remo desde as sete horas da noite em busca de um motor que pudesse levá-los a cidade. A situação era grave, um parto que se

complicou havia terminado na morte do feto dentro do útero. Após um rápido atendimento para verificar a pressão arterial da senhora, um motor de popa foi trazido e o casal seguiu viagem por mais meia hora até o município vizinho. No dia seguinte, a enfermeira chefe voltou rapidamente à aldeia para averiguar a história e dar sua versão dos fatos que poderiam ter evitado aquela emergência e o óbito do feto. Não sei se por tal atitude ou não, mas ninguém a culpou diretamente pelo ocorrido. *A falta de estrutura de barcos e motores ou sua escassez é que irritaram profundamente o casal.* (Diários de campo, 2008, Alto Tapajós, Pará).

A dor, o sofrimento e a angústia presentes na situação narrada fazem parte de uma estrutura histórica de longo prazo, isto é, possuem continuidade com os relatos anteriores de desassistência e desconsideração pela logística necessária para rápidas intervenções no contexto das aldeias, sua forma de distribuição e suas peculiaridades geográficas. Ainda que o subsistema de saúde indígena seja uma forma de acesso ao Sistema Único de Saúde, garantindo mais acessibilidade por meio da implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, a realidade da saúde indígena nunca superou tal precariedade material e logística. Ainda assim, o que aparece discursivamente como obstáculo é justamente a cultura. Emergem dos textos etnográficos dos últimos anos uma série de relatos sobre como os profissionais de saúde tendem a associar a precariedade material e assistencial às próprias culturas indígenas (NOVO, 2010; SILVA, 2011; FERREIRA, 2013; SCOPEL, 2013), efetuando um perverso e eficaz manejo política da diversidade cultural (TEIXEIRA, 2012; SILVA, 2014).

Carregada de sentidos históricos, a situação vivida nestes trabalhos de campo nos permite refletir sobre a forma de atuação do estado em sua relação com os povos indígenas: ao mesmo tempo em que fornece alguma estrutura, inviabiliza investimentos de longo prazo, pois o modelo cuja eficácia é atestada discursivamente para “lidar com os indígenas” é aquele em que a saúde é compreendida de forma emergencial, a partir das demandas já instaladas. Mesmo no contexto dos distritos sanitários, há uma permanente situação de improvisos e um corre-corre típico de uma gestão de precariedades anunciadas, e que constituem a própria visão de mundo de muitos profissionais da saúde indígena com quem convivi no Alto Tapajós, para quem a saúde indígena era “diferenciada” por essa mesma razão: antes da diferença cultural, isto é, antes do outro, o próprio eu do profissional da saúde indígena se colocava. Em geral, tratava-se de alguém com formação técnica e desassistido. No entendimento desses profissionais, era preciso ser diferenciado para trabalhar com saúde indígena, pois como muitas das minhas interlocutoras costumavam repetir, era preciso “se virar nos trinta” ou “saber lidar com eles”. A fama das profissionais da saúde indígena, constituída pelos rumores que circulavam no

município próximo, reforçava esses aspectos de suas identidades como verdadeiras gestoras da precariedade, constituindo-se em certo elogio social à elas.

Não obstante, esta situação inclui também os próprios pesquisadores que, ao colidirem em perspectiva e prática com os profissionais da saúde indígena, ao discordarem veementemente da forma como os conflitos cotidianos eram geridos, ao se indignarem com a ausência da propalada articulação de saberes, integram, em parte, o processo da gestão para e pela desigualdade, uma vez que aderimos ao projeto político da saúde indígena na função de sensibilizadores dos profissionais de saúde – dificultando um aspecto fundamental da prática antropológica, que é a de pensar os manejos políticos que toda situação interétnica produz (OLIVEIRA FILHO, 2001 e 2012). Como pesquisadores devemos, sim, estar atentos a este jogo de interesses, o que constitui uma reflexão ética complexa na qual nossa própria identidade deve ser considerada e problematizada (DEBERT, 2004).

Por tais razões, a situação de improviso não deve ser pensada apenas como aspecto intrínseco da precariedade ou da escassez, mas como uma tecnologia governamental de gestão desta precariedade que envolve a tríade povos indígenas, profissionais de saúde e pesquisadores. Precisamos estar atentos todas as vezes em que o debate em torno das dificuldades de implantar um sistema de articulação de saberes produz seu foco na “sensibilização” dos profissionais de saúde. Pois, ao elegermos o problema da saúde indígena como ausência de articulação, isto é, como um problema de “execução”, e não de planejamento do que seria articulação de saberes e de todas as instâncias citadas na PNASPI, aderimos ao projeto político de gestão das precariedades. Afinal, o que dizer para profissionais, com formação técnica em enfermagem, que permanecem em aldeia, sem qualquer assistência imediata, sobre articulação de saberes? Como os relatos de campo que destaquei acima, tais pessoas não representam o núcleo duro da biomedicina. Não parece, portanto, que o problema sejam os profissionais de saúde incautos ou insensíveis, mas o próprio processo social e político que desloca e reduz a categoria de interculturalidade, enquanto modos de negociação das diferenças e estratégia de legitimação da alteridade, à categoria de atenção diferenciada, enquanto estratégia endógena do sistema de saúde e seus itinerários burocráticos.

Esta ambiguidade constitutiva das políticas de saúde indígena no Brasil seria, ao menos, uma das pautas de uma agenda de pesquisa cara à antropologia brasileira. Ao pensarmos nos profissionais de saúde como obstáculos, produzimos um jogo de espelhos, reproduzindo um dos aspectos mais criticados pelos textos antropológicos: de como e

quando os profissionais pensam na cultura como um obstáculo a ser superado. Ao aprofundarmos o nosso olhar antropológico para a “ponta” do subsistema de saúde indígena, jargão informal para designar os postos de saúde em aldeia e seus profissionais, efetivamente lutamos contra a invisibilidade de certo discurso político-institucional que enxerga neles uma pretensa articulação que falhou em sua execução. Do ponto de vista das pesquisas antropológicas, este seria um interessante caminho metodológico para relacionar a política das grandes conferências nacionais com o cotidiano dos postos de saúde em aldeia e, assim, refletir mais especificamente sobre as formas de gestão da saúde indígena *vis-à-vis* os itinerários terapêuticos indígenas.

O uso recorrente do termo crise para designar a saúde indígena brasileira começa a se tornar mais claro. Ele parece nos apontar para uma ambiguidade sistemática: a escassez permanece como elemento constitutivo, embora seja narrada como elemento circunstancial, isto é, muitas vezes é tomada como um problema da execução da política. Ao considerar os aspectos contraditórios e, ao mesmo tempo, eficazes que atuam como forças opostas e complementares, começa a fazer sentido, no interior deste universo de ambiguidades, que a crise seja *permanente*, pois ela opera os valores de um campo de atuação política no qual emergem relações interétnicas marcadas por profundas desigualdades históricas (SOUZA LIMA, 1995; GARNELO, 2003; TEIXEIRA e SILVA, 2019).

Considerações finais

As etnografias consultadas são hábeis em mostrar a correlação pormenorizada entre dinâmicas indígenas do adoecimento e o modo como os agentes governamentais atuam, o que resulta em um complexo sistema de gestão de desigualdades duradouras. Por um lado, é preciso reconhecer que houve significativas mudanças nos últimos vinte anos, com a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, uma luta política por expansão que teve início, ao menos, desde a primeira Conferência para Saúde dos Povos Indígenas, em 1986 (TEIXEIRA e SILVA, 2013). O sistema de referências e contrarreferências organizados através dos polos-base é fundamental para a construção de um sistema de informações, bem como a produção de consolidados por aldeias é uma conquista histórica, muito embora as informações não estejam plenamente organizadas e disponíveis (SOUSA, SCATENA e SANTOS, 2007). Por outro lado, como disse, há uma perene improvisação em torno de dinâmicas cotidianas de atendimentos: desde os medicamentos básicos dos postos de saúde em aldeias, até o combustível responsável pelo deslocamento das aldeias para a cidade. A contratação de pessoal continua obedecendo ao “padrão” da

alta rotatividade, por meio de contratos que o governo federal estabelece com associações e fundações, o que dificulta o desenvolvimento de projetos de longo prazo, tudo está por conta de múltiplas articulações intra e intersetoriais cuja definição é essencialmente ambígua no texto da PNASPI e dá margem a múltiplas interpretações.⁴

A aposta dialógica contida na Política Nacional de Assistência à Saúde Indígena parece espelhar a ambiguidade que sustenta a gestão das precariedades na saúde indígena: se, por um lado, opera com valores da diferença cultural, tendendo a valorizar os modos de vida indígenas, por outro lado, reforça as hierarquias sociais que submetem tais valores a uma odisséia burocrática de articulações complexas, envolvendo uma grande diversidade de atores (pessoas físicas e jurídicas) e a uma escassez e precariedades que, juntas, reproduzem uma *crise permanente*. Tal estado perene de crise configura um modo de governança, no qual a alteridade é tratada como obstáculo *per se*, mesmo na sua versão positiva, “diversidade cultural”, e na qual os profissionais de saúde deveriam ser “sensibilizados”. Não seria esta sensibilização apenas outro modo de enunciar algo que minhas interlocutoras faziam com frequência, isto é, um “saber lidar com eles”? Não seria isto uma faceta da gestão das precariedades?

Embora a produção antropológica brasileira recente persista, de maneira acertada, em remeter a noção de cultura à dinâmica histórica de toda e qualquer sociedade, os aspectos discursivos que estruturam este campo de atuação, qual seja, o da política de saúde indígena, continua sendo conformado pela retórica da cultura coisificada e genérica. Vale destacar, portanto, que não se trata de fazer uma crítica à execução da política simplesmente, mas à própria configuração dos valores e ideias deste campo: o texto da PNASPI trata a cultura como elemento complementar e dissociado do debate sobre a gestão dos recursos e dos meios. A profusão de termos como “especificidades étnicas e culturais”, “comunidade culturalmente diferenciadas”, “diversidade cultural”, “especificidade da cultura dos povos indígenas” (BRASIL, 2002), mas sem nenhuma referência a uma prestação de contas específicas sobre este processo genérico de respeito à diferença, demonstra que há uma dissociação entre o que se refere à cultura e os mecanismos capazes de integrar estas diferenças anunciadas. A atenção diferenciada é uma diretriz que sofre múltiplas refrações ao longo do subsistema, a depender dos enquadramentos dos atores envolvidos: técnicos em enfermagem, agentes indígenas de saúde, enfermeiros, pesquisadores, entre outros.

A cultura se torna, assim, algo a ser preservado e, inevitavelmente, uma especificidade apartada e isolada do debate sobre a forma de gestão dos processos saúde-

doença na saúde indígena. Por isso, a noção de atenção diferenciada ou de articulação de saberes vem experimentado um esvaziamento de sentido nos últimos anos. É preciso voltar nossa atenção aos processos políticos de construção das conferências nacionais de saúde indígena e seu modo de inserção de demandas, cujo mecanismo de produção das etapas regionais em uma grande etapa nacional parece escamotear aspectos importantes das distintas realidades regionais.

Para desconstruir estas ambiguidades arraigadas, ao menos no âmbito das pesquisas antropológicas, seria interessante produzir uma agenda de pesquisa que mobilize, ao mesmo tempo, as categorias de cultura, política e cotidiano em um mesmo nível de análise. Isto é, pensar os processos de adoecimento e cura por dentro dos processos burocráticos e das disputas de sentido em torno dos termos articulação de saberes e atenção diferenciada, produzindo uma associação entre itinerários terapêuticos e político-administrativos. Essa seria uma compreensão de que certas lógicas de articulação da alteridade se repetem em função de dinâmicas de poder específicas que precisam ser pensadas juntos aos itinerários terapêuticos para que sejamos capazes de discutir, a um só tempo, ações de cuidado e de governança.

Notas:

1. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas são zonas imaginadas, cujas fronteiras delimitam o atendimento a um certo número de etnias, borrando, por vezes, fronteiras estaduais. A noção de distrito sanitário, portanto, tenta seguir a lógica da distribuição das etnias no território brasileiro. Entretanto, o distrito não engendra poderes administrativos autônomos, como gestão de recursos. De fato, quem gere os recursos são, na maior parte das vezes, entidades sem fins lucrativos, que são contratadas pelo governo Federal para execução das ações. Assim se delinea o Subsistema de Saúde Indígena. Esse subsistema é integrado ao Sistema Único de Saúde, e apenas responde pelo atendimento local em aldeias e municípios próximos, relativos à baixa complexidade. Quando há casos mais graves e complexos, os povos indígenas acessam o SUS, sendo devidamente referenciados – no caso dos Munduruku – por meio de transporte aéreo de Jacareacanga ou Itaituba, para os hospitais públicos de Belém.
2. Acesso em 29 de julho de 2020, <https://www.osshmtj.org.br/dsei-tapajos.php>.
3. A 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena foi, desde meados de 2019, quando deveria ter sido realizada, sucessivamente adiada. Acusações de desvio de verba foram utilizadas pelo governo federal para impedir sua realização no ano de 2019. A última previsão de realização divulgada pelos órgãos oficiais foi de 1 e 4 de julho de 2020, segundo o site <https://6cnsi.wordpress.com/>, mas a atual pandemia por COVID-19 deixou a situação sem resolução até o momento de submissão deste artigo.

4. “Articulação Intersetorial: Deverão ser definidos mecanismos de articulação intersetorial que possam fazer frente aos diferentes determinantes envolvidos nos processos de saúde e doença que afetam essas populações. O órgão executor das ações de atenção à saúde dos povos indígenas buscará, em conjunto com o órgão indigenista oficial, parcerias para a condução desta política, principalmente no que diz respeito a alternativas voltadas para a melhoria do nível de saúde dos povos indígenas.

Articulação intrasetorial: Do ponto de vista da articulação intrasetorial, é necessário um envolvimento harmônico dos gestores nacional, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio de um planejamento pactuado nos Distritos Sanitários Indígenas que resguarde o princípio da responsabilidade final da esfera federal e um efetivo Controle Social exercido pelas comunidades indígenas.” (BRASIL, 2002, p.22).

Referências:

ARAÚJO, Reginaldo S. *Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: dilemas, conflitos e alianças a partir da experiência do Distrito Sanitário Especial do Xingu*. 2012. 260f. Tese. (Doutorado em Antropologia Social) Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

BARUZZI, Roberto G.; JUNQUEIRA, Carmen. *Parque indígena do Xingu*. Saúde, cultura e história. São Paulo: Terra Virgem Editora, 2005.

BRANDÃO, Maria C.; PAULA, Nilton C.; ATHIAS, Renato. *Saúde indígena em São Gabriel da Cachoeira*. Uma abordagem antropológica. Recife: Liber gráfica e editora, 2002.

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 40p., 2002.

BUCHILLET, Dominique. “A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde”. In: BUCHILLET, D. (org.). *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: Edições CEJUP, 1991.

BUCHILLET, Dominique. *Contas de Vidro, Enfeites de Branco e Potes de Malária: Epidemiologia e representações de doenças infecciosas entre os Desana*. Brasília: DAN/UNB, 1995. (Série Antropologia. v. 187)

COSTA, Dina C. Política Indigenista e assistência à saúde. Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cadernos de Saúde Pública* 4(3): 388-401, 1987.

DEBERT, Guita. Ética e as novas perspectivas da pesquisa antropológica. In: VÍCTORA, C.; OLIVEN, R. G.; MACIEL, M.E.; ORO, A.P. (Orgs.) *Antropologia e Ética. O debate atual no Brasil*. Niterói: EdUFF, 2004., p 45-54.

FERREIRA, Luciane. *O. Medicinas Indígenas e as Políticas da Tradição - Entre discursos oficiais e vozes indígenas*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

FRANKENBERG, Ronald. Risk: Anthropological and epidemiological narratives of prevention In: LINDENBAUM, S.; LOCK, M. (Eds.). *Knowledge, power and practice. The Anthropology of medicine and everyday life*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1993, p. 219-244.

GALLOIS, Dominique. A categoria “doença de branco”: ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena? In BUCHILLET, D. (Org.) *Medicinas Tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Edições CEJUP, 1991, p. 175-206.

GARNELO, Maria Luiza; WRIGHT, R. “Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(2): 273-284, 2001.

GARNELO, Maria Luiza. *Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

GARNELO, Maria Luiza. *Política de saúde dos povos indígenas no Brasil: análise situacional do período 1990 a 2004*. Porto Velho: UFRO/Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 2004.

GARNELO, Maria Luiza.; SAMPAIO, Sully. “Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(4): 1217-1223, 2005.

GOFFMAN, Erving. Footing. In: *Forms of Talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1981.

LANGDON, Esther. J.; GARNELO, L. (Orgs.) *Saúde dos povos indígenas. Reflexões sobre Antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa/ABA, 2004.

LANGDON, Esther J. ; DIEHL, Eliane E.; DIAS-SCOPEL, Raquel. O Papel e a Formação dos Agentes Indígenas de Saúde na Atenção Diferenciada à Saúde dos Povos Indígenas Brasileiros. In: TEIXEIRA, Carla.; GARNELO, Maria Luiza. (Orgs.) *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014, p. 213-240.

MAGALHÃES, Eduardo. D. *O Estado e a saúde indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami*. 2001, 203 pp. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

MARQUES, Irânia. S. F. *A política de atenção à saúde indígena: a implantação do Dsei de Cuiabá-MT*. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MOURA-PONTES, Ana Lúcia.; GARNELO, Maria Luiza. La formación y ele tabago del agente indígena de salud en ele Subsistema de Salud Indígena en Brasil. *Salud pública Méx* [online]. vol.56, n.4, pp.386-392, 2014.

NOVO, Marina. P. *Os Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu*. Brasília: ABA/Paralelo 15, 2010.

OLIVEIRA FILHO, João. P. Políticas indígenas contemporâneas na Amazônia brasileira: território, modos de dominação e iniciativas indígenas. In: D'INCAO, M.A. (Org.). *O Brasil não é mais aquele ... Mudanças sociais após a redemocratização*. São Paulo: ed. Cortez, 2001, p. 217-236.

OLIVEIRA FILHO, João. P. Mensurando alteridade, estabelecendo direitos: práticas e saberes governamentais na criação de fronteiras étnicas. *Revista Dados – revista de Ciências Sociais*, v.55, p. 105-108, 2012.

PARESCHI, Ana Carolina. *Desenvolvimento sustentável e pequenos projetos: Entre o projetismo, a ideologia e as dinâmicas sociais*. 2002. 380f. Tese. (Doutorado em Antropologia Social) Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2002.

RAMOS, Alcida. R. O Papel Político das Epidemias: o caso Yanomami. *Série Antropologia*, vol. 153. Brasília: DAN/UNB, 1993.

SCOPEL, Daniel. *Uma etnografia sobre a pluralidade de modelos de atenção à saúde entre os índios Munduruku na terra indígena Kwatá Laranjal, Borba, Amazonas: práticas de automação, xamanismo e biomedicina*. 262f. Tese. (Doutorado em Antropologia Social). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SCOPEL, Daniel. DIAS-SCOPEL, Raquel.; LANGDON, Esther J. Intermedicalidade e protagonismo: a atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 31 (12), 2015.

SILVA, Cristina D. *Cotidiano, saúde e política: uma etnografia dos profissionais da saúde indígena*. 276f. Tese. (Doutorado em Antropologia Social) Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

SILVA, Cristina D. Como terceiros: reflexões entre agentes indígenas de saúde no alto Tapajós (PA).. In: Carla Teixeira, Carlos Guilherme do Valle, Rita de Cássia Neves. (Org.). *Saúde, mediações e mediadores*. 1 ed. Brasília: ABA Publicações, v. 1, p. 221-248, 2017.

SILVA, Cristina D. De improvisos e cuidados: a saúde indígena e o campo da enfermagem. In: Carla Teixeira; Luiza Garnelo. (Org.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. 1ed. Rio de Janeiro: Fiocruz Editora, 2014.

SMILJANIC, Maria I. *Da observação à participação: Reflexões sobre o ofício do Antropólogo no contexto do Distrito Sanitário Yanomami*. Brasília: DAN/UNB, 2008. (Série Antropologia, v. 417)

SOUSA, Maria da Conceição.; SCATENA, João H.G.; SANTOS, Ricardo V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro 23(4):853-861, 2007.

SOUZA LIMA, Antonio C. *Um grande cerco de paz. Poder tutelar, indianidade e formação do estado no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1995.

SOUZA LIMA, Antonio C. Tradições de conhecimento para gestão colonial da desigualdade: reflexões a partir da administração indigenista no Brasil. In: BASTOS, C.; ALMEIDA, M. V.; FELDMAN-BIANCO, B. (Orgs.) *Trânsitos coloniais: diálogos críticos luso-brasileiros*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2002a, p. 151-172.

SOUZA LIMA, Antonio C. Sobre gestar e gerir a desigualdade: pontos de investigação e dialogo. In: SOUZA LIMA, Antonio C. *Gestar e Gerir: estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 316 pp. (Coleção Antropologia da Política), p.11-22, 2002b.

TEIXEIRA, Carla C. Políticas de saúde indígena no Brasil em perspectiva. In: SILVA, C. T.; SOUZA LIMA, A. C.; BAINES, S. (Org.). *Problemáticas Sociais para Sociedade Plurais: Políticas Indigenistas, Sociais e de Desenvolvimento em Perspectiva Comparada*. São Paulo: Edit. AnnaBlume, p. 129-146, 2009.

TEIXEIRA, Carla C. Autonomia em saúde indígena: sobre o que estamos falando? *Anuário Antropológico* 2009/I. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 2010.

TEIXEIRA, Carla C. A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira. *Revista de Antropologia*, São Paulo, USP, 55(2), 2012.

TEIXEIRA, Carla C. Do Museu aos Manuais: reflexões sobre o agente indígena de saneamento. In: Teixeira, C.C.; Garnelo, L. (Org.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. 1ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1, 2014, p. 145-180.

TEIXEIRA, Carla C. Participação social na saúde indígena: a aposta contra a assimetria no Brasil? *Amazônica - Rev. Antropol. (Online)* 9 (2): 716 - 733, 2017.

TEIXEIRA, Carla C.; SILVA, Cristina D. Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação. *Anuário Antropológico*, v. I, p. 35-57, 2013.

TEIXEIRA, Carla C.; SILVA, Cristina D. Indigenous health in Brazil: Reflections on forms of violence. *Vibrant* (Florianópolis), v. 16, p. 1-22, 2019.

Recebido em 30 de julho de 2020

Aceito em 20 de fevereiro de 2020