

Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual

Health and indigenous peoples in Brazil: notes on some current policy mistakes

Salud y pueblos indígenas en Brasil: notas sobre algunos temas equívocos en la política actual

Marina Denise Cardoso ¹

Abstract

This article aims to analyze health policies for indigenous peoples in Brazil with reference to the 1988 National Constitution and its consequences for their healthcare. Three components are central to this analysis: the management model, based on the concepts of “autonomy” and “social control”, but essentially expressing the forms of indigenous representation and participation in public policies; the concept of “differential care” for establishing an inclusive (but operationally normative) healthcare model; and the relationship between the management model for indigenous healthcare and indigenous therapeutic practices.

Health of Indigenous Peoples; Health Policy; Public Policies

Resumo

O objetivo deste texto é analisar as políticas de saúde para os povos indígenas no Brasil, tendo como marco a Constituição Federal de 1988 e os seus desdobramentos para o atendimento médico-assistencial destas populações. Destacam-se três eixos norteadores para esta análise: o projeto gestor, balizado pelas noções de “autonomia” e “controle social”, mas que traduz certo modo de organização das formas de representação e participação indígenas no plano das políticas públicas estatais; o pressuposto da noção da “atenção diferenciada” para a construção de um modelo assistencial inclusivo, mas operacionalmente normativo; e, por fim, a relação entre o modelo gestor de atenção à saúde indígena e as próprias práticas terapêuticas indígenas.

Saúde de Populações Indígenas; Política de Saúde; Políticas Públicas

¹ Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil.

Correspondência

M. D. Cardoso
Centro de Educação e Ciências Humanas,
Universidade Federal de São Carlos.
Rod. Washington Luís Km 235, São Carlos, SP 13565-905, Brasil.
mdcardoso@uol.com.br

Introdução

Trata-se de refletir neste texto sobre o campo das políticas de saúde dirigidas para as populações indígenas no Brasil, tendo como marco a *Constituição Federal* de 1988, e as subsequentes elaborações das políticas públicas para o atendimento médico assistencial destas populações. Tal marco não é aleatório, pois trata-se do reconhecimento por parte do Estado brasileiro dos direitos e das especificidades das populações indígenas no país, assim como a sua inserção no bojo das reformas no sistema nacional de saúde, sob a forma da criação de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, o que só aconteceu em 1999, com a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

O projeto de criação dos DSEIs procurou assegurar, por meio de parcerias das instituições públicas com organizações indígenas e outras da sociedade civil, a promoção da assistência médica e odontológica para essas populações, cujas políticas e diretrizes seriam estabelecidas pelo Ministério da Saúde, e suas ações executadas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), tal como disposto, respectivamente, nos artigos 2 e 3 do *Decreto nº 3.156*¹, de 27 de agosto de 1999, ratificado, posteriormente, pela *Lei nº 9.836/99*², de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por meio desse projeto procurou-se, por um lado, contemplar as reivindicações das lideranças e movimentos indígenas que assegurassem a necessidade de formular um subsistema de saúde específico para atender estas populações, cuja assistência estava até então sob a alçada da Fundação Nacional do Índio (FUNAI); por outro, a sua formulação insere-se no bojo da então chamada Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que dispõe sobre os princípios e diretrizes para a criação do SUS e a aprovação da *Lei Orgânica da Saúde*.

Os princípios e diretrizes dessa proposta se pautavam na ampliação do conceito de saúde, assim como na universalização e integralização do conjunto das ações e serviços de saúde pública. Foi nesse contexto que foi formulada a proposta de distritalização dos serviços de saúde, como unidades operacionais e administrativas mínimas do sistema de saúde, por meio da formulação de um modelo de atenção operacionalmente baseado no controle preventivo e gestor da saúde de determinados grupos populacionais³.

Pressupôs, ainda, a criação de instâncias colegiadas (e paritárias entre usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviço e represen-

tantes governamentais) para a coordenação do conjunto das ações em saúde nas áreas distritais, por meio da formação dos Conselhos de Saúde, o que caracterizaria a promoção do que passou então a ser chamado “controle social”; ou seja, a participação da sociedade civil, por meio das suas representações, na gestão das políticas públicas, para o acompanhamento da execução das ações em saúde e para o atendimento das reivindicações coletivamente priorizadas e definidas no âmbito das diversas instâncias de representação (local, distrital, regional), tal como disposto na *Resolução nº 333/2003*⁴.

O projeto de criação dos DSEIs é formulado segundo os termos dessa proposta. Os DSEIs deveriam levar ainda em consideração, para a sua organização, as áreas territoriais indígenas sob a sua responsabilidade, assim como as necessidades de infraestrutura e de recursos humanos para a operacionalização das ações em saúde, por meio da criação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), a serem lotadas em cada Unidade Básica de Saúde, e da promoção do programa de formação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), por meio da capacitação de agentes nativos para atuarem nesse âmbito em suas próprias comunidades^{1,2,5}.

Foi também assegurada a participação indígena nas instâncias de representação colegiadas, como os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde [que também tem uma comissão específica para tratar dos temas referentes à saúde indígena: a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI)], assim como a formação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISIs), que se organizam, desde 2006, pela instituição do Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, e os Conselhos Locais de Saúde Indígena para acompanhar a execução do Plano Distrital de Saúde Indígena nos DSEIs, exercendo, sob esta forma, o “controle social” das ações em saúde indígena, tal como disposto na legislação sobre a atenção à saúde indígena já em vigor^{1,2,4}.

Foram criados 34 DSEIs (hoje, potencialmente Unidades Gestoras “autônomas”), instituídos de acordo com áreas territoriais indígenas diferenciadas, mas seguindo o modelo descentralizado e hierarquizado do SUS: unidades de saúde nas comunidades indígenas, polos-base em territórios indígenas que deveriam comportar as EMSIs e as Casas de Saúde Indígena (CASAI), criadas em áreas estratégicas juntas à localização dos DSEIs ou em outros centros urbanos de referência para receber pacientes indígenas encaminhados para exames e tratamentos de casos de média e alta complexidades.

Desde o final de 2010, entretanto, esse subsistema passou a ser subordinado diretamente ao Ministério da Saúde, por meio do *Decreto nº 7.336*⁶, que oficializa a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), na estrutura do Ministério da Saúde.

O que este texto vem abordar, para além das mudanças institucionais que alteraram ao longo dos anos a gestão da então criada Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) no âmbito da Política Nacional de Saúde⁵, é o modo da sua operacionalização, tendo como eixos condutores as noções de “autonomia”, “controle social” e o tema da “atenção diferenciada”, tal como vêm sendo abordados na formulação e na condução desta política.

Autonomia para quem? Controle social e controle político no âmbito da Política Nacional de Saúde Indígena

Um relatório relativamente recente de avaliação da política de saúde para as populações indígenas no Brasil aponta que se o processo de distritalização da saúde nas áreas indígenas aconteceu de forma diferenciada de uma região para outra no país, os problemas, entretanto, parecem ser recorrentes. De modo geral, afirma-se que “... o modelo assistencial implantado nos distritos segue a lógica da produção de serviços, centrado na concepção médico-curativa e na técnica da assistência”, sendo que “... os indicadores mostram que não tem conseguido atender às necessidades e resolver os principais problemas de saúde”, prevalecendo “a concepção topográfico-burocrática do distrito sanitário (como espaço geográfico, populacional e administrativo onde são coordenados os estabelecimentos e serviços), em detrimento da lógica das necessidades e problemas de saúde e a necessidade de reorganização das práticas e processos de trabalho, de modo que sejam inseridas num processo social pela melhora das condições de saúde, ou seja, o Distrito Sanitário Especial Indígena ainda é concebido como um modelo organizacional e não como modelo assistencial”⁷ (p. 100-1, grifos nossos). O relatório também aponta que há um alto índice de demanda por consultas especializadas e internações hospitalares que também indicariam “a baixa resolutividade das ações prestadas em algumas regiões”, assim como uma ênfase no consumo de medicamentos por parte das populações indígenas.

Depreende-se, assim, que o chamado Subsistema de Atenção à Saúde Indígena ainda não se encontra plenamente consolidado no país, apesar da criação dos DSEIs. O modelo distri-

tal ainda parece ser o modelo que atenderia a especificidade requerida para as ações em saúde indígena, pois simultaneamente garantiria o “subsistema específico”, mas articulado com o sistema nacional por meio das agências do Ministério da Saúde (tal como a atual SESAI). Sua consolidação, entretanto, ainda é devedora não só de um modelo assistencial, como aponta o relatório, mas também de um modelo organizacional efetivo, marcado por conflitos e falta de integração entre instâncias institucionais para a sua plena operacionalização; fraca cobertura das áreas territoriais indígenas (que divergem consideravelmente de tamanho, composição étnica, formas e meios de acesso às comunidades); falta de infraestrutura física e de recursos humanos para a formação das equipes gestoras e multiprofissionais locais, articuladas com o complexo médico-hospitalar da rede assistencial do SUS, o que se espelha nos dados disponíveis sobre a situação de saúde das populações indígenas no Brasil.

De acordo com os últimos dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE; *Censo Demográfico 2010*. <http://www.ibge.gov.br>, acessado em 28/Jun/2011), referentes a 2010, a população autodeclarada indígena no Brasil está em torno 817 mil pessoas, representando 0,42% da população total do país, registrando-se um aumento de 11% em relação aos dados do censo de 2000. Os dados disponíveis sobre natalidade e mortalidade indicam que a taxa de natalidade havia crescido em torno de 1,3%, mas mantinha-se abaixo da taxa geral para o país (em torno de 20%). A taxa de mortalidade infantil foi reduzida em 27%, passando de 74,61% em 2000 para 53,11 em 2005, mas aparentemente permanece estagnada, e a taxa de mortalidade geral passou de 7,1% para 4,77% no mesmo período⁸.

Dentre os agravos mais frequentes estão as doenças infecciosas e parasitárias (22,48%), do aparelho respiratório (22,78%) e “sintomas, sinais e achados anormais” que respondem por 25,65% da morbidade na população indígena no Brasil no período de 2003 a 2005⁸. O *I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas*⁹ revela que os índices de desnutrição em crianças indígenas menores de 60 meses de idade e em mulheres indígenas de 14 a 49 anos no Brasil continuam altos e superiores à média da população brasileira em geral, tal como reportado também no texto que faz parte deste Fórum. Tais indicadores demonstram que o modelo médico assistencial para as populações indígenas no Brasil ainda é precário, mesmo para a execução das ações básicas em saúde para estas populações, predominando um cenário

de doenças carenciais e de controle infecto-parasitário.

Também a participação das populações indígenas na formulação, planejamento, gestão e avaliação das ações em saúde por meio da sua representação nos diversos Conselhos é precária, os conselhos distritais e locais pouco operacionais, apesar da legislação em vigor, tal como vem sendo apontado em pesquisas sobre o tema^{10,11,12}.

Durante os primeiros anos que se seguiram à criação dos DSEIs, a forma de operacionalização predominante do modelo gestor realizada pela FUNASA foi por meio do repasse dos recursos governamentais aos municípios, ou a contratação de ONGs que já operavam em áreas indígenas, ou foram instituídas para tal, para formular ou executar as ações em saúde indígena. Tal fato propiciou que uma rede mínima fosse sendo estabelecida e, em certas localidades, também propiciou a formação e o fortalecimento de Associações Indígenas que chamaram a si esse encargo. Optou-se, assim, pela chamada “terceirização” do gerenciamento e execução das ações da saúde indígena, o que trouxe à tona uma sutil dicotomia entre “controle político” e “controle social” (nos termos da acepção corrente das políticas públicas).

Por um lado, o Estado “transfere” a responsabilidade pelo gerenciamento e execução dessas ações a outras entidades; ou seja, em certo sentido, “perdendo o controle político” (e a sua condução institucional unificada) sobre o processo em favor de entidades não governamentais. Por outro, esse processo foi visto, por algumas associações e lideranças indígenas, como a forma de assumir não só o “controle social”, mas o “controle político” propriamente dito dos recursos e da gestão dos programas e da assistência em saúde, tal como reportado em algumas regiões^{10,12,13}. Para algumas populações indígenas é sobre essa base que a questão da “autonomia” é colocada.

O processo crescente de regularização, controle da gestão de recursos e gerenciamento da prestação de serviços das chamadas “conveniadas” pela então FUNASA, assim como o processo de “municipalização” igualmente crescente da saúde indígena, com transferência de recursos substanciais aos municípios que triplicaram a partir de 2007 – algo em torno de 155 milhões para 369 municípios, segundo dados apontados por Araújo¹² –, mostram o modo como este processo é revertido; ou seja, trata-se efetivamente de “resgatar a condução política e unificada” da gestão e execução de ações em saúde indígena nos DSEIs e no SUS, procurando complementar, por meio da municipalização dos recursos, a unificação da assistência às populações indí-

genas em um sistema de atenção descentralizado, hierarquizado e “universal”. Por essa razão, algumas lideranças indígenas expressam a sua preocupação em relação a esse ponto, pois o processo de unificação da assistência por meio da crescente municipalização dos recursos para a saúde indígena pode vir a significar a perda da “autonomia autogestora” e da “especificidade da assistência”, que alguns grupos conseguiram ou lograram conseguir, pelo menos de acordo com o modo como estas populações compreendem o processo; ou seja, como tendo o controle autogestionário das ações em saúde por parte das próprias populações e organizações indígenas.

Do ponto de vista dos executores (atualmente, a SESAI) a questão da “autonomia” é fundamentalmente “gestora”, constituindo um dos grandes problemas para a própria administração do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. O caráter centralizador da gestão e os requerimentos técnico-funcionais necessários para o pleno reconhecimento dos DSEIs como “unidades gestoras” dificultam sobremaneira o processo, gerando dúvidas sobre a propalada “autonomia” dos DSEIs para a realização das suas atribuições institucionais na consecução da Política Nacional de Saúde Indígena, tal como reportado por Luiza Garnelo & Aldemir Maquiné (2012, comunicação pessoal).

Foram recentemente modificados pela SESAI os próprios critérios para a contratação das agências de prestação de serviços em saúde indígena, fazendo com que as associações indígenas ou certas organizações indigenistas não mais pudessem realizar ou ter o controle sobre a assistência médica prestada em área, pela exigência do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) para participarem do edital de chamamento público, realizado pelo Ministério da Saúde em outubro de 2011, a fim de contratar instituições para atuarem na área de saúde indígena. Somente três entidades privadas sem fins lucrativos (consideradas filantrópicas) estão conveniadas, atualmente, com o Ministério da Saúde para a realização de ações complementares em saúde indígena: a Missão Evangélica Caiuá, a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) e o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Se há, neste momento, a tendência crescente de assumir o pleno controle gestor e político do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, fragmentado anteriormente em múltiplas organizações e associações, há, ainda, a necessidade da terceirização das ações em saúde pelas dificuldades legais e administrativas de contratação de servidores, quer técnico-administrativos quer

de profissionais da área de saúde, por meio de concurso público para atuarem na área de saúde indígena, que ficaram a cargo dessas instituições.

O problema da saúde indígena esbarra, assim, na questão organizacional (e, por isto também assistencial). Talvez por essa razão a questão organizacional tem precedido a assistencial do ponto de vista dos gestores, particularmente no que concerne à baixa resolatividade das ações em saúde nos distritos sanitários indígenas, marcadas por carências de profissionais habilitados para atender à população local; alta rotatividade dos profissionais em área; falta de recursos de infraestrutura e equipamentos para determinados procedimentos e ações operados pelos DSEIs, tal como é possível antever pelos dados anteriormente apresentados.

Também tem precedido outro ponto considerado fundamental para a consolidação dos princípios que regem a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: o reconhecimento das práticas terapêuticas indígenas, promovendo, inclusive, a “articulação” destas práticas com aquelas da biomedicina, assim como a promoção da capacitação de membros destas populações como técnicos gestores ou profissionais de saúde integrados nos seus quadros.

Sobre a “atenção diferenciada”: breves notas sobre a (não) articulação das práticas terapêuticas indígenas no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e ao SUS

O próprio documento que institui a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas pressupõe não só o reconhecimento e o respeito aos então chamados “sistemas tradicionais indígenas de saúde”, mas também a “promoção” da articulação destes sistemas em todos os níveis da atenção a ser prestada: “Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidade, deverão ser definidos procedimentos de referência, contrarreferência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de *serviços diferenciados* com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviços”⁵ (p. 15, grifos nossos).

Projetos localizados desenvolvidos por meio do Projeto Vigisus II/FUNASA procuraram favorecer projetos e experiências para promover a articulação entre determinadas práticas de

saúde indígenas e o modelo assistencial¹⁴. O que se observa, entretanto, é que essa articulação ainda não foi promovida, a não ser por meio de projetos ou iniciativas localizadas, mas tem sido uma fonte constante de controvérsias sobre o seu real significado e os desdobramentos subsequentes para a sua efetiva implantação no contexto do SUS.

Do ponto de vista dos gestores, promover a “atenção diferenciada” no âmbito do SUS poderia gerar não só conflitos na assistência a ser prestada, mas também poderia sugerir o usufruto de determinados “privilégios” por parte dos indígenas em um modelo de atenção à saúde que pressupõe a “equidade” na assistência prestada. Do ponto de vista indígena, entretanto, trata-se cada vez mais de salvaguardar politicamente essa noção, dado que seria por meio da “atenção diferenciada” que a especificidade e a própria manutenção do subsistema de saúde indígena poderia ser mantida frente à tendência crescente do seu pleno abarcamento ao SUS, outorgando-lhe a legitimidade necessária para se manter como tal; ou seja, a “atenção diferenciada” deveria estar também concretizada em todas as instâncias e níveis da assistência terapêutica e da organização dos serviços para a sua prestação, tal como previsto não só no documento anteriormente reproduzido, mas em diversas outras resoluções que compõem o conjunto das diretrizes para a execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Há, portanto, por um lado, um conjunto de políticas públicas em saúde fundado sobre um princípio de acesso universal e unificado, mas que, no caso das populações indígenas, encontra-se fundado na noção (mesmo que imprecisa, e fundamentalmente retórica, por parte dos gestores) da “atenção diferenciada”.

Por outro lado, há uma demanda indígena para o acesso efetivo aos serviços de atenção em saúde que, por sua vez, passa a ser articulada ao campo da suas próprias *práxis* terapêutica, amplamente ancoradas nos chamados “complexos xamânicos”, tal como documentado em diversas e distintas áreas etnográficas^{13,15,16,17}. Entretanto, as próprias características gestoras do modelo assistencial para as populações indígenas parecem levar muito mais a uma “normatização inclusiva”, que mascara uma desigualdade real ao ignorar, inclusive, o modo pelo qual grupos ou sociedades distintos apreendem o que lhes é transmitido em termos das suas próprias categorias ou “lógicas culturais” que, supostamente, deveriam lhes ser agregados, sem que, ao mesmo tempo, se produza efetivamente ações em saúde tal como as comunidades indígenas as demandam.

Tem-se aqui o principal desafio para as políticas públicas em saúde para o atendimento às populações indígenas, para além daqueles que são característicos da própria estruturação dos

serviços de saúde em geral: a sua funcionalidade e capacidade assistencial adequadas para suprir as demandas dessas populações.

Resumen

El objetivo de este texto es analizar la política de la salud para los pueblos indígenas en Brasil, teniendo como referencia la Constitución Federal de 1988 y sus consecuencias sobre servicios de salud para estas poblaciones. Sobre tres principios pivotará el análisis: las directrices, marcadas por los conceptos de “autonomía” y de “control social”, pero que se traducen, de cierta manera, en la organización de las formas de representación y de participación indígenas en el plan de las políticas públicas del Estado; la presuposición de la “atención diferenciada” en la construcción de un modelo asistencial inclusivo, pero operacionalmente normativo; y, finalmente, la relación entre el modelo propuesto y las prácticas terapéuticas indígenas.

Salud de Poblaciones Indígenas; Política de Salud; Políticas Públicas

Agradecimentos

Agradeço não só ao convite de James Welch para participar do painel *Saúde e Povos Indígenas no Brasil: Desafios Nacionais e Insights Locais* durante o 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), de 14 a 18 de novembro de 2012, mas também a oportunidade de participar deste Fórum para o qual a sua colaboração foi igualmente valiosa.

Referências

1. Brasil. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. Diário Oficial da União 1999; 28 ago.
2. Brasil. Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999. Diário Oficial da União 1999; 24 set.
3. Mendes EV. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1999.
4. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Diário Oficial da União 2003; 5 nov.
5. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
6. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010. Diário Oficial da União 2010; 20 out.
7. Institute of Development Studies; Saúde Sem Limites; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Diagnóstico situacional do Subsistema de Saúde Indígena – relatório inicial (revisado). Brasília: Consórcio Institute of Development Studies/ Saúde Sem Limites/Centro Brasileiro de Análise e Planejamento; 2009.
8. Conselho Nacional de Saúde. Memória da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena. Brasília: Editora da UnB; 2006.
9. Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, Souza MC, Garnelo L, et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health* 2013; 13:52.
10. Garnelo L. Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena: uma experiência de educação e comunicação em saúde indígena. In: Vasconcelos E, organizador. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 2001. p. 237-60.
11. Langdon EJ, Diehl E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde Soc* 2007; 16:19-36.
12. Araújo R. Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: dilemas, conflitos e alianças a partir da experiência do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu, 2012 [Tese de Doutorado]. São Carlos: Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de São Carlos; 2012.
13. Cardoso MD. Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto Xingu. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa Editora; 2004. p. 195-215.
14. Ferreira LO, Osório P, organizadores. *Medicina tradicional em contextos*. Anais da I Reunião de Monitoramento – Área de Medicina Tradicional Indígena. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2007.
15. Garnelo L. Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
16. Langdon EJ. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa Editora; 2004. p. 33-51.
17. Cardoso MD. Dalla pluralità terapeutica alla logica della differenza – il contesto alto xinguano del Brasile Centrale. In: Baramonte G, Bolletini P, editors. *Amazzonia Indigena – 2007: resoconti di ricerca sul campo*. Roma: Bulzoni Editore; 2008. p. 171-90.

Recebido em 20/Fev/2014

Aprovado em 12/Mar/2014