




Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil

Articulation between health services and “indigenous medicine”: Anthropological reflections on politics and reality in Brazil

Esther Jean Langdon¹, Luiza Garnelo²

¹Doctora en Antropología. Investigadora 1B, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Coordinadora, Instituto Brasil Plural, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. ✉ 

²Doctora en Ciencias Sociales/Antropología. Investigadora 1D, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Instituto Leônidas & Maria Deane, Fiocruz Amazônia, Manaus, Amazonas, Brasil. ✉

RESUMEN Este artículo contribuye al diálogo entre las ciencias sociales y la medicina social en América Latina a través de la exploración del pluralismo terapéutico en las políticas y servicios de salud indígena en Brasil. Revisa las investigaciones recientes en antropología, así como los conceptos y debates actuales, para examinar críticamente las políticas de salud indígena en Brasil y su concepto de “atención diferenciada”, que propone la articulación entre las prácticas oficiales de salud y las terapias indígenas. Varias contradicciones y tensiones están presentes entre la organización estructural del subsistema de salud indígena en el nivel nacional y las prácticas cotidianas de los equipos de salud en el nivel local. Guiados por la ideología hegemónica de la biomedicina, los profesionales de salud no reconocen las dinámicas y la agencia expresada en las prácticas indígenas de salud.

PALABRAS CLAVES Salud de Poblaciones Indígenas; Política de Salud; Medicina Tradicional; Antropología; Brasil.

ABSTRACT This paper contributes to the dialogue between the social sciences and social medicine in Latin America by exploring therapeutic pluralism in indigenous health policies and services in Brazil. It reviews recent anthropological research, concepts and current debates to critically examine Brazilian indigenous health policy and its concept of “differentiated care,” which proposes articulation between official health practices and indigenous therapies. A number of contradictions and tensions are present in the structural organizational of the indigenous health subsystem at the national level and in the daily practices of health teams at the local level. Guided by the hegemonic ideology of biomedicine, health professionals fail to recognize the dynamics and agency expressed in indigenous health practices.

KEY WORDS Health of Indigenous Peoples; Health Policy; Traditional Medicine; Anthropology; Brazil.

INTRODUCCIÓN

Desde la Declaración de Alma-Ata, varios documentos internacionales han proclamado el valor de los conocimientos tradicionales para los servicios de salud primaria. De manera conjunta, la medicina social, llamada *salud colectiva* en Brasil, ha surgido en América Latina como un campo distinto al de la salud pública característica de los países del norte, al ir más allá de la dimensión biológica del proceso de la enfermedad y pasar a centrarse en las condiciones sociales de la producción de la salud. Este movimiento ha sido receptivo a las contribuciones de las ciencias sociales para la comprensión del proceso salud-enfermedad y para la organización de los servicios de salud. En Brasil, muchos científicos sociales han sido incorporados a programas de salud colectiva y realizan investigaciones que apuntan al desarrollo y evaluación de las políticas y los servicios de salud. Este artículo pretende contribuir al diálogo entre las ciencias sociales y la medicina social en América Latina, explorando el pluralismo terapéutico en la política y en los servicios de salud indígena en Brasil, haciendo una revisión de publicaciones recientes y debates actuales.

La mayoría de los países latinoamericanos reconocen la naturaleza pluriétnica del Estado y han establecido políticas orientadas a brindar servicios en contextos interculturales que exigen respeto y articulación con las prácticas de salud tradicionales presentes en todo el continente⁽¹⁾. La política de salud indígena brasileña se ha construido bajo el concepto de “atención diferenciada” y ha estado guiada por los principios de acceso universal, participación comunitaria y articulación con las tradiciones culturales de las colectividades atendidas, respetando sus prácticas e incorporándolas en lo posible en los servicios ofrecidos por los centros de salud⁽²⁾. Aunque los indígenas son una proporción relativamente pequeña de la población brasileña total (entre el 0,02% y el 0,04%), su presencia es prominente en el imaginario social, así como en las políticas públicas⁽³⁾ basadas en la garantía constitucional al territorio, a la salud y a la cultura.

La 1ª Conferencia Nacional de Protección a la Salud del Indígena, celebrada en 1986, formó parte de un proceso político más amplio que culminó en la Constitución de 1988 con amplias garantías para los derechos ciudadanos. En el campo de la salud, este proceso convergió con la reforma sanitaria, que tuvo como uno de sus principales resultados la creación del Sistema Único de Salud (SUS) en 1988. El SUS fue concebido e implementado como una política de bienestar social con cobertura de salud universal para toda la población brasileña⁽⁴⁾. El subsistema de salud indígena (SASI), fue instituido a partir de la Ley 9836/99 y posteriormente regulado por la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI), en 2002, luego de casi una década de debates y diversas medidas legales para establecer normas específicas para los pueblos indígenas.

Es importante contextualizar histórica y políticamente la creación del SASI, dado que la propuesta surgió de Sérgio Arouca, reconocido defensor de la reforma sanitaria, quien advirtió las limitaciones de la política universal del SUS con relación a las particularidades y necesidades de las minorías indígenas. Este reconocimiento implicó el establecimiento de una política y un sistema específicos que, sin privar a los pueblos indígenas del derecho universal a la salud, obligaría a adelantar un número de iniciativas en sus territorios, promoviendo una extensión de la atención primaria sin precedentes en la historia de las relaciones interétnicas en Brasil. Se procuró garantizar el derecho al acceso universal a los servicios de salud, colocar a los pueblos indígenas en pie de igualdad con los demás ciudadanos brasileños y proporcionar atención culturalmente específica, sensible a las necesidades locales de los numerosos grupos étnicos atendidos por el SASI.

El reconocimiento constitucional de que la violenta historia del contacto interétnico generó marginación social, económica, política y geográfica en los pueblos indígenas, justificó uno de los programas sociales más inclusivos de América Latina en cuanto a la cobertura de los servicios y la asignación de una cantidad significativa de recursos

destinados a mejorar la salud de los pueblos indígenas⁽¹⁾. Además de asumir la responsabilidad de la ejecución de la atención primaria en las reservas indígenas, el SASI recibió su propio presupuesto e implementó una serie de estrategias administrativas y de gestión diferentes a las aplicadas a otras minorías étnicas o raciales. Es importante señalar esta singularidad de la gestión del subsistema dado que, en Brasil, los niveles federales de gobierno solo ejercen funciones reguladoras y coordinadoras de la política de salud y no la supervisión directa de la prestación de servicios, como ocurre en el caso de las comunidades indígenas⁽⁴⁾.

Como es común en otras políticas sociales en Brasil, existe una brecha entre la garantía jurídico-política de un derecho y sus resultados en la vida cotidiana de los ciudadanos. Por lo tanto, para los pueblos indígenas, la existencia de su propia política especial y del subsistema de servicios, ha tenido aparentemente poco impacto en el mejoramiento de las condiciones de salud⁽⁵⁾. Su situación continúa siendo precaria, marcada por la persistencia de enfermedades parasitarias e infecciosas que coexisten con una acelerada transición nutricional y epidemiológica en la que surgen nuevas enfermedades, incluyendo síndromes crónicos, sobrepeso y obesidad, trastornos mentales y del comportamiento, y causas externas de enfermedad y muerte⁽⁶⁾. Las tasas históricamente altas de desnutrición y mortalidad infantil coexisten con el abuso de sustancias, la muerte violenta y el suicidio, especialmente, entre los jóvenes, y reflejan violencia estructural, subordinación política, explotación económica, discriminación social, marginalidad y atención inadecuada⁽⁶⁾.

Los antropólogos han acompañado la construcción de la política de salud indígena desde la primera Conferencia Nacional de 1986, a través de la participación política, la colaboración con organizaciones indígenas y étnicas y la investigación a nivel nacional y local⁽⁷⁾. Aunque tienen una presencia importante en los foros locales y nacionales, en los consejos, comisiones y comités encargados de la construcción, administración

y evaluación de los servicios, sus opiniones, críticas y sugerencias suelen recibir poca consideración por parte de las autoridades gubernamentales.

El desarrollo de la investigación en salud indígena ha crecido. Las revisiones recientes^(8,9) han demostrado un crecimiento sustancial de los grupos de investigación en los programas de posgrado de salud colectiva y ciencias sociales, junto con el aumento de investigaciones y publicaciones sobre el tema que abordan temas epidemiológicos, socioculturales y políticos. El gran volumen de estas investigaciones quedó demostrado en la bibliografía anotada compilada por Buchillet⁽¹⁰⁾. Las editoriales de importantes instituciones académicas, como la Fundación Oswaldo Cruz, la Universidad Federal de Santa Catarina, la Universidad de San Pablo y otras, publican libros específicos sobre el tema. En particular, la colección de Pueblos Indígenas de Fiocruz, ha aumentado la visibilidad de estas obras^(11,12,13,14,15,16,17). La vitalidad del campo también está representada en el creciente número de autores y artículos publicados en revistas de salud colectiva, antropológicas y de ciencias sociales en general.

TEMAS Y CONCEPTOS PARA LA POLÍTICA DE SALUD INDÍGENA

La “atención diferenciada” es central en la política de salud indígena brasileña. La discusión sobre lo “diferenciado” se refiere a los cimientos de una política pública marcada por una tensión permanente entre la abstracción de igualdad de la universalización, la estandarización de derechos regulados por el Estado y la diversidad de demandas, deseos y necesidades expresadas por individuos y grupos sociales que esperan que sus singularidades sean escuchadas y respetadas, y cuya agencia opera en el nivel concreto⁽¹⁸⁾. Habermas sitúa a los movimientos sociales dentro de esta esfera, incluidos los de las minorías étnicas, como sujetos centrales, creadores de ciudadanía que se manifiestan en la vida cotidiana y no solo como abstracción legal.

La Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas no define con precisión el significado de este término, sino que lo relaciona con una atención respetuosa a los conocimientos y prácticas indígenas y con la búsqueda de una “articulación” capaz de mejorar la salud de estos pueblos⁽²⁾. Reconoce que todas las sociedades indígenas “...tienen sus propios sistemas de interpretación, prevención y tratamiento de la enfermedad”⁽²⁾, subraya la importancia de la medicina tradicional para la atención en salud comunitaria y recomienda la articulación con estos sistemas de conocimiento “incorporándolos, cuando sea posible, en las rutinas del trabajo en salud”⁽²⁾. El mismo documento afirma también que la atención primaria debe considerarse como un complemento y no como un sustituto de las prácticas tradicionales⁽²⁾. En otras palabras, la legislación brasileña y los documentos normativos exigen la articulación entre las prácticas oficiales de salud y las diversas terapias indígenas. Este compromiso de articulación entre las prácticas indígenas y las oficiales se reafirmó en 2004, con la Ordenanza No. 70 “Directivas para el Modelo Administrativo de Salud Indígena” y en el Proyecto VIGISUS II sobre Medicina Tradicional (2004-2008), que buscaba validar los conocimientos tradicionales y desarrollar estrategias de articulación entre los sistemas de salud oficiales e indígenas⁽¹⁹⁾. A pesar de su carácter dialógico y participativo, estos proyectos tuvieron poco impacto en las acciones del subsistema mayor. Además, los esfuerzos para crear una legislación reguladora de las prácticas terapéuticas alternativas y la medicina tradicional, contradicen la validación del conocimiento tradicional como legítimo⁽²⁰⁾. En el caso del SASI, la legislación no es clara en cuanto a lo que constituye “articulación” y sobre cómo se podrían llevar a cabo en las acciones cotidianas de atención primaria. En términos de Habermas⁽¹⁸⁾ citado anteriormente, todavía existe poca congruencia entre el derecho abstracto garantizado en la legislación y las prácticas terapéuticas de los equipos multiprofesionales que prestan atención primaria en los poblados indígenas.

Aunque la recomendación de articular diferentes tradiciones sanitarias parece

sugerir una mayor preocupación y favorecer la diversidad de sociedades y culturas indígenas, una lectura cuidadosa de las normas referentes a la diferencia, evidencia su carácter vago y la imposibilidad de practicarlas, así como la falta de cualquier contribución al avance o a la innovación de la lógica biomédica que organiza la atención primaria de salud. Es importante subrayar la ausencia en los principales documentos del SASI del término interculturalidad, uno de los pilares de las políticas dirigidas a las minorías étnicas en gran parte del mundo. A pesar de la polisemia de la palabra en diferentes contextos, esta ha funcionado como directiva para una interacción más horizontal en las mediaciones entre el Estado y los líderes indígenas⁽²¹⁾. Sin embargo, la política sanitaria brasileña ha pasado por alto este debate relevante presente en el resto del continente latinoamericano.

Las omisiones de la concepción y estructura administrativa del SASI han llevado a varios antropólogos a reflexionar críticamente sobre los conceptos que lo orientan y las prácticas que lo concretizan. Entre ellas, las obras de varios autores^(22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32) han cuestionado el significado de la política de salud indígena, sus prácticas administrativas y la calidad de su atención primaria.

Muchas de estas publicaciones subrayan la visión esencialista de las autoridades sanitarias, que promueven una comprensión de la cultura como un conjunto fijo de creencias que *determinan* acciones⁽²³⁾. Una idea tan rígida tiene como consecuencia la incapacidad de reconocer las diferencias entre los distintos grupos indígenas, la agencia indígena, la vitalidad de su etnopolítica y la capacidad de recrear y reinventar sus tradiciones. Cardoso⁽³⁰⁾ califica esta visión estática como una “normatización inclusiva”, promovida por el subsistema, que homogeneiza los procesos administrativos y la prestación de servicios de salud, negándose a reconocer las desigualdades bajo las cuales se someten los indígenas, así como la diversidad de sus modos de vida⁽³²⁾.

Langdon⁽³³⁾ también critica la estrecha visión que el sistema oficial tiene de la medicina tradicional: la limita a un chamanismo

genérico y/o al uso de plantas medicinales sin tener en cuenta la extrema variedad de sistemas indígenas de cuidado y curación.

Dentro de este contexto, para proclamar diferenciación, la política de salud brasileña no dialoga con las expectativas y visiones de los pueblos indígenas; ellos son, al fin de cuentas, negados o ignorados por un sistema de salud oficial que se limita a un vago ordenamiento de las rutinas de salud administrativa. Esta política de salud está marcada por un alto grado de estandarización de rígidas normas técnicas prescriptivas, cuyo carácter estrictamente biomédico las hace impermeables a contextos y singularidades locales^(30,34,35).

La asimetría de estas relaciones es congruente con lo que Pontes, Garnelo y Rego⁽³⁶⁾ llaman interacción entre “extraños morales”. Basados en las proposiciones de Engelhardt Jr.⁽³⁷⁾, estos autores caracterizan las relaciones entre los indígenas y los profesionales de la salud como una situación en la que los sujetos no comparten valores comunes ni autoridad moral. Frente al distanciamiento moral entre los sujetos en interacción, el establecimiento de un consenso que pudiera promover la viabilidad de una acción adecuada requeriría de un verdadero diálogo que involucrara la participación de líderes y otros indígenas para constituir una comunidad de argumentación y comunicación. Esto, de hecho, no ocurre⁽³⁶⁾. Así, la acción del Estado brasileño, expresada en la política de salud indígena y en sus documentos normativos, no se traduce en una comunidad discursiva, sino en una asimetría poscolonial y en la subalternización judicial y moral de los pueblos indígenas. Esta asimetría también se traduce a nivel técnico, debido a la hegemonía del modelo de atención primaria de salud desarrollado de forma estandarizada y mecánica en las reservas indígenas.

El examen del concepto de atención diferenciada y de sus políticas públicas ha dado lugar a nuevas orientaciones en la investigación sobre raza y etnicidad⁽³⁸⁾. Otras investigaciones se enfocan sobre cuestiones específicas de la organización de los servicios de salud, tales como la acción y la capacitación de los profesionales, incluidos los agentes indígenas

de salud^(39,40,41,42,43,44), la participación indígena en los consejos de control social^(45,46,47,48) y los modelos de atención en salud que se ejecutan en los poblados indígenas^(36,43,49,50,51).

En este conjunto de iniciativas debe destacarse el Proyecto VIGISUS II, mencionado anteriormente, y asociado al Área de Medicina Tradicional^(15,19,20). Este proyecto apoyó una serie de investigaciones académicas junto con acciones comunitarias que estimularon, registraron y sistematizaron experiencias de validación y revitalización de las prácticas tradicionales de salud. Esta experiencia representó la mayor aproximación al concepto de “articulación” entre las prácticas oficiales y las nativas desde la implantación del SASI^(15,19,52,53).

La producción de etnografías sobre la organización y la provisión diaria de atención de salud para las comunidades indígenas ha sido un campo rico para la investigación antropológica en Brasil. Como se desprende de la discusión anterior, esta amplia gama de investigaciones, a través del enfoque local en los poblados indígenas, en los grupos étnicos, en enfermedades específicas, en las prácticas biomédicas, en los sistemas nativos de prácticas de salud y curación, entre otros, ha proporcionado una gran variedad de información sobre el funcionamiento del SASI y su organización en distritos especiales de salud indígena. Estas investigaciones emplean paradigmas antropológicos para la comprensión de los modelos y prácticas de salud, así como sobre la perspectiva de los actores en contextos locales, buscando entender cómo las personas organizan y orientan sus prácticas con respecto a los problemas de salud que perciben, incluyendo aquellos que no corresponden a la nosología biomédica.

Dinámica y surgimiento de formas de autoatención

Otro grupo de investigaciones, enfocado más estrictamente en la etnomedicina o medicina indígena, señala el carácter dinámico y procesual de las prácticas relacionadas con la atención en salud. Se basan en métodos

etnográficos clásicos, caracterizados por largos periodos de trabajo de campo y estrechas relaciones con los sujetos investigados, en los que buscan comprender los significados y dinámicas de la autoatención, entendida como la relación entre la acción y las estructuras de significado que intervienen en la producción de salud, y siguen, en su sentido más amplio, la concepción de las prácticas de autoatención de Menéndez⁽⁵⁴⁾. Describen y analizan las singularidades, interacciones, negociaciones y conflictos existentes en el proceso social, así como la construcción social del cuerpo, personalidad, identidades y dimensiones cosmopolíticas que están directamente relacionadas con los procesos de reproducción biológica y social del grupo.

Estos estudios analizan “otras” formas de conocimiento, que se revelan a través del método etnográfico y reconocen la pluralidad de conocimientos y derechos, y el derecho a estos⁽⁵⁵⁾, planteando cuestiones relacionadas con las cosmologías indígenas, los chamanes, las relaciones con la naturaleza, las prácticas de comensalidad, convivencia y sociabilidad de la vida cotidiana y los procesos reproductivos que son elementos cruciales en la reproducción social y biológica de cualquier grupo. De estos numerosos estudios, los más recientes incluyen a Pereira⁽⁵⁶⁾; Guimarães⁽⁵⁷⁾; Garnelo^(12,58); Biserra⁽⁵⁹⁾; Mendes dos Santos⁽⁶⁰⁾; Oliveira⁽⁶¹⁾; Silveira⁽⁶²⁾; Oliveira⁽⁶³⁾; Oliveira⁽⁶⁴⁾; Ávila⁽⁶⁵⁾; Scopel⁽⁶⁶⁾; Dias-Scopel⁽⁶⁷⁾; Scopel, Dias-Scopel y Wiik⁽⁶⁸⁾; Pérez Gil⁽⁶⁹⁾.

El chamanismo, tema clásico de la antropología, persiste como tópico de interés, pero centrado en las transformaciones de las prácticas chamánicas y su papel en la afirmación de la revitalización indígena y cultural estimulada, al menos en parte, por el surgimiento de políticas públicas que reafirman la diversidad cultural. Además de su papel en relación con la cosmopolítica y la salud, el chamanismo, como expresión de la medicina tradicional, constituye una forma de capital simbólico que expresa la afirmación de la identidad ante la sociedad circundante^(70,71,72,73). Langdon⁽⁷⁴⁾ sostiene que los chamanismos contemporáneos deben ser entendidos como prácticas dialógicas que surgen de la articulación con grupos

no indígenas, así como con las políticas públicas, resultando en la apropiación de conocimientos y objetos de la sociedad hegemónica, como es el caso de los guaraníes del sur de Brasil que adoptaron la ayahuasca (*Banisteriopsis caapi*) en sus prácticas rituales. Con recursos gubernamentales y la participación del equipo de salud, se desarrolló un proyecto para reducir la violencia y el abuso de alcohol en la comunidad. La incorporación de esta sustancia amazónica en sus prácticas rituales dio como resultado el fortalecimiento de la autoridad política y religiosa del liderazgo tradicional de la comunidad (*karaikuery*)⁽⁷⁵⁾. Esto está lejos de ser un caso aislado, como han demostrado estudios recientes para los Huni Kuin (Cashinahua)⁽⁷⁶⁾ y otros grupos en Acre.

Los estudios sobre el pluralismo terapéutico han ido surgiendo cada vez más del enfoque de Menéndez⁽⁷⁷⁾, en particular, el concepto de prácticas de autoatención⁽⁵⁴⁾ en su sentido más estricto, para investigar la variedad de estrategias utilizadas por los pacientes y sus familias para prevenir, tratar, o curar enfermedades y otras aflicciones. El uso de las prácticas de autoatención, en sentido estricto, se centra tanto en las representaciones de la enfermedad como en las prácticas. Estos estudios reconocen el carácter autónomo de estas prácticas y su articulación con modelos de atención, científicos o no. Además, muestran que las relaciones de esas experiencias con las prácticas biomédicas, particularmente desde la implantación del SASI, han llevado a la incorporación de estas terapias y medicamentos en itinerarios terapéuticos indígenas y prácticas de autoatención.

La dinámica de las prácticas de autoatención se refleja en estudios que se centran en prácticas religiosas y en procesos de conversión religiosa. Ghiggi Jr.⁽⁷⁸⁾ identificó prácticas emergentes de sanación en las iglesias evangélicas en una reserva Kaingang y una red de alianzas de curanderos nativos con no indígenas que viven fuera de la reserva. En esta misma localidad, Oliveira⁽⁷⁹⁾ trabajó sobre la Iglesia de la Salud en los años noventa y sus prácticas híbridas que eran vistas como “tradición” por los líderes kaingang, a pesar de la marcada presencia de la biomedicina,

el catolicismo popular y las prácticas espiritistas. Otras investigaciones⁽⁸⁰⁾ han registrado un intercambio significativo entre los kaingang y los no indígenas con respecto a los hábitos alimenticios y las actividades festivas.

Los análisis del pluralismo terapéutico han sido objeto de diversas publicaciones que exploran las prácticas de autoatención en contextos de “intermedicalidad”^(35,81,82), concepto que considera la articulación y apropiación de las distintas tradiciones del conocimiento marcadas por las negociaciones y relaciones de poder que favorecen el desarrollo de nuevos modelos de atención en salud. Partiendo de los conceptos de intermedicalidad y autoatención, Scopel⁽⁶⁶⁾ y Dias-Scopel⁽⁶⁷⁾ exploran la convivencia de diversos modelos de atención sanitaria entre los indígenas mundurukú, así como los aspectos políticos, económicos e ideológicos y las estrategias de poder involucradas en la salud y las prácticas y conocimientos de la enfermedad, de manera independiente de su origen. Estos conceptos ayudan a reconocer la influencia mutua de los factores contextuales, la dinámica de las elecciones de los mundurukú y la presencia de diversos modelos y prácticas, híbridos y sincréticos, presentes en la vida cotidiana y en los procesos de reproducción social y biológica del grupo.

Los estudios anteriores demuestran que es necesario ir más allá de la noción de que diferentes tradiciones terapéuticas representan sistemas discretos con fronteras claras entre las prácticas biomédicas e indígenas. Las investigaciones demuestran que existe un fuerte entrelazamiento entre diversas tradiciones médicas en las prácticas cotidianas de los pacientes y sus familias. Esto es contrario a la opinión de sentido común de muchos profesionales de la salud que trabajan con grupos indígenas que perciben la “cultura”, las “creencias” y la “tradición” como realidades estáticas y de esta forma las interpretan como obstáculos para la aceptación de servicios biomédicos^(83,84,85).

Las prácticas médicas híbridas documentadas en muchos de los estudios anteriores son evidencia de que las zonas de contacto entre los grupos indígenas y los profesionales

biomédicos^(81,82) son espacios de intermedicalidad permeados por negociaciones entre sujetos políticos dotados de agencia social quienes, a partir de sus experiencias y necesidades, adoptan, apropian y se articulan con todas las opciones terapéuticas disponibles. Pontes, Rego y Garnelo⁽⁸⁶⁾ llegaron a una conclusión similar en la investigación en la región de Alto Río Negro, donde los agentes de salud indígenas son los protagonistas centrales en la articulación entre los modelos terapéuticos nativos y biomédicos, pero ignorados, negados o rechazados por los profesionales de la salud no indígenas, cuya fuerte adhesión a los principios biomédicos les impide percibir la amplitud y fecundidad de las prácticas de autoatención presentes en los poblados indígenas.

Similar negativa a reconocer las prácticas de autoatención por profesionales de la salud se documenta en la investigación sobre los pacientes indígenas con diabetes e hipertensión u otras condiciones que son temas de programas específicos de salud. Portela García⁽⁸⁷⁾ observó una gran disparidad entre la percepción de los profesionales de la salud y la de los pacientes kaingang, quienes se apropiaron de la atención programática dirigida a ellos, adoptando simultáneamente otras formas de autoatención según sus necesidades y deseos de autonomía.

Otros problemas crónicos identificados como críticos y urgentes por los funcionarios, y para los cuales el enfoque antropológico ha revelado una perspectiva diferente, son el alcoholismo, las enfermedades mentales e, incluso, el suicidio. Al rechazar la etiqueta de alcoholismo promovida por los funcionarios de salud, los investigadores han utilizado el concepto de “alcoholización” sugerido por Menéndez⁽⁸⁸⁾ para analizar situaciones de consumo de alcohol desde la perspectiva colectiva, la cual dirige la atención no solo a las dimensiones patológicas, sino a las positivas y rituales. El concepto se mueve más allá de los cuerpos individuales y ahistóricos y examina contextos históricos y las relaciones del grupo con la sociedad mayor circundante. Tales estudios no pierden la visión de situaciones conflictivas relacionadas con el abuso del alcohol, sino más bien buscan

entender cómo los indígenas perciben los riesgos y las estrategias que desarrollan para resolverlos^(16,78,89,90,91,92).

Otros problemas en salud mental han sido estudiados entre los pueblos indígenas y, al igual que el abuso de alcohol, demandan explicaciones complejas que requieren un entendimiento mucho más amplio que el que se encuentra en los manuales biomédicos de diagnóstico y tratamiento. Los investigadores apuntan a la necesidad de un conocimiento adecuado sobre las relaciones sociales, económicas y políticas que yacen detrás del surgimiento de las perturbaciones mentales en las comunidades indígenas y del carácter participativo necesario para la construcción de soluciones y de estrategias colectivas para tratarlas^(19,91,93,94,95).

Otros temas, como la investigación sobre el estado nutricional y los hábitos alimenticios^(96,97,98), la distribución y el uso de medicamentos en las reservas indígenas^(99,100,101) tienen mayor afinidad con el campo de la salud colectiva. Sin embargo, reflejan la perspectiva antropológica y la metodología para analizar la agencia y la comunicación indígenas y las asimetrías relacionales entre profesionales de la salud y las comunidades indígenas, demostrando la heterogeneidad de perspectivas y fuerzas.

Todas estas investigaciones muestran las dinámicas creativas que se encuentran en las prácticas de autoatención, tanto en el caso de que se consideren formas tradicionales como emergentes. Desafían la dicotomía generalmente hecha entre los modelos de atención indígenas y los oficiales, y los servicios biomédicos también son objeto de investigación etnográfica a nivel local, como se mostró en algunos de los estudios anteriores que examinaron cómo la atención primaria se articula con el conocimiento y con las prácticas locales de los miembros de la comunidad en situaciones de intermedicalidad. Sus resultados convergen para demostrar que, a pesar de su hegemonía y apoyo por parte del Estado⁽¹⁰²⁾, la biomedicina no suplanta otras formas de prácticas terapéuticas. Por el contrario, la expansión continua de sus servicios y medicamentos coexiste con el florecimiento de modelos populares y

alternativos de atención médica en América Latina y en otras partes del mundo.

La red de investigación en salud indígena

La colaboración entre antropólogos y otros investigadores en el campo de la salud colectiva se manifiesta en la producción académica, así como en el compromiso de los investigadores en favor de los derechos indígenas y del desarrollo de la política de salud. Estos investigadores tienen una marcada presencia en foros, consejos, comisiones y comités locales y nacionales encargados del control social, de la capacitación de profesionales de la salud indígenas y no indígenas, del monitoreo y evaluación de los servicios de salud, y es relevante su actuación como consultores para comunidades y asociaciones indígenas. Han tenido un papel importante en la Comisión Intersectorial de Salud Indígena que asesora al Consejo Nacional de Salud; en comités del Departamento de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Salud, y también en consejos para el desarrollo de la investigación en salud que identifiquen las prioridades de apoyo financiero⁽¹⁰³⁾.

Una de las manifestaciones de la relación entre la investigación y el compromiso político en defensa de los derechos indígenas es el Grupo de Trabajo sobre Salud Indígena de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO), fundado en 2000 y compuesto por antropólogos y profesionales de la salud, entre ellos los autores de este artículo. El grupo mantiene alianzas con la Asociación Brasileña de Antropología y la Asociación Brasileña de Estudios de Población en la forma de eventos y publicaciones académicas. Miembros del Grupo de Trabajo realizaron la I Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Pueblos Indígenas, la más amplia investigación sobre salud indígena realizada en Brasil^(104,105).

El Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) registra en su sitio web los grupos de investigación activos en el país. Una consulta en este directorio con la

palabra clave “salud indígena” identificó 48 grupos; 23 grupos, casi la mitad, están asociados con instituciones de salud colectiva; y seis con antropología. El examen de las líneas de investigación desarrolladas por estos grupos muestra una tendencia interdisciplinaria, con la participación de investigadores de diferentes áreas en salud y ciencias sociales. Estos grupos también están vinculados a redes de investigación que a menudo se extienden más allá de Brasil. Por ejemplo, el programa de investigación Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología: Brasil Plural (INCT IBP), patrocina una importante red que vincula a los investigadores en antropología, sociología y en los campos de la salud. Inicialmente compuesto por los programas de posgrado en Antropología Social de la Universidad Federal de Santa Catarina y el Instituto Leônidas & María Deane, Fiocruz-Amazonas, se ha extendido a otras universidades de Brasil y de otros países de América, como México, Colombia, Chile, Argentina, Venezuela y EE.UU. Los investigadores de esta red estudian muchos temas diferentes, siendo uno de los más importantes el de la salud indígena. Además de la colaboración en investigación, la red ha organizado varios coloquios, mesas redondas y paneles en congresos nacionales e internacionales, dos de los cuales dieron lugar a la publicación de colecciones sobre políticas de salud indígenas en América Latina⁽¹⁾ y sobre la contribución de la antropología a las políticas públicas⁽¹⁰⁶⁾.

Es importante subrayar la importancia de las redes de investigación multidisciplinarias en salud indígena para la identificación, análisis crítico y difusión de marcos teóricos y conceptos clave que guíen las investigaciones a las que se hace referencia en este artículo. Los investigadores buscan la innovación y la incorporación de conceptos analíticos adecuados para el contexto latinoamericano, como “etnoepidemiología”⁽⁵⁵⁾; “epidemiología sociocultural”⁽¹⁰⁷⁾ y “prácticas de autoatención”^(54,108), que estimulan una fructífera colaboración y diálogo para la antropología de la salud en América Latina y sus contribuciones a las políticas públicas en perspectiva comparada.

CONSIDERACIONES FINALES

A través de estrategias de investigación cualitativa enfocadas en los actores y sus interacciones, las investigaciones en antropología contribuyen a la realización efectiva y práctica de los principios del SUS que buscan respetar y articularse con la diversidad de conocimientos y prácticas. El enfoque sobre la dinámica de las prácticas terapéuticas y la agencia de los actores pone de manifiesto que el pluralismo terapéutico no puede entenderse con referencia a las dicotomías generalizadoras que oponen a los profesionales con sus pacientes o a las prácticas biomédicas con aquellas tradicionales, indígenas o populares.

Las interacciones y las prácticas locales reflejan contextos más globales y revelan las relaciones de poder en los asuntos de la vida y la muerte y en aquellos que amenazan el tejido social. Los análisis etnográficos críticos señalan intersecciones y articulaciones entre los factores del orden macroestructural y las formas a través de las cuales la salud y la enfermedad se tratan localmente. De esta manera, los análisis producidos por el enfoque antropológico exploran las especificidades de determinados sistemas médicos como procesos regionales, nacionales y globales que trascienden el contexto local, contribuyendo también a la política pública y a las colectividades a las que asisten los servicios de salud.

La legislación brasileña proclama el respeto a los pueblos indígenas y la validación de sus conocimientos y prácticas de salud. Sin embargo, el ejercicio del respeto por el indígena en las intervenciones de salud no implica simplemente “tolerancia” por el otro, sino que exige el establecimiento de un verdadero diálogo entre el equipo multidisciplinario de salud, sus pacientes y la comunidad indígena en su conjunto. Las presuposiciones asociadas a dicho diálogo no son favorables, dado que los encuentros médicos ocurren en contextos sociales marcados por desigualdades y jerarquías económicas y sociales. El debate emprendido por la red de investigadores en salud indígena, sobre la integración o articulación de las prácticas médicas tradicionales en la atención primaria, muestra aún más

complejidad y dificultad. Cualquier diálogo entre sistemas de conocimiento y prácticas tan diversos, implica la comunicación entre epistemologías marcadamente diferentes y requiere una disposición para poner el propio punto de vista en perspectiva. En otras palabras, el redimensionamiento de las premisas

y prácticas de atención primaria de salud en los pueblos indígenas, en convivencia con el conocimiento tradicional, requeriría que los profesionales de la salud, los científicos y los indígenas tomen en serio la perspectiva del otro, para reconocer que existen variadas formas de conocer la naturaleza del mundo⁽¹⁰⁹⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Langdon EJ, Cardoso MD. (org.). Saúde indígena: políticas comparadas de saúde indígena na América Latina. Florianópolis: Editora EDUFSC/IBP; 2015.
2. Brasil, Fundação Nacional de Saúde, Política Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde; 2002.
3. Ramos AR. Indigenism: Ethnic politics in Brazil. Madison: University of Wisconsin Press; 1998.
4. Garnelo L. O SUS e a saúde indígena: matrizes políticas e institucionais do subsistema de saúde indígena. In: Teixeira C, Garnelo L. (org.). Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. p. 107-144.
5. Santos RV, Cardoso AM, Garnelo L, Coimbra Jr CEA, Chaves MBG. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: Giovanella L. (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 1035-1056.
6. Basta PC, Orellana JDY, Arantes R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: Ministério da Educação, SECADI, UNESCO; 2012. p. 60-107
7. Langdon EJ, Garnelo L. (org.). Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Editora ContraCapa, ABA; 2004.
8. Langdon EJ. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas em saúde indígena. In Langdon EJ, Grisotti M. (org.). Políticas públicas: reflexões antropológicas. Florianópolis: Editora UFSC; 2016. p. 17-42.
9. Teixeira C, Dias da Silva CS. Antropologia da saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação. Anuário Antropológico. 2013;1:35-67.
10. Buchillet D. Bibliografía crítica de saúde indígena no Brasil (1844-2006). Quito: ABYA-YALA; 2007.
11. Santos RV, Coimbra Jr CEA. Saúde e povos indígenas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994.
12. Garnelo L. Poder, hierarquia e reciprocidade: Saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
13. Pagliaro H, Azevedo MM, Ventura Santos R. (org.). Demografia dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, ABEP; 2005.
14. Leite MS. Transformação e persistência: Antropologia da alimentação e nutrição em uma sociedade indígena amazônica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
15. Ferreira LO. Medicinas indígenas e as políticas da tradição: entre os discursos oficiais e as vozes indígenas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.
16. Souza MPS. (org.). Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.
17. Teixeira C, Garnelo L. (org.). Saúde indígena em perspectiva explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.
18. Habermas J. A nova in-transparência. Novos Estudos CEBRAP. 1987;(18):103-114.
19. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Medicina tradicional indígena em contextos: Anais da primeira reunião de monitoramento. Brasília: Ministério da Saúde, FUNASA; 2007.
20. Ferreira LO. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. História, ciências, saúde – Manguinhos. 2013;20(1):203-219.
21. Hansen Narvaez FN. Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. Ciencia y Enfermería. 2012;18(3):17-24.

22. Garnelo L, Macedo G, Brandão LC. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde; 2003.
23. Langdon EJ. The notion of inclusion in Brazilian Indian health policy: services and cultural practices. *Revista Anales - Nueva Época*. 2010;13:153-181.
24. Langdon EJ, Diehl EE, Dias-Scopel RP. O papel e a formação dos Agentes Indígenas de Saúde na atenção diferenciada à saúde aos povos indígenas brasileiros. In: Teixeira C, Garnelo L. (org.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. p. 213-240.
25. Diehl EE, Langdon EJ. Transformações na atenção à saúde indígena: Tensões e negociações em um contexto indígena brasileiro. *Revista Universitas Humanística*. 2015;80:213-236.
26. Ferreira LO. Limites e possibilidades da articulação entre as medicinas tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde. In: *Medicina tradicional indígena em contextos: Anais da primeira reunião de monitoramento*. Brasília: Ministério da Saúde, FUNASA; 2007. p. 166-174.
27. Langdon EJ. Problematisando os projetos de medicina tradicional indígena. In: *Medicina tradicional indígena em contextos: Anais da primeira reunião de monitoramento*. Brasília: Ministério da Saúde, FUNASA; 2007. p. 110-122.
28. Ferreira LO. Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. In: Langdon EJ, Cardoso MD. (org.). *Saúde indígena: Políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora UFSC; 2015. p. 217-247.
29. Garnelo L, Pontes AL. (org.). *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: SECADI, Ministério da Educação; 2012.
30. Cardoso MD. Saúde e povos indígenas: equívocos na política atual. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30(4):860-866.
31. Cardoso MD. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In: Langdon EJ, Cardoso MD, (org.). *Saúde indígena: Políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: UFSC; 2015. p. 61-82.
32. Garnelo L. Fórum saúde e povos indígenas no Brasil: Posfácio. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30(4):875-877.
33. Langdon EJ. Medicina tradicional: reflexões antropológicas sobre atenção diferenciada. In: Haverroth M. (org.). *Etnobiologia e saúde dos povos indígenas*. Recife: NUPEEA; 2013. p.15-36.
34. Welch JR. Fórum saúde e povos indígenas no Brasil: Introdução. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30(4):851-854.
35. Novo MP. Política e intermedialidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27(7):1362-1370.
36. Pontes AL, Garnelo L, Rego S. Reflexões sobre questões morais na relação de indígenas com os serviços de saúde. *Revista Bioética*. 2014;22(2):337-346.
37. Engelhardt Jr HT. *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Loyola; 1998.
38. Coimbra Jr CAI, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de interrelações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2000;5(1):125-132.
39. Diehl EE, Pellegrini MA. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30(4):867-874.
40. Diehl EE, Follmann HBC. Indígenas como trabalhadores de enfermagem: a participação de técnicos e auxiliares nos serviços de atenção à saúde indígena. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2014;23(2):451-459.
41. Langdon EJ, Diehl EE, Dias-Scopel RP. O papel e a formação dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde aos povos indígenas brasileiros. In: Teixeira C, Garnelo L. (org.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. p. 213-240.
42. Pontes AL, Stauffer A, Garnelo L. Profissionalização indígena no campo da saúde: desafios para a formação técnica de agentes indígenas de saúde. In: Garnelo L, Pontes AL. (org.). *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: SECADI, Ministério da Educação; 2012. p. 264-288.
43. Scopel D, Dias-Scopel RP, Langdon EE. Intermedialidade e protagonismo: A atuação dos agentes indígenas de saúde Mundurucu da terra indígena Kwatá Laranjal, Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015;31(12):2559-2568.
44. Cardoso MD. Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto Xingu. In: Langdon EJ, Garnelo L. (org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa Editora; 2004. p. 195-215.
45. Garnelo L, Sampaio S. Bases socioculturais do controle social em saúde indígena. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19(1):311-318.

46. Garneiro L, Sampaio S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005;21(4):1217-1223.
47. Langdon EJ, Diehl EE. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: Reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*. 2007;16(2):19-36.
48. Ghiggi Jr A, Langdon EJ. Controle social como autoatenção: Estratégias Kaingang diante os abusos das Bebidas Alcoólicas. In: Souza MLP (org.). *Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. p. 159-178.
49. Diehl EE, Langdon EJ. Transformações na atenção à saúde indígena: Tensões e negociações em um contexto indígena brasileiro. *Revista Universitas Humanística*. 2015;(80):213-236.
50. Novo MP. Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingú. Brasília: ABA, Paralelo 15; 2010.
51. Dias da Silva C. Improvisos e cuidados: a saúde indígena e o campo da enfermagem. In: Teixeira C, Garneiro L. (org.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. p. 181-212.
52. Ferreira LO. As “boas palavras” dos Xondaro Marãogatu como alternativa para a redução do consumo de bebidas alcoólicas entre os Mbyá-Guarani-RS. *Tellus*. 2004;7(2):121-136.
53. Perez Gil L. Possibilidades de articulação entre sistemas de parto tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde do alto Juruá. In: *Medicina tradicional indígena em contextos: Anais da primeira reunião de monitoramento*. Brasília: Ministério da Saúde, FUNASA; 2007. p. 23-36.
54. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003;8(Supl 1):S185-S208.
55. Portela Guarín H. *La epidemiología intercultural: argumentaciones, requerimientos y propuestas*. Popayán: Editorial Universidad del Cauca; 2008.
56. Pereira LM. *Imagens Kaiowá do sistema social e seu entorno*. [Tese Doutorado em Antropologia]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
57. Guimarães S. *Cosmologia Sunamá: O Xamã e a constituição do ser*. [Tese de Doutorado em Antropologia]. Brasília: Universidade de Brasília; 2005.
58. Garneiro L. Mito, história e representação social de doença sexualmente transmissível entre os Baniwa-Noroeste Amazônico. In: Nascimento DR, Carvalho DM, Marques RC. (org.). *Uma história brasileira das doenças*. Rio de Janeiro: Mauad Editora; 2006. p. 15-31.
59. Bissera RS. *Ainda estamos vivos: Uma etnografia da saúde Sanumá*. [Tese de Doutorado em Antropologia]. Brasília: Universidade Federal de Brasília; 2006.
60. Mendes dos Santos G. *Esboço sobre cosmologia, doença, cura e cuidados nos Enawene-Nawe*. In: *Medicina tradicional indígena em contextos: Anais da primeira reunião de monitoramento*. Brasília: Ministério da Saúde, FUNASA; 2007. p. 78-90.
61. Oliveira ACM. *Ritos, corpos e intermedialidade: Análise das práticas de resguardo entre os Ramokokamekra/Canela*. [Dissertação de Mestrado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2008.
62. Silveira NH. *Imagens de abundância e escassez: comida guarani e transformações na contemporaneidade*. [Tese de Doutorado em Antropologia Social]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
63. Oliveira D. *Arandu nhembo'ea: cosmologia, agricultura e xamanismo entre os Guarani-Chiripá no litoral de Santa Catarina*. [Dissertação de Mestrado em Antropologia Social]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
64. Oliveira JC. *Entre plantas e palavras: Modos de constituições de saberes entre os Wajãpi*. [Tese de Doutorado em Antropologia]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
65. Ávila T. *Cultura, sexualidade e saúde indígena*. In: Teixeira C, Garneiro L. (org.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. p. 241-261.
66. Scopel D. *Uma etnografia sobre a pluralidade de modelos de atenção à saúde entre os índios Munduruku na Terra Indígena Kwatá Laranjal, Borba, Amazonas: práticas de autoatenção, xamanismo e biomedicina*. [Tese de Doutorado em Antropologia Social]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
67. Dias-Scopel RP. *A cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku*. Brasília: Paralelo 15; 2015.
68. Scopel D, Dias-Scopel RP, Wiik FB. *Cosmologia e intermedialidade: o campo religioso e a autoatenção às enfermidades entre os índios Munduruku do Amazonas, Brasil*. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*. 2012;6(1):173-190.

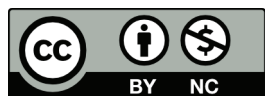
69. Pérez Gil L. Cuerpos en transformación: Sobre la noción de persona y el control alimentar entre los Yaminawa. *Tellus*. 2010;10:53-82.
70. Langdon EJ, Rose IS. (Neo)Shamanic dialogues: encounters between the Guarani and ayahuasca. *Nova Religio*. 2012;15(4):36-59.
71. Langdon EJ, Rose IS. Contemporary Guarani Shamanisms: Traditional medicine and discourses of native identity in Brazil. *Health, Culture and Society*. 2013;3(1):30-48.
72. Pérez Gil L. Políticas de saúde, pluralidade terapêutica e identidade na Amazônia. *Saúde e Sociedade*. 2007;16(2):48-60.
73. Rose IS, Langdon EJ. Chamanismos guaraní contemporâneos en Brasil: un estudio de transfiguración cultural. *Revista Colombiana de Antropología*. 2013;49(1):105-127.
74. Langdon EJ. New perspectives of Shamanism in Brazil: Shamanisms and Neo-Shamanisms as dialogical categories. *Civilizations: Revue Internationale d'Anthropologie et de Sciences Humaines*, 2013;61(2):19-35.
75. Rose IS, Langdon EJ. Diálogos (neo)xamânicos: encontros entre os Guarani e a ayahuasca. *Tellus*. 2010;10(18):83-113.
76. Haibara de Oliveira A. Já me transformou – modos de circulação e transformação de pessoas saberes entre os Huni Kuin (Kaxinawá). [Dissertação de Mestrado em Antropologia]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.
77. Menéndez EL. Metodología cualitativa: Varios problemas y reiteradas omisiones. *Index de Enfermería*. 2012;21(1-2):62-68.
78. Ghiggi Jr A. Uma abordagem relacional da atenção à saúde a partir da terra indígena Xapecó. Florianópolis. [Tese de Doutorado em Antropologia Social]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.
79. Oliveira MC. Os especialistas Kaingáng e os seres da natureza: Curadores da aldeia Xapecó. Florianópolis: Fundação Catarinense de Cultura; 1997.
80. Oliveira PHA. Comida forte e comida fraca-fabricação dos corpos e nutrição entre os Kaingang da TI Xapecó. [Dissertação de Mestrado em Antropologia Social]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2009.
81. Greene S. The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist*. 1998;25(Supl 4):S634-S658.
82. Follér ML. Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: Langdon EJ, Garnelo L. (org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Editora ContraCapa, ABA; 2004.
83. Kelly JA. *State healthcare and Yanomami transformations: A symmetrical ethnography*. Tucson: University of Arizona Press; 2011.
84. Kelly JA. Uma etnografia de ponta a ponta: O Ministério de Saúde e os Yanomami da Amazonas, Venezuela. In: *Saúde Indígena: Políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora EDUFSC/IBP; 2015.
85. Silva CDC. Cotidiano, saúde e política: uma etnografia dos profissionais da saúde indígena. [Tese de Doutorado em Antropologia Social]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.
86. Pontes AL, Rego S, Garnelo L. O modelo de atenção diferenciada nos distritos sanitários especiais indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(10):3199-3210.
87. Portela Garcia SC. Diabetes e hipertensão arterial entre os indígenas Kaingang da Aldeia Sede, Terra Indígena de Xapecó: Práticas de autoatenção em um contexto de intermedialidade. [Dissertação de Mestrado em Antropologia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
88. Menéndez EL. El proceso de alcoholización: revisión crítica de la producción socioantropológica, histórica y biomédica en América Latina. México DF: Cuaderno de la Casa Chata; 1982.
89. Ferreira LO. O “fazer antropológico” em ações voltadas para a redução do uso abusivo de bebidas alcoólicas entre os Mbyá-Guarani, no Rio Grande do Sul. In: Langdon EJ, Garnelo L. (org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Editora Contra Capa/ ABA; 2004. p. 89-110.
90. Ghiggi Jr A, Langdon EJ. Reflections on intervention strategies with respect to the process of alcoholization and self-care practices among Kaingang indigenous people in Santa Catarina State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30(6):1250-1258.
91. Pereira PPS, Cemin AB, Cedaro JJ, Ott AMT. Política de Atenção integral à saúde mental das populações indígenas de Porto Velho/RO: a voz das lideranças. *Tempus - Actas da Saúde Coletiva*. 2013;7(4):131-145.
92. Souza MLP, Schweichardt JS, Garnelo L. O processo de alcoolização em populações indígenas no Alto Rio Negro: Limitações do CAGE como instrumento de screening para dependência ao álcool. *Revista Psiquiatria Clínica*. 2007;34(2):90-96.

93. Ferreira LO. Jurupari ou visagens: reflexões sobre os descompassos interpretativos existentes entre os pontos de vista psiquiátrico e indígenas. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*. 2012;16(2):228-248.
94. Silva AC, Langdon EJ, Ribas DLB. Fatores estruturais e as práticas de autoatenção das famílias com parentes com transtornos mentais: contexto Kaiowá e Guarani do Mato Grosso do Sul. *Brasil. Tempus - Actas de Saúde Coletiva*. 2013;7(4):149-168.
95. Silva AC, Langdon EJ, Ribas DLB. Percepção e cuidados com as pessoas diagnosticadas com psicopatologia crônica nas Comunidades Kaiowá e Guarani do Mato Grosso do Sul. *Ciências Humanas e Sociais em Revista*. 2014;36(1):7-25.
96. Coimbra Jr CEA, Flowers NM, Salzano FM, Santos RV. *The Xavante in transition: health, ecology, and bioanthropology in Central Brazil*. Michigan: University of Michigan Press; 2004.
97. Leite MS, Santos RV, Coimbra Jr CEA. Seasonality and nutritional status of indigenous peoples: the case of Wari' in Rondônia State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*; 2007;23(11):2631-2642.
98. Garneiro L. Cosmologia, ambiente e saúde: mitos e ritos alimentares Baniwa. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2007;14(Supl):191-212.
99. Diehl E, Rech N. Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena: contribuições da antropologia. In: Langdon EJ, Garneiro L. (org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: ABA, Editora Contra Capa; 2004. p. 149-170.
100. Diehl E, Grassi F. Uso de medicamentos em uma aldeia do litoral de Santa Catarina. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010;26(8):1549-1560.
101. Diehl EE, Almeida LK. Medicamentos em contexto local indígena: A "farmácia caseira" Xokleng, Santa Catarina. *Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar*. 2012;3(2):189-206.
102. Dias da Silva C, Teixeira CC. The construction of citizenship and the field of indigenous health: A critical analysis of the relationship between bio-power and bio-identity. *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology*. 2015;12(1):351-384.
103. Associação Brasileira em Saúde Coletiva. GT saúde indígena da ABRASCO [Internet]. c2017 [citado 10 may 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/24G3TE>.
104. Associação Brasileira em Saúde Coletiva. *Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas: Relatório Final*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2009.
105. Coimbra Jr CE, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, Souza MC, Garneiro L, Rassi E, Follér ML, Horta BL. 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.
106. Langdon EJ, Grisotti M. (org.). *Políticas públicas: reflexões antropológicas*. Florianópolis: Editora UFSC/IBP; 2016.
107. Haro JA. (org.). *Epidemiología sociocultural: Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Sonora: Lugar Editorial, El Colegio de Sonora; 2010.
108. Osório RMC. La antropología médica en México. *AM: Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*. 2010-2011;(29-30; 31-32):29-58.
109. Garneiro L, Mendes dos Santos G. A ciência contemporânea e o conhecimento indígena. In: Val AL, Santos GM. (org.). *Grupo de Estudos Estratégicos Amazônicos: Caderno de Debates, Tomo 2*. Manaus: INPA; 2009. p. 67-114.

FORMA DE CITAR

Langdon EJ, Garneiro L. Articulación entre servicios de salud y "medicina indígena": reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. *Salud Colectiva*. 2017;13(3):457-470. doi: 10.18294/sc.2017.1117.

Recibido: 31 de agosto de 2016 | Aprobado: 18 de octubre de 2016



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

<http://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.1117>

Este artículo fue traducido del inglés por Mauricio Pardo Rojas.