

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

SERGIO AROUCA

ENSP

Juliana Fernandes Kabad

Cientistas e aliados: a emergência da temática da saúde indígena no campo científico e político da saúde coletiva no Brasil

Rio de Janeiro

2020

Juliana Fernandes Kabad

Cientistas e aliados: a emergência da temática da saúde indígena no campo científico e político da saúde coletiva no Brasil

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências. Área de concentração: Saúde, violência e sociedade.

Orientadora: Prof^a Dr^a Simone Monteiro

Coorientadora: Prof^a Dr^a Ana Lúcia Pontes

Rio de Janeiro

2020

Scientists and allies: the emergence of the indigenous health theme in the scientific and political field of public health in Brazil

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

K11c Kabad, Juliana Fernandes.
Cientistas e aliados: a emergência da temática da saúde indígena no campo científico e político da saúde coletiva no Brasil / Juliana Fernandes Kabad. — 2020.
183 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientadora: Simone Monteiro.
Coorientadora: Ana Lúcia Pontes.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Saúde de Populações Indígenas. 2. Índios Sul-Americanos.
3. Saúde Pública. 4. Política Pública. 5. Sistema Único de Saúde.
6. Epidemiologia. 7. Condições Sociais. 8. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 980.41

Juliana Fernandes Kabad

Cientistas e aliados: a emergência da temática da saúde indígena no campo científico e político da saúde coletiva no Brasil

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências. Área de concentração: Saúde, violência e sociedade.

Aprovada em: 04 de dezembro de 2020.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Gersem Baniwa
Universidade Federal do Amazonas

Prof^a Dr^a Glaucia Oliveira da Silva
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Carlos Machado de Freitas
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof^a Dr^a Ana Lúcia Pontes (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof^a Dr^a Simone Monteiro (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2020

Dedico este trabalho à minha mãe Terezinha e ao meu pai Faissal, por terem me abastado dos bens mais preciosos e insubstituíveis que pode haver nesse mundo: o amor e a compaixão.

AGRADECIMENTOS

Impossível percorrer um longo caminho que não seja compartilhado com pessoas especiais. Sou grata a todos e todas que estiveram ao meu lado nessa jornada, direta ou indiretamente.

Agradeço primeiramente às minhas queridas orientadoras, Simone e Ana Lúcia, que apostaram e confiaram em meu comprometimento e capacidade em concluir este trabalho. Sem vocês esse trabalho não teria sido possível.

Agradeço aos meus colegas de doutorado, aos professores e orientadores pelos aprendizados acumulados e trocados ao longo desses anos. Agradeço a Ricardo Ventura e Glaucia Silva pela orientação na etapa anterior desta tese e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública pelo apoio e suporte quando necessário. Agradeço aos professores Carlos Otávio Fiúza, Carlos Machado Freitas e Maria Barroso que foram membros da banca de qualificação com preciosas contribuições. Estendo os agradecimentos antecipadamente aos membros da banca de doutorado e parceiros de outros espaços, pelo aceite ao diálogo e apreciação do trabalho: Gersem Baniwa, Gustavo Matta, Gláucia Silva, Carlos Machado, Rosely Magalhães e Aline Ferreira.

Agradeço às minhas coordenadoras de trabalho, em especial à Ana Cláudia Figueiró por toda a compreensão e aposta em todo esse período. Gratidão também por Elizabeth Moreira, Marly Cruz, Zulmira Hartz e toda à equipe do Laser/Ensp pelo acolhimento e crescimento profissional.

Agradeço às amigas Lidiane e Amanda que acompanharam de perto essa jornada, e aos que estiveram ao meu lado em momentos cruciais, como a Kim, Ana Paula, Nidilaine, Marcela e Luiza, além de tantas outras pessoas queridas – vocês são a família do coração que o Rio me deu.

Agradeço à minha família em Campo Grande, aos meus pais, irmãos e sobrinhos por serem meio alicerce mais seguro e aos meus familiares cariocas que sempre foram carinho e suporte nesta cidade.

Agradeço aos meus antepassados, às divindades que nos acompanham e ao mundo espiritual por esta dádiva.

Lavar as mãos do conflito entre os poderosos e os impotentes significa ficar do lado dos poderosos, não ser neutro. O educador tem o dever de não ser neutro.

FREIRE, 2000, 24

RESUMO

Com o propósito de refletir sobre o papel social da ciência e do/a cientista, este trabalho analisa a constituição da temática da saúde dos povos indígenas nos campos científico e político da Saúde Coletiva no Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que envolveu: revisão da literatura acadêmica em cinco bases; identificação das linhas de pesquisa sobre o tema e seus respectivos líderes e grupos; análise dos currículos e produção de quatro cientistas considerados atores-chave na constituição da temática. Observou-se um aumento substancial de artigos científicos desde a década de 1990, com expansão após os anos 2000. Os temas predominantes têm correspondência com o perfil epidemiológico da população e questões decorrentes da implantação do subsistema de saúde indígena a partir de 1999. Os grupos de pesquisa são heterogêneos, localizam-se em instituições públicas de ensino e pesquisa e, em grande parte, integram as áreas de Saúde Coletiva e da Antropologia, também vinculados a programas de pós-graduação. A quantidade de grupos é maior na macrorregião Norte, que concentra a maior parte da população indígena do país. Mas, o maior volume e impacto da produção encontra-se na região Sudeste, evidenciando as desigualdades na produção acadêmica no país. Os pesquisadores representam diferentes vertentes epistemológicas e de práticas políticas. Conclui-se que os desafios das políticas públicas em saúde indígena mobilizam estudos sobre o tema. Tais pesquisas têm colaborado para a construção de discursos e práticas que endossam o aperfeiçoamento das políticas públicas na área, aprofundam as compreensões das especificidades do processo saúde-doença-atenção e permitem uma necessária flexibilidade de epistemologias. Defende-se que o movimento indigenista, em articulação com cientistas e sanitaristas, forjou a criação de um subsistema específico no escopo do SUS. Os desafios consistem na expansão da participação dos indígenas, seus especialistas e saberes na ciência oficial; no fomento e expansão das linhas de estudo dentro da temática; na implementação de políticas públicas que considere as evidências dos conhecimentos do campo e no fortalecimento de pontes e práticas entre os cientistas e os diversos atores que compõem a arena de luta pela consolidação dos direitos indígenas no Brasil.

Palavras-chave: Saúde dos Povos Indígenas; Povos Indígenas no Brasil; Saúde Coletiva; Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia.

ABSTRACT

With the purpose of reflecting on the social role of science and the scientist, this work analyzes the constitution of the theme of health of indigenous peoples in the scientific and political fields of Collective Health in Brazil. Qualitative research was carried out by reviewing the academic literature on five bases; identification of lines, research groups and their leaders on the topic; analysis of the curricula and production of four scientists considered key actors in the constitution of the theme. There has been a substantial increase in the publication of scientific articles since the 1990s, with greater expansion after the 2000s. The predominant research themes correspond to the epidemiological profile of the population and to issues arising from the implementation of the indigenous health subsystem from 1999. The groups that study the theme are heterogeneous, located in public teaching and research institutions and largely integrate the areas of Collective Health and Anthropology, also linked to graduate programs. The number of groups is greater in the North macroregion, which also concentrates most of the country's indigenous population. However, the greatest volume and impact of production is found in the Southeast, showing the inequalities in academic production in the country. The researchers represent different epistemological and political practices. It is concluded that the challenges of public policies in indigenous health mobilize studies on this theme. These researches have collaborated to the construction of discourses and practices that endorse the improvement of public policies in the area, deepen the understanding of the specificities of the health-disease process -attention and allow a necessary flexibility of epistemologies. It is argued that the indigenous movement in conjunction with scientists and health workers forged the creation of a specific subsystem within the scope of SUS. The challenges consist of expanding the participation of the indigenous people, their specialists and knowledge in official science; in the promotion and expansion of lines of study within the theme; in the implementation of public policies that consider the evidence of knowledge in the field and in the strengthening of bridges and practices between scientists and the various actors that make up the arena of struggle for the consolidation of indigenous rights in Brazil.

Keywords: Health of Indigenous Peoples; Indigenous Peoples in Brazil; Collective Health; Social Studies of Science and Technology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Representação do campo da saúde coletiva e a intersecção com outras esferas do social.....	39
Figura 2 -	Processo de seleção dos artigos da revisão integrativa da literatura.....	51
Quadro 1 -	Quadro teórico utilizado na pesquisa.....	58
Gráfico 1 -	Distribuição (n = 418) da produção científica de 1956 a 2018 por periódico científico.....	61
Gráfico 2 -	Distribuição temporal das publicações por décadas, desde 1950.....	62
Gráfico 3 -	Distribuição (%) da produção científica nos anos de 1998 a 2018 (n = 384)	65
Gráfico 4 -	Distribuição dos artigos da área de saúde indígena (n = 418) conforme temas por palavras-chave em todo o período analisado.....	66
Figura 3 -	Linha do tempo sobre as temáticas predominantes por década sobre saúde dos povos indígenas, de 1950 a 2018.....	69
Gráfico 5 -	Grandes áreas do conhecimento (%) as quais pertenciam os grupos de pesquisa que estudam saúde dos povos indígenas em 2015 (n=54), conforme a classificação de grupos específicos (n=11) e grupos amplos (n=43).....	75
Gráfico 6 -	Grandes áreas do conhecimento (%) as quais pertencem os grupos de pesquisa que estudam saúde dos povos indígenas em 2020 (n=57), conforme a classificação de grupos específicos (n=15) e grupos amplos (n=43).....	75
Gráfico 7 -	Relação de subáreas das grandes áreas do conhecimento (%) aos quais a totalidade dos grupos de pesquisa que estudavam saúde dos povos indígenas em 2015 (n = 54).....	76
Gráfico 8 -	Relação de subáreas das grandes áreas do conhecimento (%) aos quais a totalidade dos grupos de pesquisa que estudam saúde dos povos indígenas em 2020 (n = 57).....	77
Gráfico 9 -	Macrorregiões do país (%) onde se encontravam a totalidade dos grupos de pesquisas que estudam saúde dos povos indígenas por macrorregião do país em 2015 (n = 54).....	78
Gráfico 10 -	Macrorregiões do país (%) onde se encontram a totalidade dos grupos de pesquisas que estudam saúde dos povos indígenas por macrorregião do país em 2020 (n = 57).....	79

Gráfico 11 -	Distribuição temporal do surgimento da totalidade de grupos de pesquisa que estudam saúde dos povos indígenas no Brasil por macrorregião do país vigentes (n = 57).....	85
Gráfico 12 -	Período (%) de formação dos grupos de pesquisa que estudam saúde dos povos indígenas (n = 54) em 2015, conforme a classificação de grupos específicos (n=11) e grupos amplos (n=43).....	86
Gráfico 13	Período de formação dos grupos de pesquisa que estudam saúde dos povos indígenas (n = 57) em 2020, conforme a classificação de grupos específicos e grupos amplos.....	87
Quadro 2 -	Quadro-síntese das principais informações acadêmicas extraídas do currículo lattes dos pesquisadores estudados.....	92
Figura 4 -	Espaços de mediação dos pesquisadores com instâncias dos campos científico e político.....	139

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Descrição das categorias utilizadas para a identificação e caracterização dos grupos de pesquisa que estudam saúde dos povos indígenas no Brasil.....	53
Tabela 2 -	Descrição das categorias utilizadas para a identificação e caracterização das linhas de pesquisa contidas em grupos que estudam saúde dos povos indígenas no Brasil.....	53
Tabela 3 -	Descrição das informações extraídas dos currículos lattes dos líderes dos grupos de pesquisa.....	55
Tabela 4 -	Relação nominal de instituições (n = 37) que abrigam a totalidade de grupos de pesquisa que estudam saúde dos povos indígenas no Brasil (n = 57).....	84
Tabela 5 -	Projetos de pesquisas nos quais Esther Jean Langdon coordenou e/ou participou em sua trajetória.....	97
Tabela 6 -	Projetos de pesquisas nos quais Carlos Coimbra coordenou e participou em sua trajetória.....	106
Tabela 7 -	Projetos de pesquisas nos quais Maria Luiza Garnelo coordenou e participou em sua trajetória.....	115
Tabela 8 -	Projetos de pesquisas nos quais Carla Costa Teixeira coordenou e participou em sua trajetória.....	122

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA	Associação Brasileira de Antropologia
ABEP	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ANPOCS	Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais
CESMAC	Centro Universitário
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
FESP	Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas
FHAJ	Fundação Hospital Adriano Jorge
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FOIRN	Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GT	Grupo de Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico
ILDM	Instituto Leônidas e Maria Deane

IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IFPE	Instituto Federal de Pernambuco
IRR	Instituto René Rachou
IS/SP	Instituto de Saúde/São Paulo
MS	Ministério da Saúde
PNASI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
TAR	Teoria Ator-Rede
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UEPA	Universidade do Estado do Pará
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UFAC	Universidade Federal do Acre
UFAM	Universidade Federal da Amazônia
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFGD	Universidade Federal da Grande Dourados
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso
UFOPA	Universidade Federal do Oeste do Pará
UFPA	Universidade Federal do Pará
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
UFRR	Universidade Federal de Roraima
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFSCAR	Universidade Federal de São Carlos
UFT	Universidade Federal do Tocantins
UFVJM	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
UnB	Universidade de Brasília
UNEMAT	Universidade do Estado de Mato Grosso
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNILAB	Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
UNIR	Universidade Federal de Rondônia
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UPE	Universidade de Pernambuco
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 DE ONDE PARTIMOS.....	24
2.1. CONCEITOS RELATIVOS AOS ESTUDOS SOCIAIS DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA.....	24
2.2. A PREOCUPAÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A SAÚDE PÚBLICA.....	32
2.3. A TEMÁTICA INDÍGENA NAS AÇÕES POLÍTICAS E CIENTÍFICAS EM SAÚDE.....	40
3. COMO A PESQUISA FOI DESENVOLVIDA.....	48
3.1. OBTENÇÃO DOS DADOS E FONTES ESTUDADAS.....	49
3.1.1 Primeira etapa: revisão da literatura acadêmica.....	49
3.1.2 Segunda etapa: grupos e linhas de pesquisa.....	51
3.1.3 Terceira etapa: posicionamento e produção acadêmica dos pesquisadores.....	54
3.2. SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	56
4. RELAÇÕES ENTRE PRODUÇÃO CIENTÍFICA E POLÍTICAS PÚBLICAS: O CASO DA ÁREA DA SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA.....	60
4.1. RESULTADOS DA REVISÃO DE LITERATURA.....	60
4.2. REFLEXÕES SOBRE E PARA ALÉM DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA.....	68
5 CONSTITUIÇÃO DOS COLETIVOS DE PESQUISAS SOBRE SAÚDE INDÍGENA: RETRATO DOS GRUPOS E LINHAS DE PESQUISA.....	73
5.1. ÁREAS DE CONHECIMENTO.....	74
5.2. LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA E INSTITUCIONAL.....	78
5.3. PERÍODO DE CADASTRAMENTO DOS GRUPOS DE PESQUISA.....	85
6 PESQUISADORES E REPRESENTANTES DE UMA TEMÁTICA EM CONSTRUÇÃO E TRANSFORMAÇÃO.....	89
6.1. QUEM SÃO OS PESQUISADORES E SUAS VERTENTES TEÓRICAS E PRÁTICAS.....	90

6.2. INSTITUCIONALIZAÇÃO, CONSTRUÇÃO DE REDES COLABORATIVAS E PRODUÇÃO INTELECTUAL.....	93
6.2.1. Intermedicalidade e a Construção do Diálogo entre as Intervenções Públicas de Saúde e os Povos Indígenas.....	93
6.2.2. Epidemiologia, antropologia médica e condições de vida e saúde dos povos indígenas.....	103
6.2.3. Articulação de Sistemas Médicos e Políticas Públicas em Saúde dos Povos Indígenas.....	112
6.2.4. Política, participação e mediação no campo da garantia de direitos.....	120
6.3. DELIMITAÇÕES E CIRCULAÇÃO DE SABERES DOS CAMPOS DE CONHECIMENTO EM QUE ESTÃO INSERIDOS.....	128
6.4. O PAPEL DAS ORGANIZAÇÕES ACADÊMICAS NA INTERSEÇÃO ENTRE CAMPOS.....	135
6.5. PESQUISADORES COMO MEDIADORES DE CAMPOS E UNIVERSOS DISTINTOS.....	139
7 CONCLUSÕES: O DESAFIO DA CONSTRUÇÃO DE UMA CIÊNCIA A FAVOR DA DIVERSIDADE.....	146
REFERÊNCIAS.....	156
ANEXO A - ARTIGO PUBLICADO “RELAÇÕES ENTRE PRODUÇÃO CIENTÍFICA E POLÍTICAS PÚBLICAS: O CASO DA ÁREA DA SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA”.....	167

1. INTRODUÇÃO

“A ideia mais comum que existe é que o desenvolvimento e o progresso chegaram naquelas canoas que aportaram no litoral e que estava a natureza e a selva, e naturalmente os selvagens. Essa ideia continua sendo a ideia que inspira todo o relacionamento do Brasil com as sociedades tradicionais daqui; então, mais do que um esforço pessoal de contato com o Outro, nós precisamos influenciar de maneira decisiva a política pública do Estado brasileiro” (KRENAK, 1999: 29)

Constam 305 etnias indígenas no território brasileiro, com uma população aproximada de 896,9 mil pessoas segundo o último Censo Populacional realizado no país (IBGE, 2010). Mesmo que quantitativamente consista em 0,43% do conjunto da população brasileira, representam significativa diversidade sociocultural. Entretanto, inúmeros são os desafios na consolidação da cidadania, equidade, justiça social e direitos humanos para estes povos (AZEVEDO, 2011; PEREIRA, 2009; PAGLIARO et. al., 2005).

A Constituição Federal de 1988, gerida no período de redemocratização do país, constitui-se um marco para o reconhecimento da diversidade étnica e dos direitos indígenas. Tal perspectiva se contrapõe à lógica tutelar que acompanhou historicamente a atuação do Estado brasileiro junto aos povos indígenas (OLIVEIRA, 1998; SOUZA-LIMA, 2002). Esta mudança permitiu a garantia dos direitos universais à saúde e à responsabilização do Estado com as necessidades indígenas nas mais diversas áreas (DUPRAT, 2002).

A noção de que os povos indígenas seriam integrados à sociedade nacional por meio do mercado de trabalho, ao deixarem suas aldeias e se tornarem trabalhadores nas cidades, fora alimentada continuamente pelas ações indigenistas ao longo do século XX (OLIVEIRA, 1998). Segundo Souza-Lima (2008), esta perspectiva orientava-se pelo ideal capitalista desenvolvimentista que enfatizava a industrialização nacional e a abertura ao mercado globalizado.

Contudo, tornou-se alvo de críticas vindas principalmente de movimentos sociais e organismos internacionais de cunho ambientalista a partir da década de 1970. Tais críticas denunciavam a insustentabilidade desse modelo, o aumento das tragédias ambientais, o desamparo dos povos indígenas e aumento da pobreza e das desigualdades. Dentre estes movimentos, as manifestações indígenas passaram a emergir com vistas, principalmente, à proteção dos territórios e das florestas que habitavam (SOUZA, 2008; LITTLE, 2002).

Para compreender as iniciativas voltadas para a saúde da população indígena, é preciso referir que a Constituição ampliou a responsabilidade do Estado com a saúde pública da população em geral e possibilitou a criação, em 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS). O

SUS possui como propósito central o de universalizar a assistência à saúde de forma igualitária, pública e gratuita nos níveis primário, secundário e terciário a todos os cidadãos que habitam o território brasileiro e em consonância com as demais áreas de atuação do Estado. Portanto, é um sistema que se sustenta por três princípios fundamentais: universalidade, equidade e intersetorialidade (PAIM, 2012; GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012).

Após uma década da Constituição e do SUS, foi criado em 1999 o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, incorporado ao SUS (SASI-SUS), que tem por objetivo primordial oferecer atenção primária em saúde para todos os povos indígenas circunscritos no território nacional, bem como, propiciar aos indígenas o acesso a todos os níveis de atenção dispostos pelo SUS (LANGDON, 2004; CARDOSO et al 2012; CARDOSO, 2015). Esta conquista é resultado de articulações de movimentos indígenas, movimento sanitarista, pesquisadores e agentes públicos (PONTES et al, 2019). Tais atores, ao longo da década de 1980 e 1990, fortaleceram a temática da saúde indígena como de interesse fundamental para a consolidação da cidadania dos povos indígenas no Brasil (SOUZA-LIMA, 2014); inclusive, com o apoio de organismos internacionais como a Organização Internacional do Trabalho (OIT), Organização Mundial de Saúde (OMS), Banco Mundial e organizações não-governamentais de cunho ambientalista (GARNELO, 2014).

O SASI-SUS consiste em uma adaptação do modelo nacional para os povos indígenas. Existe o reconhecimento dos avanços deste modelo para a garantia da universalidade do acesso dos povos indígenas aos serviços oficiais de saúde. Todavia, a problemática que se coloca é se este modelo está sendo capaz de suprir as reais necessidades e expectativas dos povos indígenas. Estudos têm apontado as recorrentes dificuldades na compatibilização da diversidade étnica e dos sistemas médicos indígenas no processo de elaboração, planejamento, avaliação e execução da política de saúde brasileira (CARDOSO, 2015; GARNELO & MAQUINÉ, 2015).

Concomitante à organização dos serviços públicos de saúde, a saúde dos povos indígenas enquanto temática de produção de conhecimento científico passou a se institucionalizar no Brasil nas últimas décadas. Tal tendência se expressa na crescente produção e visibilidade nacional e internacional da pesquisa científica em saúde indígena no país (TEIXEIRA, 2014; GARNELO, 2014).

Apesar de avanços legais nas últimas décadas, fruto da intensa mobilização dos movimentos indígenas, as políticas indigenistas atuam em campo frágil e altamente conflituoso frente aos interesses econômicos do agronegócio, mineração, entre outras. No que tange às condições de vida e de saúde das populações indígenas do Brasil, evidências de estudos epidemiológicos da última década indicam um cenário preocupante, como os altos coeficientes

de morbimortalidade em comparação com a população brasileira como um todo, entre outras problemáticas (SANTOS et. al, 2020; COIMBRA Jr, 2014; BASTA et. al, 2012; COIMBRA e SANTOS, 2005; CARDOSO et. al, 2005). Essa preocupante situação social e sanitária se agravou durante o ano de 2020 no contexto da pandemia de COVID-19, causado pela contaminação do vírus Sars-Cov-2.

Vale ressaltar que a classificação de um agravo como um “problema de saúde pública”, conforme reflexão de Costa e Victora (2005), deve levar em conta os impactos da condição de saúde; tanto na esfera individual, em termos de anos de vida perdidos, quanto na esfera coletiva do impacto na sociedade e sociabilidade, em termos de mortalidade, morbidade e custos para o tratamento e recuperação da saúde. Assim sendo, diversos problemas de saúde que afetam os povos indígenas devem não apenas serem considerados problemas de saúde pública, como ganham uma dimensão particular ao se considerar a diversidade étnica, sociocultural, linguística e geográfica de como e onde vivem esses povos.

Consequência direta das necessidades de proteção dos povos e territórios indígenas diante do processo violento de colonização e espoliação dos territórios e tradições dos povos indígenas no Brasil, a temática da saúde dos povos indígenas emerge no contexto nacional nas últimas quatro décadas e passa a fazer parte da agenda de diferentes espaços, instituições e atores sociais. No Estado - nos âmbitos Executivo e Legislativo, como um campo que agrega políticas públicas de atenção à saúde aos povos indígenas e um amplo conjunto de leis e garantias constitucionais em direitos indígenas. Na ciência, com uma vasta produção de conhecimento científico advindo de diferentes campos do saber. Na área jurídica e no campo dos direitos, assim como na arena dos movimentos sociais e do terceiro setor, como pauta de reivindicação de coletivos indígenas por direitos à assistência integral e pública à saúde, entre outros aspectos.

Nesse contexto, a pauta da saúde indígena é considerada fundamental para a consolidação da cidadania e dos direitos destes povos originários. Contudo, parece óbvio afirmar que essa questão se torna então uma “problemática” em razão do processo de colonização do Brasil e todo o histórico de violência e racismo perpetrado pelo Estado brasileiro e setores interessados nos territórios ocupados pelos povos indígenas. Tal situação, portanto, expressa em grande medida a atuação do Estado Brasileiro junto a essas populações ao longo dos últimos cinco séculos, apesar de consideráveis avanços. Desse modo, nos coloca diante de um desafio iminente: qual foi e qual é o papel da ciência e do cientista frente a esse contexto?

A saúde coletiva no Brasil, enquanto um campo específico do conhecimento, vem se consolidando institucionalmente desde a década de 1980 e, atualmente, consiste em uma

importante área das ciências da saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2019). Reúne diferentes saberes, especialistas e práticas, sendo caracterizada enquanto um campo do saber próprio, autônomo e plenamente institucionalizado no universo das ciências da saúde, constituído pela triangulação entre as áreas da epidemiologia, ciências humanas e sociais e planejamento e gestão de políticas públicas. Este campo se expressa tanto no crescimento contínuo da produção do conhecimento, quanto na consolidação crescente de cursos de pós-graduação e revistas temáticas na área em diferentes regiões do país (MINAYO, 2010; NUNES, 2006).

Neste contexto, nas últimas quatro décadas, a temática da saúde indígena emerge tanto no seio da saúde coletiva inserida nos meios acadêmicos, quanto nas políticas públicas, em meio aos debates e transformações políticas do Estado brasileiro. A saúde coletiva, portanto, consiste em um aporte para a consolidação do SUS e os seus desdobramentos, tal como o Subsistema de Saúde dos Povos Indígenas. Considera-se que a compreensão da formação da área de pesquisa em saúde indígena no contexto brasileiro pode contribuir para ampliar o conhecimento sobre os fatores históricos e sociais que favoreceram a atuação do Estado perante os povos indígenas e a intervenção de políticas públicas em seus territórios.

Seguindo essa perspectiva, este trabalho visa compreender quando, como e por quem as condições de saúde das populações indígenas passaram a emergir como um problema científico, mais especificamente no campo da saúde coletiva no Brasil. De acordo com Bourdieu (2010):

“Para se não ser objeto dos problemas que se tomam para objeto, é preciso fazer a história social da *emergência* desses problemas, da sua constituição progressiva, quer dizer, do trabalho coletivo – frequentemente realizado na concorrência e na luta – o qual foi necessário para dar a conhecer e fazer reconhecer esses problemas como *problemas legítimos*, confessáveis, publicáveis, públicos, oficiais (...)” (BOURDIEU, 2010: 37).

Desse modo, a pesquisa teve o propósito de descrever e compreender a constituição da área de estudos em saúde dos povos indígenas no Brasil e o conhecimento científico produzido sobre a temática. Cabe ressaltar que o objeto de estudo foram as produções acadêmicas de pesquisadores que estudam a temática da saúde dos povos indígenas e não propriamente as populações indígenas. Quer dizer, não abordarei as concepções de saúde e doença dos diversos povos indígenas e nem a arena de execução dos serviços de saúde indígena pelo Estado. Embora relevantes, tais investimentos são robustos e superam o recorte definido pelo trabalho.

Para compreender o processo de formação e caracterização dessa área, o estudo envolveu: 1) a identificação do desenvolvimento da produção científica sobre saúde indígena e suas principais vertentes temáticas; 2) o mapeamento dos grupos de pesquisa que estudam a

saúde dos povos indígenas no Brasil, destacando seus objetivos, linhas de pesquisa, componentes, área de conhecimento e distribuição regional; 3) descrição e análise da produção acadêmica de quatro importantes líderes de pesquisa da área de saúde indígena no Brasil.

A relevância deste recorte teórico-metodológico consiste exatamente em refletir sobre um objeto peculiar que envolve uma grande sociodiversidade e que se encontra no campo da ação política (GARNELO et. al., 2003) e da produção acadêmica (CANESQUI, 2010). A tese foi produzida em formato tradicional e organizada por capítulos, com a produção e publicação de um artigo científico incorporado nos resultados deste trabalho. Para percorrer esse caminho, o trabalho foi organizado em cinco capítulos. O primeiro, de caráter introdutório ao problema e ao contexto de investigação, apresenta distintas perspectivas dos estudos sociais sobre ciência que orientaram este trabalho. Em seguida, visa situar brevemente o campo da saúde coletiva no Brasil e localizar o surgimento das preocupações em torno da saúde dos povos indígenas no campo da política pública e nas agendas de pesquisa. O segundo capítulo apresenta o caminho e as estratégias metodológicas utilizadas para a construção da tese.

O terceiro capítulo, que inicia a apresentação dos resultados, trata da produção científica sobre a temática a partir da revisão da literatura em bases de artigos científicos. Já o quarto capítulo reflete sobre as linhas e os grupos de pesquisa existentes no Brasil sobre o tema. Por fim, o quinto capítulo traz uma análise dos pesquisadores do campo por meio das suas produções acadêmicas. Nas considerações finais são elencadas as principais contribuições do trabalho desenvolvido.

2. DE ONDE PARTIMOS

“Se tivéssemos que escolher uma única palavra para descrever a relação do Brasil com seus índios, essa palavra seria *ambivalência*. Desde sua *descoberta* em 1500, a tendência de ver os índios como nobres filhos do Paraíso ou como ignóbeis selvagens que devem ser civilizados só aumentou ao longo dos séculos, desembocando numa verdadeira esquizofrenia na política indigenista oficial. Por um lado, os legisladores, ao menos em décadas passadas, mostraram uma sensibilidade razoável para proteger as diferenças culturais e étnicas representadas pelos povos indígenas. Por outro, os executores das políticas indigenistas, sejam funcionários da Funai, governadores ou ministros, têm se distinguido, muitas vezes, por atentar contra a legislação pró-indígena, incluindo a própria Constituição Federal” (RAMOS, 2012: 31).

Neste capítulo serão abordados os fundamentos teóricos deste trabalho, seguido de uma descrição sobre o histórico da produção científica do campo da saúde pública. Por fim, apresenta-se uma reflexão sobre a emergência da temática indígena enquanto política pública e produção acadêmica.

2.1. CONCEITOS RELATIVOS AOS ESTUDOS SOCIAIS DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA

A ciência ocidental, longe de ser definida como uma experiência homogênea, constitui-se como uma atividade humana diversa e polissêmica que vêm de uma trajetória de ideias, valores e práticas, que se iniciou na filosofia no período renascentista e se consolidou na modernidade. Surgiu a partir do século XVII no período renascentista, diferenciando-se do modo vigente de produzir conhecimento que, até então, era uma atividade restrita aos eruditos situados em posição de prestígio social e vinculados à Igreja Católica, próprio da Idade Média (GAVROGLU, 2007).

Com o Renascimento, o pensamento científico introduz o método e a empiria na produção do conhecimento, ou seja, a erudição deveria ser provada sistematicamente a partir da experimentação, de técnicas que pudessem comprovar determinada afirmação. Do pensamento lógico e racional, advindo da filosofia e da matemática, se desenvolveram diferentes ciências, disciplinas e métodos com o propósito de desvendar a realidade. Portanto, a ciência moderna é uma ação que busca investigar e explicar a natureza da vida e a humanidade (OLIVA, 2010).

Ainda que calcado na filosofia, os pensadores que instituíram essa modalidade especial de pensamento racional, voltado para a explicação e experimentação dos fenômenos da natureza, fundaram o pensamento científico moderno (OLIVA, 2010). A ciência moderna buscava, através de leis e verdades universais, explicar e controlar os fenômenos que diziam

respeito ao fundamento dos astros, dos movimentos físicos e das composições químicas das matérias, da anatomia e funcionamento do corpo humano, das doenças e epidemias que assolavam os povos; entre outros assuntos que compunham as questões da natureza do mundo e dos seres humanos (HENRY, 1998). Ser cientista significava experimentar e testar hipóteses com o objetivo de desvendar a verdade sobre um fato até então obscuro e desprovido de explicação racional.

No final do século XIX surgem estudiosos com o interesse de estudar e investigar os fundamentos e funcionamento da própria ciência (OLIVA, 2010), que se situa em disciplinas como filosofia, epistemologia, história, sociologia, antropologia, entre outras. A partir da segunda metade do século XX, os estudos sobre as ciências ganharam maior espaço e abrangência, especialmente em função da crise sobre os impactos negativos da ciência à humanidade, quando utilizada como arma durante a Segunda Guerra Mundial (PORTOCARRERO, 1994).

A partir desse período também emergiram diversos autores e perspectivas teóricas que denunciavam o caráter eurocêntrico, colonialista e exploratório da ciência moderna (LEMOS, 2019). As décadas de 1960 e 1970 experimentaram uma efervescência social expressiva em nível internacional, ao passo que o recrudescimento político se estabelecia em diversas nações, com ditaduras militares e cassação de direitos civis e políticos. O movimento estudantil oriundo na França na década de 1960, a ascensão dos movimentos feminista, negro e de expansão das liberdades individuais na Europa e nos EUA, os movimentos estudantis e de trabalhadores na América Latina, a independência de antigas colônias no continente africano, para citar apenas alguns exemplos, trouxeram novas perspectivas para o horizonte científico, ao questionar o papel social da educação, da universidade e da ciência para além de um espaço de privilégio da classe burguesa (COSTA, 2017).

Segundo Schwartzman (1979) a ciência contemporânea é um sistema social, dotado de regras, leis e significados próprios que se sobrepõe e se relacionam diretamente com as demais esferas da vida social. De acordo com Bourdieu (1983, 2010), a ciência é uma área de prestígio na sociedade ocidental, um campo de disputas políticas e embates de diferentes domínios simbólicos e ideológicos. O autor, ao contextualizar a produção da ciência nas sociedades capitalistas, constrói o conceito de *campo científico*, definido como um espaço de disputa e negociação por reconhecimento, posição de prestígio e difusão do conhecimento, articulado pelos atores que se engendram nessas estruturas (BOURDIEU, 2010).

O capital científico pode ser exemplificado por meio de objetos, práticas e valores que conferem status e reconhecimento em seu campo, tais como: os títulos acadêmicos, a quantidade e qualidade das publicações, o domínio de línguas estrangeiras, a instituição a qual pertence, a disciplina que leciona, os grupos de estudo que coordena e/ou tem participação, a quantidade de orientandos de diferentes formações, entre outros elementos. Segundo o autor, tais elementos atuam como moedas de troca e de negociações. Os embates simbólicos e ideológicos se dão a partir de pressupostos teóricos e/ou metodológicos sobre a apreensão da realidade e das disputas em jogo.

Os atores sociais atuam conforme o “habitus”, definido pelo autor como a incorporação da estrutura e das regras do *campo* nas ações individuais. Logo, um cientista bem sucedido é aquele que está imbuído de determinado *habitus*, sendo capaz de captar o máximo possível de *capital científico* e, assim, alcançar maior abrangência em seu poder de persuasão e proporcionar prestígio nas palavras, posições e quanto a seus objetos de estudo, que devem pertencer a um círculo de negociação de poder (BOURDIEU, 2010). Em suma, para Bourdieu (1983) o campo científico é sempre uma arena de lutas relativamente desigual, como um jogo no qual os agentes pleiteiam suas vitórias conforme regras e atributos específicos de disputa. Contudo, enquanto uma arena relacional, o campo científico também privilegia modos de conciliação e consensos. Conforme descrição de Martins, para Bourdieu o *habitus* orienta a prática dos agentes em determinado campo, ao ser:

“(…) adquirido pelo ator social através da sua inserção em diferentes espaços sociais, constitui uma matriz de percepção, de apreciação e de ação que se realiza em determinadas condições sociais. Ele ‘enforma’ a conduta do ator, as suas estratégias de conservação e ou de transformação das estruturas que estão no princípio de sua produção” (MARTINS, 1990: 65).

Nesse sentido, seguindo a mesma referência, “*campo*” consiste:

“(…) no espaço social que possui uma estrutura própria, relativamente autônoma em relação a outros espaços sociais, isto é, em relação a outros campos sociais. Mesmo mantendo relações entre si, os diversos campos sociais se definem através de objetivos específicos, o que lhes garante uma lógica particular de funcionamento e estruturação” (MARTINS, 1990: 66).

Os conceitos de *campo* e de *habitus* procuram atualizar a reflexão que acompanha as ciências sociais desde o seu surgimento: as relações entre indivíduo e sociedade, objetividade e subjetividade, teoria e ação social, entre outras (MARTINS, 1990; BOURDIEU, 1983).

Podemos compreender que a síntese entre *habitus* e *campo*, ao interagirem dialeticamente no corpo social, resulta em um “*sistema das disposições socialmente constituídas que, enquanto estruturas estruturadas e estruturantes, constituem o princípio gerador e unificador do conjunto de práticas e das ideologias características de um grupo de agentes*” (BOURDIEU: 1974: 191). Estruturas estruturadas são aquelas que já estão incorporadas pelo indivíduo e coletividade e que também são estruturantes de novos *habitus*. Ao compor um sistema próprio, autônomo e estruturado, cada *campo* exerce um domínio de um *capital* específico. Quer dizer, cada campo é autônomo na medida em que representa um microcosmo da realidade social com regras, capital e *habitus* próprios de funcionamento. O capital científico sustentará os conhecimentos e práticas desenvolvidas e que será objeto de disputa, no sentido de que:

“(…) a estrutura do campo científico se define, a cada momento, pelo estado das relações de força entre os protagonistas em luta, agentes ou instituições, isto é, pela estrutura da distribuição do capital específico, resultado das lutas anteriores que se encontra objetivado nas instituições e nas disposições e que comanda as estratégias e as chances objetivas dos diferentes agentes ou instituições” (BOURDIEU, 1983: 133).

Em *Homo Academicus* (2014), principal obra de Pierre Bourdieu sobre a temática da ciência, o autor estuda renomadas instituições francesas de ensino e pesquisa nas áreas de humanidades com o objetivo de caracterizar empiricamente o funcionamento dos conceitos que elabora ao longo da sua obra. Segundo Lucas (2012):

“O campo para Bourdieu é local de dominação e conflito; nesta obra, ele aborda o campo universitário francês, retratando os espaços de dominação e conflito do qual ele mesmo faz parte e analisando seu próprio campo de atuação - interessante lembrar que, segundo o próprio Bourdieu, os campos devem ser analisados pelos seus pares, pois isso gera autonomia e legitimidade ao campo” (LUCAS, 2012: 154).

Assim como o campo científico, outros campos denominados por Bourdieu seguem a mesma lógica, ainda que com operações internas distintas. O autor defende que existe uma *autonomia relativa dos campos*, e que “*um campo é um microcosmo autônomo no interior do macrocosmo social*” (BOURDIEU, 2011: 195) no sentido de que os campos possuem uma certa independência, ainda que possam se entrecruzar na realidade social. A autonomia dos campos para Bourdieu, a exemplo do campo político, se expressa da seguinte maneira:

“É um universo no qual operam critérios de avaliação que lhe são próprios e que não teriam validade no microcosmo vizinho. Um universo que obedece a suas próprias leis, que são diferentes das leis do mundo social ordinário. Quem quer que entre para a política, assim como alguém que ingresse em uma religião, deve operar uma transformação, uma conversão. Mesmo que esta não lhe apareça como tal, mesmo que não tenha consciência disso, ela lhe é tacitamente imposta, e a sanção em caso de transgressão é o fracasso ou a exclusão. Trata-se, portanto, de uma lei específica e que

constitui um princípio de avaliação e eventualmente de exclusão. Um índice, o escândalo: quem entra para a política se compromete tacitamente a eximir-se de certos atos incompatíveis com sua dignidade, sob pena de escândalo” (BOURDIEU, 2011: 196).

Sob uma perspectiva distinta, Latour, entre outros que compõem a Teoria Ator-Rede (TAR), defendem a necessidade de pesquisar a ciência tal como ela acontece, ou seja, onde estão implicados os fatos científicos e as relações pormenores que constroem e sustentam a prática científica (HOCHMAN, 1994). O que interessa não é somente o espaço restrito da ciência, mas tudo o que se relaciona a ela, direta ou indiretamente, por compreender que a ciência possui uma importante interferência no tecido social, desde decisões macropolíticas, a concepções e comportamentos individuais.

No livro “Ciência em Ação” (2000), Latour propõe que para se estudar a ciência é necessário antes de tudo seguir os cientistas e descrever minuciosamente o processo de uma pesquisa, incluindo o observador enquanto um construtor de fatos. A proposta da TAR é a de desconstruir paradigmas clássicos dos estudos sociais sobre ciência e tecnologia. Considera-se que é em ação que as redes se fazem e se constrói o pensamento científico. Rede não é somente uma estrutura de relações, mas sim, o conjunto de caminhos percorridos e articulados pelos atores que as compõe. Ator, por sua vez, é a força capaz de movimentar uma rede, que pode se constituir de humanos e não-humanos.

Bem como explica Moraes (2011), na TAR, *“a noção de rede refere-se a fluxos, circulações, alianças, movimentos, em vez de remeter a uma entidade fixa. Uma rede de atores não é redutível a um único ator nem a uma rede; ela é composta de séries heterogêneas de elementos animados e inanimados, conectados e agenciados”* (MORAES, 2011: 322). Segundo Latour (2001; 2012), a teoria ator-rede busca pesquisar um objeto em ação, que se dá em rede, na conexão entre conhecimento e prática. A partir da identificação e mobilização de atuantes (actantes) envolvidos com temas e objetos de interesse comum, a TAR orienta a seguir os atuantes em suas ações, interações e mediações a fim de que expressem as situações que permitiram configurar ou desfigurar a rede (LATOUR, 2001; 2012).

Para John Law (2004), a TAR como abordagem para a análise sociotécnica trata entidades e materialidades como decretadas e relacionais, e explora a configuração e reconfiguração dessas relações. Sua racionalidade significa que as principais categorias ontológicas (por exemplo, "tecnologia" e "sociedade", ou "humano" e "não-humano") são tratadas como efeitos ou resultados, ao invés de recursos explicativos.

As análises de redes sociotécnicas têm revelado uma parte substancial da natureza dinâmica e social presente nos programas de formação em saúde pública, em termos de sua capacidade de adaptação, inovação e proposta de ação para solução de problemas locais (HARTZ et al, 2008). Seguir os atores é segui-los em seu entrelaçamento com as coisas, pois, as coisas também agem, elas podem autorizar, permitir, proporcionar, encorajar, sugerir, influenciar, bloquear, dificultar e assim sucessivamente. Nessa perspectiva é preciso lidar tanto com a continuidade, quanto com a descontinuidade entre os modos de ação, mapeando as muitas maneiras contraditórias pelas quais os agregados sociais são constantemente evocados, suprimidos, distribuídos e reinstalados (LATOURE: 2012).

Para Mol (2010), os termos e textos que circulam na Teoria do Ator-Rede são dispositivos que traduzem o que buscam analisar, afinam a sensibilidade dos seus leitores e a sintonia do que está acontecendo aqui e ali. Os relatos para os pesquisadores da TAR em Latour (2001; 2012) registram diferenças, absorvem multiplicidades e reformulam-se a cada novo passo. Ao invés de simplesmente transformar efeitos sem transformá-los, de fato, cada um dos pontos no texto pode se tornar uma encruzilhada, um evento ou a origem de uma nova translação.

Não se trata de só seguir, mas de seguir tecendo o projeto de fronteira, ou seja, seguir e se dar conta das controvérsias, recolher, seguir por outras linhas de fronteira e encontrar outros pontos que sejam mais permeáveis a construções de pontes. Seguir em meio à fricção, tendo em vista que esta pesquisa está olhando para o projeto de fronteira, lá onde os fios costumam cada espaço para que uma realidade seja performada e encontrar na ponte a possibilidade de no extremo ser híbrido, ser outro, ter outra forma, outros modos de viver saúde, de pesquisar e transladar conhecimento.

Por esta metodologia da Teoria do Ator-Rede, as controvérsias não são algo que se deva evitar tal como um mero aborrecimento e sim enxergar como aquilo que permite a rede estabelecer-se, produzindo tensões que dão sustentação aos “nós”. No encontro com as controvérsias e tensões é que alguma mudança de caminho acontece, novas conformações são consentidas, algo se fortalece e outro enfraquece, modifica e transforma (LATOURE 2012).

Na visão de Boaventura de Souza Santos (2001), a subjetividade surge como o grande mediador entre conhecimentos e práticas que possibilita a formulação de questões surpreendentes, onde formas alternativas de conhecimento geram práticas sociais alternativas e vice-versa. O que faz o jogo de fronteira na pesquisa com a TAR é o olhar. Olhar não para o objeto isolado e sim para o projeto e os processos. Nesse sentido, a coleta de material nos faz

olhar mais para o projeto e a interlocução com os sujeitos do que olhar para os processos. Importante reafirmar, olhar não para ilhas com os seus limites e sim para as fronteiras e suas condições de permeabilidade passíveis de construção de pontes.

Além da abordagem da TAR, parte-se do princípio de que “redes” é uma noção utilizada por diferentes campos do conhecimento científico e das práticas gerenciais nas esferas pública e privada. Encontra unidade de seu significado na ideia de *conexão e aproximação de pontos distintos*. Em uma perspectiva humanista, essa aproximação permite a construção de vínculos e relações entre pessoas e/ou ideias, e/ou consensos e objetivos em comum (MARTELETO, 2004, 2007). Primeiramente utilizado nas ciências exatas, a noção de trocas e fluxos de informações e processos passou a sintetizar a proposta de redes. O sucesso de sua aplicação no desenvolvimento tecnológico permitiu sua transposição conceitual para as várias áreas, em especial nas últimas três décadas, de modo a serem utilizadas para compreender o funcionamento das relações sociais como um todo (CASTELLS, CARDOSO, 2006; ACIOLI, 2007).

Experiências nacionais e internacionais têm demonstrado que atuar no campo da gestão e da pesquisa em saúde pública, no formato de redes, pode propiciar inovações e novas relações entre diferentes instâncias públicas e privadas entre gestão, pesquisa, organização de serviços de saúde e educação e sociedade civil (OPAS/OMS-Brasil, 2009; FLEURY, 2005; FLEURY, OURVERNEY, 2007). No Brasil, os níveis de atenção à saúde têm funcionado em redes de serviços, possibilitando a associação entre diferentes níveis, instituições, grupos e territórios (MENDES, 2011).

Pierre Bourdieu e Bruno Latour, apesar de apresentarem perspectivas distintas no cenário dos estudos sociais da ciência, possuem em comum um aspecto metodológico, qual seja: dar atenção aos detalhes pormenores que compõe a prática de uma investigação científica e captar as relações existentes para a construção da realidade de casos particulares. Também compartilham da perspectiva de que a atividade científica é como qualquer outra esfera da vida social, com valores, normas, condutas, coletividades e especificidades que a destacam como tal e que permitem sua existência e permanência nas sociedades contemporâneas.

Tal perspectiva já havia sido levantada por Ludwing Fleck em 1935, ao analisar os modos de intervenção para a cura da sífilis como um fato científico. Narrou com sutileza de detalhes os acontecimentos, contextos de produção de ideias, interesses e divergências pessoais, os “erros” na produção das evidências, a construção social da doença e uma série de dimensões que preconizou uma perspectiva construtivista sobre a ciência. Iniciou-se a compreensão de que

todo o fato científico é produzido socialmente e sofre interferências de fatores internos e externos ao cientista. Isso o distinguia dos estudiosos da ciência no período que destacavam as “descobertas” e as “genialidades” individuais como forças motrizes do desenvolvimento científico. Fleck trabalha principalmente com a noção de “coletivo de pensamento”, que se refere ao processo de formação de grupos de cientistas por afinidades, aproximações e influências (HOCHMAN, 1994).

Para Thomas Kuhn as comunidades de pesquisadores compartilham de um mesmo paradigma científico, com certa autonomia para heterogeneidades e divergências, que destinam trajetórias e formação de redes distintas no interior dos grupos (KUHN, 1970). Para o autor os *“paradigmas são as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência”* (KUHN, 1991:13). Explica que a dinamicidade da ciência ocorre devido à luta constante entre modelos explicativos, teorias e concepções de mundo, trazendo o conflito e a competitividade como partes do exercício da ciência (KUHN, 1991: 22).

Para o autor, as transformações de paradigmas são revoluções científicas que consistem em um padrão de desenvolvimento das ciências. O que significa que as várias ciências e seus ramos são heterogêneos e convivem com incoerências entre si. Há pequenas e grandes revoluções que, a depender das suas dimensões, podem afetar um determinado campo do saber ou somente uma das suas características. Portanto, os coletivos não precisam necessariamente ser institucionalizados, pelo contrário, indicam associações de ideias e práticas entre grupos que partilham de paradigmas em comum. Kuhn, portanto, atualiza a problemática levantada por Fleck no campo de estudos sociais da ciência e tecnologia.

A perspectiva de Kuhn se combina com contemporâneos, especialmente pós-estruturalistas tal como Pierre Bourdieu e Michael Foucault, que procuram desconstruir a noção de que a atividade científica é fruto de um empenho meramente individual. Nesse sentido, ao investigar o funcionamento de um determinado campo, área ou disciplina científica, é preciso considerar os diversos atuantes que compõe e mobilizam interesses e ações, para além das fronteiras estabelecidas entre sociedade e natureza. Ou seja, “sujeitos” e “objetos” se entrecruzam e estabelecem vínculos. De acordo com Moraes (2013):

“Trata-se de mostrar como a ciência, definida por seu funcionamento híbrido, impura por nascimento, define o que é a sociedade em que vivemos e a natureza a qual nos referimos (...). Vivemos num mundo povoado por objetos que já não sabemos se são naturais ou sociais. São mistos de natureza e sociedade, de objeto e sujeito. As velhas dicotomias já não nos permitem viver” (MORAES, 2013: 325).

As fronteiras são demarcadas pelos campos disciplinares, contudo, é preciso considerar que os conhecimentos circulam e são permeados pelos atores por diferentes tendências e paradigmas científicos, de modo concomitante ao fortalecimento e demarcação dos limites fronteiriços:

“Tão importante quanto compreender esses processos de demarcação é relevante destacar o processo simultâneo de circularidade que se estabelece entre os diferentes campos científicos, sociais, tecnológicos, culturais e assim por diante, apontando a relevância do conceito de permeabilidade das fronteiras” (PECI: 2006).

A partir do exposto, a perspectiva adotada neste trabalho parte do princípio de que os conceitos de *campo científico*, *capital científico* e *habitus*, principalmente, se mostram adequados para compreender a constituição e institucionalização de uma atividade científica inscrita no campo da Saúde Coletiva. No entanto, os pressupostos da Teoria Ator-Rede, bem como de outras abordagens teóricas, podem ser lançados à mão na medida em que se tornam mais adequadas para identificar o substancial e fluido que não pode ser explicitado somente pela estrutura. Portanto, nesse primeiro momento nos interessa compreender a estrutura como um retrato da saúde indígena, como um *microcosmo dentro de um macrocosmo mais amplo*, bem como, as produções e o movimento no interior desse microcosmo, mas que também o ultrapassa.

2.2.A PREOCUPAÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A SAÚDE PÚBLICA

Como assinalado, na era moderna foi introduzido na investigação científica o método e a empiria. A medicina também foi incorporada à ciência moderna, apesar de ser uma atividade praticada há séculos. Nesse novo contexto, especialmente a partir do início do século XIX, o médico cientista não teria apenas a incumbência de curar os enfermos, mas principalmente, sistematizar conhecimentos sobre o funcionamento do corpo humano em disciplinas que pudessem ser reproduzidas e universalizadas. Deveria, portanto, seguir as prerrogativas essenciais da ciência, para a construção de um conhecimento científico considerado legítimo frente a outros saberes e práticas populares de cura (LUZ, 1982; FOUCAULT, 1963).

Assim, os médicos passaram a determinar os sinais e sintomas dos pacientes e a definir a melhor indicação de intervenção terapêutica. Desse modo, foram corroborando para a legitimação da doença enquanto uma entidade a ser estudada e enfrentada; bem como, para construção do poder do conhecimento médico frente a outros saberes e práticas de cura (FOUCAULT, 1963). Desse modo, a existência da doença enquanto um constructo social delineou a produção dos conhecimentos e das técnicas que compõe a medicina, colaborando

para que se tornasse um sistema social próprio, capaz de produzir, reconstruir e transformar valores e comportamentos individuais e coletivos, dentro de uma concepção de normal e de patológico (CANGUILHEM, 1995).

Em suma, os conhecimentos sobre as razões do adoecimento e as estratégias de combate das enfermidades tornaram-se possíveis a partir do processo de identificação e nomeação das doenças. O conhecimento científico produzido pela medicina igualmente informou a atuação do Estado nas sociedades industriais a partir do século XVIII -- frente às constantes epidemias que assolavam populações e as intervenções perante as condições sanitárias nas grandes metrópoles --, passando a se desenvolver e a se institucionalizar enquanto saúde pública (ROSENBERG, 1992).

De acordo com Rosen (1980), a saúde pública surgiu no contexto europeu do século XIX, a partir da inserção da medicina no controle de doenças, hábitos e comportamentos das populações pobres e dos trabalhadores urbanos. Conforme Nunes (2005: 19), a *“medicina estende-se sobre a sociedade como um poder disciplinar, recaindo suas ações (ou intenções) sobre a higienização e medicalização do espaço urbano”*. A consolidação da saúde pública enquanto um braço da atuação do poder público ampliou a concepção de saúde e doença, bem como, acelerou o desenvolvimento do conhecimento científico e permitiu a construção de outras ciências vinculadas à saúde, para além da medicina (NUNES, 2005).

A ampliação de questões urbanas, sociais e ambientais que passaram a se tornar imprescindíveis à saúde pública, culminou no surgimento da medicina social no início do século XX (ROSEN, 1994). Ao longo do século XX a medicina social passa a se disseminar pelo mundo e a se institucionalizar na forma de institutos, departamentos e centros de pesquisa, além do investimento em formação pedagógica (ROSEN, 1994). Essa nova modalidade do saber médico se manifesta nas iniciativas higienistas que, ao se deparar com as problemáticas da saúde nas cidades, busca classificar e normatizar corpos, comportamentos e práticas, geralmente associados às populações negras, marginalizadas e rurais.

No Brasil, a institucionalização da medicina em faculdades e escolas específicas na passagem entre os séculos XIX e XX traz em seu esboço a preocupação social de higienizar e civilizar o povo brasileiro. Nesse período, o país passava por intensas preocupações sociopolíticas de mudança do regime monárquico que desencadeou a proclamação da República, Contexto que propiciou uma preocupação por parte das elites com a questão racial, a pobreza, o saneamento e as epidemias que ameaçavam o projeto de civilização vigente (LUZ, 1982).

O primeiro movimento sanitarista brasileiro liderado por intelectuais e cientistas, em meados do século XX, trazia a bandeira da interiorização do país e da noção de “civilizar a população” através da educação e ações de saneamento e saúde. Tal enfoque era, no período em que surgiram, um contraponto às ideias hegemônicas que justificava a pobreza pelo caráter racial da população (LIMA & HOCHMAN, 1996). A interiorização era incentivada pelas incursões de médicos e sanitaristas para as regiões remotas do país, em busca de novas doenças e diagnósticos que elucidassem as condições precárias do povo brasileiro. Aliado a esse movimento estavam escritores de renome tal como Euclides da Cunha e Monteiro Lobato, autor do personagem Jeca Tatu – o protótipo exemplo de quem se transformou através de melhores condições alimentares, de higiene e saúde.

A noção de que os problemas de ordem social e sanitária teriam origem em causas raciais e físicas, foi fomentado pelo movimento eugenista que teve forte influência no pensamento sanitário e político no mundo todo. Nancy Stepan (2005) analisa que nas primeiras três décadas do século XX o movimento eugênico no Brasil foi proeminente e precursor na América Latina e disseminava o ideário de que através do “melhoramento” hereditário e racial das futuras gerações, melhorar-se-ia a “qualidade” das civilizações – noção que fomentou o incentivo à imigração de trabalhadores europeus ao território nacional. Importante enfatizar que os ideais eugenistas não se restringiram ao universo intelectual: provocaram impactos nas ações de governos na primeira metade do século XX.

A ampliação do conhecimento da classe intelectual e política em torno das condições precárias de saneamento e higiene da população brasileira levantou a hipótese de que a origem dos problemas da população brasileira não seria de cunho racial e biológico, mas sim, de ordem social e sanitária, que demonstrava uma mudança de perspectiva ao ampliar a percepção sobre as determinações sociais e ambientais dos problemas de saúde – percepção esta que exigia uma ampla reforma urbana especialmente nas grandes cidades (LIMA & HOCHMAN, 1996).

Ao curso da República, a saúde pública enquanto ação do Estado experimenta diferentes projetos governamentais. Ao longo das décadas as práticas sanitárias, inicialmente voltadas a melhorias das condições sanitárias, foram transformadas em ações informadas por uma lógica centralizadora, curativa, hospitalocêntrica, com medidas pontuais e imediatas de prevenção e educação em saúde à população. Essa configuração atingiu maior rigidez estrutural nas décadas em que o país viveu sob o regime militar, de 1960 a 1980 (AROUCA, 2003).

No âmbito do Estado houve um processo de recrudescimento da medicina social a favor da uma medicina biologicista e individualizada. No entanto, nas universidades e centros de

pesquisa em saúde pública, uma perspectiva ampliada de saúde passou a emergir, aliada a noção de cidadania, participação, ambiente e condições de trabalho e produção. Alinhado a visões progressistas que buscavam se contrapor ao regime ditatorial, denunciar os limites do sistema capitalista e as condições precárias sanitárias e de vida da população brasileira, uma medicina preventivista passou a emergir dos principais centros formadores da saúde pública no país. Mesmo que essa nova perspectiva já tivesse surgido timidamente em décadas anteriores, a partir de 1960 a sociedade passou novamente a ser um objeto da medicina, com o novo desafio de pensar e agir em prol de medidas preventivas dentro do escopo do profissional médico e de políticas de saúde pública (AROUCA, 2003).

Paralelo ao desenvolvimento desse novo modo de se fazer medicina social, as ciências sociais são incorporadas às diversas questões de interesse da saúde pública (TEIXEIRA, 1985). Em consonância com as lutas populares que reivindicavam a democracia no país, a necessidade da interdisciplinaridade para a compreensão e enfrentamento das questões de saúde das populações passou a se tornar cada vez mais latente. Nesse contexto, foi se conformando a proposta de organização de uma rede nacional de serviços de saúde decorrente de uma forte articulação entre diferentes movimentos sociais e grupos de cientistas e intelectuais (NUNES, 2005).

A partir dessa organização civil, durante a década de 1970, ocorre maior abertura política para se debater a mudança dos rumos das políticas sanitárias e das instituições públicas de saúde. Não apenas os serviços passaram a se reorganizar, como os profissionais, pesquisadores e instituições de pesquisa e ensino dedicados à atuação sanitária, culminando na realização de eventos temáticos durante essa década. Teixeira (1988) identifica um conjunto heterogêneo de denominações que variavam entre “medicina social”, “medicina preventiva”, “saúde comunitária”, “saúde pública”, entre outros. Desse conjunto, cunhou-se a partir da década de 1980 o termo de “saúde coletiva” para se referir essencialmente à matriz teórico-conceitual do movimento sanitário nacional que surgiu da sociedade civil organizada.

Teixeira (2006) explica que, no período de redemocratização do país, a luta pela reforma sanitária passou a abarcar diferentes bandeiras e identidades sociopolíticas que culminaram na ampliação do Estado e na consolidação da cidadania. Dessa maneira, a busca por um sistema sanitário universal balizou não somente a existência de políticas públicas de saúde, como o escopo teórico e conceitual. Tal escopo visava dar conta da sociodiversidade da população brasileira conforme o conceito de saúde que sustentou a reforma, qual seja: a saúde é o completo estado de bem-estar físico, psíquico e social. Tal concepção estava em consonância com o

cenário global em que a Organização Mundial da Saúde já havia reconhecido a dimensão social no processo saúde e doença.

Teixeira (1985) contextualiza historicamente a construção da teoria da reforma sanitária, que se apoiou principalmente em uma perspectiva marxista a partir do método histórico-estrutural dialético. Tal abordagem buscava localizar os determinantes das condições sociais, políticas, econômicas e históricas associadas aos processos de saúde e doença. De acordo com Dâmaso (2006) esse paradigma representou uma contraposição ao padrão vigente no período, no qual a assistência em saúde estava alinhada a um processo político autoritário e desenvolvimentista, em voga na ditadura militar, que servia aos interesses privatistas da indústria farmacêutica e dos seguros de saúde.

Nesse sentido, a confluência de saberes estava diretamente vinculada a um projeto político de sociedade que buscava uma ampliação da esfera do Estado e da participação da sociedade civil nas decisões públicas e este enfoque se manifestou nos ideais do movimento sanitário (GALLO e NASCIMENTO, 2006). A ampliação da dimensão social na compreensão do saber biomédico abriu espaço para a importância da educação e do saber popular dos usuários tanto para a prevenção das doenças, quanto para o processo de cura e dos itinerários terapêuticos (ESCOREL e RASGA, 2012).

Essa conjunção de forças sociais e políticas no período da redemocratização do país culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no bojo da Constituição Federal de 1988. Informado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi posteriormente regulado e definido em 1990 por meio da Lei 8080, como dispõe o Art.2^a “*A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício*”, em especial no parágrafo primeiro:

“O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990).

A saúde coletiva no Brasil enquanto um campo específico do conhecimento, que serve como sustentação ao SUS, vem se consolidando institucionalmente desde a década de 1980. Atualmente consiste em uma importante área das ciências da saúde, reunindo diferentes saberes, especialistas e práticas. Caracteriza-se enquanto um campo próprio, autônomo e plenamente institucionalizado, que se expressa no crescimento contínuo da produção do conhecimento, quanto na consolidação crescente de cursos de pós-graduação em diferentes regiões do país (MINAYO, 2010; NUNES, 2006).

Jainilson Paim¹ contextualiza que a saúde coletiva é um campo do saber no âmbito das ciências da saúde que foi constituído a partir da atitude *crítica* a diversas abordagens teóricas e práticas das ciências médicas e da saúde, sob a perspectiva marxista e materialismo histórico-dialético. A incorporação das ciências humanas e sociais foi fundamental para que pudesse ir ao encontro e fortalecer as perspectivas até então periféricas como a medicina preventiva coletivista e a epidemiologia social, que buscavam romper com o saber médico de tradição higienista e curativo até então hegemônicos (AROUCA, 2003).

Conforme Dâmaso (2006) foi a medicina preventiva que permitiu a entrada do social no paradigma clínico até se tornar uma medicina social; deslocando dessa maneira a epidemiologia para o papel de mediação entre essas duas vertentes epistemológicas antagônicas. Importante ressaltar que a saúde coletiva no Brasil trouxe a sociedade civil para o cerne da construção dos seus saberes e práticas no campo das ciências da saúde, caracterizando-se como um movimento contra hegemônico, tanto no ambiente científico, quanto no debate público:

“Nas representações eruditas (formas de pensar) desses agentes, o conceito de saúde coletiva como campo é, ao mesmo tempo, mais e menos abrangente. O mais abrangente refere-se ao campo científico, técnico e político – ‘híbrido’ e multidisciplinar, incluindo as ciências biomédicas, sociais e matemáticas. O mais restrito ora enfatiza a sua natureza conceitual e não instrumental, ora o remete à produção de conhecimento, alimentadora de intervenções, assim como o restringe à formulação de políticas alternativas e ao estudo dos determinantes do processo saúde, visando a melhorar o quadro de saúde da população” (CANESQUI, 2010).

Nunes (2011) cita como um marco para o campo a publicação, em 2006, do primeiro “*Tratado de Saúde Coletiva*”, o qual oferece um panorama geral do campo e detalha os mais importantes subcampos e temas da Saúde. As temáticas abordadas revelam a extensão e a diversificação do campo da Saúde Coletiva, que mantém interfaces com muitas disciplinas, tanto da área das ciências da saúde, como das ciências humanas e sociais.

Osmo & Schraiber (2015) reconstróem a história do campo da Saúde Coletiva por meio dos autores clássicos que fundaram o campo, suas contribuições e conflitos. Nas suas palavras:

“Nos pareceu que o campo da Saúde Coletiva pode não admitir apenas uma única definição sobre sua delimitação e caracterização. Talvez pelo fato de ser um campo bastante novo, houve nele ainda poucas cristalizações no sentido de se formarem culturas tradicionais, de modo que existe, em seu interior, uma grande pluralidade (e tensões) em termos disciplinares e epistemológicos. Sempre em construção e muito podendo caminhar na produção e em termos de reflexão sobre a própria identidade, a Saúde Coletiva, como outros, constitui um ‘campo vivo’” (OSMO & SCHRAIBER, 2015).

Na tese de doutorado, intitulada “*Contribuição para o estudo da comunidade científica em saúde coletiva: os grupos de pesquisa*”, Almeida (2011) caracteriza o campo da saúde

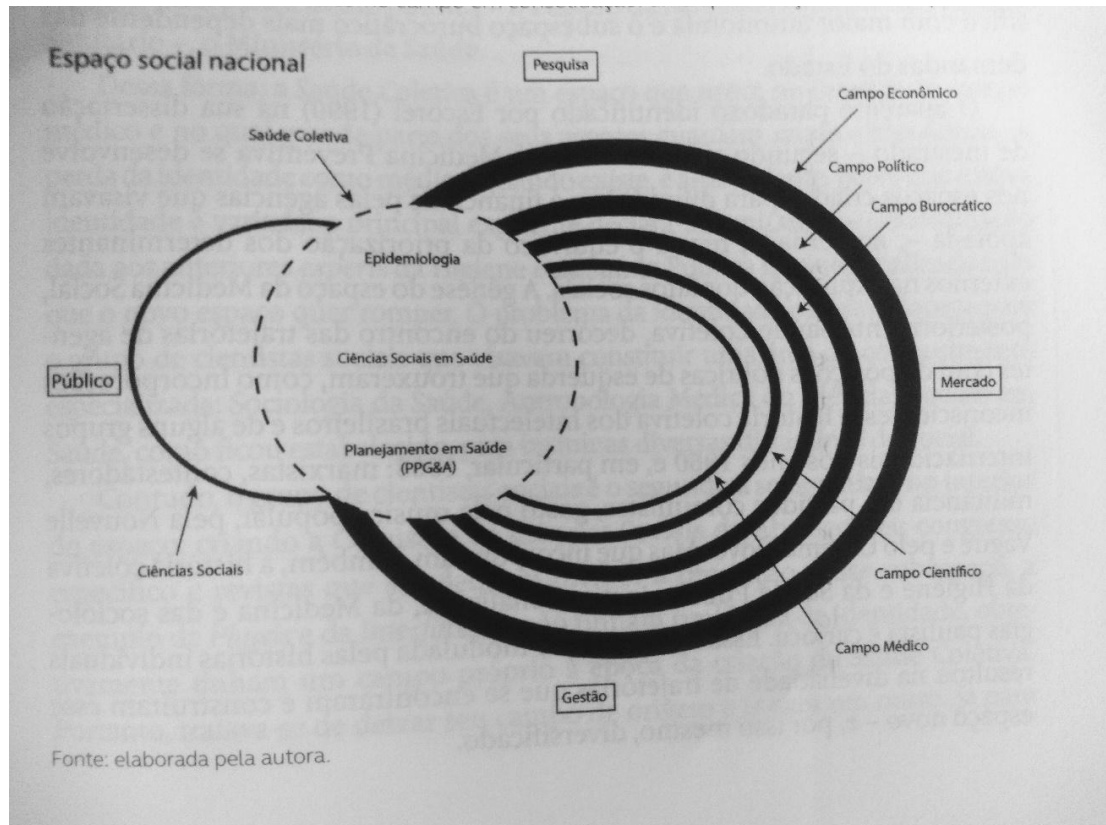
¹Conferência proferida em aula de abertura do ano letivo da Escola Nacional de Saúde Pública, no dia 26 de março de 2014.

coletiva por meio dos grupos de pesquisa. A autora utiliza principalmente as bases teóricas de Pierre Bourdieu, ao trabalhar na perspectiva do campo, e Tomas Khun, ao identificar e analisar comunidades científicas por meio dos grupos de pesquisa reconhecidos oficialmente, representados pelos líderes dos grupos. Analisa a constituição e o fluxo que percorre a tríade campo científico/comunidade científica/grupo de pesquisa, onde se inscrevem teorias, metodologias, disciplinas, projetos e temas. De certa maneira, estuda as redes estabelecidas entre líderes e grupos de pesquisa, em torno de parcerias, interesses e disputas, que não se restringem à arena acadêmica, mas que se deslocam para a mídia, políticas públicas, entre outros setores externos ao exercício da ciência (ALMEIDA, 2011).

Almeida (2011) identifica três ramos de destaque nos estudos sobre a saúde coletiva e que se relacionam entre si. O primeiro procura explicar a constituição da saúde coletiva como um campo científico. O segundo se concentra em encontrar a distinção entre saúde coletiva, medicina social e saúde pública; o terceiro se preocupa em entender a relação entre saúde coletiva e prática política.

No livro *“O campo da Saúde Coletiva – gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária brasileira”*, Ligia Maria Vieira-da-Silva (2018) desenvolve um minucioso histórico do campo com base na teoria da práxis de Pierre Bourdieu. Descreve a interferência direta do projeto da reforma sanitária na gênese do posicionamento da Saúde Coletiva como programa científico e político, intrinsecamente relacionado à prática dos serviços de saúde e em contraposição ao mercado, aos serviços privados e à lógica liberal do Estado; vigente no período de formação do SUS e que prevalece no contexto atual.

Figura 1 - Representação do Campo da Saúde Coletiva e a intersecção com outras esferas do social



Fonte: VIEIRA-DA-SILVA, 2018.

Nesse sentido, a confluência de saberes estava diretamente vinculada a um projeto político de sociedade que buscava uma ampliação da esfera do Estado e da participação da sociedade civil nas decisões públicas. Tal perspectiva se manifestou nos ideais do movimento sanitário, tendo em vista que a participação social foi um dos eixos centrais das conferências de saúde e se tornou um dos pilares da reforma:

“As relações dos agentes com o campo do poder se dão, no primeiro momento, a partir de uma elaboração de uma “teoria social da saúde”, que fornece os fundamentos dessa necessária ligação entre determinação social da saúde e a formulação de um projeto político – a Reforma Sanitária. Em outras palavras, se a situação de saúde da população é socialmente determinada; se também as formas históricas assumidas pela organização das práticas sanitárias são socialmente determinadas, a sua transformação depende de uma reforma ou até mesmo de uma revolução social” (VIEIRA-DA-SILVA, 2018: 228).

Compreende-se que a ampliação da dimensão social na compreensão do saber médico abre espaço para a importância da educação e do saber popular dos usuários. Tanto para a

prevenção das doenças, quanto para o processo de cura e os itinerários terapêuticos e, conseqüentemente, para o desenvolvimento da temática da saúde indígena.

2.3.A TEMÁTICA INDÍGENA NAS AÇÕES POLÍTICAS E CIENTÍFICAS EM SAÚDE

A preocupação com as condições de saúde dos povos indígenas no Brasil surgiu a partir das incursões expedicionárias da Comissão Rondon e do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), na passagem do século XIX ao XX (VITAL, 2011; PONTES et. al, 2019). As epidemias, que assolavam diversas populações pelo interior do país, passaram a se tornar preocupações por parte do Estado e das primeiras ações médico-sanitárias que tinham por objetivo construir um projeto civilizatório para o interior do país.

Caser (2010) identifica os relatórios de médicos que fizeram parte da Comissão Rondon e que produziram os primeiros estudos sobre a situação de saúde de diversas populações indígenas do país. Lima (1999) situa a Comissão como um projeto de nação que tinha como intuito “civilizar” as regiões e populações mais longínquas dos centros metropolitanos do período, a partir de ações higienistas, de saneamento e enfrentamento de epidemias.

O SPI foi à primeira instituição nacional que visava a “pacificação” e “integração” das populações indígenas à sociedade nacional, de modo a protegê-los da ameaça de genocídio. Criada em 1910, implantou no país uma política pública indigenista que permanece até os dias atuais, mesmo com consideráveis mudanças institucionais e de atuação ao longo das décadas. Em 1967, foi substituída pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que consiste na autarquia atualmente responsável pela proteção dos territórios e direitos indígenas.

Brito (2011) descreve o desenvolvimento do setor de saúde do SPI, suas ações e trabalhos produzidos ao longo de sua existência, bem como os diferentes órgãos federais voltados para os povos indígenas naquele contexto. A autora identifica os relatos das equipes de campo que descreviam a situação de vida de muitas populações, contudo, assinala que somente a partir da década de 1940 o órgão passou a contar com profissionais médicos. Paralelo ao serviço de saúde do SPI, entre as décadas de 1940 e 1960, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), ambos vinculados ao Departamento Nacional de Saúde e que também se inseriram em áreas indígenas, especialmente no combate a epidemias.

Neste contexto, destaca-se a iniciativa de Noel Nutels. Na década de 1950, ele conheceu a situação de saúde de diversas etnias no centro-oeste brasileiro e propôs a elaboração de um programa de enfrentamento à tuberculose em territórios indígenas (SANTOS et. al., 2013). A

partir desse período surgem pesquisas em genética de populações indígenas e na área de medicina tropical, especialmente após a década de 1960, motivados pelas intensas epidemias que assolavam populações inteiras (COIMBRA et. al., 2002). A medicina tropical passa a ser a principal área dentro do campo da saúde responsável pela incorporação das preocupações em torno das condições de saúde das populações que habitavam o “interior” do país, incluído os povos indígenas. Em 1967, são constituídas na FUNAI as equipes volantes de saúde que atendiam esporadicamente as populações indígenas. Porém, a organização de um serviço de saúde sistematizado e regular se daria apenas nas décadas seguintes.

Como assinalado, durante a década de 1970 ocorre maior abertura política para se debater a mudança dos rumos das políticas sanitárias e das instituições públicas de saúde, inclusive sobre saúde indígena. Profissionais, pesquisadores e instituições de pesquisa e ensino que se dedicavam à atuação sanitária, promoveram diversos debates e eventos temáticos (PONTES et al, 2019). Segundo Langdon (2004), ao longo de 1980 e 1990, os movimentos indígenas associados ao movimento sanitário brasileiro e a um emergente campo intelectual e acadêmico na área de saúde coletiva e ciências sociais, especialmente a antropologia, passaram a reivindicar a criação de uma política pública em saúde específica para os povos indígenas. Esse propósito estava em consonância com a discussão sobre a criação de um novo sistema de saúde para a população brasileira. Em 1986, simultaneamente à realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi realizada a 1ª Conferência de Proteção à Saúde do Índio, que aprovou a criação de um subsistema de serviços em saúde (PONTES et. al, 2019).

Garnelo (2014) contextualiza o apoio internacional recebido pelos movimentos sanitário e indígena, no bojo do processo de elaboração da Constituição Federal de 1988; especialmente por parte de organizações não-governamentais ambientalistas, agências multilaterais como o Banco Mundial, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), entre outras. Importante ressaltar que a Convenção 169 da OIT Sobre Povos Indígenas e Tribais de 1989 foi salutar para respaldar o debate em torno da mudança de perspectiva da relação tutelar entre o Estado brasileiro e os povos indígenas, em especial no que concerne ao reconhecimento territorial e o direito aos serviços de saúde. Ainda que tenha sido ratificado pelo Brasil no ano de 2004, como indica a citação abaixo:

“A melhoria das condições de vida e de trabalho e do nível de saúde e educação dos povos interessados, com a sua participação e cooperação, deverá ser prioritária nos planos de desenvolvimento econômico global das regiões onde eles moram. Os projetos especiais de desenvolvimento para essas regiões também deverão ser elaborados de forma a promoverem essa melhoria” (OIT, artigo 7º, tópico 2, 2004).

Nesse contexto, a promulgação da Constituição Federal de 1988 modificou a atuação do Estado perante os povos indígenas, reconhecendo-os como cidadãos, preconizando a valorização das diversidades étnicas e a garantia de políticas públicas universais (SOUZA-LIMA, 2002). É importante ressaltar que, de acordo com Pereira (2002), a Constituição tornou-se um marco legal para os direitos indígenas do país, não apenas porque ampliou o leque para a implantação de políticas públicas voltadas aos povos indígenas, mas, principalmente, porque forneceu base legal para o reconhecimento da sociodiversidade nos direitos civis e ações do Estado. A Constituição Federal de 1988, por meio do artigo 231, introduziu o reconhecimento legal do pluralismo étnico que passou a orientar as políticas indigenistas a partir de então, substituindo a concepção integracionista e tutelar, sustentada legalmente pelo Estatuto do Índio de 1973.

No contexto da criação do SUS, em ambiente de confluência entre movimentos da sociedade civil, pesquisadores no período da redemocratização do país, a saúde indígena passou a entrar na agenda das políticas públicas de saúde. Como aponta Hochman (2014), ambas as agendas ainda não haviam se encontrado em momento anterior ao SUS. A saúde dos povos indígenas ficava estritamente a cargo dos órgãos indigenistas e as ações voltadas para as populações rurais e ribeirinhas, pelo interior do país, desconsideravam os povos indígenas.

No mesmo contexto as questões étnico-raciais emergem por parte da sociedade civil organizada, advindos de movimentos sociais feministas, dos povos indígenas, da população negra e de uma parte considerável de cientistas e intelectuais, para a garantia de direitos constitucionais e políticas públicas direcionadas a grupos etnicamente distintos (ROCHA, 2008). A temática da discriminação e das desigualdades étnico-raciais e de gênero assume um importante papel no campo da saúde, que reflete num constante crescimento dessas questões na produção acadêmica e informações em saúde pública (MONTEIRO & SANSONE, 2004).

Paralelo ao desenvolvimento de reflexões a respeito da saúde dos povos indígenas emerge uma arena de reflexão em torno da relação entre etnicidade e saúde, que nasce do constructo em torno de raça, identidade nacional e condições de vida e de saúde de populações pobres. Ainda que ambas as abordagens por um tempo não se entrecruzaram, essa questão é refletida e debatida no país há mais de um século, bem como, é antiga a interface entre raça e saúde (SCHWARCZ, 1996).

Após a criação do Sistema Único de Saúde em 1988, somente em 1999 foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SASISUS), incorporado ao SUS, por meio da Lei nº 9836 de 1999 proposta pelo então deputado federal Sérgio Arouca – ex-

presidente da Fiocruz, personagem político de destaque do período para a criação do SUS, do SASI-SUS e uma das principais lideranças da reforma sanitária brasileira.

O Subsistema tem por objetivo primordial oferecer atenção primária em saúde para todos os povos indígenas circunscritos no território nacional, bem como, propiciar aos indígenas o acesso aos níveis secundário e terciário da rede pública de saúde (LANGDON, 2004). De 1999 a 2009 o Subsistema foi de responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Conforme aponta Ferreira et al (2010), este período foi marcado por constantes dificuldades operacionais para cumprir as diretrizes estabelecidas na PNASI.

A situação precária da gestão das ações de saúde indígena também foi severamente criticada por órgãos de controle e de justiça, que estabeleceram recomendações para reestruturação do Subsistema. Essa situação, aliada às reivindicações das populações indígenas quanto aos serviços de saúde, levaram o governo brasileiro a tomar a decisão de transferir a responsabilidade sobre as ações de saúde indígena da Funasa para o Ministério da Saúde. Em 2010 foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)² (CARDOSO, 2015).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI), foi regulamentada oficialmente em 2002, com base na Lei Arouca (nº. 9.836 de 23 de setembro de 1999), com o propósito de:

“Garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura” (PNASI, 2002: 13).

Esta Política inaugura a concepção de *atenção diferenciada*, com o objetivo de articular saberes e práticas indígenas de condução do processo saúde-doença-cuidado com os do universo biomédico, higienista, epidemiológico e normativo das políticas públicas de saúde. Além de garantir o direito à saúde para os povos indígenas, reconhece a diversidade sociocultural dos povos indígenas alinhados aos princípios da Constituição Federal de 1988. É idealizada com a mesma estrutura de organização de ações e serviços de saúde que é direcionada à população nacional, contudo, com especificidades de modo a atender as diversidades étnicas, geográficas e epidemiológicas dos povos indígenas.

A organização dos serviços de atenção básica se dá por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's) que se localizam conforme a distribuição geográfica e territorial

² Sobre a assinatura do Decreto-Lei que cria a SESA: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=35445. Acessado em 15 de outubro de 2020.

dos povos indígenas. Estes também são responsáveis pela articulação com os serviços de atenção básica dos municípios mais próximos às aldeias ou de referência para a média e alta complexidade dos serviços (PNASI, 2002). O DSEI consiste em um:

“Modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social” (PNASI, 2002: 13).

No Brasil existem 34 DSEI's, que foram criados seguindo oficialmente a distribuição étnica e territorial dos povos indígenas, não obedecendo necessariamente à divisão em unidades federativas do país. Na estrutura organizacional de um DSEI há os Pólos-Base, que são unidades administrativas localizadas próximas às aldeias indígenas e que, em nível local, organizam e viabilizam atendimento básico em saúde nas aldeias. O acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade é realizado por meio das Casas de Atenção à Saúde Indígena (CASAI's) que consistem em unidades de saúde de apoio intermediário, localizadas nas/ou próximas às cidades onde se encontram as referências do SUS.

A Atenção Básica ocorre através do atendimento primário nos Postos de Saúde sob a responsabilidade de profissionais de saúde das denominadas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). A população indígena é atendida nas aldeias por estes profissionais que executam as áreas programáticas de saúde preconizadas pelo Ministério da Saúde. Cada EMSI é composta basicamente por médicos, enfermeiros, dentistas, nutricionistas, auxiliares de enfermagem, agente indígena de saúde e agente indígena de saneamento. O Agente Indígena de Saúde (AIS) e o Agente Indígena de Saneamento (AISAN) são funcionários indígenas da mesma etnia e/ou que moram na comunidade onde trabalham.

A gestão, financiamento, organização e operacionalização dos serviços, contratação de recursos humanos e o controle social seguem as mesmas diretrizes do SUS. Isto implica inúmeros desafios na compatibilização da diversidade étnica no processo de elaboração, planejamento, avaliação e execução da política de saúde (SANTOS et. al., 2013; GARNELO et. al., 2003; LANGDON, 2004).

Na PNASI encontra-se, em sua diretriz 4.4, a necessidade de articulação do sistema médico adotado pelos serviços de saúde e os sistemas tradicionais indígenas de saúde – entendidos na lei como “[...] *uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia dos indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação*

particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem” (PNASI, 2002: 17). A partir do reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, o princípio que norteia as diretrizes da PNASI, “[...] *é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas”* (PNASI, 2002: 18).

A articulação proposta parte do entendimento de que existe diferenciação entre os sistemas médicos, sejam indígenas ou ocidentais, e está associado a uma gama de concepções e práticas que dizem respeito ao arcabouço cultural da sociedade de onde emerge. Por consequência, existe uma extensa variedade de conhecimentos dos povos indígenas que estão associados ao cuidado com a saúde e com o corpo, como por exemplo, o processo de cura, sistemas de parto, conhecimento e manipulação de plantas medicinais, entre outros. E que, tais saberes e práticas se remetem a outros sistemas culturais, sejam religiosos, políticos, territoriais, entre outros, que geralmente estão inter-relacionados entre si (FERREIRA, 2007).

Os sistemas de saúde, sendo assim, criam modelos explicativos que interpretam e constroem saberes e práticas associadas aos cuidados com a saúde e a doença, em diferentes sociedades. Em decorrência dos sistemas, podemos compreender o conceito de *modelos de atenção*, introduzido por Eduardo Menéndez (2003). O autor conceitua cinco tipos de modelos de atenção: 1) biomédico, “*referidas a médicos del primer nivel de atención y del nivel de especialidades para padecimientos físicos y mentales que la biomedicina reconoce como enfermedades. Estas se expresan através de instituciones oficiales y privadas*”; 2) popular ou tradicional, “*expresadas através de curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, espiritualistas, yerberos, shamanes*”, entre outros; 3) alternativa, “*parelelas ao new age que incluyen a sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitário*”; 4) “*devenidas de outras tradiciones médicas académicas: acupuntura, medicina ayurvedica, medicina mandarina, etc*”; e 5) “*centradas en la autoayuda: alcohólicos anônimos, neróticos anônimos, clubes de diabéticos*”, entre outras (MENENDEZ, 2003: 188-189).

Os tipos de modelos de atenção se encontram interligados em muitos aspectos. Em meio deles, existe a *auto-atenção*, que pode ser utilizada para melhor compreender os saberes e práticas desenvolvidas pelas populações para a promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A PNASI inaugura a concepção de *atenção diferenciada*, no sentido de que deve adotar “[...] *um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços – voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde -, que garanta aos índios o exercício de sua*

cidadania nesse campo” (PNASI, 2002, pág. 06). Dessa maneira, segundo Langdon (2004) “[...] a atenção diferenciada é mais bem conceituada não como incorporação de práticas tradicionais aos serviços de saúde primária, e sim, como articulação entre estes e as práticas de auto-atenção existentes na comunidade particular” (LANGDON, 2004: 42). A adoção de um modelo de atenção à saúde que se pautar na abordagem diferenciada e que leve em consideração as especificidades e diversidades étnicas, leva-nos a refletir sobre a maneira como as relações com os povos indígenas se estabelecem. E, conseqüentemente, sobre os diferentes vieses de participação e contribuição indígena nos serviços de saúde.

A Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde consiste na principal legislação a respeito da participação social da população no SUS, incluindo os conselhos indígenas. Na PNASI, a estruturação do controle social indígena se organiza a partir da formação de conselhos de saúde indígena em nível distrital e local. Seu papel é o de garantir a participação dos povos indígenas no planejamento, acompanhamento, fiscalização e avaliação dos recursos financeiros e das ações em saúde desenvolvidas nas aldeias por instituições públicas, privadas e entidades não-governamentais. De um ponto de vista crítico, segundo Garnelo e Sampaio (2003), a imposição deste modelo produziu uma situação de “[...] incongruência entre a noção de representatividade genérica demandada pelo sistema de saúde e os modelos tradicionais de legitimidade e representatividade de líderes indígenas” (GARNELO; SAMPAIO, 2003: 80).

Desse modo sintético, compreendemos que a PNASI envolve três esferas: projeto gestor específico, controle social e participação dos indígenas e atenção diferenciada com base em modelo assistencial inclusivo, mas operacionalmente normativo. Contudo, o grande desafio permanece sendo na atenção diferenciada, onde se percebe diretamente os conflitos entre saberes e práticas das sociedades indígenas com a biomedicina praticada pelos profissionais de saúde (CARDOSO, 2015).

A participação indígena é preconizada no Subsistema de Saúde Indígena, da mesma forma como no SUS como um todo, denominado como *controle social* por meio de Conferências, Conselhos Locais e Distritais de Saúde. No entanto, desde a criação do Subsistema, foram realizadas somente 5 (cinco) Conferências Nacionais de Saúde Indígena. A defasagem de realização e o nível de autonomia e interferência no campo das decisões sobre os rumos da PNASI são problematizadas por diferentes atores, organizações e pesquisadores do campo (TEIXEIRA, 2010).

Importante compreender que em 20 anos de SASISUS muitas transformações ocorreram nesse processo de implementação da PNASI³, bem como, retrocessos e alguns avanços ao que está preconizado na legislação. Inúmeros são os estudos que buscam retratar não somente as condições de saúde e vida dos povos indígenas no contexto dos serviços, bem como, buscam avaliar a execução dos serviços e do propósito de atenção diferenciada e articulação de sistemas médicos.

³ **20 anos de saúde indígena no SUS** - Um retrato do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena criado pela Lei Arouca em 1999. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/20-anos-de-saude-indigena-no-sus>. Acessado em 15 de outubro de 2020.

3. COMO A PESQUISA FOI DESENVOLVIDA

“O conhecimento não se inicia com percepções ou observações ou com a coleta de dados ou fatos, mas com *problemas*. Não existe conhecimento sem problemas – mas tampouco problema sem conhecimento (...) Pois todo o problema nasce pela descoberta de que algo não está em ordem em nosso pretense conhecimento; ou, visto logicamente, pela descoberta de uma contradição interna em nosso pretense saber e os fatos; ou, numa expressão ainda mais certa, pela descoberta de uma aparente contradição entre nosso pretense saber e os pretensos fatos” (POPPER, 2006: 94).

Buscando conciliar distintas tradições socioantropológicas, a trajetória dessa pesquisa é acompanhada pela pergunta “*como se constitui e se caracteriza a área de estudos sobre saúde indígena no Brasil?*” Optou-se por considerar “área de estudos”, partindo do princípio de que a temática da saúde indígena não se refere a um *campo científico* (Bourdieu, 1983). Trata-se de um conjunto de grupos e atores de diferentes campos do conhecimento científico que agregam interesses em comum e, ao mesmo tempo, manifestam diferentes vertentes e perspectivas sobre o tema. Por “área de estudos sobre saúde dos povos indígenas no Brasil”, considera-se o conjunto de pesquisadores e grupos que produzem pesquisas científicas que abordam as condições de vida, o processo saúde, doença e a sustentabilidade territorial e econômica dos povos indígenas existentes no país, nos âmbitos socioculturais, demográficos, epidemiológicos e sanitários.

Neste capítulo serão apresentadas as estratégias metodológicas escolhidas para trilhar o caminho desta pesquisa, que resultam da combinação de métodos denominados de quantitativos e qualitativos (MINAYO, 2004; MINAYO & SANCHEZ, 1993; VICTORA et. al., 2000).

A perspectiva *quantitativa* englobou a utilização de medidas de frequência para a análise de tendências mais abrangentes sobre a produção científica e a estruturação dos grupos de pesquisa que estudam a saúde dos povos indígenas no Brasil. Do ponto de vista *qualitativo* optou-se por uma abordagem socioantropológica a respeito das posições e redes de produção científica dos sujeitos estudados que estão inseridos no campo analisado. A combinação de ambas as abordagens vai ao encontro da perspectiva de Deslandes e Assis (2002): “*parte-se do princípio de que a quantidade é uma dimensão da qualidade do social e dos sujeitos, marcados em suas estruturas, relações e produções pela subjetividade herdada como um dado cultural*” (DESLANDES e ASSIS, 2002: 2015).

Por meio dessa combinação, este trabalho pretende compreender as atividades científicas sobre a temática da saúde dos povos indígenas, entendidas como o “*conjunto de atividades sistemáticas, estreitamente ligadas à produção, à promoção, à difusão e à aplicação*”

de conhecimentos científicos e técnicos em todos os domínios da ciência e da tecnologia” (OCDE, 1993).

3.1.OBTENÇÃO DOS DADOS E FONTES ESTUDADAS

O processo de obtenção de dados foi realizado em três etapas e envolveu diferentes tipos de informações e períodos distintos. A primeira etapa centrou-se na revisão integrativa da literatura sobre a produção científica a respeito da temática da saúde dos povos indígenas do Brasil. A segunda foi caracterizada pelo levantamento dos grupos e linhas de pesquisa no Brasil que estudam o tema. A terceira se referiu à identificação e aprofundamento da produção acadêmica de quatro pesquisadores, considerados como atores-chave importantes na consolidação da área de estudos no contexto nacional.

3.1.1. Primeira etapa: revisão da literatura acadêmica

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre a saúde dos povos indígenas no Brasil a partir da busca de artigos científicos em cinco bases de dados, quais sejam: “Pubmed/Medline”, “SCOPUS”, “LILACS”, “Sociological Abstract” e “Web of Science”. Essas bases foram escolhidas por serem estratégicas no armazenamento e difusão de artigos no campo das ciências da saúde e das ciências humanas e sociais. Foi adotado um recorte temporal amplo. As chaves de busca foram construídas com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)⁴ em torno dos termos *“Health indigenous peoples”, “Indigenous population”* e *“Brazil”*. A definição do descritor foi feita no idioma inglês, pois é o idioma padrão de busca e todas as bases são internacionais.

Ainda que exista uma padronização de descritor de busca do DeCS, cada base de artigos possui o seu formato de busca. Na base Pubmed/Medline, utilizou-se uma combinação de descritores pré-definidos da própria base que abarcam um conjunto de artigos (MESH), desse modo, por meio da estratégia de busca: *“Indians, south american (MESH) AND Brazil (all terms)”*.

⁴ Disponível em: <http://decs.bvs.br/>. Acessado em 15 de outubro de 2020.

Para a base *Lilacs* (que abrange *Scielo* - Scientific Electronic Library) foi empregada “saúde indígena” OR “população indígena”. Na base Scopus optou-se por buscar pelo título do artigo, resumo e palavras-chave: “(TITLE-ABS-KEY ("indigenous population") OR TITLE-ABS-KEY ("health indigenous peoples") OR TITLE-ABS-KEY ("indigenous") OR TITLE-ABS-KEY ("Health Services Indigenous") AND TITLE-ABS-KEY (brazil) OR TITLE-ABS-KEY (brasil))”

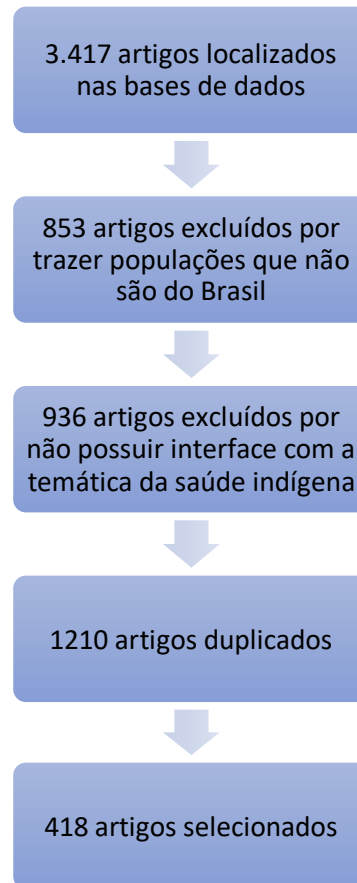
Na Sociological Abstract havia a opção de busca somente pelo título, que ficou: *ti* (“indigenous population” OR “health indigenous peoples” OR indigenous OR “Health Services Indigenous”) AND (brasil OR brazil). O mesmo ocorreu para a base Web of Science: *Titulo:* (“indigenous population” OR “health indigenous peoples” OR indigenous OR “Health Services Indigenous”) AND *Tópico:* (Brasil OR Brazil). A realização da revisão ocorreu até o mês de agosto de 2018⁵.

A partir dos critérios adotados foram localizados 3.417 artigos científicos⁶. Os dados encontrados foram incluídos em uma planilha de Excel. A partir da leitura do título, do resumo e palavras-chave, foram selecionados os artigos (1) que abordavam populações indígenas localizadas no Brasil e que (2) trabalhavam com temáticas associadas à análise das condições de vida e saúde das populações indígenas e das políticas públicas de saúde indígena. Os artigos duplicados foram excluídos. Ao fim da etapa de revisão, após a aplicação dos dois critérios escolhidos, foram selecionados 418 artigos, conforme a figura abaixo:

⁵ Em etapa anterior de desenvolvimento do presente trabalho, uma primeira revisão integrativa foi realizada em fevereiro de 2014. Tendo em vista a ocorrência de mudanças e adequações nas bases de dados pesquisadas no período de 2015 até então, especialmente sobre o modo de indexação de artigos, aliado à necessidade de se atualizar os dados a serem analisados ao menos até agosto do ano de 2018, optou-se por refazer a busca dos artigos utilizando-se dos mesmos descritores.

⁶O intervalo entre uma busca e outra expressou uma grande mudança nas bases quanto à disponibilização de artigos: mesmo utilizando-se da mesma estratégia de busca, encontrou-se resultados distintos de todos os anos, não somente no período entre 2014 e 2018.

Figura 2 - Processo de seleção dos artigos da revisão integrativa da literatura



Fonte: elaborado pela autora

3.1.2. Segunda etapa: grupos e linhas de pesquisa

O material investigado foi obtido por meio da *Plataforma Lattes* do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A Plataforma Lattes consiste no principal banco oficial e público de dados relativos às atividades científicas no país, onde estão integradas informações referentes às atividades de cada pesquisador por meio do *Currículo Lattes*, dos grupos de pesquisa cadastrados no *Diretório dos Grupos de Pesquisa* e das instituições cadastradas no CNPq, que podem ser acessadas pelo *Diretório de Instituições*⁷.

⁷Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/>. Acessado em 08/2018.

Os dados utilizados no presente estudo foram extraídos em dois momentos. O primeiro extraído do Censo dos Grupos de Pesquisa do Brasil realizado em 2014⁸. O segundo momento foi no mês de outubro de 2020, pouco tempo antes de concluir este trabalho. Para obter informações mais recentes, também se realizou busca manual no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil, contudo, diversos problemas foram encontrados sobre a disponibilização das informações.

Utilizou-se a Plataforma para a identificação e mapeamento dos grupos de pesquisa e pesquisadores que de maneira direta estão envolvidos com a temática da saúde dos povos indígenas. Cabe ressaltar que há pesquisa e pesquisadores no país que produzem conhecimento e não estão cadastrados nessa plataforma. Todavia, neste estudo foi priorizado os grupos que se encontram institucionalizados e oficializados na comunidade científica.

Primeiramente foram pesquisadas as linhas de pesquisa sobre o tema no Diretório de Grupos de Pesquisa no Brasil⁹, utilizando-se os descritores “indígena”, “indígenas”, “índio” e “índios”, aplicadas aos campos “nome do grupo”, “nome da linha de pesquisa”, “palavra-chave da linha de pesquisa” e “objetivo da linha de pesquisa”.

A seleção das linhas que possuem articulação com saúde indígena ocorreu após análise das informações de identificação, conforme os seguintes critérios de inclusão: (1) estudam populações indígenas localizadas no Brasil e se (2) trabalham com temáticas associadas à análise das condições de vida e saúde das populações indígenas e das políticas públicas de saúde indígena; exatamente os mesmos critérios utilizados para a revisão integrativa da literatura.

A partir das linhas e conseqüentemente dos grupos, foram escolhidos os pesquisadores responsáveis por esses grupos e analisados os seus currículos. Os grupos selecionados deveriam ter pelo menos uma linha de pesquisa que abordasse a saúde dos povos indígenas. Em 2014, foram identificadas 1067 linhas de pesquisa, das quais foram selecionadas 161 para a análise, inseridas em 54 grupos liderados por 94 pesquisadores. Em 2020, foram analisados 55 grupos de pesquisa que possuem pelo menos alguma linha de pesquisa sobre saúde dos povos indígenas. As categorias selecionadas das informações sobre os Grupos de Pesquisa foram:

⁸ Tendo em vista a ocorrência de mudanças significativas na Plataforma Lattes, como a suspensão temporária da plataforma e incompletude de informações, entre o período de 2018 a 2020, houve maior dificuldade na obtenção e atualização das informações, mas optou-se por considerar como válidas para a análise as informações oficiais do Censo de 2014, com o acréscimo atualizações em 2020 no que concerne aos grupos específicos de saúde indígena.

⁹ Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/web/dgp>. Acessado em 08/2018

Tabela 1 – Descrição das categorias utilizadas para a identificação e caracterização dos grupos de pesquisa que estudam saúde dos povos indígenas no Brasil

Categoria	Descrição
Nome do grupo	Título do grupo de pesquisa
Grupo específico de saúde indígena?	Se se trata de um grupo que estuda somente saúde indígena ou não
Ano de formação	Ano que o grupo foi cadastrado no CNPq
Grande área do conhecimento	Grande área do conhecimento no qual o grupo é cadastrado, conforme classificação do CNPq
Subárea do conhecimento	Subárea do conhecimento no qual o grupo é cadastrado, conforme classificação do CNPq
Instituição de vinculação	Instituição pública ou privada na qual o grupo é vinculado e cadastrado
Estado	Unidade Federativa onde se encontra o grupo
Cidade	Município brasileiro da Unidade Federativa onde se encontra o grupo
Macrorregião	Macrorregião do Brasil onde se encontra a Unidade Federativa
Data de coleta	Data de coleta da informação no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq
Número de líderes	Número de líderes responsáveis pelo Grupo que varia de 1 a 2 líderes
Nome do líder 1	Nome completo do líder principal
Nome do líder 2	Nome completo do líder adjunto
Número de pesquisadores	Número de pesquisadores que compõe o grupo
Número de mestrandos	Número de alunos que estão cursando mestrado que compõe o grupo
Número de doutorandos	Número de alunos que estão cursando doutorado que compõe o grupo
Número de estudantes de especialização	Número de alunos que estão cursando especialização lato sensu que compõe o grupo
Número de estudantes de iniciação científica	Número de alunos que estão cursando graduação que compõe o grupo
Número de técnicos	Número de técnicos que compõe o grupo e realizam atividades específicas que exigência de no mínimo ensino médio completo
Número de linhas pesquisa	Número de linhas de pesquisa
Títulos das Linhas de Pesquisa	Títulos das linhas de pesquisa contidas no Grupo
Palavra-título 1 a 5	Palavras do título, de 1 a 5 palavras
Sítio eletrônico	Endereço eletrônico da página virtual do grupo de pesquisa do CNPq

Fonte: elaborado pela autora

As categorias selecionadas sobre as linhas de pesquisa foram:

Tabela 2 – Descrição das categorias utilizadas para a identificação e caracterização das linhas de pesquisa contidas em grupos que estudam saúde dos povos indígenas no Brasil

Categoria	Descrição
Nome da linha de pesquisa	Título da linha de pesquisa
Nome do grupo de pesquisa	Título do grupo de pesquisa
Linha estuda somente a saúde dos povos indígenas?	Se se trata de uma linha de pesquisa que estuda somente saúde indígena ou não
Área do Conhecimento 1 a 9	Áreas do conhecimento no qual a linha de pesquisa é cadastrada, conforme classificação do CNPq, que varia de 1 a 9 áreas
Palavras-chave 1 a 7	Palavras-chave das linhas de pesquisa, que varia de 1 a 7.
Número de pesquisadores	Número de pesquisadores que compõe a linha de pesquisa
Número de alunos	Número de alunos que compõe a linha de pesquisa
Objetivo	Objetivo descrito da linha de pesquisa
Acesso ao espelho da linha	Endereço eletrônico da página virtual da linha de pesquisa no Grupo de Pesquisa do CNPq

Fonte: elaborado pela autora.

3.1.3. Terceira etapa: posicionamento e produção acadêmica dos pesquisadores

Para a terceira etapa foram escolhidos pesquisadores considerados pontos fortes das redes formadas pelos grupos de pesquisa em saúde indígena no Brasil. Historicamente os pesquisadores selecionados mobilizam interesses, pesquisas e temáticas, de modo que atuam em uma mesma rede de colaboração inseridos no campo da saúde coletiva. Tal enfoque está em consonância com a noção de que o posicionamento dos atores determina sobremaneira a atuação e abrangência que implicam e imprimem em determinado campo (BOURDIEU, 2010).

Fatores estratégicos foram considerados para o desenvolvimento da área de estudos, como abrangência, importância na consolidação de produção de conhecimento da área e inserção em centros nacionais de formação científicas. Portanto, os critérios de escolha de líderes de grupo, de cunho essencialmente qualitativo, foram: 1) grupos consolidados e históricos na formação na área de estudos; 2) destaque nacional e estrangeiro na atuação e produção científica sobre saúde dos povos indígenas; 3) desenvolvimento de pesquisas e parcerias diretamente no ou com o campo da saúde coletiva; 4) pesquisadores que se associam e representam núcleos nas redes de pesquisas por concentrar e mobilizar parcerias, interesses, articulações e pontes para o desenvolvimento da área de estudos; e, 5) liderança dos primeiros grupos específicos em saúde indígena dentro do campo da Saúde Coletiva.

Os pesquisadores escolhidos possuem atuações que explicam muito da trajetória de surgimento e continuidade dessa área de estudos. Assim, ao longo da pesquisa foi sendo feita uma seleção das pessoas com atuações na área da saúde indígena com interface com a saúde coletiva. Para tanto, optou-se por realizar estudos de caso de quatro pesquisadores considerados estratégicos para o desenvolvimento da área de estudos.

Após a escolha, nesta etapa foram analisados os Currículos Lattes e a produção acadêmica dos responsáveis pelos grupos de pesquisa selecionados para estudos de caso, conforme a tabela 3 abaixo:

Tabela 3 – Descrição das informações extraídas dos currículos Lattes dos líderes dos grupos de pesquisa

Categoria	Descrição
Nome do grupo de pesquisa	Título do grupo de pesquisa do qual o(a) pesquisador(a) é líder
Nome do pesquisador	Nome completo do(a) pesquisador(a) líder de grupo
Sexo	Sexo e/ou categoria de gênero autodeclarada
Descrição do currículo	Descrição feita pelo autor(a) na apresentação do seu currículo
Citação	Maneiras como seu nome e sobrenome são apresentadas em citações científicas
Link do currículo	Página web que acessa o currículo Lattes
Graduação	Título do curso de graduação do(a) pesquisador(a)
Ano de titulação da graduação	Ano de conclusão do curso de graduação do(a) pesquisador(a)
Mestrado	Título do curso de mestrado do(a) pesquisador(a)
Ano de titulação do mestrado	Ano de conclusão do curso de mestrado do(a) pesquisador(a)
Doutorado	Título do curso de doutorado do(a) pesquisador(a)
Ano de titulação do doutorado	Ano de conclusão do curso de doutorado do(a) pesquisador(a)
Vínculo empregatício	Vínculo e cargo principal de trabalho do(a) pesquisador(a) em uma determinada instituição
Instituição	Instituição ao qual o(a) pesquisador(a) seja vinculado(a)
UF	Estado onde a Instituição está localizada
Cidade	Cidade da UF onde a Instituição está localizada
País	País onde a Instituição está localizada
CEP	Código de Endereçamento Postal (CEP) da Instituição
Número de linhas de pesquisa	Número de linhas de pesquisa que o(a) pesquisador(a) lidera ou participa
Número de projetos de pesquisa ativas	Número de projetos de pesquisas ativas que o(a) pesquisador(a) lidera ou participa
Membro de corpo editorial ativo	Número de revistas nos quais o(a) pesquisador(a) é membro de corpo editorial
Revisor de periódico ativo	Número de revistas nos quais o(a) pesquisador(a) atua como revisor
Área de atuação 1	Área de atuação do(a) pesquisador(a) que pode ser de 1 a 7 áreas
Número de artigos publicados	Número de artigos científicos publicados em periódicos
Número de livros publicados	Número de livros publicados
Número de capítulos publicados	Número de capítulos de livros publicados
Número de orientações de mestrado	Número de orientações de mestrado concluídas como orientador(a) principal
Número de orientações de doutorado	Número de orientações de doutorado concluídas como orientador(a) principal
Número de orientações de especialização	Número de orientações de especialização concluídas como orientador(a) principal
Número de orientações de graduação	Número de orientações de graduação concluídas como orientador(a) principal
Número de supervisões de pós doutorado	Número de supervisões de pós doutorado como orientador(a) principal

Fonte: elaborado pela autora.

Além dos currículos propriamente ditos, realizou-se uma leitura aprofundada sobre a obra de cada um dos pesquisadores estudados, com o objetivo de compreender principalmente: *bases teóricas, abordagens metodológicas, trajetória na instituição, redes de colaboração e temáticas de pesquisa.*

Foram abordadas as trajetórias acadêmicas que estão diretamente associadas à construção das comunidades científicas e que articulam saberes e práticas no desenvolvimento da área de estudos de saúde indígena. De acordo com os critérios definidos foram selecionados

os seguintes pesquisadores: Esther Jean Langdon, Carlos Everaldo Alvares Coimbra Junior, Maria Luiza Pereira Garnelo e Carla Costa Teixeira.

Os quatro pesquisadores tratados são parceiros em projetos e trabalhos específicos e possuem afinidades teóricas, metodológicas e políticas que os aproximam ou os diferenciam. Assim, suas produções acadêmicas foram tomadas neste trabalho como unidades discursivas passíveis de análise, em consonância com a perspectiva metodológica de Lenoir (1996):

“A análise do discurso, das representações que veicula e das pretensões que formula, é inseparável do estudo dos que enunciam e das instâncias nas quais é pronunciado ou publicado. Do ponto de vista sociológico, esses fatores são os mesmos que dão força e eficácia a essa forma particular de expressão que é o discurso; aliás, não seria possível isolá-los dos outros instrumentos que visam dar uma certa ‘consistência social’ a determinadas reivindicações. Se é verdade que a força (e o sentido) de um discurso resulta, por uma grande parte, das características daquele que o faz, é importante também nos interrogarmos sobre a ‘representatividade’ do porta-voz e de sua capacidade de ‘mobilizar a opinião’. Assim, o estudo deve incidir sobre todas as formas de mobilização e condições que os tornam possíveis e têm como efeito credenciar a causa, em particular, junto aos poderes públicos” (LENOIR, 1996: 88).

Não foram escolhidos líderes de grupos formados mais recentes ou que possuem menos prestígio no jogo do campo científico, bem como, outros que atuam com saúde indígena de longa data, mas, não se situam propriamente em interseção com a saúde coletiva. Esses são os limites de um trabalho que optou por realizar um primeiro mapeamento da área e, assim, abrir espaços para futuros aprofundamentos.

3.2.SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A sistematização dos dados, análise das informações, confecção e revisão do texto se refere à última etapa do trabalho. Desse modo, a pesquisa foi permeada, simultaneamente, por uma abordagem quantitativa -- levantamentos dos grupos e dos seus responsáveis na *Plataforma Lattes* do CNPq, de revisão da literatura -- quanto por abordagens qualitativas no que tange ao tratamento sobre as informações sobre os responsáveis pelos grupos de pesquisa e das lideranças desses grupos (MINAYO, 2004; MINAYO & SANCHEZ, 1993; VICTORA et. al., 2000). Os dados secundários coletados, para a revisão integrativa e sobre os grupos de pesquisa e os seus líderes, foram digitados, organizados, revisados e analisados no software Excel versão 2010.

Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2011), buscando identificar os temas previstos nas categorias de análise inicialmente formuladas, bem como padrões emergentes, num processo de codificação aberta. Iniciou-se com uma análise prévia para a apreciação da qualidade do material e a ordenação dos dados. Verificou-se, em

seguida, se as informações foram suficientes para interpretação sobre os aspectos importantes, considerando os objetivos da investigação. Também buscou compreender os sentidos latentes para identificar, entre outros aspectos, contradições e ambiguidades, iniciando o diálogo entre material empírico e referencial teórico.

Na análise final do material, procurou-se aprofundar as articulações estabelecidas entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, em articulação com outros referenciais teóricos e metodológicos, respondendo aos objetivos do estudo. O uso de diferentes tipos de abordagens e diferentes fontes de evidência possibilitou a triangulação dos dados, aumentando a confiabilidade e a validade interna do estudo.

A abordagem teórica adotada sustenta-se pela compreensão de que a saúde coletiva se constitui como um campo científico, na acepção de Pierre Bourdieu, demonstrada em estudos anteriores (VIEIRA-DA-SILVA, 2018; ALMEIDA, 2011; NUNES, 2005). Como a área de estudos sobre saúde indígena nesse estudo é vista sob esse recorte, articulou-se conceitos centrais da obra de Bourdieu que tratam do universo científico, que são: “*campo científico*”, “*capital científico*” e “*habitus*”, para cada uma das dimensões apreendidas na coleta de dados, conforme exposto no quadro teórico (Quadro 1) explicitado abaixo:

Quadro 1 - Quadro teórico utilizado na pesquisa

Conceitos centrais	Definição	Aplicação na pesquisa	Enfoque	Fonte
Campo (campo científico)	Compreendido como estrutura oficializada e criada socialmente que abriga um espaço simbólico de disputa e negociação por reconhecimento, prestígio e difusão do conhecimento, com certo grau de autonomia e alta interação com outros campos	Para compreender os aspectos estruturantes desse campo, mostrou-se adequado para observar a área de estudos de saúde indígena no interior do campo da saúde coletiva no Brasil, por meio do conjunto de grupos e linhas de pesquisa institucionalizados sobre saúde indígena no Brasil.	Constituição da área temática da saúde indígena no campo da saúde coletiva no Brasil	Grupos e linhas de pesquisa, Textos acadêmicos e dados do campo
Capital científico	O capital científico consiste na moeda de troca dos agentes sociais dentro de um campo científico. Este capital se faz representar em tudo o que possui valor neste universo simbólico: se inscreve em documentos, práticas e valores que conferem status e reconhecimento, como os títulos acadêmicos, a quantidade e qualidade das publicações, o domínio de línguas estrangeiras, instituição a qual pertence, disciplinas lecionadas, grupos de estudo que coordena e/ou participa, quantidade de orientandos, entre outros elementos.	Como o objetivo foi o de primeiramente realizar um mapeamento e retrato da constituição da área de estudos em saúde indígena, optou-se por realizar um recorte sobre as produções científicas, privilegiando-as no espaço das trocas e interações sociais nesse campo.	Características do conhecimento produzido na saúde indígena	Revisão da literatura científica
Habitus	Habitus são as regras do campo que se verificam pelas ações individuais, relações interpessoais e redes de colaboração existentes entre os atores sociais. Se refere à incorporação da estrutura e do jogo e que abarca a dimensão das subjetividades, pensando-o como subjetividades socializadas, nas palavras de Bourdieu.	Por se tratar das práticas dos atores em jogo, esse aspecto será refletido por meio dos elementos das produções e atuações dos pesquisadores estudados e líderes dos grupos de pesquisa.	Pesquisadores e Representantes de uma temática em construção e transformação	Currículos e produções de textos científicos

Fonte: Elaborado pela autora.

O projeto de pesquisa da tese foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP/ENSP) com número do parecer nº 19700313.8.0000.5240, emitido em 18/07/2013, em sua primeira etapa de desenvolvimento. Para a sua continuidade, o presente projeto foi reinserido ao Programa de Pós-graduação por meio de processo seletivo no ano de 2017, sendo considerada como válida a aprovação anterior em comitê de ética.

4. RELAÇÕES ENTRE PRODUÇÃO CIENTÍFICA E POLÍTICAS PÚBLICAS: O CASO DA ÁREA DA SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

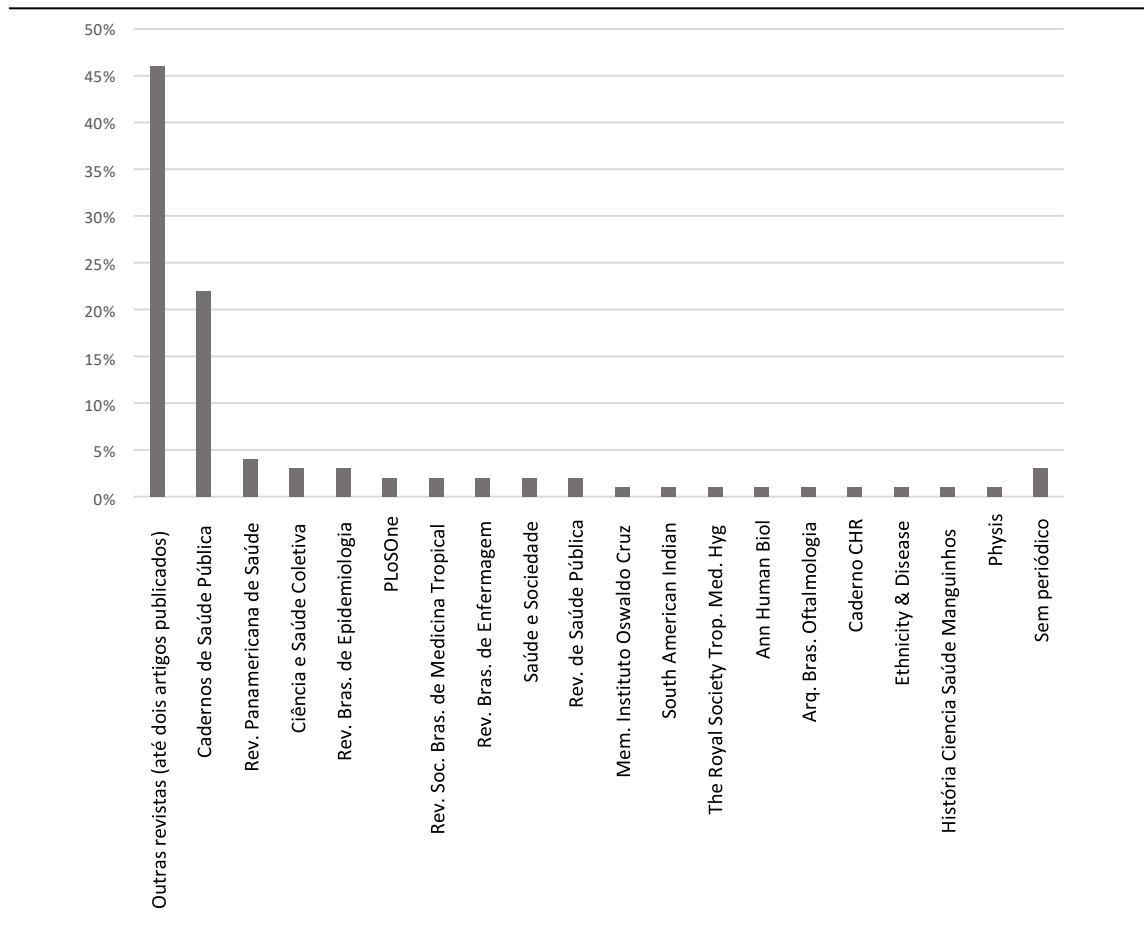
Neste capítulo será apresentado os resultados da revisão de literatura sobre as produções acadêmicas a respeito da saúde dos povos indígenas no Brasil, que derivou em artigo científico publicado na revista *Ciência & Saúde Coletiva*, na edição de maio/2020¹⁰. O artigo completo está no anexo desta tese.

4.1.RESULTADOS DA REVISÃO DE LITERATURA

Os 418 artigos selecionados pela revisão foram publicados em 173 periódicos brasileiros e estrangeiros, no período entre 1956 e 2018. Apenas 13 publicações não indicavam o periódico. A maior concentração de artigos vincula-se aos *Cadernos de Saúde Pública*, com 22%, seguido pelo periódico da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) com 4%. Os demais artigos estão distribuídos em diferentes periódicos, com variação entre 3% a 1% do total, sendo 35% distribuídos em 148 periódicos, muitas vezes com apenas um artigo em casa revista, conforme Gráfico 1:

¹⁰ Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501653. Acessado em 11 de novembro de 2020.

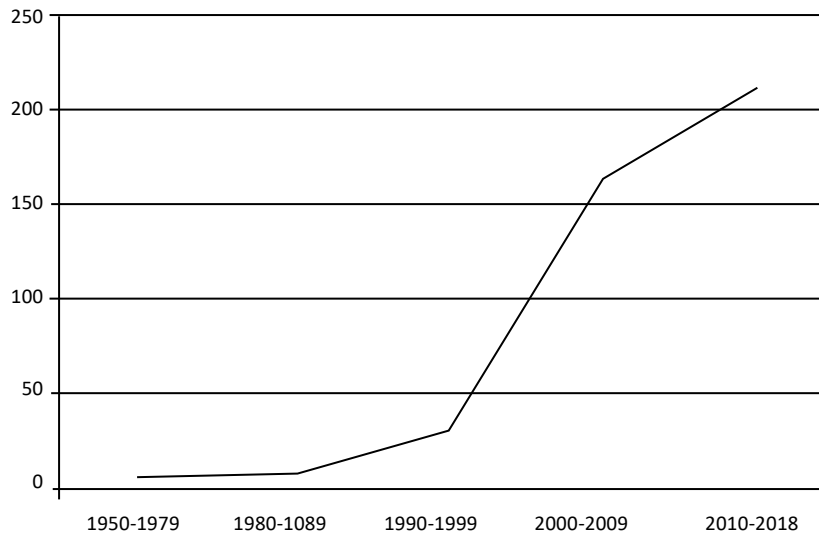
Gráfico 1. Distribuição (N = 418) da produção científica de 1956 a 2018 por periódico científico.



Fonte: elaborado pela autora.

Ao observar a distribuição temporal do quantitativo de publicações, verifica-se um crescimento após a década de 1990, com um salto exponencial nos anos 2000 a 2009 e entre 2010 e 2018 (N = 211). Esse último período desponta com o maior quantitativo de artigos científicos, conforme Gráfico 2:

Gráfico 2. Distribuição temporal das publicações por décadas, desde 1950.



Fonte: elaborado pela autora.

No Gráfico 2 chama a atenção que até a década de 1970 há poucos registros de artigos científicos. Mas, isso não significa a ausência de produção científica em períodos anteriores, como sugere o estudo de Buchillet²⁸. Esta obra, consiste na maior revisão bibliográfica sobre o tema, tendo reunido 3.222 títulos de estudos sobre povos indígenas no Brasil e de países vizinhos, desde resumos em eventos científicos, artigos científicos, cartilhas, teses, dissertações, livros e capítulo de livros, em diferentes eixos temáticos.

No presente levantamento, o artigo mais antigo foi publicado em 1956 na revista *Sociologia*. Intitulado *Convívio e contaminação. Efeitos dissociativos da população provocada por epidemias em grupos indígenas*, trata da problemática das contaminações de doenças que ameaçavam a sobrevivência de populações, sendo um dos primeiros estudos na área de demografia indígena. Seu autor, Darcy Ribeiro, foi um dos grandes antropólogos e representante público no Congresso Nacional a reivindicar pelos direitos dos povos indígenas no país (FGV, 2019).

Nas décadas 1950 a 1960, período em que as ideias “evolucionistas” ainda influenciavam as pesquisas biológicas, havia um interesse centrado na compreensão e no enfrentamento das grandes epidemias que assolavam essas populações. Todavia, há poucos registros de pesquisas junto aos povos indígenas em artigos científicos, por ser uma modalidade

que se tornou mais propagado por meio de periódicos científicos mais recentemente em todo mundo (BUCHILLET, 2008).

Ainda nesse período nota-se o foco na verificação do grau de especificidade ou generalidade dos povos indígenas com relação a outras populações. Segundo Souza et al. (2013), estudiosos, precursores em genética de populações indígenas, estavam preocupados em construir um conhecimento capaz de explicar as características genéticas das populações humanas. A escolha por povos indígenas ocorria por serem identificados como povos “puros” do ponto de vista biológico. Assim, os geneticistas não tinham uma preocupação prioritária com a doença, que surgia como um fator seletivo para a condição de sobrevivência genética.

A partir da década de 1970 são mais presentes os estudos na área de medicina tropical sobre os agentes etiológicos que provocavam agravos mórbidos em regiões de clima tropical; área que permanece em constante desenvolvimento. Importante mencionar que a emergência dessa temática ocorre em meio às ações desenvolvimentistas na região amazônica no período da ditadura militar brasileira, que geraram diversos impactos negativos aos povos indígenas como mortes, epidemias e espoliação de seus territórios (TEIXEIRA, 2013).

Na década de 1980, com a emergência do campo da saúde coletiva, diversos temas do conhecimento passam a figurar, como o acesso das populações indígenas aos serviços públicos de saúde, marcado pela realização da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986. A partir da década de 1990 aumenta em cerca de 20% as publicações em periódicos científicos em comparação com a década anterior. Esse crescimento coincide com um período intenso de debates sobre a inclusão dos indígenas no SUS e o início do surgimento dos primeiros grupos de pesquisa no país que estudam a saúde dos povos indígenas. Entre 1990 e 1999 as publicações abordam assuntos variados, focados principalmente nas condições epidemiológicas das populações indígenas.

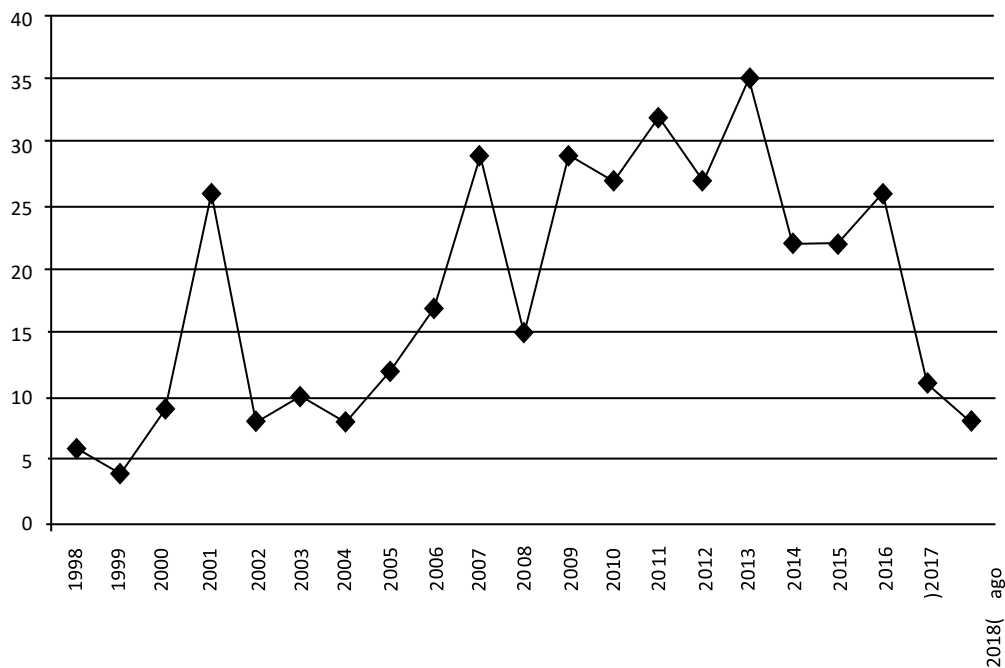
Na década de 2000-2009, período da implantação do Subsistema de Saúde Indígena no SUS, há um elevado aumento do número de publicações, que corresponde a 38% do total da revisão. Estes achados corroboram os resultados de Teixeira e Silva (2013) acerca da produção de teses e dissertações centradas na saúde indígena. As autoras identificaram um salto quatro vezes maior da produção acadêmica em relação à década de 1990 a 1999, ainda que o enfoque do trabalho fosse no campo da antropologia no Brasil. As temáticas prevalentes nesta década são, com base na primeira palavra-chave do artigo, nutrição, mortalidade infantil, tuberculose, política nacional de saúde, sistemas médicos tradicionais, saúde mental, participação social, saúde bucal, interculturalidade, entre outros.

Sobre os periódicos, a tendência da década de 2000 segue a mesma da revisão como um todo, referido no Gráfico 1, com a maior concentração (30%) na Revista Cadernos de Saúde Pública. O salto quantitativo nos anos 2000 pode ser compreendido pela edição especial do periódico Cadernos de Saúde Pública sobre a temática, em 2001, constituída por 16 artigos; 41% do que se produziu pela mesma revista na década e 13% do total das revistas nesse período. Para uma análise mais contextual, cabe referir o editorial desse número, que ocorre no âmbito dos debates dos 500 anos da colonização portuguesa, como ilustrador das preocupações científicas e pragmáticas a respeito do tema da saúde indígena em meio a estruturação no Subsistema dentro de SUS a partir de 1999:

“Mesmo que transbordem evidências quanto às condições de marginalização sócio-econômica, com amplos impactos sobre o perfil saúde/doença, muito pouco se conhece sobre a saúde dos povos indígenas no Brasil, ainda mais se considerarmos a enorme diversidade sócio-cultural e de experiências históricas de interação com a sociedade nacional” (SANTOS, ESCOBAR; 2001).

Esse quadro de expansão demonstra uma tendência crescente e proeminente, dado que o período de 2010 a 2018 representa o maior quantitativo de publicações da revisão (N = 211). Por meio desse mapeamento é possível notar a consolidação do campo de produção do conhecimento em saúde indígena ao longo dos últimos 20 anos (Gráfico 3):

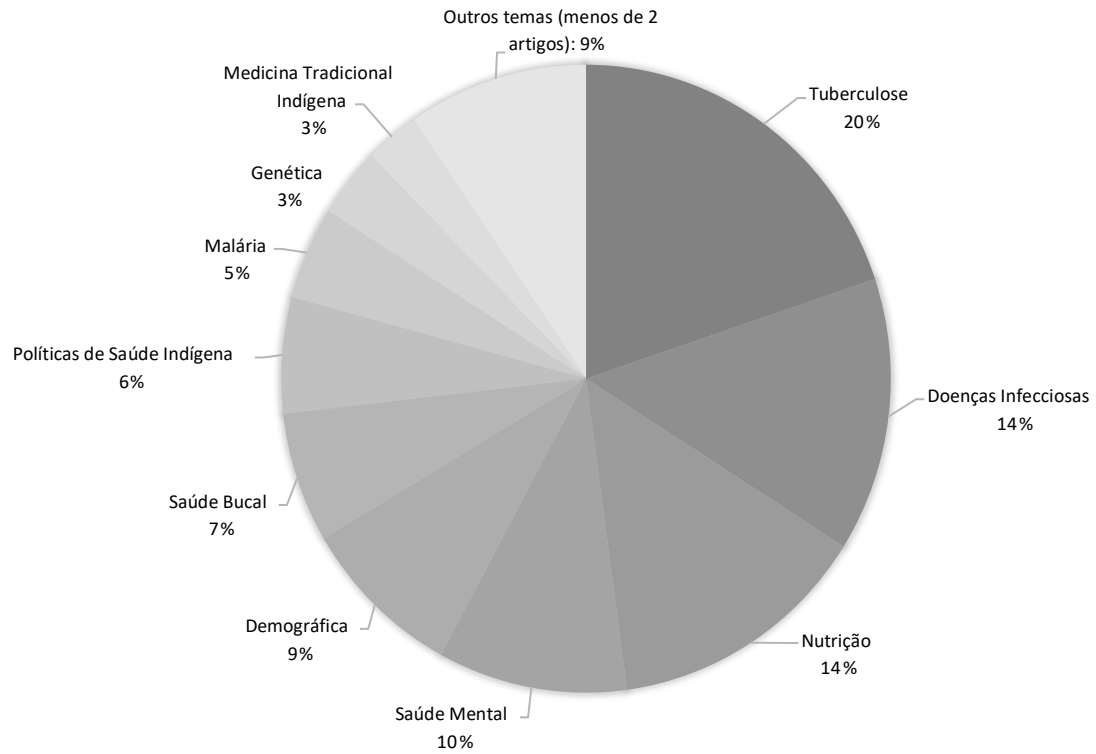
Gráfico 3. Distribuição (%) da produção científica nos anos de 1998 a 2018 (N = 384).



Fonte: Elaborado pela autora.

No total da revisão, foram encontrados 35 temas (Gráfico 4) de acordo com as primeiras palavras-chave dos artigos: doenças infecto-parasitárias; nutrição; demografia; saúde bucal; saúde mental; medicinas tradicionais indígenas; genética de populações; doenças crônicas e não transmissíveis; atenção à saúde, política pública de saúde indígena e participação indígena. Com menos de três artigos aparecem temas diversos como saúde da mulher, sexualidade, câncer, oftalmologia, neurologia, cardiologia, farmacologia, entre outros.

Gráfico 4. Distribuição dos artigos da área de saúde indígena (N = 418) conforme temas por palavras-chave em todo o período analisado.



Fonte: Elaborado pela autora.

As temáticas são diversas e correspondem a diferentes vertentes disciplinares, sendo que a maior quantidade de publicações sobre doenças infecciosas (N = 142) advém das grandes áreas de medicina tropical e da epidemiologia; áreas que se entrecruzam na saúde coletiva, dado que a epidemiologia consiste em um dos seus pilares (ALMEIDA FILHO, 1986). A nutrição, emerge como temática frequente e relevante, em especial nos trabalhos acerca dos hábitos alimentares dos povos indígenas e avaliação das condições de crescimento e desenvolvimento da população (LÍCIO, 2009). Pesquisadores oriundos da Fiocruz e de universidades, principalmente de Mato Grosso do Sul e do Rio de Janeiro, realizaram os primeiros estudos sobre nutrição e povos indígenas. Ademais, foram responsáveis para a formação de quadro profissional na pós-graduação em saúde pública. Dos 58 artigos de nutrição, todos são de pesquisadores vinculados a grupos e linhas de pesquisa em saúde dos povos indígenas.

Os estudos sobre tuberculose foram separados do conjunto das doenças infecto-parasitárias, tendo em vista a emergência da questão, desde 1952, com as ações precursoras de Noel Nutels (COSTA, 1987). Dos 83 artigos localizados, 15 eram de periódicos da medicina tropical e os demais do campo da saúde coletiva, com destaque para um grupo da Fiocruz. Ressalta-se que atualmente há outros grupos de pesquisa que estudam especificamente a temática, devido a sua elevada prevalência nos povos indígenas.

Sobre demografia localizou-se 36 publicações, com maior concentração no ano de 2009 e na Revista Brasileira de Estudos Populacionais. Esse tema obtém destaque na produção da área após a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o princípio de organização do sistema de informação com um módulo de demografia. Tal assunto ganhou impulso após 2010 quando o Censo do IBGE inseriu a identificação por raça/cor, mas ainda permanece um desafio o reflexo dessa coleta de informações nas publicações científicas.

Outras temáticas demonstram as importantes convergências da área de saúde indígena com a antropologia, como saúde mental e medicinas tradicionais indígenas, realizadas por antropólogos da saúde. Tais pesquisas se interessam tanto pelos hábitos considerados problemáticos do ponto de vista da saúde pública, como o consumo abusivo de álcool e drogas, quanto pelas percepções e práticas de auto atenção dos povos indígenas. Foram encontrados 27 artigos na área de antropologia e ciências sociais sobre temas diversos, desde avaliação das políticas de saúde, sistemas médicos tradicionais e participação indígena.

4.2. REFLEXÕES SOBRE E PARA ALÉM DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Os povos indígenas do Brasil encontram-se em situação de grande vulnerabilidade socioeconômica e de saúde, que os colocam em desvantagem de oportunidades e de acesso a direitos em comparação aos demais cidadãos. Enquanto esta condição continua sendo uma temática de pesquisa, o protagonismo indígena na luta pelos seus direitos cresce nesse debate, inclusive, no meio acadêmico (LUCIANO et al, 2010).

A produção científica analisada demonstra que a academia colaborou ao dar visibilidade a essas desigualdades em saúde e às especificidades dessa população no acesso ao direito à saúde. Esses dados nos permitem iniciar um debate sobre o lugar da academia para a amplificação da agenda política da redemocratização do Brasil (SOUZA LIMA, 2012).

Daniel Mundukuru, proeminente intelectual da atualidade, destaca o protagonismo dos movimentos indígenas e contextualiza o apoio de entidades acadêmicas, pesquisadores e intelectuais no processo de transformação das legislações indígenas na década de 1970 e no desenvolvimento deste debate. O que resultou na Constituição Federal de 1988 e nos direitos atualmente consagrados (DANNER, DORRICO; 2018). A relação entre povos indígenas e pesquisadores é objeto de interesse de estudos que buscam descolonizar a ciência e a relação de poder estabelecida com grupos subalternos (VARGAS, CASTRO; 2013).

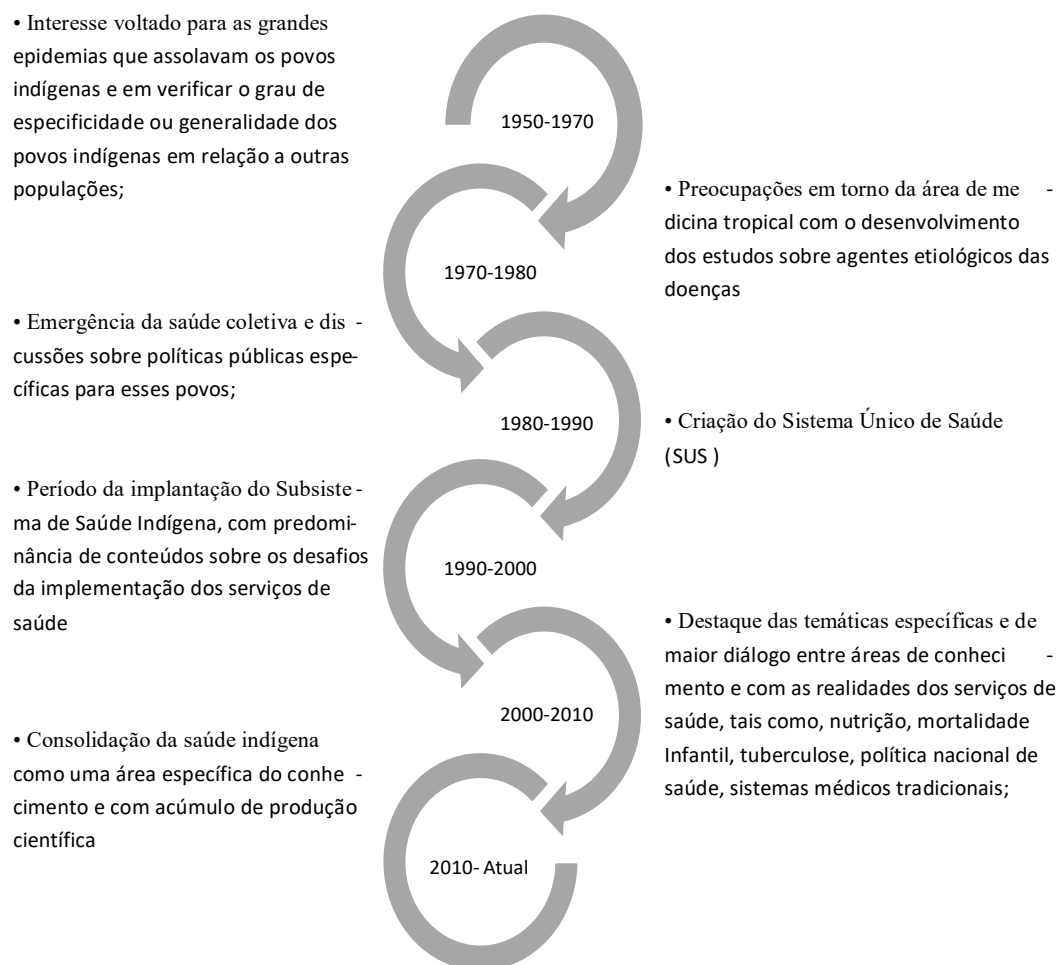
Em convergência com outros estudos (MENDES et. al, 2018; NUNES, 2005) os achados indicam a considerável expansão da pesquisa em saúde dos povos indígenas no Brasil nas últimas décadas, seguindo o desenvolvimento do campo da saúde coletiva, ainda que com dinâmica própria. Tal crescimento é acompanhado da disseminação e distribuição em diversos campos disciplinares, dado que a saúde indígena envolve uma multiplicidade de domínios disciplinares que compõe seu *modus operandi*. Ou seja, se caracteriza tanto como um campo, quanto pela pulverização em diferentes campos. Ademais, abarca uma intensa sociodiversidade que se expressa nas especificidades socioculturais e linguísticas de cada população e nas diferenças no interior de cada grupo étnico.

O olhar sobre essa área do conhecimento na saúde coletiva revela diferentes campos disciplinares, que dialogam em torno da saúde dos povos indígenas. Se a lente fosse direcionada para cada campo – medicina, nutrição, medicina tropical, antropologia e políticas de saúde – veríamos que as pesquisas com povos indígenas aparecem como subtemas dos diferentes campos da saúde coletiva. Contudo, verifica-se que cerca de 40%

das publicações são da área da Saúde Coletiva; ou seja, o montante da produção acadêmica sobre saúde indígena está inserida principalmente neste campo científico (PAIM, ALMEIDA FILHO, 1998; GARNELO, MACEDO, BRANDÃO, 2003; MENDES et. al, 2018). Tais dados revelam que a produção em saúde indígena reflete os debates próprios do campo da saúde coletiva no Brasil e das suas subáreas como a epidemiologia, as ciências sociais e humanas em saúde e a política e o planejamento em saúde.

Outro aspecto revelado pela revisão da literatura diz respeito às transformações no desenvolvimento das temáticas e preocupações concernentes à saúde dos povos indígenas ao longo das décadas. Esses dados demonstram que a pauta de pesquisa em saúde indígena dialoga com as preocupações sociais, políticas e científicas de cada período. A linha do tempo na Figura 3 descreve essas mudanças:

Figura 3. Linha do tempo sobre as temáticas predominantes por década sobre saúde dos povos indígenas, de 1950 a 2018.



Na linha do tempo nota-se a consolidação de temas e acumulação do conhecimento produzido, sendo que a última década concentra temas diretamente associados à implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tais como: “Atenção Diferenciada e Articulação de Sistemas Médicos”; “Agentes Indígenas de Saúde”; “Participação social”; “Transição epidemiológica e demográfica”; “Transição nutricional”; “Mortalidade infantil”; “doenças crônico-degenerativas”; “doenças infecto-parasitárias”, entre outros. Essa evidência sugere que os pesquisadores e produtores de conhecimento na área são atores envolvidos, direta ou indiretamente, com as políticas públicas voltadas aos povos indígenas e às mudanças do perfil epidemiológico e nutricional dessa população.

Quanto às especificidades da produção de conhecimento na área da saúde indígena, a partir da década de 1990, nota-se que sua existência é mediada por relações entre saberes e práticas distintas em um mesmo campo de ação; seja do ponto de vista das políticas públicas, seja da perspectiva epistemológica. Tal característica foi denominada por Foller de *zona de contato* (FOLLER, 2004). Isso significa dizer que nesta zona existe uma assimetria que envolve intensos processos de negociação e relações de poder entre a biomedicina – representada pela normatividade das políticas de saúde e a presença de profissionais de saúde nos territórios indígenas – e as concepções cosmológicas e relações socioculturais e políticas no interior da vida comunitária dos povos indígenas e da sociedade envolvente (LANGDON, WILK, 2010).

A biomedicina é compreendida como um recurso de saber-poder colonizador e, trazida para este contexto, se revela na relação entre Estado, ciência e povos indígenas. Quer dizer, mesmo com a mudança da perspectiva constitucional a respeito dos povos indígenas – ao transformar a concepção tutelar pelo reconhecimento e autonomia da diversidade étnica, com a inclusão da diretriz da atenção diferenciada no subsistema –, o saber colonial pode se fazer presente pelo formato do cuidado e da atenção à saúde, onde verificamos o pleno exercício do biopoder (SILVA, 2018). Souza-Lima (2014) identifica, na *gestão colonial das desigualdades*, o movimento de perpetuação e modernização da lógica tutelar por meio de organismos e práticas que circunscrevem e subjagam populações; ainda que sob o ideário salvacionista e de valor à vida própria do discurso biomédico. Para o autor, o cerne dos poderes e saberes de ordem colonial que se condensaram em torno da prática indigenista tem origens históricas distintas. Mas, se

concentram no propósito da conquista de espaços territoriais como ideológicos, socioculturais e simbólicos.

Garnelo (2004) situa que a lógica colonial e integracionista, que estigmatiza a população como forma de manutenção da proteção estatal e do poder tutelar, ainda subjaz na promoção de direitos de cidadania. Nas suas palavras:

“No caso das minorias étnicas, embora a cidadania represente um direito e um tipo de proteção social, ela também pode significar uma forma de homogeneizar o mundo indígena aos modos de vida da sociedade nacional, podendo ainda induzir à adoção de valores e comportamentos do grupo social hegemônico em detrimento da diferenciação étnica” (GARNELO, 2004).

Ao compreender a área de estudos em saúde dos povos indígenas como uma produção numa “zona de contato”, reconhecemos sua capacidade de ultrapassar fronteiras e dialogar com diversas perspectivas disciplinares. O que designa sua manutenção e crescimento no interior do campo da Saúde Coletiva e em outros campos do conhecimento, como a Antropologia. Como revela a análise de Teixeira e Silva acerca das teses e dissertações de antropologia sobre saúde indígena, esses estudos se localizam nas fronteiras entre campos disciplinares bem constituídos (TEIXEIRA, 2013). A área de antropologia médica e da saúde possui um papel fundamental, por buscar compreender e explicar as relações interétnicas que permeiam o contexto da saúde, assim como a construção, interpretação e intervenção nos corpos e no processo de saúde e doença (LANGDON, 2004).

Langdon e Follér (LANGDON, FOLLER, 2012) descrevem as preocupações em torno das condições de saúde e adoecimento das populações através de abordagem estritamente antropológica, a partir da criação de disciplinas em cursos de pós-graduação, reuniões científicas e grupos de estudo sobre o tema. Follér (2004) assinala ainda a importância da atuação de cientistas sociais e antropólogos nas ações e serviços de saúde como modo de flexibilizar fronteiras epistemológicas e de práticas médicas em um contexto intercultural, em que se relacionam a biomedicina e os saberes e práticas tradicionais em saúde dos povos indígenas.

Outra vertente do campo da Saúde Coletiva, que aparece como potencializador da área de saúde indígena, é a formulação e implementação das políticas públicas em saúde direcionadas à proteção de grupos específicos. Segundo Garnelo (2014) a focalização é construída com o objetivo de atingir uma população em específico e a universalização prevê o conjunto da população nacional de forma indiscriminada. Ambas as abordagens não são necessariamente excludentes e convivem em disputas e tensionamentos, podendo

ser complementares, como no caso das políticas de saúde indígena. A área de saúde indígena contribuiu assim para os debates sobre focalização *versus* universalização das políticas sociais, conforme o referencial conceitual da equidade e um dos pilares do SUS.

O conceito de equidade à luz do Estado Brasileiro significa tratar o diferente de modo diverso em busca da igualdade de direitos na perspectiva da justiça social (WHITEHEAD, 1992). Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009) discutem os diferentes conceitos de equidade e terminologias utilizadas como sinônimos, tais como iniquidade, desigualdade, entre outras, ao longo da história e de sua introdução no campo da saúde.

Desse modo, a *equidade* torna-se um conceito caro às políticas públicas diferenciadas, ao trazer para o campo da saúde pública a necessidade de uma atenção específica às populações diversas, em respeito às diversidades étnicas, socioculturais e regionais. Por se tratar de uma prerrogativa legal e moral, é um conceito que traz impacto importante para a dimensão científica, pois direciona um tratamento qualificado frente às diversidades étnicas no universo das ciências da saúde e das análises a respeito do SUS (WHITEHEAD, 1992).

Os resultados desta revisão revelam que a implementação de políticas e serviços públicos de saúde indígena contribuíram para a emergência das temáticas estudadas, demonstrando como o campo científico está em constante interface com o político. Ao mesmo tempo, é afetado pelas relações mais amplas, sendo necessário apontar as desigualdades existentes dentro do próprio campo científico no quesito priorização para políticas de fomento.

No caminho indicado por Bourdieu, cabe salientar o poder de influência que as evidências científicas podem implicar nas decisões políticas e políticas de Estado (BOURDIEU, 1983). Ou mesmo, avaliar se a condução das políticas é ou não capaz de dialogar com a produção do conhecimento em saúde dos povos indígenas. Ainda que este mapeamento não tenha a pretensão de resolver esse problema, do ponto de vista investigativo, essa associação surge como lacuna a ser desenvolvida por estudos futuros.

5. CONSTITUIÇÃO DOS COLETIVOS DE PESQUISAS SOBRE SAÚDE INDÍGENA: RETRATO DOS GRUPOS E LINHAS DE PESQUISA

Neste tópico serão apresentadas características gerais dos grupos de pesquisa que estudam saúde dos povos indígenas, no conjunto do universo dos grupos de pesquisa existentes no Brasil.

Na compreensão de Pierre Bourdieu (2010), conforme já assinalado, todo *campo* é um espaço estruturado de posições sociais concretas e um espaço social abstrato e simbólico, ambos marcados por aproximação e distâncias. Segundo essa perspectiva, as posições sociais não ocorrem aleatoriamente e sim, das relações estabelecidas pelos atores. Como todos os campos dentro de uma sociedade, o campo científico possui uma série de eixos em que os atores vão se posicionando e se situando; por isso, as posições adotadas nessa estrutura ajudam a explicar a ação desses agentes estruturados nesses espaços que são os campos. Assim, o exercício da reflexividade se dá a partir de eixos que são estruturantes do campo.

Seguindo essa visão, consideramos que os grupos de pesquisa institucionalizados no sistema de Ciência e Tecnologia nacional, vinculados a instituições de ensino e pesquisa localizados em todo o país, consistem em um primeiro e importante passo para compreender as posições que os atores que representam a temática da saúde indígena se situam no campo da saúde coletiva e em outros campos do conhecimento científico.

Para facilitar a apresentação dos resultados, esses grupos foram classificados e descritos em dois perfis: 1) *os específicos*, que estudam prioritariamente saúde dos povos indígenas, mas que podem agregar outras temáticas; 2) *os amplos*, aqueles que agregam diversas temáticas, dentro dos quais há pelo menos uma linha de pesquisa sobre saúde dos povos indígenas.

Há no Brasil cerca de 50 mil grupos de pesquisa em 492 instituições (Censo CNPq, 2020¹¹). Em 1993, havia 4.402 grupos cadastrados em 99 instituições, o que representa um considerável aumento de grupos, linhas de pesquisa, estudantes, pesquisadores e cursos de pós-graduação no Brasil nos últimos vinte anos. Os grupos de pesquisa são classificados conforme grandes áreas do conhecimento, que agregam diversas subáreas. São oito grandes áreas: (a) Ciências da Saúde, (b) Ciências Humanas e Sociais, (c) Ciências Sociais Aplicadas, (d) Ciências Exatas e da Terra, (e) Engenharias, (f) Ciências Agrárias, (g) Ciências Biológicas e, (h) Linguística, Letras e Artes (CNPq, 2015).

¹¹ O levantamento consiste em um balanço quantitativo do número de grupos de pesquisa, linhas de pesquisa, pesquisadores e alunos por grande área, subárea e UF. Fonte: <http://lattes.cnpq.br/web/dgp/sobre>, extraído em 15 de outubro de 2020.

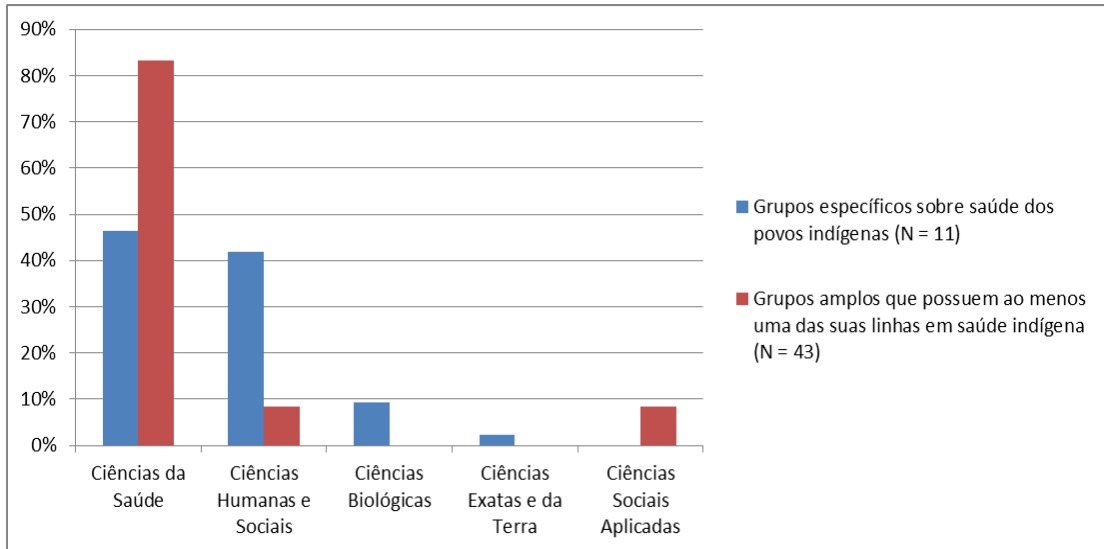
A maior quantidade de grupos de pesquisa concentra-se na grande área de Ciências Humanas e Sociais, seguido das Ciências da Saúde e Ciências Sociais Aplicadas, com algumas variações regionais. No estado do Rio Grande do Norte, por exemplo, as Ciências Humanas e Sociais empatam com Engenharias e Computação, já no Distrito Federal as Ciências Sociais Aplicadas se sobressaem; e, nos estados do Centro-Oeste as Ciências Humanas e Sociais prevalecem seguidas das Ciências Agrárias. A macrorregião Sudeste concentra o maior número de instituições e grupos de pesquisa no Brasil, seguido da região sul.

5.1. ÁREAS DE CONHECIMENTO

Nos períodos de 2015 e 2020, foram localizados 54 e 57 grupos que estudam saúde dos povos indígenas respectivamente; sendo que em 2015 havia 11 grupos específicos e em 2020 foram identificados 15 grupos específicos. Cabe igualmente ressaltar que, entre 2015 e 2020, 6 (seis) grupos deixaram de constar no registro do CNPq, incluindo os mais antigos e pioneiros em suas regiões. Assim, na região norte não consta mais o grupo da UFPA criado em 1983 e nem o grupo do INPA originado em 1993. Na região Nordeste, não foram encontrados o grupo da UFBA, surgido em 1971 e nem o da UFPE criado em 1992. Na região sudeste, deixou de constar o grupo da Unesp existente desde 1992 e na região sul o grupo da UFRGS criado em 1952.

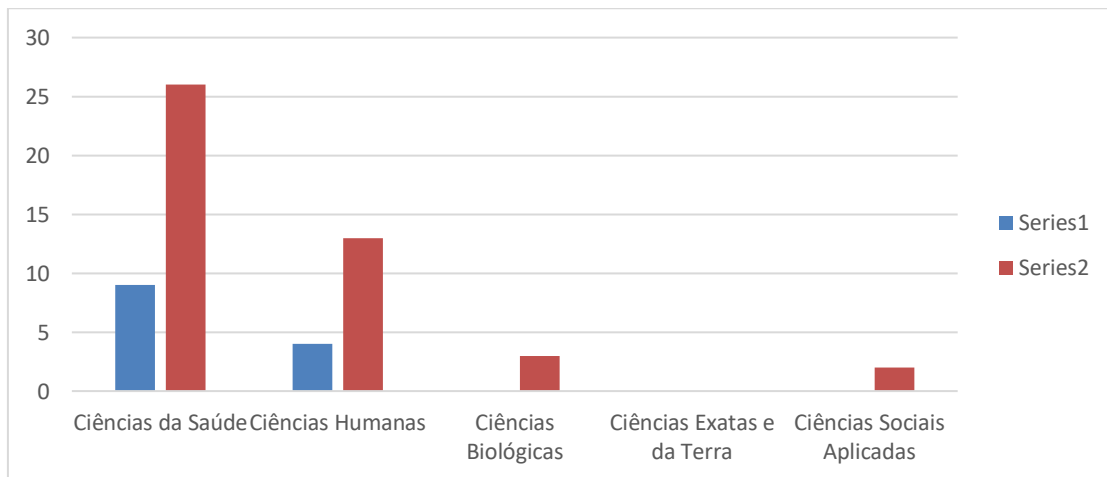
Em ambos os grupos (amplos ou específicos) predomina a grande área das Ciências da Saúde, com expressiva diferença em relação às demais áreas. O que demonstra que os grupos amplos, que possuem alguma linha de pesquisa sobre saúde indígena, se encontram prioritariamente em instituições, departamentos e/ou cursos das ciências da saúde (saúde coletiva, medicina, enfermagem, nutrição, odontologia, farmácia, entre outras). Já nos específicos, as áreas predominantes são as Ciências da Saúde, seguido das Ciências Humanas e Sociais. Tais dados sugerem que grupos que trabalham somente com saúde dos povos indígenas também estão fortemente inseridos no campo das ciências humanas -- de acordo com os gráficos 5 e 6 -- com a diferença desse perfil no retrato de 2015 e de 2020:

Gráfico 5 – Grandes áreas do conhecimento (%) as quais pertenciam os grupos de pesquisa que estudam saúde dos povos indígenas em 2015 (N=54), conforme a classificação de grupos específicos (N=11) e grupos amplos (N=43).



Fonte: elaborado pela autora.

Gráfico 6 – Grandes áreas do conhecimento (%) as quais pertencem os grupos de pesquisa que estudam saúde dos povos indígenas em 2020 (N=57), conforme a classificação de grupos específicos (N=15) e grupos amplos (N=43).



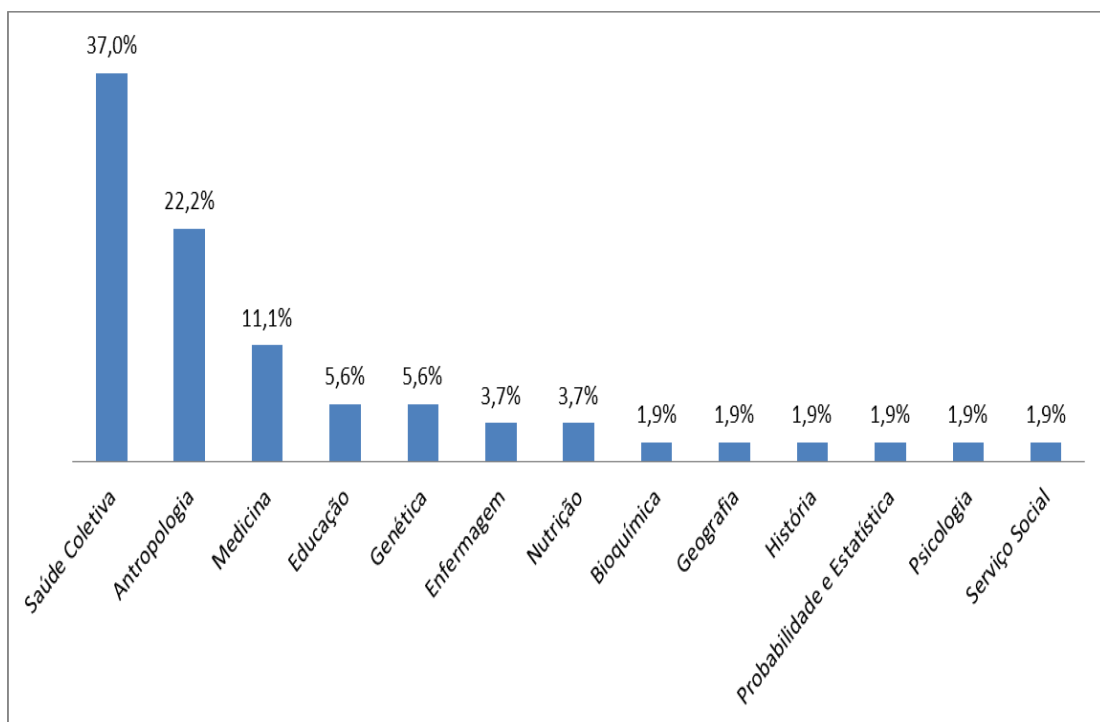
Fonte: elaborado pela autora.

Este resultado permite concluir que na grande área de Ciências da Saúde, onde se insere o campo da saúde coletiva, há uma maior proporção de grupos de pesquisa que possuem em uma linha sobre saúde dos povos indígenas ao lado de outras temáticas. Nos grupos específicos, a grande área de Ciências Humanas e Sociais era mais expressiva em 2015 em comparação com

2020. Observamos que essa variação nas grandes áreas é pouco expressiva, o que reforça a ideia de que os grupos que estudam a temática da saúde indígena estão se consolidando e se expandindo no interior das grandes áreas em que já se localizavam.

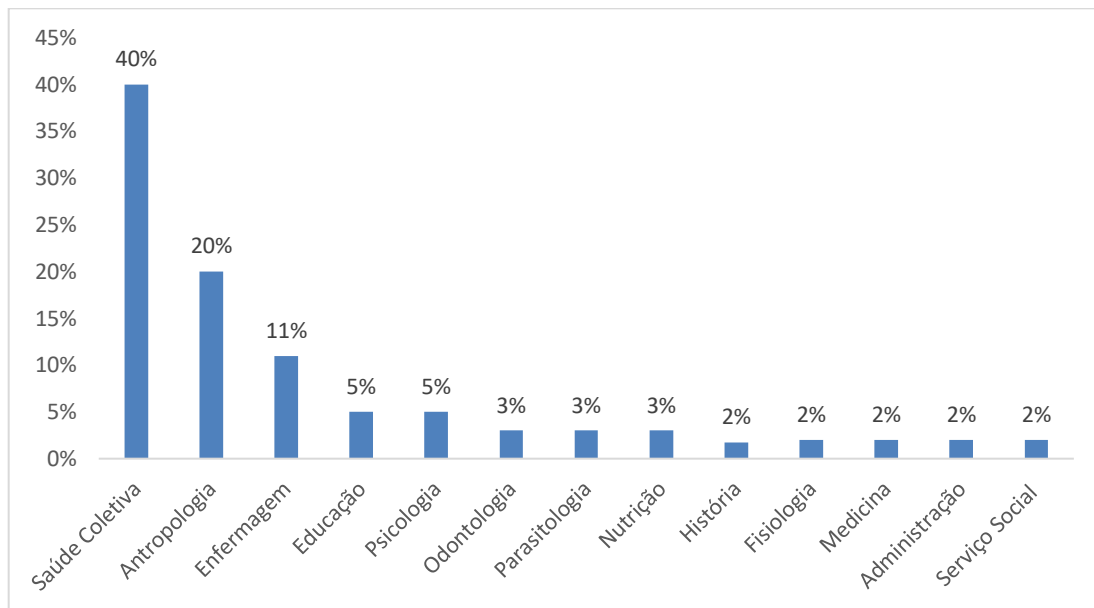
Além das grandes áreas do conhecimento, é possível observar as subáreas aos quais os grupos estão vinculados (Gráfico 7). Em 2015, no conjunto das Ciências da Saúde, a subárea de Saúde Coletiva se destacava (37%), seguido de Medicina (11,1%), Enfermagem (3,7%) e Nutrição (3,7%). Das Ciências Humanas e Sociais prevalece a subárea de Antropologia (22,2%) e aparece Educação (5,6%), Geografia (1,9%), História (1,9%), e Psicologia (1,9%); das Ciências Biológicas, destaca-se a Genética (5,6%) e Bioquímica (1,9%); das Ciências Sociais e Aplicadas aparece Serviço Social (1,9%) e das Ciências Exatas e da Terra se representa pela subárea de Probabilidade e Estatística (1,9%).

Gráfico 7 – Relação de subáreas das grandes áreas do conhecimento (%) aos quais a totalidade dos grupos de pesquisa que estudavam saúde dos povos indígenas em 2015 (N = 54)



Fonte: elaborado pela autora.

Gráfico 8 – Relação de subáreas das grandes áreas do conhecimento (%) aos quais a totalidade dos grupos de pesquisa que estudam saúde dos povos indígenas em 2020 (N = 57)



Fonte: elaborado pela autora.

Em 2020, da grande área das Ciências da Saúde, a subárea de Saúde Coletiva permanece em destaque (40%) e com aumento proporcional com relação às demais áreas, seguido de Enfermagem (11%), Odontologia (3%), Nutrição (3%) e Medicina (2%). Das Ciências Humanas e Sociais prevalece a subárea de Antropologia (20%), seguido de Educação (5%), Psicologia¹² (5%) e História (2%). Das Ciências Biológicas, destacam-se Parasitologia (3%) e Fisiologia (2%); e, das Ciências Sociais e Aplicadas aparecem Administração (2%) e Serviço Social (2%).

Interessante notar em 2020 o aumento de grupos localizados na área de psicologia e de enfermagem, bem como a emergência de grupos em áreas como odontologia, parasitologia, fisiologia e administração. Ao passo que grupos localizados em outras áreas em 2015 não figuram atualmente, como genética, bioquímica, probabilidade e estatística e geografia; além da diminuição de grupos na área de medicina. Isso não significa que não existam estudos com povos indígenas nessas áreas, mas sim, que não há grupo de pesquisa no momento que estejam cadastrados em suas instituições nessas áreas.

É possível afirmar que os grupos de pesquisa que estudam a temática da saúde dos povos indígenas são interdisciplinares e se encontram especialmente na fronteira entre as Ciências da

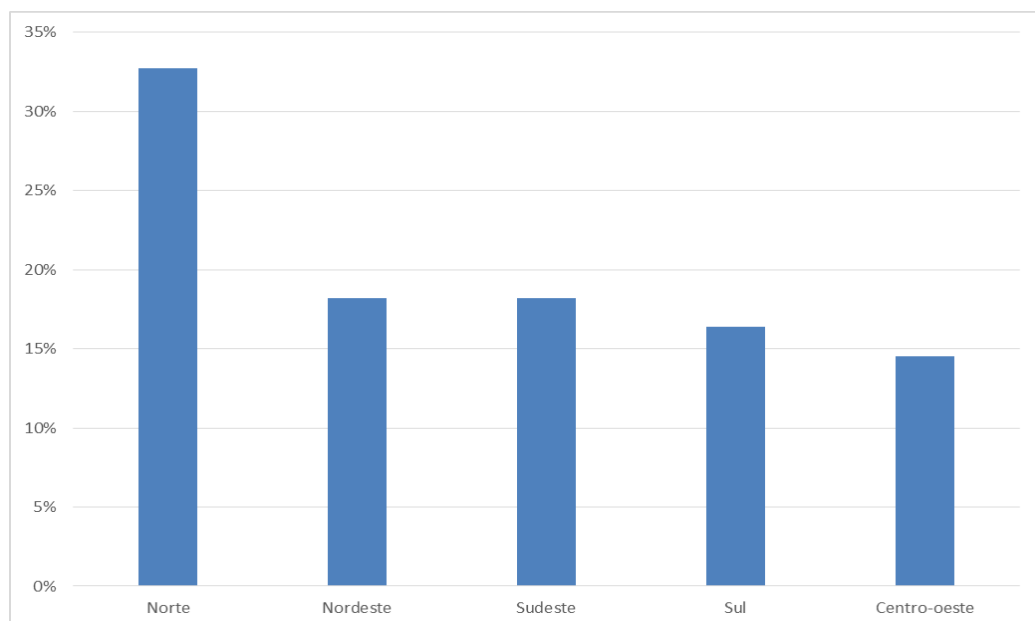
¹² Os grupos de psicologia registrados no CNPq e encontrados nesse levantamento estão localizados na área de Ciências Humanas, ainda que em algumas universidades estejam em departamentos na área das ciências da saúde.

Saúde e as Ciências Humanas e Sociais, entre a Saúde Coletiva e a Antropologia. Mas, também se encontram em áreas próximas, como educação, psicologia, entre outras. Em consonância com os pressupostos e os achados desta tese, compreende-se que a área de estudos de saúde indígena encontra-se principalmente no campo científico da saúde coletiva, mas com um espaço considerável na antropologia e perpassando por outras áreas.

5.2.LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA E INSTITUCIONAL

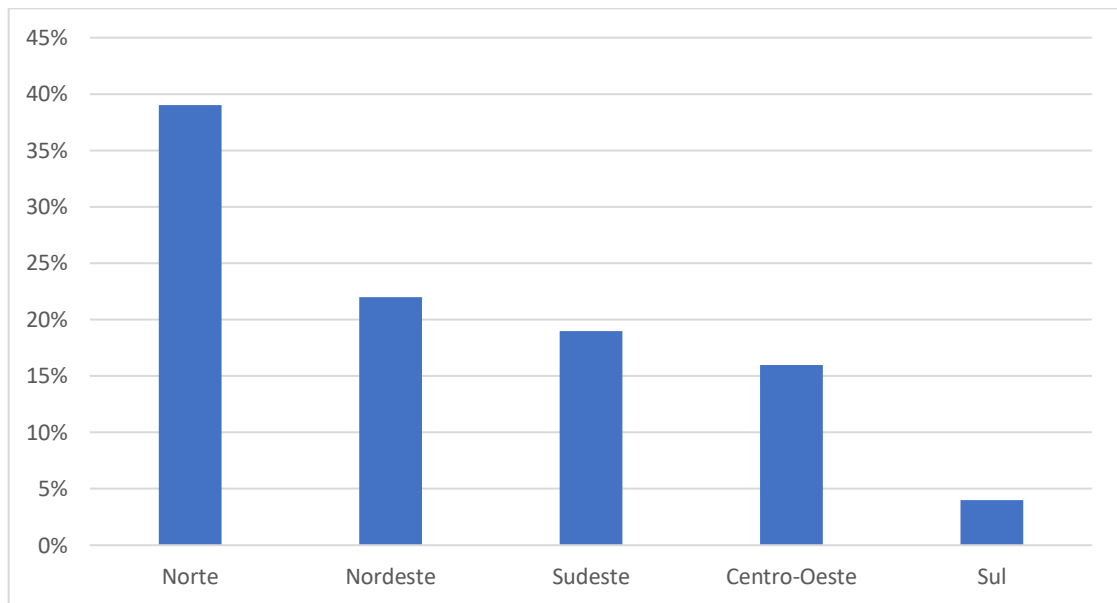
Quanto à distribuição geográfica (Gráfico 9), em 2015 verificava-se uma predominância na macrorregião Norte (33%), seguida do Nordeste e Sudeste (que empatam em 18%), Sul (16%) e Centro-Oeste (15%). Observa-se que em 2015 e 2020 a macrorregião norte permanece na liderança no quantitativo de grupos que estudam saúde indígena, seguido do Nordeste e Sudeste (Gráfico 10). Esse perfil diverge da tendência geral da distribuição de grupos de pesquisa no país, que geralmente se concentram entre as macrorregiões Sudeste e Sul do país.

Gráfico 9 – Macrorregiões do país (%) onde se encontravam a totalidade dos grupos de pesquisas que estudam saúde dos povos indígenas por macrorregião do país em 2015 (N = 54)



Fonte: elaborado pela autora.

Gráfico 10 – Macrorregiões do país (%) onde se encontram a totalidade dos grupos de pesquisas que estudam saúde dos povos indígenas por macrorregião do país em 2020 (N = 57)



Fonte: elaborado pela autora.

Uma alteração significativa entre 2015 e 2020 foi o recrudescimento de grupos na região sul e o aumento expressivo nas regiões centro-oeste e nordeste. Outra mudança refere-se a uma quantidade maior de grupos em cidades localizadas no interior dos Estados e não somente nas capitais; o que pode ser reflexo de uma tendência à interiorização das universidades públicas brasileiras.

No levantamento realizado em 2015, o primeiro grupo de pesquisa que abordava saúde indígena na Macrorregião Norte, havia sido criado em 1983 pelo professor e pesquisador João Farias Guerreiro e vinculado à Universidade Federal do Pará (UFPA)¹³. Mas, como já dito, em 2020, este grupo não figura mais no banco de dados do CNPq. Desse modo, em 2020, o grupo mais antigo na região norte é o “*Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia – CESIR*”, vinculado a Universidade Federal de Rondônia (UNIR), criado em 1997 e coordenado pelas professoras Ana Lúcia Escobar e Janne Cavalcante Monteiro. Consiste em um grupo específico e que possui 8 (oito) linhas de pesquisa. Os demais grupos que constam da região Norte foram criados após os anos 2000, ou seja, nos últimos 20 anos.

¹³ O Grupo se denominava “Genética Humana e Médica”. Desde 1982 João Farias Guerreiro desenvolvia estudos sobre genética de populações e dentre as quatro linhas de pesquisa uma era dedicada às pesquisas com povos indígenas, “Genética de populações humanas da Amazônia”.

O maior grupo de pesquisa sobre saúde indígena na macrorregião Norte, conforme a quantidade de pesquisadores, alunos e de linhas de pesquisa, além da relevância na temática, é “*Saúde Indígena e outras populações vulneráveis na Amazônia*”¹⁴ constituído em 2007 e coordenado pelos pesquisadores Maria Luiza Garnelo Pereira e Fernando José Herkrath. É um grupo específico vinculado à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) do Estado do Amazonas, o Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD), na cidade de Manaus/AM. Houve uma mudança no título, coordenação, composições de pesquisadores e linhas de pesquisa entre os anos de 2015 e 2020. Maria Luiza Garnelo permanece como fundadora e coordenadora do grupo e atualmente o grupo atua com outras populações amazônicas, não somente indígena e possui 3 três linhas de pesquisa, sendo: “*Avaliação de políticas, programas e ações de saúde*”, “*Epidemiologia de Endemias em Populações Indígenas e outros grupos vulneráveis na Amazônia*” e “*Processo saúde-doença-cuidado entre populações indígenas, rurais e outros grupos vulneráveis na Amazônia*”.

Dos grupos que não são específicos no tema, o primeiro da região (criado em 2002) está vinculado à área de enfermagem da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e é intitulado “*Grupo de Pesquisa em Enfermagem em Saúde Mental e Epidemiologia*”. Possui uma das linhas de pesquisa em saúde indígena, mais voltado para o cuidado em enfermagem com enfoque na saúde mental das populações indígenas¹⁵.

Atualmente o Estado do Pará concentra o maior número de grupos de pesquisa da macrorregião Norte, seguido de Roraima e Tocantins (que em 2015 não constava). No Pará, 4 (quatro) grupos são amplos e 2 (dois) são específicos e o mais antigo foi criado em 2009. Os específicos, ambos da subárea de Saúde Coletiva, são vinculados a universidades públicas com campus no interior e se localizam nas cidades de Cidade Velha/PA (UEPA)¹⁶ e Santarém/PA (UFOPA)¹⁷.

Em Roraima, os 3 (três) possuem formação mais recente, sendo o mais antigo de 2015, todos estão na subárea de Saúde Coletiva e vinculados a Universidade Federal de Roraima, no campus da capital Boa Vista (RR). Apesar de estarem na mesma subárea, universidade e cidade,

¹⁴ Disponível em: <http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/764>. Acessado em 15 de outubro de 2020.

¹⁵ Disponível em: <http://dgp.cnpq.br/dgp/espelholinha/4068552701483399889201>. Acessado em 15 de outubro de 2020.

¹⁶ Disponível em: dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/1855521768053682. Acessado em 15 de outubro de 2020.

¹⁷ Disponível em: dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/7549988049543272. Acessado em 15 de outubro de 2020.

esses grupos possuem particularidades e enfoques diferentes, como segurança alimentar e nutricional¹⁸, itinerários terapêuticos e saúde mental¹⁹ e biodiversidade e meio-ambiente²⁰.

Destes, dois são específicos, sendo que o grupo “*Saúde, Educação e Ambiente: Informações Socioepidemiológicas e Populações Indígenas em Roraima*” surgiu em 2015 e o grupo “*Saúde e diversidade sociocultural na Amazônia*” foi formado em 2020. No Estado do Tocantins, os dois grupos são amplos, um da área de Psicologia criado em 2019 “*Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental*” (Universidade Federal do Tocantins/TO) – com uma linha específica sobre saúde mental dos povos indígenas; e o outro grupo da área de Odontologia, de 2018, vinculado à Fundação Escola de Saúde Pública (FESP-TO), intitulado “*Promoção de Saúde Bucal e Diagnóstico Integrado em Odontologia*”, com uma linha de pesquisa específica em saúde bucal dos povos indígenas.

Na macrorregião Nordeste existem 9 (nove) grupos de pesquisa, sendo 8 (oito) amplos e 1 (um) específico, com uma variação das subáreas: Antropologia (N=3), Saúde Coletiva (N=2), Psicologia (N=2), Odontologia (N=1) e História (N=1). Em 2015, havia 7 (sete) grupos, sendo 4 (quatro) da antropologia, 2 (dois) da saúde coletiva e 1 (hum) da psicologia. O grupo mais antigo localiza-se na capital São Luis (Maranhão). Criado em 1995, intitula-se “Núcleo de etnologia e imagem”, sendo vinculado à área de antropologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) com uma linha de pesquisa que aborda a saúde indígena.

O grupo específico da região Nordeste é de formação recente, originado em 2020 na Universidade Federal da Bahia (UFBA), do campus da capital Salvador (BA) e intitulado “Grupo de Pesquisa em Etnologia, Linguística e Saúde Indígena – ETNOLINSI”. É um grupo vinculado a subárea de antropologia e das suas 7 (sete) linhas de pesquisa, 3 são especificamente sobre a saúde dos povos indígenas²¹. Associados à saúde coletiva destacam-se o grupo “*NEGRAS - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero, Raça e Saúde*”, formado em 2012 na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB (Santo Antônio de Jesus/BA) e o grupo “*Projeto Envelhecimento Populacional de Pernambuco - PROENP-PE*” da Universidade Federal do Pernambuco (UFPE) criado em 2010.

No levantamento de 2015, figuravam grupos pioneiros sobre o tema no Nordeste e que não constam no Diretório em 2020, como o “*NEPE - Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Etnicidade*”, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) formado em 1999 e por duas

¹⁸ Disponível em: dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/6592610542662475. Acessado em 15 de outubro de 2020.

¹⁹ Disponível em: dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/4192569390836906. Acessado em 15 de outubro de 2020.

²⁰ Disponível em: dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/2339861381426604. Acessado em 15 de outubro de 2020.

²¹ Disponível em: dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/377067733581989. Acessado em 15 de outubro de 2020.

décadas coordenado pelo antropólogo Renato Athias que possui importantes produções na área da saúde indígena. Assim como, o grupo “Programa de Pesquisas sobre Povos Indígenas do Nordeste Brasileiro – PINEB” da Universidade Federal da Bahia (UFBA), criado em 1971.

Na macrorregião Sudeste há um dos mais antigos e produtivos grupos específicos sobre saúde dos povos indígenas no país, criado em 1992 e agregado à subárea de Saúde Coletiva. O grupo “*Saúde, Epidemiologia e Antropologia dos Povos Indígenas*”²², coordenado pelos pesquisadores Carlos Everaldo Alvares Coimbra Junior e Ricardo Ventura Santos, está localizado na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no Rio de Janeiro. É o maior grupo sobre o tema no Brasil, com a concentração de 22 (vinte e dois) pesquisadores e 4 (quatro) estudantes de pós-graduação ativos. Possui 6 (seis) linhas de pesquisa exclusivamente sobre saúde dos povos indígenas, sendo: “Antropologia Médica e Saúde Indígena”, “Demografia dos Povos Indígenas”, “Epidemiologia e Saúde de Populações Indígenas”, “Nutrição e Alimentação Indígena”, “Populações indígenas, identidade indígena e saúde” e “Saúde Indígena”.

Na Fiocruz do Rio de Janeiro há outros 3 (três) grupos na ENSP. Dois são específicos e coordenados pelo pesquisador Paulo Basta, sendo um voltado para o estudo da tuberculose em áreas indígenas, formado em 2012 e o outro mais amplo intitulado “*Ambiente, Diversidade e Saúde*”, originado em 2018. O terceiro diz respeito a um grupo amplo que aborda Telemedicina e foi criado em 2018, com uma linha de pesquisa sobre atenção à saúde indígena. Além da Fiocruz, na cidade do Rio de Janeiro há um outro grupo vinculado à subárea de enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), formado em 2006, com uma linha de pesquisa sobre saúde indígena.

No Estado de São Paulo, o grupo mais antigo consta de 1991, intitulado “*Saúde da População Negra e Indígena*”, vinculado ao Instituto de Saúde de São Paulo, da Secretaria de Estado de Saúde (SES-SP). Na Universidade de São Paulo (USP) há um grupo da subárea de enfermagem e outro na saúde coletiva na Universidade de São Carlos (UFSCAR); ambos amplos e com formação recente, de 2016 e 2019 respectivamente.

Em 2015 constava o grupo “*Saúde e Meio Ambiente*” da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), fundado por Roberto Geraldo Baruzzi²³. Ele foi um dos primeiros médicos e pesquisadores do campo da saúde a atuar com povos indígenas no país, tendo orientado muitos

²² Disponível em: <http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/14080>. Acessado em 15 de outubro de 2020.

²³ Disponível em: <http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/3083435375084326>. Acessado em 15 de outubro de 2020.

alunos que atualmente são pesquisadores ativos no campo. Baruzzi fundou e coordenou por décadas o Projeto Xingu²⁴ que existe até hoje. O projeto é um programa de extensão universitária no Parque do Xingu (MT), que fornece atendimento à saúde a todos os povos ali residentes.

Na macrorregião Sul²⁵ está localizado o primeiro grupo específico em saúde indígena no Brasil, criado em 1987 na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Denominado de “*Núcleo de Estudos sobre Saúde e Saberes Indígenas*”, é coordenado pela pesquisadora Esther Jean Langdon – conforme será explorado mais adiante.

Dos seis grupos na macrorregião Centro-Oeste, (4) quatro estão no Estado de Mato Grosso do Sul, (2) dois no Mato Grosso e 1 (hum) no Distrito Federal – intitulado “Antropologia Política da Saúde” e coordenado pela pesquisadora Carla Costa Teixeira. O primeiro grupo do centro-oeste foi criado no ano 2000 e é vinculado à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), “*Grupo de Estudos e Pesquisas em Populações Indígenas*”, coordenado pela professora Dulce Lopes Barboza Ribas. O grupo tem enfoque prioritário no acompanhamento das condições nutricionais e outros agravos cardiovasculares na população da etnia Terena na Terra Indígena Buriti (Sidrolândia).

Em suma, os 57 grupos de pesquisa fazem parte de instituições públicas de ensino e pesquisa da maioria dos Estados brasileiros, com exceção do Acre, Piauí, Paraíba, Rio Grande do Norte, Goiás, Espírito Santo e Paraná. O que representa uma concentração da temática em instituições públicas e uma importante variabilidade e distribuição de localidades e instituições (Tabela 4).

A Fiocruz é a instituição do país que mais concentra grupos de pesquisa que atuam com a temática indígena, totalizando 7 (sete) grupos, cerca de 12% da distribuição de instituições. A macrorregião Norte, além de concentrar a maior quantidade de grupos, reúne o maior número de instituições (N=12), seguido do Sudeste (N=7), Sul (N=6), Centro-Oeste (N=5) e Nordeste (N=5).

²⁴ Mais informações sobre o Projeto Xingu disponível em:

<https://www.unifesp.br/campus/sao/camaraextensao/carrossel-superior/96-projeto-xingu-50-anos>. Acessado em 15 de outubro de 2020.

²⁵ Em 2015, o grupo mais antigo que havia registrado no Brasil denominava “*Genética de Populações Humanas e de outros organismos*”. O grupo foi criado em 1952, estava localizado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e foi fundado por Francisco Mauro Salzano, um dos pioneiros no estudo sobre genética em povos indígenas.

Tabela 4 – Relação nominal de Instituições (N = 37) que abrigam a totalidade de grupos de pesquisa que estudam saúde dos povos indígenas no Brasil (N = 57)

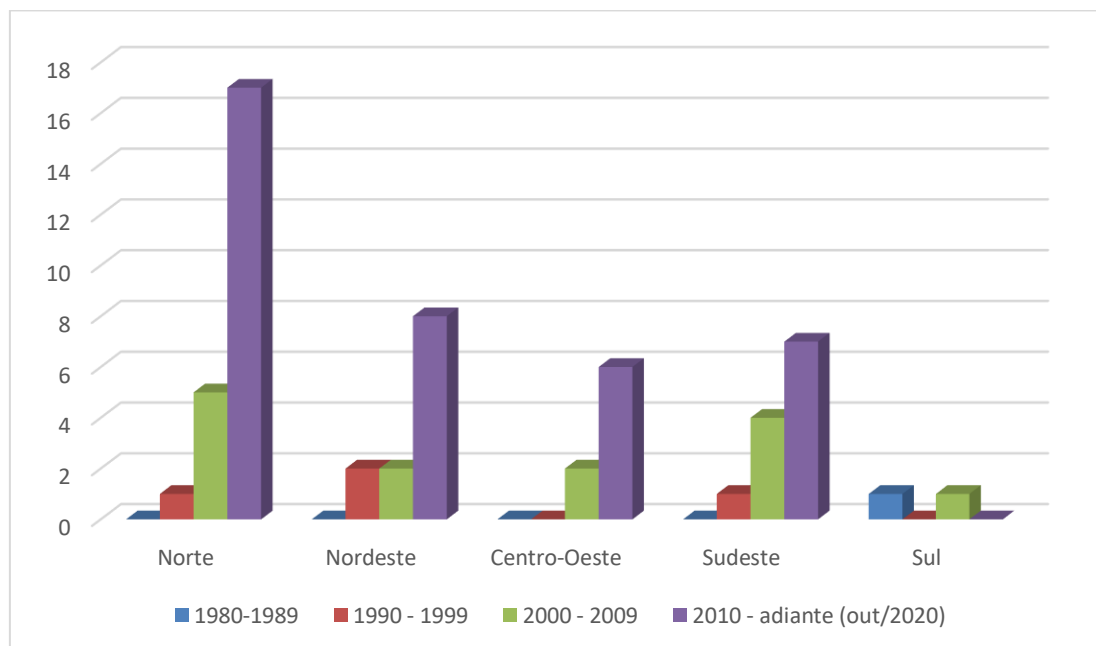
Macrorregião	N	UF	Instituição de vinculação	Qtd grupos
Norte	1	PA	Universidade Federal do Pará (UFPA)	4
	2		Universidade do Estado do Pará (UEPA)	2
	3		Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA)	1
	4	AM	Universidade Federal do Amazonas (UFAM)	2
	5		Instituto Leônicas e Maria Deane (IAM)/ Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)	2
	6		Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ)	1
	7		Universidade do Estado do Amazonas (UEA)	1
	8	RR	Universidade Federal de Roraima (UFRR)	4
	9	TO	Universidade Federal do Tocantins (UFT)	1
	10		Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP-PALMAS)	2
	11	RO	Universidade Federal de Rondônia (UNIR)	1
	12	AC	Universidade Federal do Acre (UFAC)	1
Total Norte				22
Nordeste	13	CE	Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)	2
	14		Universidade Estadual do Ceará (UECE)	2
	15		Universidade Federal do Ceará (UFC)	1
	16	BA	Universidade Federal da Bahia (UFBA)	1
	17		Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)	1
	18		Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)	1
	19	PE	Universidade de Pernambuco (UPE)	1
	20		Instituto Federal de Pernambuco (IFPE)	1
	21	MA	Universidade Federal do Maranhão (UFMA)	1
	22	AL	Centro Universitário CESMAC	1
Total Nordeste				12
Sudeste	23	RJ	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)/ Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)	4
	24		Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)	1
	25	SP	Universidade de São Paulo (USP)	1
	26		Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR)	1
	27		Instituto de Saúde/São Paulo (IS/SP)	1
	28	MG	Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)	2
	29		Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)	1
	30		Instituto René Rachou (IRR)/ Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)	1
Total Sudeste				12
Centro-Oeste	31	MS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)	3
	32		Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)	2
	33	MT	Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)	2
	34		Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT)	1
	35	DF	UnB (Universidade de Brasília)	1
Total Centro-Oeste				9
Sul	36	SC	Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	1
	37	RS	Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)	1
Total Sul				2
Total de Grupos nas Instituições				57
Total de Instituições				37

Fonte: elaborado pela autora.

5.3.PERÍODO DE CADASTRAMENTO DOS GRUPOS DE PESQUISA

De acordo com o levantamento mais recente de 2020, o gráfico seguinte (gráfico 11) apresenta a distribuição temporal do cadastramento de grupos de pesquisa vigentes, conforme as cinco macrorregiões brasileiras:

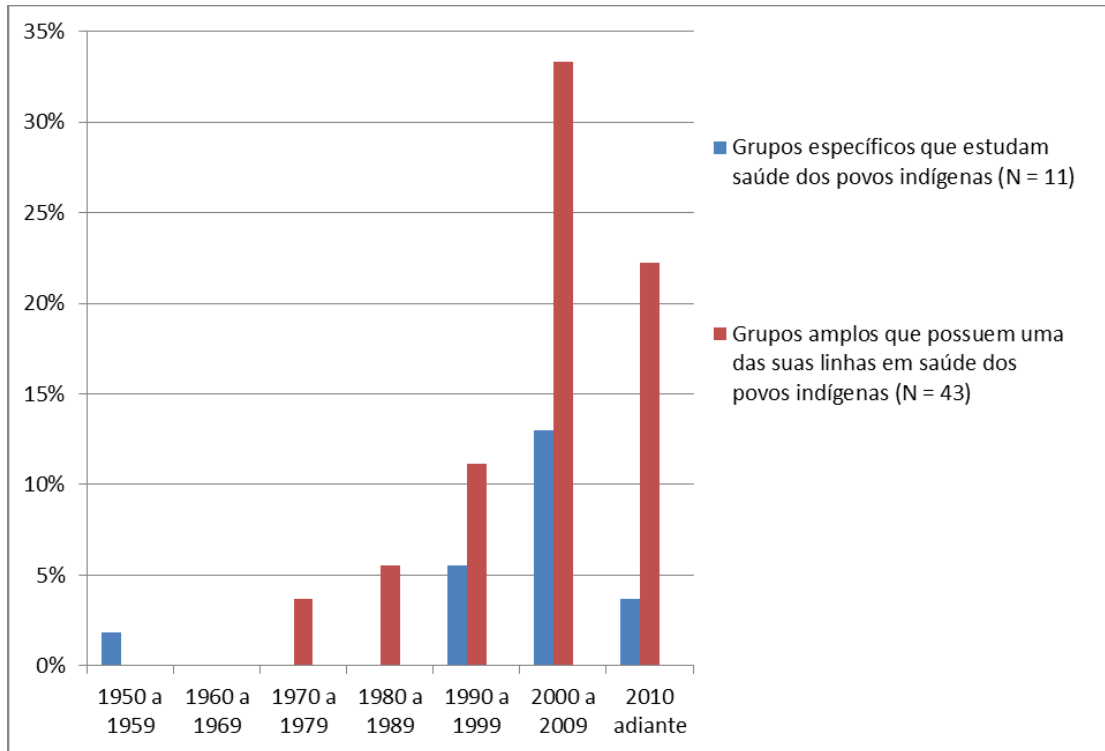
Gráfico 11 – Distribuição temporal do surgimento da totalidade de grupos de pesquisa que estudam saúde dos povos indígenas no Brasil por macrorregião do país vigentes (N = 57)



Fonte: elaborado pela autora.

Em 2015, há 5 (cinco) anos atrás, constatamos que desde a década de 1950 havia registro de grupo com uma linha de pesquisa sobre saúde dos povos indígenas. Mas, somente após a década de 1990, foram criados os grupos de pesquisa específicos, com crescimento substancial após os anos 2000, conforme o gráfico 12:

Gráfico 12 – Período (%) de formação dos grupos de pesquisa que estudam saúde dos povos indígenas (N = 54) em 2015, conforme a classificação de grupos específicos (N=11) e grupos amplos (N=43)

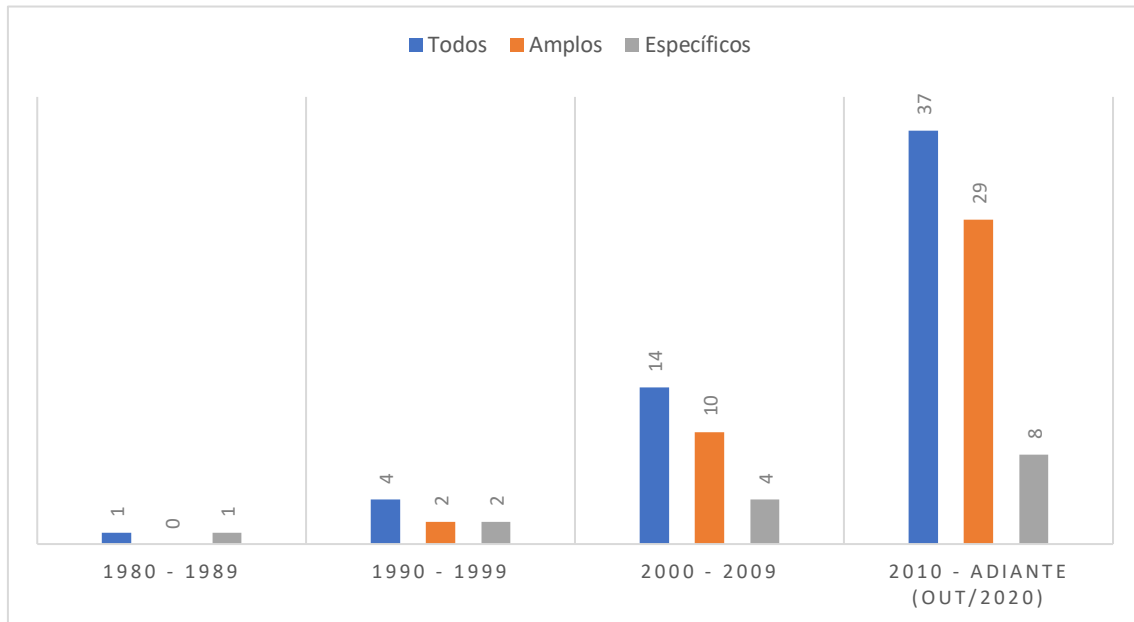


Fonte: elaborado pela autora.

A criação de grupos específicos e linhas de saúde indígenas aumentaram consideravelmente, especialmente até 2009, tanto de grupos específicos quanto de grupos amplos. No entanto, os dados sobre o período de formação dos grupos modificaram bastante no intervalo de 2015 a 2020.

Como a plataforma do CNPq só registra grupos ativos, os grupos inativos se perdem na medida que deixam de existir, portanto, confirma-se a importância desse trabalho para o registro dessa memória sobre os grupos de pesquisa em saúde indígena. Fato tão evidente este que, na busca realizada em 2020, já não constava mais o registro de formação de grupos no período anterior à década de 1980 e a década que mais se destacou no quantitativo de grupos emergentes foi a mais recente, de 2010 adiante (até Outubro de 2020), conforme o gráfico 13 abaixo:

Gráfico 13 – Período de formação dos grupos de pesquisa que estudam saúde dos povos indígenas (N = 57) em 2020, conforme a classificação de grupos específicos e grupos amplos



Fonte: elaborado pela autora.

Com relação a composição de recursos humanos, em 2020, os 57 grupos possuíam 88 coordenadores, denominados de “líderes” pela Plataforma do CNPq. Grande parte dos grupos com 2 líderes, sendo 30 do gênero feminino e 27 do masculino, o que sugere uma maior quantidade de mulheres à frente dos grupos de pesquisa que estudam saúde dos povos indígenas; proporção que permanece equivalente desde 2015. Junto aos líderes há um contingente de 610 pesquisadores que trabalham nos grupos de pesquisa, acompanhados de 74 alunos de doutorado, 83 alunos de mestrado, 31 alunos de especialização, 224 alunos de graduação e mais 194 alunos sem definição de grau. (Fonte: CNPq, 2020).

A partir dessa análise da formação dos coletivos de pesquisa, compreendemos que a saúde indígena envolve uma multiplicidade de domínios disciplinares que compõem seu *modus operandi* – “que orienta e organiza praticamente a prática científica” (BOURDIEU; 2010: 60). Ademais, revela uma intensa sociodiversidade que se expressa nas especificidades socioculturais e linguísticas de cada etnia e nas diferenças no interior de cada grupo étnico.

A partir das informações sobre os grupos de pesquisa, é possível identificar o processo de institucionalização de coletivos de pesquisadores da saúde indígena e suas respectivas instituições de vínculo a partir da década de 1990. O processo de institucionalização, tão central para a construção de campos científicos, consiste no meio essencial de canal e discussão entre

pessoas, conhecimentos, artefatos e ideologias. Tem por finalidade última a elaboração, verificação e continuação do conhecimento científico como legítimo e verdadeiro (VESSURI, 1993). Além disso, esse processo incide diretamente no caráter formativo do campo, na formação e conformação de novos quadros e gerações de pesquisadores no campo.

Nesta direção, interessante notar que grupos que integram atualmente a área de saúde dos povos indígenas são formados por pesquisadores do campo da Saúde Coletiva, oriundos de grupos maiores e mais antigos. Partimos da perspectiva que a afirmação dessa temática está associada à implantação do SUS, dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas e à consolidação e aumento dos cursos de pós-graduação no campo da Saúde Coletiva com linhas de atuação sobre saúde indígena (AQUINO, 2008; CANESQUI, 2010). Isso demonstra uma constante tendência de crescimento, emancipação, diversificação e especificidade das abordagens sobre saúde indígena. Entende-se, portanto, que a temática da saúde indígena consiste em um subcampo do campo científico da Saúde Coletiva (NUNES, 2005; PAIM E ALMEIDA FILHO, 1998) e opera com o mesmo sistema de valores e práticas, em uma escala menor em relação ao grande campo e com suas especificidades.

6. PESQUISADORES E REPRESENTANTES DE UMA TEMÁTICA EM CONSTRUÇÃO E TRANSFORMAÇÃO

Conforme vimos até aqui, a área de estudos sobre a temática da saúde dos povos indígenas não apenas está em construção e consolidação, como em constante transformação – visto o comportamento dos grupos e linhas de pesquisa sobre o tema.

A opção por destacar a produção científica e aspectos das trajetórias acadêmicas de alguns dos líderes dos grupos (de acordo com os critérios de elegibilidade descritos na seção de metodologia), deu-se em razão de buscar elucidar especificidades, diferenças e convergências num mesmo campo do saber. Os pesquisadores selecionados são considerados pontos fortes das redes formadas pelos grupos de pesquisa que conformam a área de estudos em saúde indígena e o campo da saúde coletiva no Brasil. Ou seja, são líderes de grupos antigos nas suas regiões, possuem produção acadêmica ampla, formam pesquisadores, e atuam a partir de suas entidades nas questões do campo.

Neste capítulo, a partir dos critérios adotados, abordaremos as produções e trajetórias acadêmicas dos seguintes pesquisadores: Esther Jean Langdon, Carlos Everaldo Alvares Coimbra Junior, Maria Luiza Pereira Garnelo e Carla Costa Teixeira. Daremos ênfase na análise à produção do conhecimento e as articulações de saberes e práticas no desenvolvimento da área de estudos.

De modo a organizar o conteúdo analisado, este será apresentado em tópicos na seguinte ordem: a) Quem são os pesquisadores e suas vertentes teóricas e práticas (ordenados conforme o tempo de atuação e experiência acumulada na área estudada); b) Institucionalização, construção de redes colaborativas e produção intelectual; c) Delimitações e saberes dos campos de conhecimento em que estão inseridos; e, d) Pesquisadores como mediadores de campos e universos distintos, com o objetivo de refletir sobre o papel social do pesquisador.

6.1. QUEM SÃO OS PESQUISADORES E SUAS VERTENTES TEÓRICAS E PRÁTICAS²⁶

Esther Jean Langdon é professora e pesquisadora norte-americana radicada no Brasil desde a década de 1980, criou um dos primeiros grupos específicos sobre saúde dos povos indígenas no Brasil. Seu primeiro estudo em antropologia médica e da saúde foi com o grupo indígena Siona que habita a fronteira da Amazônia colombiana, em sua tese de doutorado defendida em 1974. O objetivo principal do estudo foi o de compreender os itinerários terapêuticos desta população com relação ao processo de saúde-doença-cuidado.

A pesquisadora ingressou na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, em 1988. Atualmente encontra-se aposentada pela mesma instituição, mas atua como colaboradora do Instituto Brasil Plural²⁷. Ao longo de sua carreira docente, ministrou disciplinas em cursos de graduação nas ciências sociais e em cursos das ciências da saúde.

Carlos Coimbra (Carlos Everaldo Alvares Coimbra Junior) pesquisador titular aposentado da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz e líder do maior grupo de pesquisa em saúde indígena. Por duas décadas foi editor de um importante periódico do campo da saúde coletiva e epidemiologia, Cadernos de Saúde Pública. É biólogo de formação pela Universidade de Brasília e cursou o mestrado e o doutorado na University of Indiana nos Estados Unidos na área de antropologia médica. Em sua tese de doutorado, concluída em 1989, analisou a relação entre o estado nutricional com as condições de vida e saúde do grupo indígena Suruí, localizados no Estado de Rondônia, Brasil.

É autor das primeiras publicações de saúde indígena em revistas no campo da saúde coletiva (em especial, em epidemiologia) e de medicina tropical. Além disso, Coimbra se articulou com importantes sociólogos e antropólogos que estudam saúde e foi considerado um ator chave na consolidação das ciências sociais no campo da saúde coletiva, com publicações consideráveis sobre o tema.

Luiza Garnelo²⁸ (Maria Luiza Garnelo Pereira) é médica, filósofa e doutora em antropologia social. É reconhecida no cenário acadêmico nacional por sua produção no campo da saúde coletiva, tendo se dedicado nos últimos vinte anos a estudar as condições de saúde e de vida das populações indígenas da Amazônia brasileira, em especial, etnias que se localizam

²⁶ As informações analisadas foram todas extraídas dos currículos e produções científicas dos pesquisadores disponíveis publicamente pela Plataforma Lattes.

²⁷ Maiores informações disponível em: <http://brasilplural.paginas.ufsc.br/>. Acessado em 09/12/15.

²⁸ Como a própria autora se refere em espaços públicos.

na região do Alto Rio Negro. Concluiu seu doutorado em 2002 pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), no mesmo ano que ingressou como pesquisadora na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Instituto Leônidas e Maria Deane (AM). Chegou a lecionar na Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e em outras universidades nacionais e estrangeiras.

Sua tese de doutorado *“Poder, hierarquia e reciprocidade: os caminhos da política e da saúde no Alto Rio Negro”*, publicada em 2003 pela Editora Fiocruz na coleção “Saúde dos Povos Indígenas”, trata dos aspectos socioculturais mais amplos do processo saúde-doença e das ações e serviços de saúde. Seus principais temas de pesquisa são: processo de adoecimento, cura e práticas de autoatenção indígenas, formação de agentes indígenas de saúde, participação social dos povos indígenas nas políticas públicas de saúde, avaliação e gestão da atenção básica, entre outros. Apresenta uma produção importante que pretende articular os serviços de saúde indígena como parte do SUS, conforme os princípios de equidade, integralidade e universalidade.

Carla Costa Teixeira é antropóloga, doutora em Antropologia Social e professora titular do Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília (UnB). Coordena dois grupos de pesquisa. Um deles é denominado “Antropologia Política da Saúde” e possui a linha de pesquisa “Política e Saúde Indígena”, criada em 2007. O outro grupo é intitulado “Etnografia das Instituições e das Práticas de Poder”.

A produção acadêmica de Carla C. Teixeira concentra-se especialmente nas questões políticas, desde a organização da burocracia estatal, dos espaços de representatividade e das formas e formatos de participação social. Sua tese de doutorado, defendida em 1997, versou sobre *“A honra da política. Decoro parlamentar e perda de mandato no Congresso Nacional (1949-1994)”*. A pesquisadora se aproxima da temática da saúde dos povos indígenas, refletindo sobre os aspectos formativos da política nacional de saúde indígena, dos modelos de participação indígena nos processos decisórios da política de saúde e no papel do antropólogo na mediação de interesses entre cidadãos e o Estado e no diálogo intercultural.

Quadro 2 – Quadro-síntese das principais informações acadêmicas extraídas do currículo lattes dos pesquisadores estudados

Nome	Formação	Instituição principal	Líder Grupos de pesquisa	Artigos	Livros	Capítulos de livros	Supervisão Pós-doc	Orientação Doutorado	Orientação Mestrado	Orientação Graduação
Esther Jean Langdon	Graduação em Antropologia e Sociologia (Carleton College, 1966), mestrado em Antropologia (University of Washington, 1968) e doutorado em Antropologia (Tulane University of Louisiana, 1974), Pós-doutorado na Indiana University (1994) e University of Massachusetts, Amherst (2009)	Professora titular da Universidade Federal de Santa Catarina/ UFSC (SC)	Núcleo de Estudos sobre Saúde e Saberes Indígenas	102 artigos (1978 - 2020)	9 livros (1992 - 2017)	61 capítulos (1979 - 2020)	3 andamento 10 concluídas Total: 13 (2005 - 2020)	7 andamento 27 concluídas Total: 34 (2000 - 2020)	3 andamento 53 concluídas Total: 56 (1987 - 2020)	12 concluídas Total: 12 orientações (2002 - 2015)
Carlos Everaldo Alvares Coimbra Junior	Bacharel em Ciências Biológicas (Universidade de Brasília, 1982), mestrado e doutorado em Antropologia/Antropologia Médica (Indiana University, 1989). Pós-doutoramento no Five College Program in Medical Anthropology, University of Massachusetts, Amherst (1999)	Pesquisador titular na Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ (RJ)	Saúde, Epidemiologia e Antropologia dos Povos Indígenas	177 artigos (1979 - 2020)	12 livros (1991 - 2016)	38 capítulos (1985 - 2016)	4 concluídas (2010 - 2013)	3 andamento 16 concluídas Total: 19 (1996 - 2020)	26 concluídas (1993 - 2017)	2 andamento, 5 concluídas Total: 7 (2000 - 2020)
Maria Luiza Garnelo Pereira	Bacharel em Medicina (Universidade Federal do Amazonas/UFAM, 1980), bacharel em Filosofia (UFAM, 1989). Fez residência em (Medicina Preventiva e Social/UFAM, 1985), mestrado em Ciências Sociais (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1992) e doutorado em Ciências Sociais/Antropologia (UNICAMP, 2002)	Pesquisadora titular do Instituto Leônidas & Maria Deane/ FIOCRUZ (AM)	Saúde Indígena: condições de vida, vulnerabilidade e agravos em povos amazônicos	57 artigos (2001 - 2020)	8 livros (2001 - 2019)	16 capítulos (2012 - 2018)	---	4 concluídas (2009 - 2013) co-orientação	3 andamento, 22 concluídas (2004 - 2020)	1 concluída (2008)
Carla Costa Teixeira	Graduação em História (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1984), mestrado em Antropologia (Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1991), doutorado em Antropologia (Universidade de Brasília, 1997)	Professora titular da Universidade de Brasília (UnB)	Antropologia Política da Saúde / Etnografia das Instituições e das Práticas de Poder	33 artigos (1992 - 2020)	8 livros (1998 - 2019)	27 capítulos (1996 - 2019)	--	6 andamento 5 concluídas (2010 - 2020)	18 concluídas (2001 - 2020)	28 concluídas (2002 - 2018)

Fonte: elaborado pela autora.

6.2. INSTITUCIONALIZAÇÃO, CONSTRUÇÃO DE REDES COLABORATIVAS E PRODUÇÃO INTELECTUAL

6.2.1. Intermedialidade e a Construção do Diálogo entre as Intervenções Públicas de Saúde e os Povos Indígenas

A pesquisadora Esther Jean Langdon é líder do primeiro grupo de pesquisa de antropologia da saúde no país. Criado em 1987 e localizado no campo da antropologia, é intitulado: “Núcleo de Estudos sobre Saúde e Saberes Indígenas” e sediado no Departamento de Antropologia da Universidade Federal de Santa Catarina (Florianópolis, Santa Catarina). As atividades do grupo estão alinhadas com as perspectivas teóricas e metodológicas construídas por Langdon ao longo de sua trajetória. Conforme exposto em seu currículo lattes, demonstra amplas parcerias com diversas universidades e institutos de pesquisa nacionais e estrangeiros e com experiência na área de *“Antropologia, com ênfase em Cosmologia e Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: antropologia da saúde, saúde indígena, política da saúde indígena, narrativa e performance, xamanismo e cosmologia”*, conforme expresso na descrição do seu currículo lattes.

Os pesquisadores de sua rede de colaboração, igualmente envolvidos com a saúde indígena são: Eliane Diehl, Raquel Dias-Scopel, Luiza Garnelo Sônia Maluf, Daniel Scopel, Marina Cardoso, Carlos Coimbra e Ricardo Ventura Santos. Todos os pesquisadores estão inseridos em programas de pós-graduação em antropologia, ciências sociais e ciências da saúde. Luiza Garnelo e Marina Cardoso são parcerias constantes na temática da saúde indígena, na organização de livros de coletânea de capítulos, participação de bancas em conjunto e eventos científicos.

Sua tese de doutorado concluída em 1974 transformou-se em livro em 2014, intitulado *“La Negociación de lo Oculto: Chamanismo, Medicina y Familia entre los Siona del Bajo Putumayo”*. Uma das principais publicações de sua carreira é o livro *“Xamanismo no Brasil”* publicado em 1996 pela Editora da UFSC. Seus estudos e publicações sobre Xamanismo tiveram um impacto importante para o campo da antropologia brasileira e internacional e favoreceu a aproximação com pesquisadores que possuíam interesse em estudar esse fenômeno,

em interface com os sistemas médicos tradicionais, compreendidos como sistemas culturais mais amplos (LANGDON, 2012).

Organizou dois livros que tratam especificamente da saúde indígena. Um deles, sinalizado em seu currículo lattes como uma das publicações mais relevantes, foi organizado junto com Maria Luiza Garnelo, em 2004. Intitulado “*Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*” e publicado pela Associação Brasileira de Antropologia e a Editora Contra Capa, reúne uma coletânea de estudos de antropólogos sobre o cenário da saúde dos povos indígenas no período, que contribuíram para a constituição da área de saúde indígena ou estavam iniciando suas pesquisas na temática. Uma década depois, no livro “*Políticas públicas: reflexões antropológicas*”, que organizou com Grisotti em 2016, atualiza esse debate em especial no capítulo introdutório intitulado “*Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas em saúde indígena*”.

Outro livro, organizado com a antropóloga Marina Cardoso (UFSCAR) e publicado em 2015, denomina-se “*Saúde Indígena: Políticas Comparadas na América Latina*”. Fruto do acúmulo de experiência das organizadoras e dos autores a respeito do tema, o livro tem o intuito de contribuir com um balanço e comparação sobre as políticas públicas de saúde indígena e outros contextos da América Latina; especialmente com pesquisadores mexicanos e colombianos com os quais Langdon possui estreitas relações.

Em parte da sua obra, Esther Jean Langdon ressalta a importância de se concretizar uma ponte entre a antropologia e a saúde pública, demonstrando o quanto a antropologia é versátil a diferentes campos, conforme revela em entrevista publicada em 2009 na Revista Brasileira de Enfermagem²⁹. Esta atuação tem contribuído para reforçar o recorte do tema da saúde dos povos indígenas como parte da área de antropologia da saúde no Brasil.

Langdon é considerada uma referência importante na área de Antropologia Médica e da Saúde, nacionalmente e internacionalmente. Sua atuação na temática da saúde indígena sempre foi deste lugar, como sempre enfatiza em suas falas públicas em congressos e eventos científicos. Em parceria com Maj-Lis Follér, escreveu sobre o primeiro mapeamento da área de antropologia da saúde no Brasil, publicado em 2012 na revista *Medical Anthropology* e intitulado “*Anthropology of Health in Brazil: A Border Discourse*”. No mesmo ano (2012), com Foller e Sônia Maluf publicaram um artigo no Anuário Antropológico propondo um

²⁹ BECKER, S. et al. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. Rev Bras Enferm; 62(2): 323-326, mar.-abr. 2009.

balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com a antropologia mundial (LANGDON, FOLLER, MALUF, 2012).

As reflexões acerca do papel da antropologia em políticas interculturais e na política de saúde indígena (LANGDON, 2006; 2014; 2015) predominaram na sua produção na área de saúde indígena e se expressam em diferentes publicações ao longo da sua carreira. A publicação mais recente a respeito desse tópico foi elaborada com Garnelo, em 2018, no periódico “Salud Coletiva” da Universidade Nacional de Lanús (UNLA), Argentina (LANGDON e GARNELO, 2018). As autoras propõem uma articulação das ciências sociais e da medicina social e saúde coletiva na América Latina ao trabalharem entraves e desafios na articulação de sistemas médicos indígenas e a biomedicina.

A pesquisadora parte da perspectiva que as preocupações em torno das interpretações e práticas sociais acerca do processo de cura, por exemplo, são da mesma ordem que a compreensão de como os sujeitos constroem o mundo social. Tal perspectiva fundamenta o trabalho antropológico aplicado às ciências da saúde, conforme especifica no artigo escrito com o pesquisador Flávio Wiik “*Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura*”, publicado em 2010 pela Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Na temática da saúde indígena, Langdon geralmente é referenciada como uma das principais veiculadoras do conceito de *intermedicalidade*, através do qual pressupõe que deve haver uma articulação de sistemas médicos indígenas e o sistema médico ocidental (LANGDON, 2014; LANGDON & DIEHL, 2007; LANGDON, 1998). Suas produções acerca do subsistema e da política de atenção à saúde indígena enfocam na necessidade de avançar na articulação dos sistemas médicos e no respeito às diversidades étnicas e aos distintos modos de produção de vida e saúde destes povos (LANGDON et al, 2018; LANGDON, 2015). Portanto, apesar de ter atuado de modo conjunto com serviços de saúde, priorizou as reflexões sobre o papel do antropólogo no campo da saúde e no diálogo com os povos indígenas e os profissionais de saúde.

Em suas publicações mais recentes, Langdon tem analisado as redes interdisciplinares em torno da saúde indígena, em especial no campo da antropologia. Em capítulo do livro “*Critical Medical Anthropology: Perspectives in/from Latin America*”, publicado em 2020, traz uma contribuição em autoria com Eliana Diehl sobre o engajamento e implicação dos antropólogos nas pesquisas e nos serviços de saúde indígena. Em outro capítulo, publicado em 2018, intitulado “*Antropologias, Saúde e Contextos de Crises*”, introduziu essa reflexão sobre a participação e contribuição dos antropólogos nas redes interdisciplinares em saúde indígena.

Langdon possui uma extensa rede internacional, em especial com pesquisadores latino-americanos, expressa em participação e organizações em eventos científicos, publicações em periódicos e coletâneas e participação em bancas de mestrado e doutorado. Com relação aos demais interlocutores do presente trabalho, possui maior produção com Maria Luiza Garnelo. Contudo, há registros de que organizou eventos, participou de bancas e de coletâneas com Carlos Coimbra e Carla Costa Teixeira. O que sugere que os pesquisadores estudados compõem uma mesma rede de pesquisas e interesses. Em síntese, segue uma linha do tempo com os projetos de pesquisa que Esther Jean Langdon coordenou e integrou em sua trajetória acadêmica (tabela 5):

Tabela 5 - Projetos de Pesquisas nos quais Esther Jean Langdon coordenou e/ou participou em sua trajetória (Plataforma Lattes, 2020)

Período	Título	Descrição	Integrantes	Financiamento
2014 - Atual	Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil: Componente Indígena	Descrição: Componente Indígena de um projeto maior, composta de uma rede de pesquisadores nos campos de saúde coletiva. A rede de pesquisa sobre política, planejamento e gestão das regiões e redes de saúde no Brasil tem como principal objetivo analisar, sob a perspectiva de diferentes abordagens teórico-metodológicas, os processos de organização, coordenação e gestão envolvidos na conformação de regiões e redes de atenção à saúde, e seu impacto para melhoria do acesso, efetividade e eficiência das ações e serviços no SUS	Integrantes: Esther Jean Langdon / Eliana Diehl - Integrante / Nadia Heusi Silveira - Integrante / Luiza Garnello - Coordenador / Raquel Paiva Dias-Scopel - Integrante / Daniel Scopel - Integrante / Ari Ghiggi Jr. - Integrante.	Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit N 41/2013
2012 - Atual	Documentação, tradução e revitalização linguística: Tradução colaborativa sob uma perspectiva de sociolinguística crítica	Descrição: Este projeto é a continuação de uma investigação mais extensa que venho desenvolvendo há vários anos como pesquisadora de CNPQ 1B, articulando os temas de tradução, narrativa, xamanismo e saúde entre os índios Siona da Amazônia colombiana, a partir da perspectiva sociolinguística da performance. Diferentemente de meus esforços no passado, em que as traduções e as análises dos textos foram orientadas principalmente por preocupações acadêmicas, esta fase de pesquisa e de estudos na Colômbia e nos Estados Unidos visa explorar as questões teórico-metodológicas sobre a documentação de línguas em extinção e sua articulação com as necessidades expressadas pela comunidade e seu uso no desenvolvimento de estratégias didáticas para a revitalização do idioma.	Integrantes: Esther Jean Langdon - Coordenador / Hugo Portela-Guarin - Integrante / Éverton Luís Pereira - Integrante / Pedro Musalem Nazar - Integrante	Instituto Nacional de Pesquisa Brasil Plural - Auxílio financeiro / Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Bolsa
2011 - Atual	Xamanismo como Categoria Dialógica: Estudos sobre Xamanismos Contemporâneos	Descrição: O projeto trata da análise do conceito de “xamanismo” e da diversidade de expressões xamânicas existentes no mundo atual. Também se encontra vinculado à proposta de formar uma rede internacional de pesquisadores que se dedicam ao estudo dos xamanismos contemporâneos, resultando em atividades como apresentação de trabalhos em eventos, publicação de artigos, colaboração na orientação de alunos, elaboração de projetos de pesquisa, participação em bancas e organização de um congresso internacional sobre o tema	Integrantes: Esther Jean Langdon - Coordenador / Barbara Bustos - Integrante / Isabel Santana de Rose - Integrante / Hugo Portela-Guarin - Integrante / Anne-Marie Losonczy - Integrante / Carlos Alberto Uribe - Integrante	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Auxílio financeiro
2001 - Atual	Práticas de Autoatenção, Redes, Itinerários e Políticas Públicas	Descrição: O presente projeto pretende refletir sobre três eixos relacionados ao processo de saúde/doença: relações entre biomedicina e práticas de saúde locais; práticas terapêuticas, especialistas de saúde e emergência de novas formas de atenção à saúde; dinâmicas envolvidas nas práticas de autoatenção em contextos etnográficos específicos. Com base nestes eixos, o projeto articula pesquisas que abordam diversas formas através das quais os sistemas terapêuticos são acionados para produzir explicações sobre processos de saúde/doença. O enfoque no caráter relacional, na interação e nas múltiplas vozes que integram o cenário social vincula-se a uma compreensão das relações sociais ligadas ao processo de saúde/doença como emergentes e dinâmicas. Ao mesmo tempo, a ênfase na perspectiva do ator social e em sua capacidade de agência aponta para o fato de que é a partir dos sujeitos e/ou grupos	Esther Jean Langdon - Coordenador / Nadia Heusi Silveira - Integrante / Marcos Pelligrini - Integrante / Laura Perez Gill - Integrante / Maurício Soares Leite - Integrante / Hugo Portela-Guarin - Integrante	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Auxílio financeiro / Instituto Nacional de Pesquisa: Brasil Plural - Auxílio financeiro.

		sociais que são construídas as articulações entre os diferentes conceitos e práticas ligados à saúde/doença.		
2009 - Atual	Instituto Nacional de Pesquisa: Brasil Plural	Descrição: O Instituto propõe apoiar um extenso programa de pesquisa definido em torno de algumas problemáticas centrais para o esforço comparativo que o novo Instituto tem por objetivo fomentar, através da articulação de uma rede de múltiplos pesquisadores vinculados a diversas Instituições de ensino e pesquisa de Santa Catarina e da Amazônia, particularmente do Estado do Amazonas. A rede se baseia em relações pré-existentes, resultados de atividades de ensino, de orientação e de pesquisa realizadas pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a colaboração de pesquisa já existente entre alguns dos participantes das outras instituições, entre estes da Universidade Estadual de Santa Catarina (UDESC), Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), Universidade do Vale de Itajaí (UNIVALI); Universidade Federal do Amazonas (UFAM), entre outras. O Instituto pretende expandir a rede de pesquisadores e examinar questões centrais de importância social e política que já estão sendo exploradas pelos professores de PPGAS e seus colaboradores em pesquisa. O instituto conta com mais de 200 pesquisadores e uma rede amplo nacional e internacional. Para conhecer a produção bibliográfica e outras atividades é necessário procurar os sites de IBP e também os currículos dos pesquisadores. www.brasilplural.ufsc.br	Integrantes: Esther Jean Langdon - Coordenador / SONIA WEIDNER MALUF - Integrante / Eliana Diehl - Integrante / Deise Lucy Montardo - Integrante / Marcia Calderipe Farias Rufino - Integrante / Sidney Antonio da Silva - Integrante	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Auxílio financeiro / Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina - Auxílio financeiro / Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Amazonas - Auxílio financeiro / Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Bolsa.
2008 - 2011	Performance: Aspectos Teóricos, Estéticos e Políticos	Descrição: Na reconfiguração do pensamento social contemporâneo, o campo da performance se apresenta como importante espaço interdisciplinar para a compreensão dos gêneros de ação simbólica. A antropologia da performance, que surge nas interfaces de estudos do ritual, do teatro e da interação social, amplia questões clássicas do primeiro para tratar um conjunto de gêneros performativos encontrados em todas as sociedades do mundo globalizado, incluindo ritual, teatro, música, dança, festas, narrativas, cultos, manifestações étnicas, movimentos sociais e políticos e encenações da vida cotidiana. O objetivo desta pesquisa é propiciar uma oportunidade para reflexão sobre diferentes abordagens e recortes conceituais no campo da antropologia da performance, e também realizar pesquisa etnográfica e análise dos dados já colecionados durante minhas pesquisas sobre xamanismo, narrativa, experiência e saúde.	Integrantes: Esther Jean Langdon - Coordenador.	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Bolsa
2008 - 2010	Projeto Avaliação do modelo de atenção diferenciada aos povos indígenas: os casos Kaingáng (Santa Catarina) e	Esta pesquisa tem como objetivo central avaliar de que modo a proposta de uma atenção diferenciada à saúde indígena vem sendo implementada nas realidades Kaingáng de Santa Catarina e Munduruku do Amazonas. Com a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas em 1999, aumentou nas Terras Indígenas o número de profissionais envolvidos na atenção à saúde, no intuito de desenvolver formas de atenção diferenciada e de incrementar a participação dos índios nos serviços	Esther Jean Langdon - Coordenador / Maria Conceição de Oliveira - Integrante / Eliana Diehl - Integrante / Raquel Paiva Dias-Scopel - Integrante / Daniel Scopel - Integrante / Philippe Hanna de	Fundação Nacional de Saúde - Presidência

	Munduruku (Amazonas)	de saúde, bem como de contribuir para a qualidade dos serviços num contexto intercultural. Um dos princípios da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o da atenção diferenciada, que deve tanto contemplar a especificidade sociocultural do grupo como reconhecer a eficácia da sua medicina e os direitos à sua cultura. Assim, as diretrizes da Política contemplam, entre outras, a necessidade de articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde com os serviços de saúde. Nas aldeias, a Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) deve realizar a atenção básica, articulando suas ações com os serviços de média e alta complexidades do Sistema Único de Saúde. Apesar da importância atribuída ao conceito de atenção diferenciada e do aumento do número de profissionais das EMSI, são raras as pesquisas que visem avaliar o modo como ele vem sendo concretizado. Os objetivos específicos deste projeto visam identificar o perfil epidemiológico dos problemas definidos como focos da pesquisa ("problemas-foco": hipertensão arterial, diabetes mellitus e alimentação e nutrição), os problemas de saúde definidos pelas comunidades como sendo prioritários e as situações nas quais acontece a participação da comunidade. No que se refere às EMSI, serão identificadas a composição e o perfil das Equipes, as estratégias institucionais de capacitação a elas dirigidas, os programas de saúde e as ações previstas e aquelas efetivamente realizadas pelas EMSI	Almeida Oliveira - Integrante / Ari Ghiggi Jr. - Integrante / Maurício Soares Leite - Integrante / SANDRA CAROLINA PORTELA-GARCÍA - Integrante	
2008 - 2010	MODELO EXPLICATIVO DOS FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INDÍGENAS GUARANI-KAIOWÁ SOBRE A PSICOSE CRÔNICA	Este projeto investiga como o grupo familiar Guarani-Kaiowá (Mato Grosso do Sul) interpreta o estado psicopatológico crônico de um parente, considerado doente do ponto de vista da Psiquiatria clínica. Trata-se de avaliar a experiência da enfermidade enquanto uma realidade construída por processos significativos intersubjetivamente partilhados dos participantes engajados em um processo clínico. Dessa forma, consideramos o modelo explicativo como um conjunto de proposições ou generalizações, explícitas ou tácitas, sobre a patologia que determinam o que é considerado como evidência clínica relevante e como esta evidência é organizada e interpretada para abordagens racionalizadas de tratamento específico?. Tomar consciência de uma patologia é organizar um somatório de fatos em algo compreensivo e, portanto, significativo. A enfermidade constitui-se em uma interpretação e em um julgamento sobre os processos biológicos e sociais atribuídos a fisiopatologia. A construção do significado desta experiência parte de processos interpretativos adquiridos na vida cotidiana e a legitimação da doença pelos seus pares semelhantes. Atendendo as demandas da atenção diferenciada, esperamos entender de que modo os conhecimentos da Psiquiatria clínica podem se inserir no processo de diagnóstico e tratamento indígena, de forma culturalmente aceitável. Também, esperamos que a pesquisa fornece subsídios para a orientação e supervisão dos profissionais da saúde que atendem às aldeias Guarani-Kaiowá do Sul do MS, para darem continuidade adequada ao acompanhamento dos pacientes psiquiátricos	Esther Jean Langdon - Integrante / Ribas, Dulce L.B. - Coordenador / Silva, Antonio Carvalho - Integrante	Ministério da Saúde - Auxílio financeiro

2008 - Atual	SAÚDE: PRÁTICAS LOCAIS, EXPERIÊNCIAS E POLÍTICAS PÚBLICAS	A Rede de Pesquisas em Saúde tem como objetivo construir instrumentos teóricos e etnográficos sobre os processos de saúde, doença e atenção, enfatizando as relações entre biomedicina e práticas de saúde locais; práticas terapêuticas, especialistas de saúde e emergência de novas formas de atenção à saúde; dinâmicas envolvidas nas práticas de autoatenção em contextos etnográficos específicos. Em particular, interessa à Rede compreender como as políticas públicas em saúde vêm sendo implementadas em diferentes contextos específicos, buscando desvendar os seus impactos e as estratégias que os sujeitos e coletividades sociais usam para aproveitar as novas possibilidades oferecidas, com base nos princípios de humanização, equidade, universalidade e participação social do Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto articula pesquisas que abordam diversas formas através das quais os sistemas terapêuticos são acionados para produzir explicações sobre processos de saúde-doença. O enfoque no caráter relacional, na interação e nas múltiplas vozes que integram o cenário social vincula-se à uma compreensão das relações sociais ligadas ao processo de saúde-doença como emergentes e dinâmicas, levando em consideração ainda as interseccionalidades de gênero, raça, classe e geração. Ao mesmo tempo, a ênfase na perspectiva do ator social e em sua capacidade de agência aponta para o fato de que é a partir dos sujeitos e/ou grupos sociais que são construídas as articulações entre os diferentes conceitos e práticas ligados à saúde-doença.	Esther Jean Langdon - Coordenador / SONIA WEIDNER MALUF - Integrante / Eliana Diehl - Integrante / Maria Luiza Garnelo - Integrante / Theophilos Rifiotis - Integrante / GRISOTTI, Marcia - Integrante / Maximiliano Loiola Ponte de Souza - Integrante	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Bolsa / Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Amazonas - Auxílio financeiro / Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina - Auxílio financeiro / Universidade Federal de Santa Catarina - Cooperação / Universidade Federal do Amazonas - Cooperação / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Auxílio financeiro.
2007 - 2009	Práticas de Auto- Atenção em Contextos de Intermedialidade: Xamanismo, Corporalidade, e Discursos	Descrição: Esse projeto se propõe a dar continuidade a outras pesquisas realizadas dentro do âmbito de Núcleo de Saberes e Saúde Indígena (NESSI) sobre xamanismo, o processo de doença, itinerário terapêutico, atenção diferenciada e política de saúde indígena, ultimamente englobadas na pesquisa intitulada A Nova Política de Saúde Indígena no Brasil: o conceito de 'atenção diferenciada' e a pesquisa e intervenção antropológica. O aspecto-chave que vem sendo discutido nos projetos anteriores é a prática da atenção diferenciada, com a pretensão de desmistificar as práticas terapêuticas, reconhecendo sua dimensão altamente dinâmica. Também, algumas destas pesquisas têm visado examinar as práticas comunicativas e relações com o outro nestas situações. Aqui visamos documentar as práticas de auto-atenção e as relações dos Guarani e Yanomami com os profissionais de saúde em situações interculturais, com o intuito de compreender melhor as situações de intermedialidade. Ambas etnias têm sido sofrido nos últimos anos doenças e epidemias resultantes de suas relações com a sociedade envolvente. Estes problemas com a saúde também têm sido alvo de denúncias e conflitos sobre as medidas adequadas para reverter esta situação (Ramos 1995; Colchester 1985). Os Guarani tendem a sofrer de doenças carenciais, tais como desnutrição, suicídio e abuso de álcool, enquanto que os Yanomami, por ter menos	Esther Jean Langdon - Coordenador / Nadia Heusi Silveira - Integrante / Isabel de Rose - Integrante / Jeffrey Scott Gorham - Integrante / Aline Ferreira Oliveira - Integrante	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Auxílio financeiro

		tempo de contato, estão ainda na fase de epidemias de novas doenças trazidas pelos não-índios, tais como malária e as infecções respiratórias.		
2007 - 2009	Medicamentos nos contextos locais indígenas Kaingáng e Xokleng (Santa Catarina)	Descrição: Na atenção à saúde, os medicamentos são insumos fundamentais para as ações e serviços desenvolvidos nos seus diferentes níveis de complexidade, estando ainda presentes nos mais variados contextos. A Política Nacional de Medicamentos/PMN e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica visam assegurar o acesso a medicamentos eficazes, custo-efetivos, seguros e de qualidade a todos os cidadãos brasileiros. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/PNASPI, em consonância com a PNM, orienta as ações de assistência farmacêutica e referenda alguns importantes pressupostos, como a descentralização da gestão da assistência farmacêutica no âmbito dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas/DSEIs, a promoção do uso racional de medicamentos essenciais básicos, a utilização de protocolos terapêuticos considerando as variáveis socioculturais, entre outros. Essa pesquisa, juntamente com outras pesquisas realizadas pela coordenadora em Santa Catarina, indicam que após mais de nove anos da implementação da PNASPI, os serviços de saúde são altamente burocráticos, hierarquizados e ainda centralizados, orientados para ações mais curativas, repercutindo na manutenção da hipermedicalização da vida indígena. Os medicamentos são fortemente demandados pelas populações indígenas, quer seja por fatores históricos, por observarem sua eficácia, ou mesmo por serem inseridos nos processos tradicionais de autoatenção e de circulação e distribuição de recursos. Por outro lado, as intervenções biomédicas, para além do uso racional, utilizam exageradamente os medicamentos. Entre os indígenas, as práticas de autoatenção, como a automedicação por ervas e medicamentos, constituem o primeiro nível da atenção, utilizadas simultaneamente ou não aos serviços biomédicos. Por sua vez, os profissionais de saúde e gestores sistematicamente ignoram que o comportamento cotidiano dos indígenas na busca por atenção é orientado pelos conhecimentos e culturas locais, experiência individual.	Integrantes: Esther Jean Langdon - Coordenador / Eliana Diehl - Integrante.,	Ministério da Saúde - Auxílio financeiro
2005 - 2010	Um estudo sobre os usos do conceito de performance em pesquisas antropológicas no Brasil	Não informado	Esther Jean Langdon - Coordenador / SONIA WEIDNER MALUF - Integrante / Luciana Hartmann - Integrante / Deise Lucy Montardo - Integrante / Isabel de Rose - Integrante / Jeffrey Scott Gorham - Integrante / Philippe Hanna de Almeida Oliveira - Integrante / Aline Ferreira Oliveira - Integrante	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Auxílio financeiro.

2003 - 2007	Percepção e expressão de sintomas depressivos em três grupos culturais catarinenses: açorianos, italianos e alemães	Descrição: Comparar a percepção da depressão, incluindo percepção dos sintomas e dos tratamentos apropriados, pelos membros de três grupos étnicos (descendentes de açorianos, italianos e alemães residentes em Santa Catarina), assim como a expressão de depressão através do Inventário Beck de Depressão nestes grupos.	Integrantes: Esther Jean Langdon - Coordenador / Souza, Luciana Hammes de - Integrante / Furlanetto, Leticia M. - Integrante / Peruchi Mirella M - Integrante / Lin, Jaime - Integrante	Não informado
2003 - 2005	O Subsistema de Atenção à Saúde do Índio em Santa Catarina (Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul):	o papel do Agente Indígena de Saúde e a articulação entre as práticas de medicina tradicional e a biomedicina, Descrição: Esta pesquisa tem como objetivo central o acompanhamento e a análise da formação e do papel do Agente Indígena de Saúde (AIS) na atenção básica dirigida às comunidades indígenas de Santa Catarina. Ao AIS tem sido atribuída uma função estratégica fundamental no contexto intercultural, como agente de transformação, na busca da melhoria da qualidade de vida e autonomia de seus respectivos povos? (SANTOS et al., 1996: 8). Com a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas em 1999 (BRASIL, 1999a; 1999b; 1999c), aumentou o número de AIS capacitados e contratados para trabalhar com as Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI) nas Terras Indígenas, no intuito de desenvolver formas de atenção diferenciada e de incrementar a participação dos índios nos serviços de saúde, bem como contribuir para a qualidade dos serviços num contexto intercultural.	Integrantes: Esther Jean Langdon - Coordenador	Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina - Auxílio financeiro
1989 - Atual	Xamanismo, Narrativa e Doença	Descrição: Pesquisa individual tratando dos temas relacionados ao xamanismo, narrativa e doença entre os índios Siona	Integrantes: Esther Jean Langdon - Coordenador	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Bolsa
1983 - 1988	Práticas de Autoatenção, Redes, Itinerários e Políticas Públicas	O projeto pretende refletir sobre três eixos relacionados ao processo de saúde/doença: relações entre biomedicina e práticas de saúde locais; práticas terapêuticas, especialistas de saúde e emergência de novas formas de atenção à saúde; dinâmicas envolvidas nas práticas de autoatenção em contextos etnográficos específicos. Com base nestes eixos, o projeto articula pesquisas que abordam diversas formas através das quais os sistemas terapêuticos são acionados para produzir explicações sobre processos de saúde/doença. O enfoque no caráter relacional, na interação e nas múltiplas vozes que integram o cenário social vincula-se a uma compreensão das relações sociais ligadas ao processo de saúde/doença como emergentes e dinâmicas. Ao mesmo tempo, a ênfase na perspectiva do ator social e em sua capacidade de agência aponta para o fato de que é a partir dos sujeitos e/ou grupos sociais que são construídas as articulações entre os diferentes conceitos e práticas ligados à saúde/doença.	Integrantes: Esther Jean Langdon - Coordenador / Marina Cardoso - Integrante / Marcos Pelligrini - Integrante / Maurício Soares Leite - Integrante / Hugo Portela-Guarin - Integrante.	Não informado

Fonte: elaborado pela autora.

6.2.2. Epidemiologia, antropologia médica e condições de vida e saúde dos povos indígenas

O Pesquisador Carlos Coimbra criou em 1992 o primeiro grupo específico de saúde indígena inserido no campo da saúde coletiva, intitulado “*Saúde, Epidemiologia e Antropologia dos Povos Indígenas*”, vinculado à ENSP/FIOCRUZ (Rio de Janeiro/RJ). A formação do grupo ocorreu em um contexto de busca de institucionalização dos grupos de pesquisa e dos pesquisadores de saúde coletiva. De acordo com as informações do seu currículo lattes, seus interesses de pesquisa e docência concentram-se nas áreas de “*epidemiologia e antropologia da saúde; saúde dos povos indígenas e doenças infecciosas e parasitárias*”. Em sua rede de colaboração verifica-se uma ampla parceria com pesquisadores no Brasil e no exterior, inclusive com Esther Jean Langdon e Maria Luiza Garnelo.

Coimbra é bolsista de produtividade do CNPq na área de Saúde Coletiva e revisor de dezenas de periódicos classificados como Qualis A; fator que o qualifica como um pesquisador altamente reconhecido no campo da saúde coletiva. Durante vinte anos como editor do periódico *Cadernos de Saúde Pública* – que concentra a maior quantidade de publicações em saúde indígena – produziu importantes reflexões sobre o cenário nacional e internacional da produção científica em saúde.

Seu maior parceiro de produção científica ao longo de sua trajetória acadêmica é o pesquisador Ricardo Ventura Santos. Parte dos seus atuais parceiros são ex-alunos e orientandos, como os pesquisadores James Welch e Andrey Moreira Cardoso. Outros orientandos atualmente possuem seus grupos e linhas de investigação em saúde indígena cadastrados no CNPq, como: Ana Lúcia Escobar, Paulo Basta, Silvia Gugelmin, Maurício Leite, Felipe Tavares, Aline Ferreira, entre outros.

Em 2005, Coimbra organizou, com Ricardo Ventura Santos e Ana Lúcia Escobar, o livro “*Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*” pela editora Fiocruz em parceria com a ABRASCO. O livro consiste na primeira e principal publicação de estudos epidemiológicos sobre os povos indígenas em diálogo com a antropologia, demografia e outras áreas do campo da saúde coletiva. A publicação aborda condição nutricional, internação hospitalar, uso de bebidas alcólicas, formação de agente indígena de saúde, avaliação do processo de implantação do DSEI, entre outras questões. Este livro retrata o posicionamento de Coimbra acerca da defesa da produção de informações demográficas e epidemiológicas das

condições de saúde dos povos indígenas, de modo que seja possível compará-los aos do restante da população brasileira³⁰.

Paralelo à produção sobre saúde dos povos indígenas, Coimbra desenvolveu produções a respeito da área de ciências sociais em saúde, concretizada em 2005 no livro *“Críticas e Atuantes: Ciências Humanas e Sociais em Saúde na América Latina”*, organizado com Maria Cecília Minayo. Em seu currículo lattes o livro está indicado como uma de suas produções mais relevantes.

Coimbra foi um dos idealizadores e fundadores do grupo de trabalho (GT) sobre saúde indígena em 2000 no âmbito da ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva). O GT congrega pesquisadores em saúde indígena vinculados a programas de pós-graduação no campo da saúde coletiva no país. O documento do GT, escrito em setembro de 2013, demonstra o modo como o grupo se posiciona diante das políticas públicas de saúde indígena:

O Grupo de Trabalho em Saúde Indígena da Abrasco foi constituído em 2000 e desde então vem participando da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI/CNS) e de outros fóruns em prol da saúde dos povos indígenas (...) A ABRASCO, diante do exposto, reitera seu compromisso com o respeito aos direitos constitucionais dos povos indígenas no Brasil, expressos na garantia da integridade de seus territórios e de sua cultura, acesso às políticas sociais e efetiva participação nos espaços decisórios da política indigenista. A ABRASCO apoia o direito dos indígenas à atenção diferenciada à saúde e conclama a efetiva implementação do Subsistema com qualidade e sensibilidade à diversidade cultural.

A primeira população indígena com a qual Coimbra teve contato foi com os Suruí e posteriormente com os Xavante da Terra Indígena Pimentel Barbosa (a partir da parceria com Nancy Flowers). O vínculo e o trabalho contínuo com este último grupo permitiram que o pesquisador e sua equipe pudessem acompanhar o desenvolvimento de enfermidades e mudanças nos comportamentos individuais e coletivos. Ademais, favoreceu a incorporação e articulação de diferentes campos das ciências da saúde para a compreensão dos fenômenos sociosanitários³¹. Um dos resultados desta parceria resultou na publicação do livro *“The Xavante in Transition: Health, Ecology and Bioanthropology in Central Brazil”*, no ano de 2002, pela editora da University of Michigan Press; indicado pelo autor em seu currículo como uma das suas produções mais relevantes (COIMBRA Jr et al, 2002).

A importância da dimensão nutricional aproximou a área da nutrição da antropologia e da saúde indígena, com a realização e crescimento substancial de importantes estudos nessa

³⁰ Palestra realizada na Escola Nacional de Saúde Pública em 16 de abril de 2015 e disponível no vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=hb5vPxS8Eas>. Acessado em 15 de outubro de 2020.

³¹ Entrevista realizada durante o 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, disponível no vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=kUtGeEECy7Q>. Acessado em 15 de outubro de 2020.

interface, muitos realizados com a população Xavante (COIMBRA, 2014)³². Em parceria com Ricardo Santos e outros colaboradores, o pesquisador coordenou o “I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas”, que se realizou pela parceria entre ABRASCO em 2008-2010 e o Departamento Nacional de Saúde Indígena (nesse período vinculado à Funasa, e atualmente à SESAI-MS). As informações produzidas pelo Inquérito permitem compreender, de modo mais abrangente, as condições alimentares e de saúde de crianças e mães indígenas no âmbito nacional. Igualmente possibilitou a comparabilidade com dados epidemiológicos da população nacional, tornando-se um marco para a saúde coletiva brasileira.

Do inquérito desdobraram-se inúmeras pesquisas e publicações por integrantes do grupo de pesquisa, com destaque para três artigos publicados em 2019 e 2020, sendo dois em revistas internacionais: *“Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas”* (GARNELO et. al, 2019); *“Socioeconomic determinants of excess weight and obesity among Indigenous women: findings from the First National Survey of Indigenous People’s Health and Nutrition in Brazil”*, na Public Health Nutrition (COIMBRA Jr et. al, 2020); *“Food profiles of Indigenous households in Brazil: Results of the First National Survey of Indigenous Peoples’ Health and Nutrition”*, na revista Ecology of Food and Nutrition (WELCH et. al, 2020). Em síntese, segue uma linha do tempo com os projetos de pesquisa que Carlos Coimbra coordenou e integrou em sua trajetória acadêmica (tabela 6):

³² COIMBRA, C. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(4):855-859, abr, 2014

Tabela 6 - Projetos de Pesquisas nos quais Carlos Coimbra coordenou e/ou participou em sua trajetória (Plataforma Lattes, 2020)

Período	Título	Descrição	Integrantes	Financiamento
2018 - Atual	Estudo Exploratório das Condições de Vida, Saúde e Acesso aos Serviços de Saúde de Populações Rurais Ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, Amazonas	Descrição: A proposta visa investigar as condições de vida e saúde da população rural ribeirinha - aqui entendida como grupo étnico-político específico - que vive na calha do Rio Negro, entre os municípios de Manaus e Novo Airão no Amazonas, bem como suas condições de busca, acesso e uso de serviços da Estratégia Saúde da Família, do Sistema Único de Saúde, que atua nesta região. De interesse da pesquisa são também os modelos assistenciais e as estratégias de organização e funcionamento dos serviços de atenção primária ali ofertados, além do acesso funcional e geográfico aos centros especializados, disponíveis nas sedes municipais. Tem como objetivo geral investigar as condições de vida e de acesso, uso e oferta de serviços de saúde para a população rural ribeirinha na calha do Rio Negro no município de Manaus. A metodologia prevê um componente quantitativo, apoiado na busca de dados secundários e inquérito de base populacional, visando produzir perfis sociodemográficos, indicadores de saúde da população; avaliação da estrutura da rede assistencial e indicadores de produção e de resultados das ações de saúde. O componente qualitativo compreende etnografia da organização dos serviços, de ações ofertadas nas unidades de saúde e dos itinerários terapêuticos que orientam a busca, acesso e interação dos usuários com os serviços oficiais de saúde. Serão estudados os moradores (estimados em 3.578 pessoas) de 25 assentamentos rurais atendidos pela rede municipal de saúde rural de Manaus, bem como a rede de serviços de saúde e os profissionais que neles atuam. Espera-se que os resultados alcançados possam contribuir para a futura formulação de políticas de saúde rural em espaços amazônicos e para o reordenamento dos modelos de atenção adequados às populações interioranas. A proposta é parte integrante de uma iniciativa mais ampla do Instituto Leônidas e Maria Deane - Fiocruz, voltada para o desenvolvimento de pesquisas e ações de qualificação de pessoal para o SUS no interior do estado do Amazonas. Trata-se de iniciativa estratégica, já em curso, que visa ampliar e consolidar a interiorização das atividades do instituto, contribuindo para ampliação do conhecimento sobre a socio e biodiversidade amazônica. Objetivos: Objetivo geral: Investigar situações de saúde e perfil de acesso e uso de serviços de atenção primária à saúde de populações rurais do município de Manaus, Amazonas. Objetivos específicos: a) Avaliar as condições de estrutura, processos de trabalho, organização e oferta de serviços de atenção primária à saúde no território selecionado; b) Avaliar condições de acesso e utilização dos serviços de saúde em populações específicas de interesse do projeto; c) Descrever o perfil sociodemográfico e sanitário de populações rurais que vivem no território selecionado; d) Desenvolver estudos qualitativos sobre o viver e cuidar da saúde, abrangendo estratégias de auto-atenção, acesso e uso de serviços oficiais de saúde; e) Analisar as ações propostas pela gestão municipal de saúde para a área rural, com ênfase nas suas potencialidades em atender as demandas específicas deste território.	Integrantes: Carlos Everaldo Alves Coimbra Junior - Integrante / Luiza Garnelo - Coordenador / Bernardo Lessa Horta - Integrante / Ana Lúcia Pontes - Integrante / 13. Esron Soares Carvalho Rocha - Integrante	(CNPq) Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Auxílio financeiro.

2017 - Atual	Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Perspectivas Históricas, Socioculturais e Políticas	Nas últimas décadas, diversos países da América do Sul promulgaram constituições federais que, em larga medida, reinterpretem as relações entre cidadãos e os Estados Nacionais. O Brasil seguiu essa tendência, incorporando princípios como a equidade social e o multiculturalismo em sua Constituição de 1988, que vem exercendo importante e crescente influência nas políticas públicas em geral, o que inclui a relação com os povos indígenas. Durante a última década, têm sido realizados diversos estudos de recorte histórico e antropológico voltados para analisar as condições sócio-políticas que permitiram a emergência e consolidação da política nacional de saúde para as populações indígenas no Brasil. Nas abordagens analíticas sobre o processo de constituição da atual política pública no campo da saúde dos povos indígenas, até o momento pouca ênfase tem sido dada quanto ao papel dos movimentos sociais, incluindo líderes comunitários e ações políticas de grupos, cuja interação ajudou moldar os conteúdos e diretrizes das políticas de saúde. Através de um enfoque das ciências sociais voltadas para a análise de dinâmicas históricas e contemporâneas, este projeto visa investigar a trajetória e os contextos atuais das políticas de saúde voltadas para os povos indígenas com foco na perspectiva e no ativismo do movimento social e das comunidades indígenas. Para atingir esse objetivo geral, englobará três objetivos específicos: 1) investigar como o ativismo social indígena, através da atuação dos movimentos sociais, contribuiu para a construção de uma governança participativa na política de saúde indígena; 2) analisar como a situação de saúde e demografia dos povos indígena é apresentada nos sistemas nacionais de informação e como são interpretados/apropriados pelos movimentos indígenas; 3) com base em abordagem etnográfica, investigar como as comunidades indígenas têm experienciado, interpretado e implantado localmente as políticas sociais direcionadas para diminuir as disparidades sociais e a insegurança alimentar.	Integrantes: Carlos Everaldo Alvares Coimbra Junior - Integrante / Ricardo Ventura Santos - Coordenador / Luiza Garnelo - Integrante / James Robert Welch - Integrante / Ana Lúcia Pontes - Integrante.	Não informado
2017 - Atual	Saúde, Transição Nutricional e Cultura Alimentar em Comunidades Indígenas das Regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil: Xavante, Baniwa e Sateré-Mawé,	Descrição: Se acompanhará a totalidade da população de ambos os sexos e na faixa etária de interesse (adultos 18 anos) obtendo-se um perfil nutricional e de saúde a partir das seguintes variáveis: peso, estatura, Índice de Massa Corpórea (IMC), perímetro de cintura, percentual de gordura, glicemia ocasional e pressão arterial. O perfil de atividade física será feito por meio de aplicação de questionário adaptado do "International Physical Activity Questionary" (IPAQ) e de levantamento de alocação de tempo. Também se realizará o perfil sociodemográfico dos indivíduos acompanhados a partir de questionário. Outro componente do trabalho de campo nas três localidades será a realização de etnografia com a associação de um conjunto de técnicas de pesquisa de campo como: a observação participante do processo de produção e consumo de alimentos; entrevistas individuais e coletivas; registro sistemático de mitos e ritos alimentares e das técnicas e simbolismo de punção de fontes alimentares. O escopo da etnografia a ser produzida abrangerá a investigação das dimensões simbólicas e as práticas do sistema de pensamento, produção, circulação, preparo e consumo de alimentos, ritos e comportamentos alimentares indígenas.	Integrantes: Carlos Everaldo Alvares Coimbra Junior - Coordenador / Ricardo Ventura Santos - Integrante / James Robert Welch - Integrante / Felipe Guimarães Tavares - Integrante / Aline A. Ferreira - Integrante	(CNPq) Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Auxílio financeiro

		As dimensões de análise taxonômica incluirão a nomeação indígena, classificação segundo grupos e propriedades alimentares indígenas, disponibilidade temporal e geográfica e outros atributos qualitativos. Entender o alimento como parte do ambiente de onde provêm e como parte integral da cultura que lhe atribui sentido, propicia um reencontro com o conceito de sistema alimentar sob um olhar teórico ainda pouco desenvolvido no campo da saúde coletiva. Este será entendido na pesquisa como produto de uma interação entre o ambiente físico, a sociedade indígena, e o conjunto de ideias e valores que subjazem as dinâmicas do sistema alimentar. O projeto aqui apresentado expressa a busca de aliar as reflexões epidemiológicas e antropológicas sobre o tema da alimentação e nutrição indígena para subsidiar a construção de iniciativas locais e políticas públicas, que possam amenizar o grave quadro de insegurança alimentar que ameaça os grupos indígenas, produzindo estratégias específicas e culturalmente sensíveis às peculiaridades dessa população.		
2016 - Atual	Saúde, Transição Nutricional e Cultura Alimentar em Comunidades Indígenas das Regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil: Xavante, Baníwa e Sateré-Mawé	Descrição: O objetivo geral da pesquisa é investigar o processo de transição nutricional e alimentar em três etnias das regiões Centro-Oeste e Norte, correlacionando as dimensões simbólicas da cultura alimentar com o perfil nutricional e o padrão de atividades físicas das populações indígenas.	Carlos Everaldo Alvares Coimbra Junior - Coordenador / Luiza Garnelo - Integrante / James Robert Welch - Integrante / Ana Lúcia Pontes - Integrante / Marcelo Rocha Radicchi - Integrante / Francinara Guimarães - Integrante	(CNPq) Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Auxílio financeiro
2009 - 2011	Diferenciação Socioeconômica e Epidemiologia das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis em Sociedade Indígenas no Brasil: os Xavante de Mato Grosso	Não há estudos de abrangência nacional que descrevam o perfil nutricional dos povos indígenas no Brasil. Pesquisas epidemiológicas recentes, realizadas em diversas comunidades indígenas no país e em geral de recorte transversal, têm se constituído nas únicas fontes de informação sobre o tema. Em seu conjunto, esses estudos apontam para uma tendência de acelerada transição nutricional e epidemiológica, com o surgimento e rápida progressão da obesidade e doenças crônicas associadas. O presente projeto pretende realizar estudo longitudinal visando monitorar o estado nutricional e a incidência de hipertensão arterial e diabetes mellitus em adolescentes e adultos Xavante de duas aldeias da Terra Indígena Pimentel Barbosa, Mato Grosso, ao longo de 24 meses. Trata-se do primeiro estudo com essas características a ser realizado no país. Serão ainda investigadas a situação alimentar/nutricional e seus fatores determinantes socioeconômicos, culturais e comportamentais, com ênfase na associação entre obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus vis-à-vis o processo de diferenciação socioeconômica em curso na comunidade	Integrantes: Carlos Everaldo Alvares Coimbra Junior - Coordenador / Ricardo Ventura Santos - Integrante / Sílvia Ângela Gugelmin - Integrante / James Robert Welch - Integrante / Maurício Viana Gomes de Oliveira - Integrante / Aline Alves Ferreira - Integrante.	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Auxílio financeiro.
2009 - Atual	Mudanças Sociais, Desigualdades e Epidemiologia das	As condições de saúde e nutrição dos povos indígenas no Brasil são ainda pouco conhecidas e não há estudos de abrangência nacional que descrevam o perfil nutricional desses povos. Pesquisas epidemiológicas recentes, no entanto, apontam para uma tendência de acelerada	Carlos Everaldo Alvares Coimbra Junior - Coordenador / Ricardo Ventura Santos -	Fundação Oswaldo Cruz - Auxílio financeiro.

	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: Os Índios Xavante de Mato Grosso	transição nutricional e epidemiológica, com o surgimento e rápida progressão da obesidade e doenças crônicas associadas nesses povos. Conforme evidenciado por alguns autores (ver Santos & Coimbra 2003), o processo de transição observado nas populações indígenas vincula-se a mudanças no padrão de consumo de alimentos, assim como em alterações nos padrões de atividade física. Há, contudo, uma dimensão de significativa importância no processo de transição em saúde dos povos indígenas que, até o momento, não tem sido sistematicamente investigada a emergência de estratificação socioeconômica. O objetivo deste projeto é conduzir uma investigação epidemiológica e antropológica sobre a relação entre diferenciação socioeconômica interna a uma sociedade indígena e suas influências sobre a emergência de doenças crônicas não-transmissíveis, destacando-se a obesidade, hipertensão e diabetes mellitus. O estudo será realizado entre os índios Xavante da Terra Indígena Pimentel Barbosa, Mato Grosso, onde os pesquisadores já vêm realizando diversos estudos relacionados aos efeitos das mudanças sociais, econômicas e ambientais sobre a saúde e nutrição.	Integrante / Sílvia Ângela Gugelmin - Integrante / James Robert Welch - Integrante / Maurício Viana Gomes de Oliveira - Integrante / Aline Alves Ferreira - Integrante	
2008 - 2015	Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas,	A configuração atual da saúde dos povos indígenas no Brasil resulta de complexa trajetória histórica, responsável por grandes atrasos para os indígenas em relação aos avanços sociais verificados no país ao longo das últimas décadas, particularmente nos campos da saúde, educação, habitação e saneamento. O I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena foi um estudo transversal de base populacional nacional sobre situação nutricional e seus determinantes em mulheres indígenas de 14 a 49 anos e crianças indígenas menores de cinco anos. A coleta de dados aconteceu entre 2008-2009, ocorreu em 113 aldeias em todo o país e foram entrevistadas 6.692 mulheres e 6.128 crianças. O inquérito teve representatividade regional, segundo quatro macrorregiões -- Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sul/Sudeste -- e incluindo aldeias em todos os distritos sanitários especiais indígenas e estados brasileiros	Carlos Everaldo Alvares Coimbra Junior - Coordenador / Rui Arantes - Integrante / Ana Lúcia Escobar - Integrante / Ricardo Ventura Santos - Integrante / Luiza Garnelo - Integrante / Maurício Soares Leite - Integrante / Silvia Angela Gugelmin - Integrante / Jesem Douglas Yamall Orellana - Integrante / Andrey Moreira Cardoso - Integrante / Bernardo Lessa Horta - Integrante / Maurício Viana Gomes de Oliveira - Integrante / Pedro Israel Lira - Integrante / Ana Marlúcia Oliveira Assis - Integrante / Basta, Paulo C. - Integrante / Welch, James R. - Integrante.	Fundação Nacional de Saúde - Presidência - Auxílio financeiro / Banco Mundial - Auxílio financeiro.
2007 - 2009	Colonização de vias aéreas superiores por Streptococcus pneumoiae entre crianças indígenas	Não informado	Integrantes: Carlos Everaldo Alvares Coimbra Junior - Coordenador / Andrey Moreira	Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa

	Guarani no sudeste e Sul do Brasil: correlação entre os sorotipos mais prevalentes e a vacina polissacarídica 23-valente		Cardoso - Integrante / José Cerbino Neto	do Estado do RJ - Auxílio financeiro
2005 - 2009	Tuberculose na População Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso	Descrição: O impacto da tuberculose sobre as populações indígenas tem sido de grande magnitude, conforme apontam vários estudos realizados nas regiões amazônica e Centro-Oeste. Análise recente evidenciou incidências de tuberculose de 286,8 e 326,8 casos por 100.000 habitantes para a população indígena na Amazônia, em 2000 e 2001, respectivamente. O objetivo deste projeto interdisciplinar é ampliar o conhecimento sobre a tuberculose em povos indígenas no Brasil, a partir de um estudo enfocando a população Xavante da comunidade de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, baseado num plano de trabalho com abordagem sócio-epidemiológica.	Integrantes: Carlos Everaldo Alvares Coimbra Junior - Coordenador / Francisco Mauro Salzano - Integrante / Mara Helena Hutz - Integrante / Luiz Antônio Bastos Camacho - Integrante / Ricardo Ventura Santos - Integrante / Sílvia Ângela Gugelmin - Integrante / Paulo Cesar Basta - Integrante / Luiz Carlos C Alves - Integrante / James Robert Welch - Integrante.	Fundação Ford - Auxílio financeiro / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Auxílio financeiro
2005 - 2007	Tuberculose em Populações Indígenas da Amazônia: Uma Abordagem Interdisciplinar entre os Suruí, Rondônia	A tuberculose constitui importante problema de saúde entre os povos indígenas no Brasil. Estudo recente realizado pelo nosso grupo de pesquisa sobre a epidemiologia da tuberculose em Rondônia revelou taxas de incidência da doença 10 vezes maiores entre povos indígenas quando comparadas àquelas da população geral do Estado. Em outro estudo foi analisada a série histórica de casos de tuberculose entre os Suruí notificados ao PCT do município de Cacoal - RO, no período de 1991-2002. Foram evidenciados indicadores epidemiológicos alarmantes se comparados aos de outros segmentos populacionais indígenas e não-indígenas. O coeficiente de incidência médio de tuberculose verificado entre os Suruí no decênio 1991-2002 foi de 2518,9/100.000 habitantes. Foi observado ainda que 45% dos casos ocorreram em crianças < 15 anos e 63,3% eram do sexo masculino. Em somente 43,2% dos casos notificados foi registrada confirmação baciloscópica. O objetivo deste estudo interdisciplinar é ampliar o conhecimento sobre a tuberculose entre os índios Suruí de Rondônia, baseado num plano de trabalho com abordagem sócio-epidemiológica. Pretende-se investigar: (1) a relação entre BCG e reatividade ao PPD; (2) o risco de infecção por TB e sua variabilidade entre as comunidades Suruí; (3) a taxa de incidência da doença na população.	Carlos Everaldo Alvares Coimbra Junior - Coordenador / Luiz Antônio Bastos Camacho - Integrante / Ricardo Ventura Santos - Integrante / Jesem Douglas Yamall Orellana - Integrante / Walter Oelemann - Integrante / Luiz Carlos C Alves - Integrante / Cassius Schnell Pallhano Silva - Integrante / Ana Eliza Port Lourenço - Integrante / Maraníbia A. C. Oelemann - Integrante / Leila de Souza Fonseca - Integrante	Fundação Ford - Bolsa / Fundação Oswaldo Cruz - Outra / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Auxílio financeiro
2004 - 2006	Condições de Saúde e Mudanças Sócio-Econômicas dos Povos Indígenas em Rondônia,	A expansão da fronteira econômica e demográfica em direção à Amazônia está historicamente associada a drásticas transformações para as sociedades indígenas da região amazônica. Os impactos do contato foram de toda ordem, já que o processo de mudanças sócio-econômicas permeia as mais diversas esferas da vida cotidiana dos povos indígenas	Integrantes: Carlos Everaldo Alvares Coimbra Junior - Coordenador	Universidade Federal de Rondônia - Cooperação /

		- saúde, ecologia, demografia, organização social. O projeto tem como objetivo o estudo de processos de mudanças ligados à saúde de povos indígenas da Amazônia ocidental. Visa ainda fomentar a pesquisa sobre saúde de populações indígenas em Rondônia tomando por base as instituições locais de ensino superior e pesquisa, em especial a Universidade Federal de Rondônia, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ		Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Bolsa.
2003 - 2005	Saúde Indígena em Rondônia e Mato Grosso em Perspectiva Antropológica e Epidemiológica	Não informado	Integrantes: Carlos Everaldo Alvares Coimbra Junior - Coordenador / Ana Lúcia Escobar - Integrante / Ricardo Ventura Santos - Integrante / Daniella Ribeiro Sá - Integrante / Moacir Haverroth - Integrante / Cristiano L M Alves - Integrante / Paulo Cesar Basta - Integrante / Jesem Douglas Yamall Orellana - Integrante / Lihsieh Marrero - Integrante / Maurício Soares Leite - Integrante / Ana Eliza Port Lourenço - Integrante	Fundação Ford - Auxílio financeiro

Fonte: elaborado pela autora.

6.2.3. Articulação de Sistemas Médicos e Políticas Públicas em Saúde dos Povos Indígenas

Luiza Garnelo é líder do maior grupo específico sobre saúde indígena na região Norte, criado em 2007 e denominado “Saúde Indígena e outros em povos amazônicos”. Sua rede é formada por pesquisadores de universidades e instituições de pesquisa nacionais e estrangeiras que atuam na saúde indígena, políticas públicas e gestão em saúde, antropologia e pesquisa qualitativa em saúde. Possui publicações com os interlocutores deste trabalho, (organizações de livros, capítulos de livros e artigos científicos), como Carlos Coimbra, Esther Jean Langdon e Carla Costa Teixeira.

Seu principal parceiro de produção acadêmica é Maximiliano Loyola Ponte de Souza, com quem possui publicações sobre o processo de alcoolização entre povos indígenas amazônicos. Em seguida, Sully Sampaio, parceira de produções a respeito de temas diversos sobre a população Baniwa e Ana Lúcia Pontes com quem produz e atua em cursos de formação técnica profissionalizante para agentes indígenas de saúde na região do Alto Rio Negro.

Com povos indígenas, iniciou seu trabalho com a população da etnia Baniwa, do Alto Rio Negro, em atuação na Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN). Sua primeira pesquisa antropológica sobre o processo saúde/doença/cuidado resultou no “Manual de Doenças Tradicionais Baniwa”, publicado em 2001 pela Editora EDUA, direcionado aos agentes indígenas de saúde.

Desde o início de sua produção acadêmica na saúde indígena, Garnelo se debruçou sobre o processo de implantação, desenvolvimento e avaliação das ações dos serviços públicos de saúde. Participou ativamente do processo de criação e implantação do Subsistema de Saúde Indígena na região amazônica. Em 2003, faz sua primeira avaliação no texto intitulado “Avaliação Preliminar do Processo de Distritalização Sanitária Indígena no Estado do Amazonas” que integrou o primeiro livro sobre epidemiologia e povos indígenas, do qual Carlos Coimbra foi um dos organizadores (MINAYO e COIMBRA, 2005).

Luiza Garnelo traz em suas obras os princípios norteadores do SUS à luz das especificidades dos povos indígenas, o qual possibilita a ponte e o diálogo com o campo da saúde pública. Sua contribuição recorrente na temática é sobre a atenção diferenciada e os entraves na articulação de sistemas médicos indígena e biomédico, que são princípios da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Em artigo publicado em 2010 com

Ana Lúcia Pontes, “A construção do modelo de atenção diferenciada para a saúde indígena no Brasil e a integralidade”, aproxima a reflexão da especificidade do Subsistema com um dos princípios norteadores do SUS, a integralidade.

Para Garnelo, os agentes indígenas de saúde são a oportunidade do Subsistema de garantir a atenção diferenciada e a articulação dos sistemas. Para tanto é preciso um melhor e correto aproveitamento dos conhecimentos e papéis que os agentes ocupam nas sociedades indígenas. Ela tem sido uma das principais articuladoras de cursos de treinamento para agentes indígenas de saúde na região norte do país, conforme entrevista concedida à Revista Radis em 2009³³.

Parte de sua produção está inserida na área de antropologia da saúde, a partir da qual estabelece parcerias com pesquisadores da área, além de ter sido o canal que lhe permitiu articular sua formação inicial em medicina com a antropologia. Assim como Langdon, sua produção pode ser vista como um investimento em fortalecer a antropologia no campo da saúde coletiva (GARNELO, 2005). Contudo, observa-se que, apesar de falar do lugar de antropóloga, Garnelo marca com bastante ênfase uma posição de sanitarista, de quem está elaborando reflexões com o intuito de contribuir para a construção e consolidação de um sistema público de saúde no país³⁴.

Em sua perspectiva, a diversidade dos povos indígenas desafia a própria produção do conhecimento e o paradigma científico predominante, especialmente para o campo da biomedicina. Garnelo aponta como um problema e um desafio constante o deslocamento do indivíduo do seu contexto, do ponto de vista biomédico e que orienta a formação e prática de boa parte dos profissionais de saúde que atuam nas aldeias.

Ao observar a sua trajetória de produção acadêmica, é possível identificar e selecionar algumas publicações que ilustram diferentes perspectivas teórico-metodológicas. Há uma vertente que se preocupa em produzir análises ampliadas sobre a construção de políticas públicas de saúde indígena e a relação com o sistema público de saúde, bem como, com as políticas públicas indigenistas. O livro “Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil” publicado em 2003 pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) reflete tal enfoque.

³³ Entrevista disponível na página <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/80/reportagens/entrevista-maria-luiza-garnelo-pereira>. Acessado em 15 de outubro de 2020.

³⁴ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=7ozeILJIWhs>. Acessado em 15 de outubro de 2020.

Em uma abordagem micro, Garnelo volta-se para a análise da relação entre políticas públicas, agentes do Estado e as organizações indígenas na oferta de serviços de saúde, no artigo “Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de fazer ver e fazer crer”, publicado em 2005. Na mesma direção analisa limites e potencialidades para a participação da população indígena nas decisões a respeito das políticas públicas de saúde, no artigo “Bases socioculturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na Região Norte do Brasil”, publicado em 2003.

Na linha de pesquisa que desenvolve desde o início do doutorado, a respeito das medicinas tradicionais indígenas do Alto Rio Negro, passou a estudar as práticas alimentares e a relação com as práticas de cuidado e cura. Dessa abordagem resultou o livro “Medicina e alimentação tradicional: Comidas Tradicionais Indígenas do Alto Rio Negro”, publicado em 2009 pela Editora Fiocruz.

Em sua trajetória Garnelo traz uma reflexão fundamental para as políticas públicas de saúde indígena: pensar o Subsistema como parte de uma ampla política de saúde pública no país a partir da perspectiva da equidade, integralidade e universalidade. Sua produção científica tem focado temas como políticas de saúde indígena; organização da atenção básica; etnografias de práticas sanitárias, sistemas tradicionais de doença cura e cuidados à saúde e controle social em saúde indígena, conforme informado em seu currículo lattes.

De forma mais recente, Garnelo tem pesquisado e produzido a respeito das populações ribeirinhas e rurais da amazonia, além dos povos indígenas, e se expressa em uma publicação recente de 2020, no periódico *International Journal for Equity in Health*: “*Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon*” (GARNELO et. al, 2020). Em síntese, segue uma linha do tempo com os projetos de pesquisa que Luiza Garnelo coordenou e integrou em sua trajetória acadêmica (tabela 7):

Tabela 7 - Projetos de Pesquisas nos quais Maria Luiza Garnelo coordenou e/ou participou em sua trajetória (Plataforma Lattes, 2020)

Período	Título	Descrição	Integrantes	Financiamento
2019 – Atual	Políticas de Inclusão Social e Redução de Desigualdades em Saúde Indígena na Amazônia	Descrição: pesquisa quali-quantitativa, ancorada em estratégia participativa, partilhada com usuários das políticas de inclusão social voltadas para a redução de desigualdades em saúde de populações indígenas amazônicas.	Maria Luiza Garnelo Pereira - Coordenador / Sully Sampaio - Integrante / Ana Lucia de Moura Pontes - Integrante / Rosineide Bentes - Integrante / Hamyla Trindade - Integrante.	Não informado
2018 - Atual	Estudo Exploratório das Condições de Vida, Saúde e Acesso aos Serviços de Saúde de Populações Rurais Ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, Amazonas	A proposta visa investigar as condições de vida e saúde da população rural ribeirinha, aqui entendida como grupo étnico-político específico que vive na calha do Rio Negro, entre os municípios de Manaus e Novo Airão no Amazonas, bem como suas condições de busca, acesso e uso de serviços da Estratégia Saúde da Família, do Sistema Único de Saúde, que atua nesta região. De interesse da pesquisa são também os modelos assistenciais e as estratégias de organização e funcionamento dos serviços de atenção primária ali ofertados, além do acesso funcional e geográfico aos centros especializados, disponíveis nas sedes municipais. Tem como objetivo geral investigar as condições de vida e de acesso, uso e oferta de serviços de saúde para a população rural ribeirinha na calha do Rio Negro no município de Manaus. A metodologia prevê um componente quantitativo, apoiado na busca de dados secundários e inquérito de base populacional, visando produzir perfis socio demográficos, indicadores de saúde da população; avaliação da estrutura da rede assistencial e indicadores de produção e de resultados das ações de saúde. O componente qualitativo compreende etnografia da organização dos serviços, de ações ofertadas nas unidades de saúde e dos itinerários terapêuticos que orientam a busca, acesso e interação dos usuários com os serviços oficiais de saúde. Serão estudados os moradores (estimados em 3.578 pessoas) de 25 assentamentos rurais atendidos pela rede municipal de saúde rural de Manaus, bem como a rede de serviços de saúde e os profissionais que neles atuam. Espera-se que os resultados alcançados possam contribuir para a futura formulação de políticas de saúde rural em espaços amazônicos e para o reordenamento dos modelos de atenção adequados às populações interioranas. A proposta é parte integrante de uma iniciativa mais ampla do Instituto Leônidas e Maria Deane/ Fiocruz, voltada para o desenvolvimento de pesquisas e ações de qualificação de pessoal para o SUS no interior do estado do Amazonas. Trata-se de iniciativa estratégica, já em curso, que visa ampliar e consolidar a interiorização das atividades do instituto, contribuindo para ampliação do conhecimento sobre a socio e biodiversidade	Integrantes: Maria Luiza Garnelo Pereira - Coordenador / Sully Sampaio - Integrante / Esron Rocha - Integrante / Evelyne Marie Therese Mainbourg - Integrante / Jorge Augusto de Oliveira Guerra - Integrante / Coimbra Jr., Carlos Everaldo Alvares - Integrante / HORTA, BERNARDO L - Integrante / Ana Lucia de Moura Pontes - Integrante / Rosana Cristina Pereira Parente - Integrante / Amandia Braga Lima Sousa - Integrante / Adenilda Arruda - Integrante / Fernando José Herkrath - Integrante / Fernanda Rodrigues Fonseca - Integrante / Giuliana Arie - Integrante / Raica Graciele de Souza - Integrante / Ana Paula Correia de Queiroz Herkrath - Integrante / Ricardo Agum - Integrante / Ana Carolina da Silva Medeiros - Integrante / Franciney Anselmo Ferreira - Integrante / Matheus Vasconcelos Torres - Integrante / Laisa Arruda Pinheiro Duarte - Integrante / Uriel Madureira Lemos - Integrante / Naiara Lima Pereira - Integrante / Débora Cristina Brasil da Silva Lavor - Integrante / Maria Rosineide Gama - Integrante / Rita de Cássia Ferreira Serra - Integrante / Anne Karina Pereira de	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Auxílio financeiro / (FAPEAM) Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas - Auxílio financeiro / Centro de Pesquisas Leônidas & Maria Deane - FIOCRUZ - Auxílio financeiro.

		amazônica. Objetivo geral: Investigar situações de saúde e perfil de acesso e uso de serviços de atenção primária à saúde de populações rurais do município de Manaus, Amazonas. Objetivos específicos: a) Avaliar as condições de estrutura, processos de trabalho, organização e oferta de serviços de atenção primária à saúde no território selecionado; b) Avaliar condições de acesso e utilização dos serviços de saúde em populações específicas de interesse do projeto; c) Descrever o perfil sociodemográfico e sanitário de populações rurais que vivem no território selecionado; d) Desenvolver estudos qualitativos sobre o viver e cuidar da saúde, abrangendo estratégias de auto-atenção, acesso e uso de serviços oficiais de saúde; e) Analisar as ações propostas pela gestão municipal de saúde para a área rural, com ênfase nas suas potencialidades em atender as demandas específicas deste território.	Andrade - Integrante / Eidie do Vale Souza - Integrante / Maria Laura Rezende Pucciarelli - Integrante / Tiziana Gerbaldo - Integrante / Anne Caroline de Lima Perrone - Integrante / Priscilla Cabral Correia - Integrante	
2016 – Atual	Monitoramento e avaliação de processos de gestão, organização de serviços e sistemas de saúde de APS na Amazônia Brasileira	Projeto dedicado ao desenvolvimento de processos avaliativos de processos de gestão, gerência e organização de serviços e atividades de atenção primária à saúde, com ênfase para cenários rurais na Amazônia brasileira	Integrantes: Maria Luiza Garnelo Pereira - Coordenador / Rosana Pereira Parente - Integrante / Matheus Vasconcelos Torres - Integrante / Franciney Anselmo - Integrante / Raica Gracielle Cardoso - Integrante / Giulliana Arie - Integrante / Tiziana Gerbaldo - Integrante.	Não informado
2010 - 2014	Saúde e Condições de Vida de Povos Indígenas na Amazônia	Descrição: A proposta expressa o esforço conjugado de 6 grupos de pesquisa e 3 programas de pós-graduação, vinculados ao Instituto Leônidas & Maria Deane-FIOCRUZ e à Universidade Federal do Amazonas, sediados na capital e no interior do Estado do Amazonas. Ela pretende contribuir para a compreensão das relações que se estabelecem entre história, cultura, condições de vida e de saúde de populações indígenas das calhas dos Rios Negro e Solimões, mediante enfoques interdisciplinares de pesquisa e ações intersetoriais de extensão. Visa também promover a interação entre programas de pós-graduação e formação de pesquisadores sensíveis às especificidades sócio-culturais, históricas e demográficas amazônicas; incrementar e qualificar a produção científica sobre os povos indígenas e subsidiar políticas públicas a eles dirigidas. O projeto se assenta numa construção coletiva dos participantes, pretendendo-se que seja gerido da mesma forma. Está dividido em três componentes: 1) Pesquisa interdisciplinar sobre as relações entre condições de vida e saúde de populações indígenas na Amazônia contendo três sub-redes temáticas Processo de urbanização indígena, condições de vida e saúde nas calhas dos Rios Negro e Solimões); Antropologia e História das Políticas Públicas de Saúde para populações indígenas, nas calhas dos Rios Negro e Solimões ; Natureza, cultura, saúde e doença no Rio Purus ; 2) Aprimoramento da Qualificação da Equipe: visa potencializar a qualificação dos	Integrantes: Maria Luiza Garnelo Pereira - Coordenador / Esron Rocha - Integrante / Adele Benzaken - Integrante / Júlio César Schweikardt - Integrante / João Pacheco de Oliveira - Integrante / Carlos Coimbra - Integrante / Maria Augusta Bessa Rebelo - Integrante / Ricardo Ventura Santos - Integrante / Hderaldo Lima da Costa - Integrante / Paulo César Basta - Integrante / Maria Helena Ortolan - Integrante / Rosana Pereira Parente - Integrante / Ana Escobar - Integrante / Jorge Augusto de Oliveira Guerra - Integrante / Janete Vieira - Integrante / Souza, Maximiliano Loiola Ponte de - Integrante / Patricia Sampaio - Integrante / James Roberto Silva - Integrante / Evelyne M T Mainbourg - Integrante	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Auxílio financeiro / Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas - Auxílio financeiro

		participantes para gerir grupos e projetos de pesquisa, refinar e consolidar a discussão sobre métodos e técnicas inter/transdisciplinares de pesquisa, mediante seminários e oficinas apoiadas por pesquisadores seniors, de centros de excelência; 3) Ações de extensão que contribuam para a melhoria das condições de vida e saúde de populações amazônicas e para divulgação científica na região. Os avanços científicos previstos são: ampliação do conhecimento sobre a sociodiversidade amazônica; consolidação de estratégias interdisciplinares de pesquisa. A pesquisa contempla investigação sobre conhecimento tradicional, mas não associado a patrimônio genético		
2009 – 2011	Condições de Vida, Dinâmica Cultural e Trajetórias Sociais entre os Baniwa do Alto Rio Negro	Descrição: Pesquisa qualitativa voltada para o estudo das condições de vida do grupo indígena Baniwa do Alto Rio Negro e suas correlações com o exercício do poder político, preservação da saúde e da segurança alimentar. Além do componente acadêmico o projeto comporta facetas de pesquisa-ação que visam promover a revitalização da cultura alimentar tradicional no Alto Rio Negro. A pesquisa contempla investigação sobre conhecimento tradicional, mas não associado a patrimônio genético.	Integrantes: Maria Luiza Garnelo Pereira - Coordenador / Sully Sampaio - Integrante / Esron Rocha - Integrante / Maria Helena Ortolan Matos - Integrante / Laise Diniz - Integrante.	Não informado
2008 - 2009	Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas	Não informado	Integrantes: Maria Luiza Garnelo Pereira - Coordenador / Sully Sampaio - Integrante / Silvia Angela Gugelmin - Integrante / Ricardo Ventura Santos - Integrante / Paulo César Basta - Integrante / Ana Escobar - Integrante / Andrey Moreira Cardoso - Integrante / Maria de Betania Garcia Chaves - Integrante / Coimbra Jr., Carlos Everaldo Alvares – Integrante, James Roberto Silva - Integrante	Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Auxílio financeiro.
2006 – 2008	Ambiente, Cidadania e Saúde de Mulheres Indígenas do Alto Rio Negro	Analisar as interrelações entre as concepções nativas sobre ambientes, territórios, produção da saúde e da doença e gestão política do espaço, da alimentação, práticas sanitárias e identidades étnicas no Alto Rio Negro. A pesquisa contempla investigação sobre conhecimento tradicional, mas não associado a patrimônio genético	Integrantes: Maria Luiza Garnelo Pereira - Coordenador / Sully Sampaio - Integrante / Alfredo Tadeu de Oliveira Coimbra - Integrante / Maria Helena Ortolan - Integrante / Jane Beltrão - Integrante / Trinho Trujillo - Integrante	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Auxílio financeiro
2005 – 2006	Estudo de Linha de Base da Estratégia de Atenção à Saúde da Família	Pesquisa avaliativa que visa estabelecer linha de base das condições de atenção básica à saúde em 5 municípios com mais de 100.000 habitantes da Amazônia Ocidental, com vistas ao aprimoramento da Estratégia de Saúde da Família e implantação de sistema nacional de monitoramento e avaliação da atenção básica à saúde no SUS.	Integrantes: Maria Luiza Garnelo Pereira - Integrante / Esron Rocha - Integrante / Maximiliano Loyola Ponte de Souza - Integrante / Nair Chase - Integrante / Ma. Helena Mendonça - Coordenador /	Escola Nacional de Saúde Pública - Cooperação / Ministério da Saúde - Dept Atenção Básica - Auxílio financeiro

			Marília Brasil - Integrante / Rosana Pereira Parente - Integrante / Janete Rebelo Vieira - Integrante / Ana Felisa Hurtado Gerrero - Integrante.,	
2004 – 2007	Detecção e distribuição espacial dos casos de Hanseníase no Município de Manaus	Analisar a distribuição espacial dos casos de hanseníase notificados no município de Manaus, por setor censitário, no período de 2004 a 2005, utilizando técnicas de geoprocessamento, com o propósito de otimizar ações de controle dessa endemia.	Integrantes: Maria Luiza Garnelo Pereira - Coordenador / Antônio Levino - Integrante / Elsia Imbiriba - Integrante / Valderiza Pedrosa - Integrante / Felicien Gonçalves Vasquez - Integrante	Fundação Alfredo da Mata - Cooperação / Fundação Oswaldo Cruz - Auxílio financeiro
2003 – 2007	Tuberculose e Hanseníase em áreas indígenas: avaliação programática e três municípios do Amazonas	Realizar avaliação qualitativa interdisciplinar em saúde pública e antropologia social, das ações programáticas de controle da tuberculose e hanseníase desenvolvidas junto aos usuários indígenas de três municípios selecionados no estado do Amazonas.	Maria Luiza Garnelo Pereira - Integrante / Antônio Levino - Coordenador / Roselene Martins - Integrante / Marcílio Sandro de Medeiros - Integrante / Emília Santos Pereira - Integrante	Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas - Auxílio financeiro
2002 – 2011	Saúde e Condições de Vida de Povos Indígenas na Amazônia	A proposta expressa o esforço conjugado de 6 grupos de pesquisa e 3 programas de pós-graduação, vinculados ao Instituto Leônidas & Maria Deane-FIOCRUZ e à Universidade Federal do Amazonas, sediados na capital e no interior do Estado do Amazonas. Ela pretende contribuir para a compreensão das relações que se estabelecem entre história, cultura, condições de vida e de saúde de populações indígenas das calhas dos Rios Negro e Solimões, mediante enfoques interdisciplinares de pesquisa e ações intersetoriais de extensão. Visa também promover a interação entre programas de pós-graduação e formação de pesquisadores sensíveis às especificidades sócio-culturais, históricas e demográficas amazônicas; incrementar e qualificar a produção científica sobre os povos indígenas e subsidiar políticas públicas a eles dirigidas. O projeto se assenta numa construção coletiva dos participantes, pretendendo-se que seja gerido da mesma forma. Está dividido em três componentes: 1) Pesquisa interdisciplinar sobre as relações entre condições de vida e saúde de populações indígenas na Amazônia contendo três sub-redes temáticas “Processo de urbanização indígena, condições de vida e saúde nas calhas dos Rios Negro e Solimões”; “Antropologia e História das Políticas Públicas de Saúde para populações indígenas, nas calhas dos Rios Negro e Solimões”; Natureza, cultura, saúde e doença no Rio Purus; 2) Aprimoramento da Qualificação da Equipe: visa potencializar a qualificação dos participantes para gerir grupos e projetos de pesquisa, refinar e consolidar a discussão sobre métodos e técnicas inter/transdisciplinares de pesquisa, mediante seminários e oficinas apoiadas por pesquisadores seniors, de centros de excelência; 3) Ações de extensão que contribuam para a melhoria das condições	Maria Luiza Garnelo Pereira - Coordenador / Eron Rocha - Integrante / Adele Benzaken - Integrante / Júlio César Schweikardt - Integrante / Maximiliano Loyola Ponte de Souza - Integrante / Maria Augusta Bessa Rebelo - Integrante / Gilton Mendes dos Santos - Integrante / Hderaldo Lima da Costa - Integrante / Jorge Augusto de Oliveira Guerra - Integrante / Sylvain Desmouliere - Integrante / Janete Vieira - Integrante / Patricia Sampaio - Integrante / James Roberto Silva - Integrante	Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas - Auxílio financeiro.

		de vida e saúde de populações amazônicas e para divulgação científica na região. Os avanços científicos previstos são: ampliação do conhecimento sobre a sociodiversidade amazônica; consolidação de redes de pesquisa de instituições locais. A pesquisa contempla investigação sobre conhecimento tradicional, mas não associado a patrimônio genético.		
2002 - 2007	Práticas Sanitárias em Saúde Indígena	Descrição: Estudo antropológico das práticas sanitárias desenvolvidas nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, correlacionando-as com o modelo de assistência praticado no subsistema de saúde indígena e com a organização social dos povos indígenas estudados	Maria Luiza Garnelo Pereira - Coordenador / Maximiliano Loyola Ponte de Souza - Integrante / Maria Augusta Bessa Rebelo - Integrante / Ricardo Ventura Santos - Integrante / Marília Carneiro - Integrante / Andrea Ribeiro	Fundação Oswaldo Cruz - Auxílio financeiro
2001 - 2003	Diversidade Social e Saúde na região do alto Rio Negro	Pesquisa interdisciplinar que buscou investigar as correlações entre a diversidade social dos grupos indígenas do Alto Rio Negro e as condições de produção do processo saúde-doença. A pesquisa contempla investigação sobre conhecimento tradicional, mas não associado a patrimônio genético.	: Maria Luiza Garnelo Pereira - Integrante / Dominique Buchillet - Coordenador / Marta Azevedo - Integrante / Aloizio Calbazar - Integrante / Geraldo Andreello - Integrante	Institut de Recherche pour le Développement - Cooperação / Instituto Socioambiental - Cooperação / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Auxílio financeiro
2000 - 2006	Política Pública, Planejamento e Gestão em Saúde Indígena	Descrição: Estudo interdisciplinar da política de saúde indígena com enfoque simultâneo na movimentação de agentes institucionais de saúde indígena e das lideranças indígenas em defesa de políticas públicas culturalmente sensíveis.	Maria Luiza Garnelo Pereira - Coordenador / Sully Sampaio - Integrante / Gary Lynn - Integrante / Luiz Brandão - Integrante / André Fernando Baniwa - Integrante / Guilherme Macedo - Integrante / José Maria de Castro Santana - Integrante	Universidade Federal do Amazonas - Auxílio financeiro
1998 - 2000	Fatores socioculturais e econômicos de risco para HIV e Tuberculose no alto rio negro	Descrição: Estudo dos fatores de risco para HIV e tuberculose, congregando aspectos epidemiológicos, socioculturais e econômicos em povos indígenas do Alto Rio Negro	Maria Luiza Garnelo Pereira - Integrante / Dominique Buchillet - Coordenador / Marta Azevedo - Integrante / Aloizio Calbazar - Integrante / Geraldo Andreello - Integrante / Carlos Alberto Ricardo - Integrante	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Auxílio financeiro / Institut de Recherche pour le Développement - Cooperação / Instituto Socioambiental - Cooperação.

Fonte: elaborado pela autora.

6.2.4. Política, participação e mediação no campo da garantia de direitos

Para a pesquisadora Carla Costa Teixeira, a participação indígena e a normatização das políticas de saúde se tornaram um dos seus principais temas de estudo, como parte dos seus interesses com a antropologia da política (TEIXEIRA; LOBO, 2018; TEIXEIRA, 2000).

Foi representante no Conselho Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), que faz parte do Conselho Nacional de Saúde (CNS), como indicação da Associação Brasileira de Antropologia (ABA). Representou a ABA por 4 anos (2006 a 2010) e a partir dessa participação produziu inúmeras reflexões e publicações, a exemplo dos artigos: “*Controle Social na Saúde Indígena: limites e possibilidades da democracia*”, na revista *Tempus: Actas de Saúde Coletiva* de 2013; “*A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira*”, na *Revista de Antropologia (USP)*, de 2012; “*Participação social na saúde indígena: a aposta contra a assimetria no Brasil?*”, publicado no periódico *Amazônica: Revista de Antropologia (online)*, de 2017. Sua publicação mais recente sobre o tema na revista *Vibrant*, junto com a pesquisadora Cristina Dias Silva, intitula-se “*Indigenous health in Brazil: Reflections on forms of violence*” (TEIXEIRA; SILVA, 2019).

Ao seu ver, a relevância de ter ocupado essa posição no CISI é poder analisar a participação e fazer questionamentos (TEIXEIRA, 2017). Assim, a partir da sua atuação na CISI pode observar que os povos indígenas geralmente são reconhecidos como lideranças políticas no nível central, mas há fragilidades no nível local, no sentido de que “*é necessário investigar as relações de poder e o que está em jogo nas decisões, desde no nível da atenção à saúde até a destinação dos recursos*”. Desse modo, se diferencia radicalmente da perspectiva que menciona como “*culturalista*”, a respeito da “*interculturalidade*” que “*não valoriza as diferenças e contradições políticas do processo*” (TEIXEIRA, 2017). Realizou estudos comparativos, em parceria internacional realizada com Canadá para a coordenação do estudo “*Indigenous Autonomy in Public Health Policies: Brazil and Canada in Perspective*”, durante o período de 2008 a 2010.

Sobre a lacuna nos serviços de saúde indígena, analisa que os usuários indígenas são completamente desconsiderados em suas opiniões. Ainda assim, exalta a alta habilidade dos povos indígenas em se articularem a seu favor (TEIXEIRA, 2010). Além das contribuições acerca da participação indígena, fez inúmeras análises sobre os manuais de saneamento e de

programas de saúde produzidas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), na época em que era responsável pela execução da PNASI.

Em uma das suas primeiras publicações, que faz interface com a saúde indígena, realiza uma análise das representações sobre os povos indígenas por meio do Museu da Funasa. Intitulado “*A política brasileira de saúde indígena vista através de um museu*”, o trabalho foi publicado na revista portuguesa Etnográfica em 2008 (TEIXEIRA, 2008). Segundo indica em seu currículo essa é uma das suas principais publicações.

Teixeira, em parceria com Luiza Garnelo e outros antropólogos e pesquisadores da saúde coletiva, organizou um livro que converge com um dos propósitos desta tese, qual seja: pensar os marcos ideológicos e históricos da saúde indígena. Com o título “*Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*”, o livro foi publicado em 2014 pela Editora Fiocruz. Além do livro, publicou dois artigos com reflexões semelhantes sobre os marcos da saúde indígena, um no Anuário Antropológico em 2013 e o outro na revista DéjàLu em 2015.

Quanto ao seu campo de atuação, defende que como antropóloga possui maior liberdade de fazer questionamentos sem ocupar uma posição de representação da fala indígena, que na sua visão já está muito bem representada. Nessa direção, se considera uma profissional com potencial para mediar os interesses indígenas, mas, sem falar em nome deles e sim, como questionadora dos entraves com o Estado e a sociedade e aliada de suas lutas por direitos. A respeito desse aspecto, em conjunto com o antropólogo Carlos Guilherme do Valle, publicou em 2017 o livro “*Saúde, mediação e mediadores*” pela editora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em parceria com a ABA. Em síntese, segue uma linha do tempo com os projetos de pesquisa que Carla Teixeira coordenou e integrou em sua trajetória acadêmica (tabela 8):

Tabela 8 - Projetos de Pesquisas nos quais Carla Costa Teixeira coordenou e/ou participou em sua trajetória (Plataforma Lattes, 2020). Fonte: elaboração própria.

Período	Título	Descrição	Integrantes	Financiamento
2019 - Atual	Institucionalização da Antropologia: pessoas, narrativas e contextos em Portugal.	Descrição: Este projeto busca refletir sobre os significados, estilos de ação e possibilidades institucionais da antropologia em Portugal nos termos dos próprios sujeitos que lhe dão vida: os antropólogos. Se sua perspectiva é implicitamente comparativa, em especial com a antropologia brasileira, a articulação entre abordagem etnográfica e histórica é explicitada como central na compreensão das relações entre institucionalização da disciplina e os processos políticos em que se desenvolveu. Esta é, portanto, uma investigação que tem por foco a antropologia portuguesa contemporânea, mas pretende desde suas primeiras ações abordar sua institucionalização articulando (i) estudos e reflexões pessoais (de primeira mão ou já publicados); com (ii) memórias e documentos institucionais, por meio de um horizonte teórico-metodológico que conjugue a pesquisa de campo antropológica com a análise de documentos, a perspectiva etnográfica com a sociologia de processos históricos	Carla Costa Teixeira - Coordenador	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Bolsa
2018 - Atual	A produção de uma cidadania participativa: novas configurações e técnicas de poder	Descrição: A nova etapa da investigação que proponho neste projeto redefine a hierarquia entre os universos empíricos de investigação apresentados no projeto anterior, bem como desloca o foco teórico das relações entre os domínios ou campos da ciência, da política e da burocracia para os processos de produção da cidadania participativa. Assim, ganham relevância (i) as entrevistas e os documentos/textos produzidos no Ipea pelos TPs diretamente envolvidos com o tema da participação social; e (ii) os documentos, as entrevistas e as situações de controle social observadas na saúde indígena. Deste modo, prioriza-se a perspectiva de considerar os procedimentos de temporalização e espacialização da política na negociação (argumentativa e prática) que os diferentes atores sociais empreendem em situações sociais diferenciadas (Teixeira e Chaves 2004) em que a participação social é colocada como tema a ser refletido e/ou como prática a ser atualizada. Contudo, não se trata de abordar as representações e práticas da participação social como um objeto etnográfico em si, mas sim como via de acesso privilegiada às configurações e técnicas de poder na qual estaria se dando, essa é a hipótese, a produção de um novo tipo de sujeito.	Carla Costa Teixeira - Coordenador	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Bolsa.
2017 - Atual	Concepções de Igualdade, Cidadania e Justiça em Perspectiva Comparada (vinculado ao InEAC),	Descrição: Neste projeto propomos agora um aprofundamento da reflexão sobre a relação entre concepções de igualdade, cidadania e justiça articulando pesquisas em diferentes contextos sociais no Brasil e em alguns outros países. Por um lado, daremos prosseguimento aos estudos sobre a tensão entre duas concepções de igualdade no Brasil e suas implicações para a constituição de um mundo cívico bem conformado ou para a compreensão de demandas de direitos e privilégios em processos de administração de conflitos. Por outro lado, articularemos estes estudos com pesquisas a serem realizadas no Caribe, na América Central e no continente Africano. De fato, o foco no Brasil sempre esteve contextualizado em horizontes mais amplos,	Carla Costa Teixeira - Integrante / Wilson Trajano Filho - Integrante / Luís Roberto C Oliveira - Coordenador / Luiz Eduardo Abreu - Integrante / Rebecca F.A. Lemos Igreja - Integrante.	Não informado

		<p>em vista da experiência dos pesquisadores associados ao subprojeto em pesquisas no Canadá, nos Estados Unidos e na França, assim como na interlocução com pesquisas de colegas do InEAC em outros países, mas sobretudo na Argentina. Os dilemas da desigualdade de tratamento nas instituições judiciárias e no espaço público de interação entre os cidadãos têm sido abordado à luz da falta de clareza na definição de direitos e privilégios (Quem? Onde? e Quando? tem acesso a uns ou a outros), e esta questão será enfocada de forma mais sistemática no atual subprojeto. Etnografias do debate público sobre o tema serão realizadas, ao lado de estudos etnográficos sobre acesso ou exclusão a direitos em processos jurídicos e administrativos diversos. No primeiro caso, contamos com o material colhido ao longo de todo o ano de 2011 no jornal Correio Braziliense, aglutinando todas as notícias, comentários e artigos publicados sobre direitos e privilégios, o qual ainda está sendo organizado e só poderá ser trabalhado detidamente a partir de 2015. Na mesma direção, uma das pesquisas programadas tem como foco a recepção e respectivas implicações do recente decreto lei 8.243 (maio de 2014) que institui a Política Nacional e o Sistema Nacional de Participação Social, ampliando (em abrangência e diversidade) os fóruns de participação cidadã na administração pública: como direitos, privilégios, democracia e cidadania ganham sentido com relação ao decreto no âmbito do Congresso, do movimento social e no exercício desta nova participação na medida em que o decreto for implementado? Em que medida esta experiência contrastaria com atuação de indígenas no Conselho Nacional de Saúde, que vem sendo considerada a experiência de participação social mais bem sucedida no Brasil? As pesquisas voltadas para análise de administração de conflitos no âmbito judicial e/ou em fóruns administrativos darão continuidade ao estudo dos processos sobre violência domésticas em Juizados Especiais, assim como será iniciada pesquisa sobre a aplicação da noção de periculosidade criminal na atual prática penal brasileira. Aqui também será incluída pesquisa sobre como o Estado Brasileiro vem lidando com demandas de direitos de imigrantes e como administra os conflitos daí decorrentes? O Departamento de Estrangeiros (DEEST), órgão instalado na Secretaria Nacional de Justiça, será o alvo privilegiado desta etnografia. No que concerne aos processos judiciais, dois aspectos diretamente associados às questões indicadas acima serão enfatizados: (1) a relação entre justiça e reparação, e (2) a maneira pela qual os operadores do direito dão sentido à prática de desigualar direitos para contrabalançar assimetrias e assim produzir justiça.</p>		
2015 – 2017	Pesquisa como função do Estado: reflexões antropológicas sobre ciência, burocracia e política	<p>Descrição: O projeto de pesquisa “Fazer pesquisa como função de Estado: reflexões antropológicas sobre ciência, burocracia e política” tem como eixo articulador a etnografia institucional em curso que investiga os diferentes atores e interações, espaços e tempos que constituem e são constituídos pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Como o próprio nome expressa, o Ipea é uma instituição que tem na realização de pesquisas voltadas para as ações de governo (políticas públicas, planejamento e desenvolvimento) sua razão de ser. Contudo, essa vocação da pesquisa como função de estado não se realiza sem tensões. Dentre essas tensões uma adquiriu relevo e foi denominada por alguns dos técnicos de planejamento e pesquisa (forma</p>	<p>Integrantes: Carla Costa Teixeira - Coordenador Alunos envolvidos: Doutorado: (1)</p>	<p>Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Bolsa</p>

		como os pesquisadores são denominados no Ipea de “complexo de cajuína”. Numa clara alusão à música de Caetano Veloso que já nas suas primeiras estrofes indaga: “Existimos: a que será que se destina?”, há um interesse em discutir a existência de um ethos institucional compartilhado em meio ao que muitos identificam como uma crise de identidade dos “ipeanos”. Uma crise de identidade que teria na oposição entre fazer pesquisa e prestar assessoria, em diferentes combinações, sua tensão estruturante.		
2013 – 2015	Etnografia institucional do IPEA	Descrição: Trata-se de um projeto, no qual atuo como coordenadora geral e pesquisadora, que congrega 2 equipes: uma em Brasília e uma no Rio de Janeiro, somando ao todo nove pesquisadores mestres, doutores e graduandos. Todos os pesquisadores foram selecionados por edital, tendo a bolsa a duração de um ano (renovável por mais um). É um projeto de investigação que articula observação participante das rotinas institucionais, pesquisa documental, levantamento na imprensa, entrevistas e acompanhamento das atividades que se inserem na preparação do jubileu desta instituição em 2014.	Carla Costa Teixeira - Coordenador / Andrea Lobo - Integrante / Lilian Chaves - Integrante / Bruner Titonelli Nunes - Integrante / Sérgio Castilho - Integrante / André Filipe - Integrante / Kaiza Leal - Integrante	Não informado
2009 - 2010	Indigenous Autonomy in Public Health Policies: Brazil and Canada in Perspective	Descrição: This is a pos-doc project that aims at a reflection on the meanings, courses of action and institutional possibilities resulting from the exercise of autonomy and advocacy by indigenous peoples in the development and revision of public health policies, through a comparison between the Brazilian and the Canadian contexts. These two countries were chosen based on the assumption that a contrast involving a political and legal environment which perceives indigenous peoples as "nations", such as the First Nations of Canada, with an environment where indigenous peoples are constitutionally denominated "communities", such as Brazil, might hold the potential of shedding some light on issues less explored by research restricted to either one of these two national contexts. Considering that in both countries indigenous agencies in the health system have gained political legitimacy over the last few decades, it is interesting to note that this process has involved distinct routes and challenges: in Brazil, on one hand, indigenous autonomy has developed by means of the so-called "social control" of indigenous groups while clients making use of the public health system; while in Canada, on the other hand, for the past two decades indigenous agencies have been gradually gaining direct control over the management of health care services in indigenous reserves, through a process involving transference from the federal government. Moreover, in British Columbia (BC), since 2007, these agencies have integrated a trilateral health plan agreement with the federal and provincial governments, which has re-defined the pact for indigenous health and health care services in the province. The specific objective of this project is to map out, through the use of documents, interviews and direct observation, the various means by which Canadian indigenous groups, in comparison with Brazilian groups, have sought to establish and exercise control over public policies for indigenous health, both pol.	Carla Costa Teixeira - Coordenador	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Bolsa.

2008 - 2013	Por uma Antropologia Política da Saúde	Descrição: As pesquisas desenvolvidas no âmbito das representações e práticas em saneamento e saúde no último período do projeto "Honra, decoro parlamentar e eleições" foram decisivas para a definição do campo específico da saúde como prioridade. A nova etapa de investigação que proponho neste projeto busca articular duas linhas de pesquisa que, dispersas no projeto anterior, podem agora ganhar maior densidade. Trata-se de dar continuidade às reflexões sobre a diversidade de interações que, de uma perspectiva etnográfica, são consideradas políticas com o duplo objetivo de (i) compreender a singularidade dos universos etnográficos investigados e (ii) explorar os limites e possibilidades das elaborações teóricas sobre a política disponíveis nas ciências sociais. Mas ao mesmo tempo dá-se prioridade à investigação sobre as conexões entre a ordem sócio-cultural e a biológica, a partir das políticas públicas em ação e dos tipos específicos de poder que geram. Ao fazê-lo, busca-se esboçar as fronteiras, tempos, atores e procedimentos de um "espaço político da saúde" (inspirado em Didier Fassin), de modo a compreender o modo pelo qual os poderes bio-médicos e tecnológicos configuram e são configurados por desigualdades sociais, econômicas e políticas e, assim, logram ou não atualizar uma certa inscrição social nos corpos.	Integrantes: Carla Costa Teixeira - Coordenador / Anna Davison - Integrante / Diogo Neves Pereira - Integrante / Cristina Dias - Integrante / Bruno Calisto de Carvalho - Integrante / Samira Correia Dias - Integrante / Rafael Raeff Rocha - Integrante	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Bolsa.
2008 - 2009	Indigenous Sanitation and Health Policies: a comparative perspective between Brazil and Canada	Descrição: This project aims at building parameters to a comparative approach between public policies on indigenous health care in Canada and Brazil, including sanitation actions. It is a kind of exploratory research inside a broader project that intend to develop deeper investigations in both countries in order to outline the similarities and differences between sanitation and health policies in indigenous areas both in Brazil and Canada. This project has been awarded with a four week visit to Canada, under the Faculty Research Program from International Council of Canadian Studies, Canadian Embassy	Carla Costa Teixeira - Coordenador	International Council of Canadian Studies - Auxílio financeiro.
2006 - 2009	Fundação Nacional de Saúde: uma antropologia da produção política da diversidade	Descrição: Este projeto pretende investigar o processo histórico e político-institucional recente que possibilitou a criação da Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Trata-se de mapear os limites e possibilidades de vigência de uma instituição e, principalmente, de uma política pública que, calcada nos princípios de (i) acesso universal igualitário às ações e serviços de saúde, (ii) de atendimento integral à saúde e (iii) de participação da comunidade (Constituição Federal, Artigos. 196 a 198), foi administrativamente organizada a partir da fusão da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fsesp) e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), ambas criadas durante o regime militar ? respectivamente 1969 e 1970. O que pressupõe, não apenas a investigação das estruturas organizacionais envolvidas, mas também o rastreamento da existência, ou não, de mecanismos institucionais de transformação dessa estrutura construída para atuar, essencialmente, em campanhas sanitárias em estrutura responsável pelos serviços de atenção permanente à saúde de populações etnicamente diferenciadas. Desta perspectiva, as ações de educação em saúde adquirem relevância significativa por, justamente, se colocarem o desafio de produzir essa tradução e viabilizar a participação da população alvo da ação buscando transformá-la em sujeito	Carla Costa Teixeira - Coordenador	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Auxílio financeiro

2006 - 2008	Usos e Percepções da Água e as Políticas de Saneamento na Guiné Bissau	Descrição: Trata-se de uma missão exploratória, contemplando a ida de pesquisadores brasileiros à Guiné Bissau e a vinda de pesquisadores guineenses ao Brasil, que pretende mapear em Guiné Bissau as estruturas de gestão dos equipamentos e das políticas públicas envolvidos nas relações entre uso da água, saneamento e saúde pública. Tal objetivo toma como horizonte orientador o fato de que desde que foi criado o código da água em 1992, e o conselho interministerial para o assunto em 1993, foram inúmeros os projetos voltados para a melhoria do acesso à água potável e ao saneamento. Campanhas educativas, construção de latrinas, tanques de armazenamento, cisternas, poços com bomba foram feitos em todas as regiões do país. No entanto, os agregados estatísticos não indicam uma melhoria substancial dos índices de saúde pública. Nossa sugestão para esse fracasso relativo tem a ver com o fato de serem eles projetos não articulados uns com os outros, que não levam na devida conta as demandas, percepções e práticas locais referentes ao problema que os projetos querem enfrentar e não focalizam com a devida ênfase a mobilização da sociedade civil e das comunidades locais para a manutenção do projeto, dos equipamentos e das estruturas que dele resultaram	Integrantes: Carla Costa Teixeira - Integrante / Wilson Trajano Filho - Coordenador / Ricardo Bernardes - Integrante	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Auxílio financeiro.
2006 - 2008	Usos e Percepções da Água na Universidade de Brasília	Descrição: Este projeto tem como objetivo geral mapear comportamentos e atitudes envolvendo a água no campus, visando a contribuir para a reestruturação da gestão da água em curso na Universidade de Brasília. Contudo, insere-se na abordagem analítica que busca estabelecer vínculos e conexões entre as diversas dimensões da vida cotidiana, bem como entre distintas disciplinas que abordam a água, com destaque para a Antropologia e a Engenharia Civil e Ambiental. Desta perspectiva, a investigação sobre a água, embora esteja sendo realizada sob o ângulo das práticas de utilização da água em diferentes espaços do campus universitário, mantém-se no horizonte abrangente da compreensão deste fenômeno que é, ao mesmo tempo, físico, social, político, econômico e cultural	Integrantes: Carla Costa Teixeira - Coordenador / Cristina Dias da Silva - Integrante / Julia Marques Dalla Costa - Integrante / Mara Cecilia Miranda Palhares - Integrante / Flavio Abdalla Lage - Integrante / Felipe Paschoali - Integrante / Matheus Borges - Integrante	Universidade de Brasília - Bolsa.
2004 - 2007	Percepções e usos da água em pequenas comunidades: uma perspectiva antropológica	Descrição: Pesquisa comparativa entre dois municípios Maracaçumé (MA) e Granjeiro (CE) acerca das percepções e usos da água, enfocando tanto os moradores quanto os gestores e políticos responsáveis pelo abastecimento de água. Considera, em especial, as conexões das práticas e classificações sobre a água com a saúde.	Carla Costa Teixeira - Coordenador / Carla Andrade Coelho - Integrante / Jacques de Novion - Integrante / Luís Cláudio Moura - Integrante / Anna Davison - Integrante	Fundação Nacional de Saúde - Presidência - Auxílio financeiro.,
2003 - 2015	Representações e Práticas em Saneamento e Saúde	Este projeto foi inicialmente desenvolvido no âmbito de avaliação de política pública de saneamento e seus impactos sobre a saúde, sob os auspícios da OPAS e da Funasa, em diálogo com o prof. Ricardo Bernardes (Engenharia Civil e Ambiental/UnB) e com a profa. Glória Teixeira (Saúde Coletiva/UFBA). Atualmente, não mais focaliza a dimensão de avaliação de	Integrantes: Carla Costa Teixeira - Coordenador / Anna Davison - Integrante / Fernando Natal - Integrante / Alexandre	Não informado

		política pública, buscando compreender a diversidade de relações sociais e processos de subjetivação propiciados no âmbito das políticas de saúde e saneamento	Branco - Integrante / Nilton Aguilar - Integrante	
2003 - 2008	Honra, decoro parlamentar e eleições: uma pesquisa antropológica da esfera da política	Este projeto consiste em uma proposta de investigação etnográfica sobre os valores e mecanismos de construção de identidades políticas, sendo o representante parlamentar o sujeito político privilegiado. Este projeto inclui três linhas de investigação: (1) Honra, decoro e identidade parlamentar; (2) Espaços e tempos da política: conflito, solidariedade e mediações; (3) Representações e práticas em políticas de saúde e saneamento	Carla Costa Teixeira - Coordenador	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Bolsa
1997 - 2003	Honra, decoro parlamentar e eleições	Este projeto foi desenvolvido no âmbito do Pronex Uma Antropologia da Política: rituais, representações e violência	Carla Costa Teixeira - Coordenador	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Auxílio financeiro

Fonte: elaborado pela autora.

6.3.DELIMITAÇÕES E CIRCULAÇÃO DE SABERES DOS CAMPOS DE CONHECIMENTO EM QUE ESTÃO INSERIDOS

No sentido exposto por Bourdieu (1996), um campo pode ser tanto um ‘campo de forças’, pois constringe os agentes nele inseridos, quanto um ‘campo de lutas’, no qual os agentes atuam conforme suas posições, mantendo ou modificando sua estrutura. O campo científico é, desta maneira, um espaço em que pesquisadores disputam o monopólio da competência científica, cujo funcionamento pode ser comparado a um jogo, onde os princípios do funcionamento são dominados por seus participantes. Portanto, os temas de pesquisa se inserem no campo científico por um tipo de motivação científica que abrange uma dimensão da prática política e social, condicionada às transformações na condução da política pública de saúde, de saúde indígena e das condições de vida dos povos indígenas:

“Por um lado, a posição que cada agente singular ocupa num dado momento na estrutura do campo científico é a resultante, objetivada nas instituições e incorporada nas disposições, do conjunto de estratégias anteriores desse agente e de seus concorrentes (elas próprias dependentes da estrutura do campo, pois resultam das propriedades estruturais da posição a partir da qual são engendradas). Por outro lado, as transformações da estrutura do campo são o produto de estratégias de conservação ou de subversão que têm seu princípio de orientação e eficácia nas propriedades da posição que ocupam aqueles que as produzem no interior da estrutura do campo” (BOURDIEU, 1996: 13).

Os quatro estudiosos analisados são profissionais que possuem formações diversas e pós-graduação em antropologia. Denominam-se no campo científico como antropólogos, sendo que dois falam do campo da antropologia (Esther Jean Langdon e Carla Costa Teixeira) e dois do campo da saúde coletiva (Carlos Coimbra e Luiza Garnelo). Ainda que em posições distintas, compõe uma mesma rede e dialogam com grande parte dos pesquisadores que estudam saúde dos povos indígenas no país. São parceiros em projetos e trabalhos específicos e possuem afinidades teóricas, metodológicas e políticas que os aproximam ou os diferenciam.

Cada uma das abordagens marca tendências de estudos dentro da área de saúde indígena no Brasil e realiza a ponte com a saúde coletiva, demonstrando o caráter interdisciplinar e transversal dessa área. Os pesquisadores personificam características amplas dos paradigmas predominantes na área de estudos em saúde dos povos indígenas, mesmo que não representem a totalidade das vertentes epistemológicas e práticas políticas que se inserem na arena da saúde dos povos indígenas.

Esther J. Langdon e Carlos Coimbra se situam como parte dos precursores da consolidação dessa área de estudos entre as décadas de 1980 e 1990, enquanto Luiza Garnelo

Teixeira e Carla Teixeira emergiram no campo a partir dos anos 2000. Como um traço de particularidade das redes construídas, todas favoreceram a aproximação do campo da antropologia com a saúde pública. Outra característica comum aos interlocutores se refere ao estabelecimento de redes endógenas e exógenas à saúde indígena.

As parcerias desenvolvidas pelos quatro pesquisadores com as mais diversas temáticas, atores, instituições e locais, revelam a capacidade de circularidade dos saberes construídos no âmbito nacional e internacional. Ainda nessa direção, suas trajetórias indicam a produção, acumulação e circulação de capital científico suficiente, capaz de fomentar a amplitude da área. Por serem pontos-fortes da área de estudos e se localizarem em instituições privilegiadas no ambiente científico brasileiro, esses atores sabem usufruir das capacidades estruturais e simbólicas das posições que ocupam em favor do crescimento e disseminação da área, bem como, na transposição da influência de suas obras para o campo político.

As reflexões produzidas pelos autores da área de estudos em saúde dos povos indígenas foram e são fundamentais não somente para problematizar dificuldades de ordem prática dos serviços de saúde, como na formação de profissionais que visam atuar, pesquisar e se inserir na temática. Conceitos como intermedicalidade, atenção diferenciada, interculturalidade, entre outros, foram construídos e constantemente problematizados diante dos desafios colocados. Esse arcabouço teórico permitiu o desenvolvimento de pesquisas interdisciplinares no campo da saúde coletiva que contribuíram para uma maior integração entre áreas do conhecimento como epidemiologia e antropologia, por exemplo.

A circularidade dos atores entre diversos grupos pode ser tanto atribuída ao fator coletivo, quanto ao individual, de acordo com Thomas Khun (2011):

“Individualmente os cientistas, especialmente os mais talentosos, pertencerão a diversos desses grupos de modo concomitante ou contínuo. Embora ainda não esteja claro até onde a análise empírica pode nos levar, há excelentes motivos para supor que o empreendimento científico esteja distribuído entre comunidades e seja conduzido por elas” (KHUN, 2011: 315).

As trajetórias profissionais dos interlocutores do estudo sugerem que eles se preocupam em serem reconhecidos em seus campos de saberes, em se institucionalizarem e difundirem os conhecimentos produzidos. Todavia, também apontam para investimentos na promoção de redes que estimulam o diálogo e as pontes com as políticas públicas de saúde indígena e com os povos indígenas. Tais pontes são estabelecidas principalmente por meio das associações acadêmicas, como a Associação Brasileira de Antropologia (ABA) e a Associação Brasileira em Saúde Coletiva (ABRASCO).

Em diálogo com Menéndez (1998), diversos aspectos contextuais contribuem para essa tendência, além das convergências nas trajetórias estudadas:

“A Antropologia Social e as disciplinas médicas organizadas em torno da Saúde Pública, e em especial a Antropologia Médica e a Epidemiologia, desenvolveram perspectivas de descrição e análise do processo saúde/enfermidade/atenção, que apresentam características simultaneamente complementares e divergentes (...) Nossa análise das relações entre ambas disciplinas parte do suposto de que ocorreu um processo de convergência entre as mesmas, ao mesmo tempo em que determinados fatores limitam a possibilidade de complementação em termos interdisciplinares. O impulso dado às atividades de Atenção Primária desde finais dos anos sessenta, e especialmente após a Conferência de Alma Ata; as propostas de participação social, de utilização de estratégias de atenção baseadas no saber popular ou de formação de sistemas locais de saúde, assim como a recuperação de ações baseadas em redes sociais, grupos de apoio e auto-cuidado, favoreceram esta convergência pelo menos a nível declarativo” (MENÉNDEZ, 1998).

Ao abarcar a perspectiva da interdisciplinaridade e intermedicalidade entre seus discursos e práticas, os quatro pesquisadores demonstram que a temática da saúde indígena não evoca o discurso hegemônico da biomedicina e, sim, se localiza na perspectiva da fronteira;

“O encontro de distintas racionalidades médicas nas práticas de cura, combinadas e complementares na resolução de problemas de saúde, geralmente não dispensa os saberes tradicionais e a religião, pondo em relação múltiplos saberes e terapias que fogem da subordinação exclusiva ao saber biomédico, apontando seus limites e a complexidade prática e existencial do processo saúde-doença-atenção” (CANESQUI, 2010).

É possível afirmar, portanto, que na constituição desta temática coexiste um modelo hegemônico da biomedicina, mas há uma arena que permite o contrafluxo e a crítica a essa hegemonia. O que não significa que essa coexistência seja pacífica e sim, palco de disputas discursivas e de práticas entre os agentes que compõem o campo. Corroborando com a afirmação de Bourdieu (1984) a área de estudos em saúde indígena existe conforme se diferencia de outros campos e dentro do próprio campo da Saúde Coletiva;

“Os campos são resultados de processos de diferenciação social, da forma de ser e do conhecimento do mundo e o que dá suporte são as relações de força entre os agentes (indivíduos e grupos) e as instituições que lutam pela hegemonia, isto é, o monopólio da autoridade, que concede o poder de ditar as regras e de repartir o capital específico de cada campo” (BOURDIEU, 1984:114).

Entendemos que a construção do *campo*, do *capital científico* e do *habitus*, que sustentam a existência do campo da Saúde Coletiva (VIEIRA-DA-SILVA, 2018) e que reverberam na operacionalidade da área de estudo em questão, se faz mediante um contexto de interculturalidade que impõe inúmeros desafios epistemológicos e paradigmáticos para os mais diversos agentes sociais envolvidos.

Foi ainda observado que a produção acadêmica acompanha em grande medida a emergência de problemáticas inseridas no campo da saúde coletiva de um modo geral. Tal fato é relevante dado o poder de influência que as evidências científicas podem implicar nas políticas públicas e vice e versa. Ademais, possibilita analisar se a condução das políticas é ou não capaz de dialogar com a produção do conhecimento em saúde dos povos indígenas, conforme indica Bourdieu (1996);

“De uma definição rigorosa do campo científico enquanto espaço objetivo de um jogo onde compromissos científicos estão engajados resulta que é inútil distinguir entre as determinações propriamente científicas e as determinações propriamente sociais das práticas essencialmente sobredeterminadas” (BOURDIEU, 1996:16).

Com relação à circulação de saberes dos campos de conhecimento, compreendemos que a produção científica em saúde dos povos indígenas é constituída por diversas áreas e pulverizada pelas mesmas. O que determina uma polissemia de conceitos, temáticas, interesses e redes de pesquisadores. Com a lente sobre essa área do conhecimento dentro da saúde coletiva, identificamos os diferentes campos disciplinares, que dialogam em torno da saúde dos povos. Se a lente fosse direcionada para cada um desses campos, como o da medicina, nutrição, medicina tropical ou mesmo a genética, as pesquisas com povos indígenas apareciam como subtemas.

Teixeira (2013), ao analisar a produção de teses e dissertações de antropologia sobre saúde indígena, identifica que esses estudos se localizam nas fronteiras entre campos disciplinares bem constituídos. Paralelo ao percurso histórico da inserção da saúde indígena como parte dos serviços públicos de saúde no Brasil, desenvolveu-se outra corrente de estudos dentro da antropologia médica e da saúde. Tal corrente busca compreender e explicar as relações interétnicas inseridas no contexto da saúde indígena, que condiz com a construção, interpretação e intervenção nos corpos e no processo de saúde e doença. (LANGDON, 2004).

Langdon & Follér (2012) apresentam as preocupações em torno das condições de saúde e adoecimento das populações através de abordagem estritamente antropológica que se consolidaram entre as décadas de 1960 e 1970, a partir da criação de disciplinas em cursos de pós-graduação, reuniões científicas e grupos de estudo sobre o tema. Dentre as preocupações dessa área, encontram-se as pesquisas em antropologia da saúde com povos indígenas, que surgiram em meados da segunda metade do século XX, tendo em vista que são populações historicamente conhecidas como objetos de estudo da antropologia. Por sua vez, os estudos antropológicos são transversais em diversos contextos, diferentes áreas do conhecimento se fazem presentes e emergem em determinados cenários.

Traçando um paralelo conceitual, o *campo científico* onde se localiza a temática da saúde indígena é uma contínua *zona de contato* (FOLLER, 2004). No sentido de que sua existência é mediada o tempo todo por relações entre saberes e práticas distintas em um mesmo campo de ação, seja do ponto de vista das políticas públicas como para a produção do conhecimento.

Podemos compreender que nesta zona existe um “conflito” basal, qual seja: a relação entre a biomedicina – representada pela normatividade das políticas de saúde e a presença de profissionais de saúde nos territórios indígenas – e as concepções cosmológicas e relações socioculturais e políticas no interior da vida comunitária dos povos indígenas e da sociedade envolvente. Diversos estudiosos pesquisam a relação entre profissionais de saúde e povos indígenas e os conflitos provenientes das distâncias epistemológicas entre concepções biomédicas e os saberes e práticas de autocuidado dos povos indígenas (DIAS DA COSTA, 2015; LANGDON & WIJK, 2010).

A biomedicina é compreendida como recurso de saber-poder colonizador (FOUCAULT, 1986) e que, trazida para este contexto, se revela na relação entre Estado, ciência e povos indígenas. No sentido de que, mesmo com a mudança da perspectiva constitucional a respeito dos povos indígenas – ao transformar a concepção tutelar pelo reconhecimento e autonomia da diversidade étnica --, o saber colonial pode se fazer presente pelo formato do cuidado e da atenção à saúde, onde verificamos o pleno exercício do biopoder.

Souza-Lima (2014) identifica como “*gestão colonial das desigualdades*” o movimento de perpetuação e modernização da lógica tutelar por meio de organismos e de práticas que circunscrevem e subjagam populações. Ainda que sob o discurso salvacionista e de valor à vida; como é impregnado no discurso biomédico. Para o autor, o cerne dos poderes e saberes de ordem colonial que se condensam em torno da prática indigenista tem origens históricas distintas, mas se concentram no propósito da conquista de espaços territoriais como ideológicos, socioculturais e simbólicos.

Ao compreender a área de estudos em saúde dos povos indígenas como intrinsecamente transversal, desde a sua emergência, reconhece-se sua capacidade de ultrapassar fronteiras e dialogar com diversas perspectivas disciplinares. O que designa sua manutenção e crescimento no interior do campo da Saúde Coletiva como em outros diferentes campos do conhecimento. Nesse sentido, a transdisciplinaridade abre caminhos para o pensamento complexo que, conforme Aleksandrowicz (2002), possibilita a abertura dos campos disciplinares a uma convergência dialógica através e para além das fronteiras; haja vista que o paradigma da

interdisciplinaridade e da complexidade (CANESQUI, 2010; SCHRAMM, 2010) integram a constituição epistemológica do campo saúde coletiva.

Essa perspectiva permite afirmar que a área de estudos em saúde dos povos indígenas tem se construído sobre as mesmas bases, sob forte presença das tendências teórico-metodológicas das ciências sociais em saúde. Esse olhar permite concluir que a construção dos grupos de pesquisa e a produção da saúde indígena estão diretamente relacionados com sua inserção no cenário de implantação e implementação das políticas públicas em saúde no Brasil; frente aos grandes dilemas e questões nacionais que incidem nas condições de saúde e de vida da população brasileira como um todo.

Portanto, trabalhar com este tema passa necessariamente pelo debate da focalização e universalização das políticas sociais (GARNELO, 2014), conforme o referencial conceitual da equidade e um dos pilares do SUS. Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009) discutem os diferentes conceitos de equidade e terminologias utilizadas como sinônimos, tais como iniquidade, desigualdade, entre outras, ao longo da história e de sua introdução no campo da saúde. Os autores, sustentados na perspectiva de diversos teóricos sociais da justiça, mencionam que para o caso da saúde *“o exercício da equidade pode se materializar no processo de formulação das políticas de saúde intersetoriais que podem ter impacto sobre os determinantes sociais da saúde”* (VIEIRA-DA-SILVA, ALMEIDA FILHO, 2009: S220).

No documento da conferência mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS), realizada em 2011 no Rio de Janeiro, há um capítulo especial sobre saúde dos povos indígenas que enfatiza a necessidade de inclusão do tema no âmbito das DSS:

“O conhecimento do perfil epidemiológico em transição dos povos indígenas no Brasil, considerando a grande diversidade étnica que os caracteriza, reveste-se de suma importância para orientar a organização, planejamento e melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Em geral, esses serviços encontram-se voltados para lidar com determinados grupos de doenças, sobretudo as infecciosas e parasitárias, que, historicamente, têm (ou tiveram) maior peso na morbidade e mortalidade indígena” (CNDSS, 2011)³⁵

Desse modo, a equidade torna-se um conceito caro às políticas públicas diferenciadas, por trazer ao campo da saúde pública a necessidade de uma atenção diferenciada às populações diversas em variadas dimensões. Por se tratar de uma prerrogativa legal e moral, é um conceito que também traz impacto importante para a dimensão científica, pois direciona um tratamento qualificado e diferenciado frente às diversidades étnicas no universo das ciências da saúde e

³⁵ Disponível em: Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/relatorio_cndss.pdf. Acessado em 15 de outubro de 2020.

das análises a respeito do SUS (WHITEHEAD, 1992; VIEIRA-DA-SILVA, ALMEIDA FILHO, 2009).

Portanto, podemos compreender que o Subsistema consiste em uma alternativa de se buscar a equidade no contexto das políticas públicas de saúde, por meio da focalização direcionada às especificidades étnicas, sociais e geográficas dos povos indígenas. Ainda que na prática encontremos uma série de limitações na concretização deste modelo diferenciado (FERREIRA, 2014).

6.4.O PAPEL DAS ORGANIZAÇÕES ACADÊMICAS NA INTERSEÇÃO ENTRE CAMPOS

Além dos grupos de pesquisa cadastrados no CNPq, vinculados às instituições nacionais de ensino e pesquisa, é importante destacar o papel das organizações acadêmicas setoriais no processo de fortalecimento dos estudos sobre saúde dos povos indígenas.

Carla Costa Teixeira reconstituiu a relação entre a Associação Brasileira de Antropologia (ABA) e a temática da saúde indígena, no estudo dos anais dos encontros anuais dos associados, denominada de Reunião Brasileira de Antropologia (RBA) (TEIXEIRA, 2013). A autora destaca que desde 1957, durante a realização da 2ª RBA, o antropólogo e indigenista Darcy Ribeiro apresentou o trabalho intitulado “*Efeitos dissociativos da população por epidemias entre os índios*”, que viria a ser um artigo encontrado na revisão de literatura desta tese (capítulo 4). Segundo sua análise, durante a década de 2000 a 2010 ocorreu a maior parte de encontros a respeito da temática da saúde indígena no interior das RBA, tal como descreve:

“A 27ª RBA (2010) contou com uma mesa redonda sobre Medicinas Tradicionais e Políticas de Saúde Pública que, sob a coordenação de Jean Langdon (UFSC) (...) e um minicurso sobre Saúde Indígena coordenado por Luiza Garnelo (Ufam-Fiocruz) e Jane Beltrão (UFPA). A 26ª RBA (2008) abrigou um grupo de trabalho intitulado Agentes de Diálogos e Participação Indígena nas Políticas Públicas, coordenado por Márcia Gramkow (GTZ) e Maria Helena Ortolam (Ufam) Nesta mesma RBA ocorreram também dois simpósios especiais (atividades propostas pela diretoria da ABA) nos quais se discutiram: 1. a Saúde Indígena em Perspectiva: Explorando suas Matrizes Ideológicas (coordenado por Carla Teixeira, UnB); e 2. Demografia e Antropologia: os Povos Indígenas no Censo 2010, promovida em conjunto com a Associação Brasileira de Estudos Populacionais. A 25ª RBA (2006) já havia inaugurado o diálogo entre antropologia e demografia com a mesa Demografia e Antropologia dos Povos Indígenas no Brasil: em busca de interfaces, coordenada por Luiza Garnelo (Ufam-Fiocruz). Nesta reunião ocorreram também outras duas atividades sobre saúde indígena: 1. o simpósio especial A Política Indigenista em Debate (antropologia urgente), promovido pela Comissão de Assuntos Indígenas da ABA, cuja segunda sessão foi sobre saúde indígena (coordenação de Marco Lazarin, UFG); e 2. o grupo de trabalho A Saúde e a Doença: antropologia aplicada à saúde em contextos multiculturais, coordenado por Sérgio Lerín (Ciesas – México) e Flávio Wiik (UFSC) (...) A 24ª RBA reunida em 2004 abrigou vários trabalhos em saúde indígena em atividades focadas em questões afins, mas, especificamente em saúde indígena, ofereceu um minicurso sobre Antropologia, Políticas Públicas e Saúde em Territórios Étnicos, coordenado por Luiza Garnelo (Ufam-Fiocruz) e Antonio Carlos de Souza Lima (MN/UF RJ). Há que se destacar a reunião de 2002, a 23ª RBA, com uma atividade que teve repercussões duradouras para o desenvolvimento das discussões e para o fortalecimento deste espaço dentro das reuniões brasileiras de antropologia, como rastreado nos eventos acima descritos. Trata-se do Fórum de Pesquisa Política de Saúde e a Intervenção Antropológica, coordenado por Jean Langdon (UFSC) e Luiza Garnelo (Ufam-Fiocruz), que resultou na coletânea *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*, publicado em 2004 com a chancela da própria Associação Brasileira de Antropologia” (TEIXEIRA, 2013: 39).

Importante observar que os anos 2000 foi também o período em que encontramos o maior quantitativo de publicações científicas sobre a temática e emergência de grupos de pesquisa. O que coincide exatamente com a implantação do SASI-SUS.

Localizada dentro do campo da saúde coletiva e local estratégico de articulação política na ciência, a Associação Brasileira em Saúde Coletiva (ABRASCO) ocupa uma posição de destaque e protagonismo. Como já assinalado, ao lado de outros grupos e temáticas da ABRASCO, desde 2000 existe o Grupo Temática Saúde Indígena (GTSI) que, conforme sua própria descrição “*tem proposto e participado de debates relevantes à Saúde Coletiva no Brasil, além de representado a Abrasco nas distintas esferas do SUS no que diz respeito à saúde dos povos indígenas*”³⁶. Para além da arena acadêmica, o GTSI tem estado presente em diferentes instâncias de participação social no que se refere ao direito à saúde dos povos indígenas, tais como, na Comissão Intersectorial de Saúde Indígena (CISI), ligada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), e no posicionamento expresso em diferentes espaços e articulações com organizações indígenas³⁷.

Atualmente o grupo de trabalho é coordenado pela médica sanitária e pesquisadora Ana Lucia Pontes, integrada ao grupo de pesquisa coordenado por Carlos Coimbra “*Saúde, Epidemiologia e Antropologia dos Povos Indígenas*” da ENSP/FIOCRUZ. Sob a coordenação de Ana Pontes no GTSI destaca-se o lançamento em 2019 da Biblioteca Virtual de Saúde dos Povos Indígenas³⁸, realizado em parceria com o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT/Fiocruz) e a Biblioteca Virtual de Saúde ligada à Bireme/OPAS/OMS.

Cabe destacar o posicionamento público do GTSI da ABRASCO e da ABA sobre a reafirmação dos direitos indígenas frente à recente ofensiva do governo federal contra a preservação dos territórios tradicionais, ampliação da assistência à saúde, políticas de acesso à educação superior; entre outros aspectos associados aos direitos indígenas garantidos constitucionalmente.³⁹

³⁶ Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/>. Acessado em 15 de outubro de 2020.

³⁷ Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/direitos-indigenas-importam-especial-abrasco-e-aba-sobre-a-questao-indigena-no-brasil/39393/>. Acessado em 15 de outubro de 2020.

³⁸ Disponível em: <https://bvs.saudeindigena.icict.fiocruz.br/#top>. Acessado em 15 de outubro de 2020.

³⁹ Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/direitos-indigenas-importam-especial-abrasco-e-aba-sobre-a-questao-indigena-no-brasil/39393/>. Acessado em 15 de outubro de 2020.

Além da ABA e da ABRASCO, importante destacar a participação da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), que em 2002 constituiu o Comitê de Demografia dos Povos Indígenas, composto por demógrafos e diferentes pesquisadores do campo da saúde e da antropologia. Uma das principais contribuições do comitê foi a produção de conhecimento na temática, com a participação de membros da ABRASCO e da ABA e a interferência direta na reconfiguração do tratamento do Censo Populacional de 2010 com relação aos povos indígenas (PEREIRA, 2016)⁴⁰.

Em 2015, a Revista Brasileira de Estudos de População (Rebep) -- durante a gestão de Ricardo Santos (coordenador adjunto do grupo de pesquisa da ENSP/Fiocruz) e Nilza de Oliveira Martins Pereira (IBGE) no Comitê de Demografia dos Povos Indígenas --, lançou um número temático intitulado “*Demografia, Saúde e Condições de Vida dos Povos Indígenas: Perspectivas Contemporâneas*” que teve como principal enfoque:

“(...) Análises sobre a demografia histórica da população indígena; investigações comparativas de dados demográficos gerados a partir de estudos de comunidades com aqueles oriundos de pesquisas nacionais, como os censos demográficos; aspectos populacionais das territorialidades indígenas, tanto em contextos rurais como urbanos; análises voltadas para aprofundar os conhecimentos sobre categorias de recorte antropológico recentemente incluídas nos censos demográficos latinoamericanos, incluindo o brasileiro, e específicas para os indígenas, como pertencimento étnico e línguas faladas nos domicílios; análises comparativas da demografia da população indígena no Brasil com aquela de outros países, em particular da América Latina; investigações sobre os padrões de desigualdade das condições de saúde de indígenas e não-indígenas, incluindo o processo de transição epidemiológica, marcado por forte crescimento na morbi-mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis; implicações das informações de população no planejamento, implementação e análise dos impactos das políticas públicas (saúde, educação, território, ambiente, entre outras)”⁴¹.

Necessário enfatizar que ABEP e ABA são as principais organizações que se associam com o campo da Saúde Coletiva, congregando pesquisadores que atuam diretamente com a temática da saúde dos povos indígenas ao longo do processo de institucionalização do SASI-SUS. Porém, isso não significa que outras organizações acadêmicas de outras áreas do conhecimento não possuam grupos de trabalho dedicados à temática.

Cabe ressaltar que a temática da saúde mental e atenção psicossocial em populações indígenas tem ganhado força. Principalmente a partir da implementação deste programa

⁴⁰ Disponível em: https://indigenas.ibge.gov.br/images/indigenas/estudos/indigena_censo2010.pdf. Acessado em 15 de outubro de 2020.

⁴¹ Disponível em: <http://www.abep.org.br/site/index.php/grupos-de-trabalho/demografia-dos-povos-indigenas-no-brasil/plano-de-trabalho>. Acessado em 15 de outubro de 2020.

específico no âmbito da PNASI, por meio da Portaria nº 2.759 de 2017, com a participação intensiva da Rede de Psicólogos Indígenas vinculados ao Conselho Federal de Psicologia⁴².

O mesmo movimento se estende à área de enfermagem⁴³ e odontologia⁴⁴, também como fenômenos recentes (da última década). Tais iniciativas tem envolvido um corpo maior de organizações e instituições, para além de ações focalizadas e isoladas de pesquisadores interessados na temática da saúde indígena.

A formação de redes de indígenas profissionais tem emergido, em especial, após muitos destes indígenas terem concluído suas graduações e pós-graduações (BERGAMASCHI, 2014: 12). Essa inserção decorre da implementação das políticas públicas de cotas e de inclusão e acesso ao ensino superior, após 2012, em âmbito nacional. Além de outros programas regionais que já garantiam esse acesso antes da iniciativa federal, tal como o Programa Rede de Saberes do Estado do Mato Grosso do Sul⁴⁵, entre outras. Convém destacar ainda a formação, em 2020, da Rede de Antropólogos Indígenas, mobilizada principalmente por meio das redes sociais. Essa rede reúne antropólogos de várias regiões do país, etnias e inserção profissional.

⁴² Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/CFP_PovosTradicionais_web.pdf. Acessado em 15 de outubro de 2020.

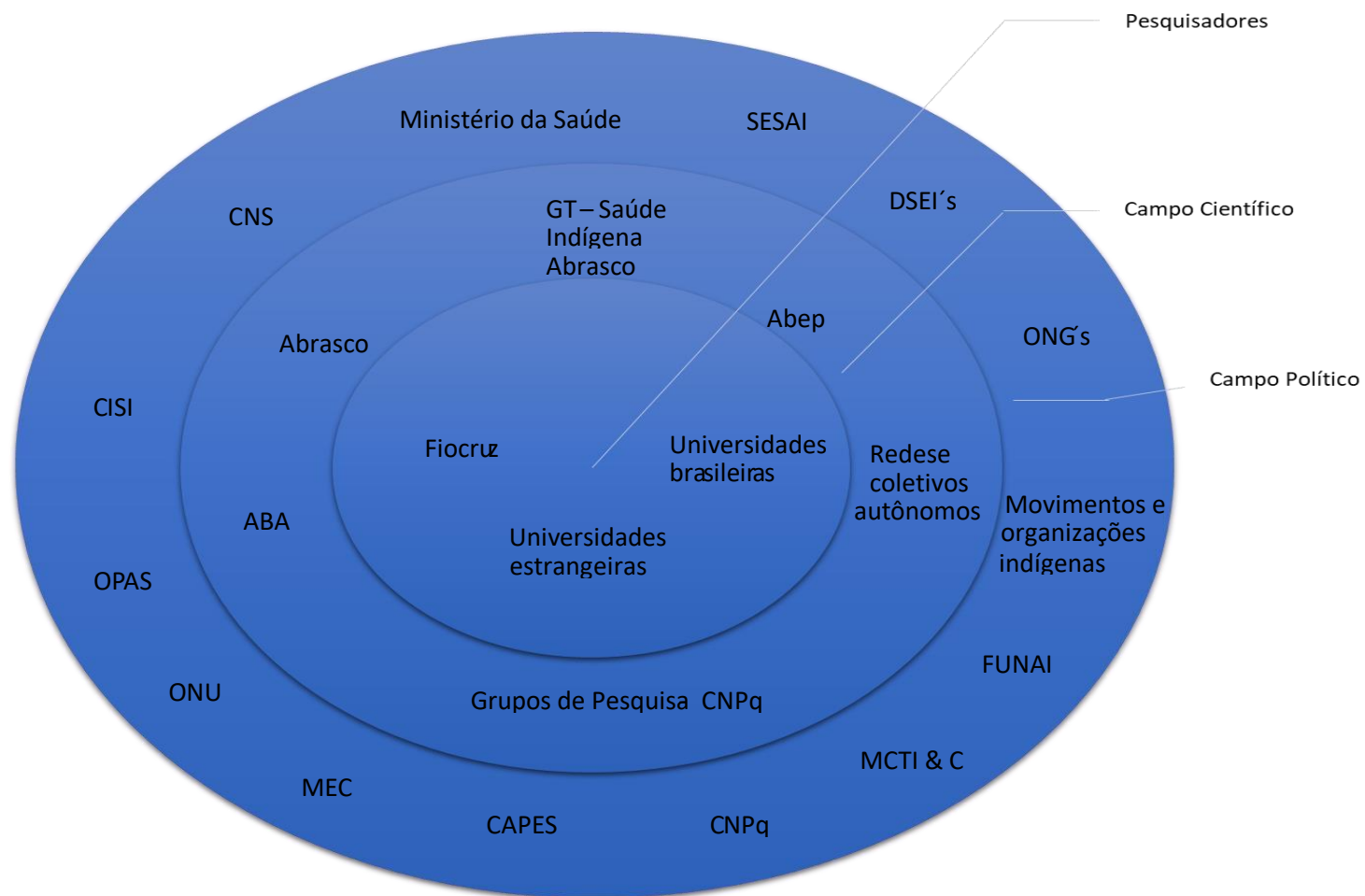
⁴³ Disponível em: http://www.cofen.gov.br/enfermagem-debate-assistencia-a-populacoes-indigena-negra-e-quilombola_58432.html. Acessado em 15 de outubro de 2020.

⁴⁴ Disponível em: <https://website.cfo.org.br/dia-internacional-dos-povos-indigenas/>. Acessado em 15 de outubro de 2020.

⁴⁵ Disponível em: <https://ensinosuperiorindigena.wordpress.com/atores/nao-humanos/rede-de-saberes/>. Acessado em 15 de outubro de 2020.

6.5. PESQUISADORES COMO MEDIADORES DE CAMPOS E UNIVERSOS DISTINTOS

Figura 4 - Espaços de mediação dos pesquisadores com instâncias dos campos científico e político



Fonte: elaborado pela autora.

Como um exercício de representação desses campos inter-relacionados no seio social, expresso na figura 4, podemos visualizar os posicionamentos dos pesquisadores, suas redes de relações nos campos científicos e políticos e suas articulações com atores sociais que não integram a burocracia do Estado.

A esfera central e mais interna da figura, marca o pertencimento dos pesquisadores estudados e suas instituições de vínculos nacionais e que também possuem enfoque internacional, no campo da saúde coletiva. Na esfera mais próxima ao centro estão os coletivos, representados pelos grupos de pesquisa cadastrados no CNPq, os grupos de trabalho e comitês sobre a temática da saúde indígena vinculadas às associações de classe como a Abrasco, a ABA e a ABEP. Essas duas esferas estão mais associadas ao campo científico. Contudo, a segunda esfera, relativa às associações acadêmicas, estaria mais próxima da fronteira com o campo político, tanto da burocracia do Estado quanto dos movimentos sociais indígenas.

Na terceira esfera, referente ao campo político, estão as instituições, organizações e conselhos do Estado brasileiro nas áreas da **Saúde**: Ministério da Saúde (MS), Secretaria Especial de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SESAI), Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Intersectorial de Saúde Indígena (CISI); **na Política Indigenista Oficial**: Fundação Nacional do Índio; **na Educação**: Ministério da Educação (MEC); **na Ciência**: Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações (MCTI), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Inclui ainda as **Organizações Internacionais**: Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização das Nações Unidas (ONU) e os **movimentos sociais indígenas, redes e organizações diversas**, tais como a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB), Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), o Conselho Indigenista Missionário (CIMI), o Instituto Socioambiental (ISA), entre outros.

Na teoria da práxis de Bourdieu, os atores sociais atuam em consonância com as regras de um campo – no caso aqui tratamos do *campo científico* – a partir de um processo de incorporação das regras e de agenciamento destas por meio do *habitus*. Importante entender que:

“A teoria praxiológica, ao fugir dos determinismos das práticas, pressupõe uma relação dialética entre sujeito e sociedade, uma relação de mão dupla entre *habitus* individual e a estrutura de um campo, socialmente determinado. Segundo esse ponto de vista, as ações, comportamentos, escolhas ou aspirações individuais não derivam de cálculos ou planejamentos, são antes produtos da relação entre um *habitus* e as pressões e estímulos de uma conjuntura” (SETTON, 2002: 64).

Sendo um processo complexo, como explica Montagner (2006), o habitus atua entre os pólos da ação individual e da ação coletiva a partir de três lógicas: retenção, classificação e mediação. Enquanto a retenção vai tratar da absorção propriamente física e corpórea, a classificação está associada à incorporação de parâmetros e da capacidade de emitir juízo de valor. Já a mediação consiste basicamente em uma categoria que opera a transição dos pólos indivíduo-coletivo e subjetivo-objetivo. Sendo que, *“no indivíduo, a sua percepção do mundo passa sobretudo por uma captação fenomenológica, particular, que individualiza o vivido cotidianamente. No entanto, a análise do geral nesse particular pode ser realizada pelo habitus, um conceito muito próximo ao de representações sociais”*. (MONTAGNER, 2006: 517). Isso posto, para Bourdieu, o processo de mediação está mais relacionado com a mediação entre condições estruturais e materiais de existência e a formação das subjetividades, sociais e coletivas, no sentido de compreender o habitus como uma *“subjetividade socializada”* (BOURDIEU, 1992: 101 apud SETTON, 2002: 63).

Sob uma perspectiva diferente, a Teoria Ator-Rede compreende a necessidade de se pensar associações que ultrapassam a concepção dualista das teorias sociais (LATOUR, 2012), tais como, natureza/cultura, indivíduo/coletivo, subjetividade/objetividade, entre outros. Como já assinalado, tal enfoque inaugura uma relação de inter-relação, simetria e coexistência entre humanos e não-humanos no seio das relações e conexões das redes sociotécnicas, ou seja, da própria realidade analisada (CARDOSO, 2015). Para Latour (2012):

“O social que constitui a sociedade representa apenas uma parte dos grupos formadores do coletivo. Para reagrupar o social, será necessário, afora a circulação e a formação de laços sociais tradicionalmente concebidos, descobrir outras entidades que circulem” (LATOUR, 2012: 333).

Assim, conforme explica Cardoso (2015), a proposta de mediação pensada por Latour e articuladas a outros conceitos da TAR como tradução, é pensada como toda a ação que pode transformar determinada associação. Ou seja, *“um coletivo sociotécnico possui uma história, um programa de ações, objetivos e funções, promove traduções e altera interesses que compõe a relação entre humano e não-humano”* (CARDOSO, 2015: 209).

A discussão sobre *mediação* no campo da antropologia é de longa data, especialmente quando se pensa sobre o papel do profissional de antropologia em contextos socioculturais vulneráveis. Esse debate localiza-se no horizonte das preocupações éticas e dos direitos humanos a respeito do papel desse conhecimento especializado na realidade das populações estudadas (KUPER, 1973; SEGATO, 2006).

O presente estudo não tem o propósito de aprofundar esse debate na antropologia propriamente dita. Todavia, abordar esse aspecto se faz necessário pelo fato de os pesquisadores analisados atuarem no campo da antropologia e pelo papel que a produção acadêmica em saúde indígena ganha ao se aproximar da relação entre o campo científico da Saúde Coletiva e o campo político do Sistema Único de Saúde. Silva (2008), ao problematizar o papel desempenhado pelo antropólogo para além do ambiente acadêmico na compreensão da alteridade, fórmula que:

“O papel de mediador extrapola a atuação individual e são criados espaços a serem ocupados profissionalmente, dentro de outras instituições, que não a academia. Por isso, a mediação não é apenas uma questão individual, mas de instituições internas que, constituindo uma ampliação do antigo mercado de trabalho, incorporam antropólogos no exercício da sua profissão” (SILVA, 2008: 18).

Após a Constituição de 1988 e o reconhecimento de *estado pluriétnico* e ampliação do escopo de atuação do estado brasileiro para a garantia da cidadania (SOUZA-LIMA, 2004), antropólogos passaram a ser profissionais requisitados para atividades periciais de assuntos, tais como: reconhecimento de territórios indígenas e quilombolas; mediação de conflitos na justiça; assessoria de movimentos sociais diversos, para reconhecimento de áreas de conservação ambiental, de patrimônios históricos e culturais; nas ações de segurança pública; nas políticas de educação intercultural e nas políticas de saúde dos povos indígenas. Esses são alguns campos de atuação não acadêmico mais expressivos (TRAJANO FILHO e RIBEIRO, 2004; SILVA, 2008)

Uma publicação de destaque na área de estudos em saúde indígena com o intuito de refletir e problematizar sobre esse papel foi o livro “*Saúde dos Povos Indígenas – reflexões sobre antropologia participativa*”, organizado por Esther Jean Langdon e Maria Luiza Garnelo, publicado em 2004 pela Associação Brasileira de Antropologia/Editora Contracapa. Nesta publicação, que reúne treze artigos de antropólogos com alguma interface com a saúde indígena, há relatos de experiências concretas no contexto dos serviços de saúde indígena, reflexões e problematizações sobre as atuações em campo e outros que propõe uma ampliação das concepções de saúde-doença-cuidado, em referência aos saberes e práticas hegemônicos no campo da saúde pública. Interessante notar que é uma publicação que tem a representação da ABA e, pela nossa análise, reforça a importância das associações científicas no diálogo entre os campos científico e político, tal como a ABRASCO.

O artigo que introduz esse livro, intitulado “*Pluralizando tradições etnográficas: sobre um certo mal-estar na antropologia*”, é do antropólogo João Pacheco de Oliveira, do Museu Nacional, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Nesse artigo, Oliveira discorre

acerca das ambivalências, controversas e implicações éticas e acadêmicas e do posicionamento que o antropólogo pode vir a assumir na esfera pública, especialmente, na aliança com as populações vulneráveis com as quais se vincula. Neste mesmo livro, Follér (2004) assinala a importância da atuação de cientistas sociais e antropólogos nas ações e serviços de saúde. Tal atuação é um modo de flexibilizar fronteiras epistemológicas e de práticas médicas em um contexto intercultural em que se relacionam a biomedicina e os saberes e práticas tradicionais em saúde dos povos indígenas. Como já dito, Carla Teixeira, Guilherme do Valle e Regina Neves organizaram um livro sobre essa reflexão, intitulado “Saúde, mediação e mediadores” (TEIXEIRA, VALLE, NEVES, 2017).

Assim, a emergência desses saberes, que podemos aqui considerar como os discursos produzidos sobre a diversidade cultural dos povos indígenas, e suas condições de vida e de saúde, contribuíram para a construção da crítica ao *modus operandi* da biomedicina. Essa perspectiva corrobora a análise de Michael Foucault (2002), que nomina como “*saberes sujeitado um conjunto de saberes periféricos, incluindo as vozes dos excluídos e tutelados*”; esses saberes fazem parte do “*saber histórico das lutas*” por existência, reconhecimento e hegemonia. De modo que “*no domínio especializado da erudição tanto como no saber desqualificado das pessoas jazia a memória dos combates, aquela, precisamente, que até então tinha sido mantida sob tutela*” (FOUCAULT, 2002:13). Nas palavras do autor:

“Uma série de saberes que estavam desqualificados como saberes não conceituais, como saberes insuficientemente elaborados: saberes ingênuos, saberes hierarquicamente inferiores, saberes abaixo do nível do conhecimento ou da cientificidade requeridos. E foi pelo reaparecimento desses saberes não qualificados, desqualificados mesmo, foi pelo reaparecimento desses saberes: o do psiquiatrizado, o do doente, o do enfermo, o do médico, mas paralelo e marginal em comparação com o saber médico, o saber do delinquente, etc – esse saber que denominarei, se quiserem, o “saber das pessoas” (...) foi pelo reaparecimento desses saberes locais das pessoas, desses saberes desqualificados, que foi feita a crítica” (FOUCAULT, 2002: 12).

Os pesquisadores, portanto, tornam-se mediadores na medida em que agenciam seus interesses de pesquisa ao atuar como agentes de transformação da realidade. O que contribui para a reflexão de que a ciência não se faz sem política. Os cientistas são movidos por interesses que muitas vezes extrapolam o desejo de reconhecimento e prestígio em determinado campo científico. As motivações podem estar relacionadas com o engajamento político e comprometimento do saber com a produção de impactos concretos na melhoria de condições de vida.

A emergência e crescimento de uma área de estudos destinada ao conhecimento sobre as condições de saúde dos povos indígenas constitui um desafio e uma oportunidade para as

políticas públicas de saúde. Especialmente, no que se refere às tensões, mas também diálogo, entre pesquisadores, gestores, profissionais de saúde e povos indígenas. De igual modo, o surgimento de um Subsistema de Saúde Indígena contribuiu para impulsionar a emergência e institucionalização de uma área do saber científico dedicada à temática, sendo fundamental para a garantia do mesmo Subsistema.

Com o surgimento de temáticas diretamente associadas à implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, podemos observar que os pesquisadores produtores de saberes na área são atores intrinsecamente envolvidos com as políticas públicas voltadas aos povos indígenas desde seu surgimento. Isto significa dizer que a saúde indígena emerge como um subcampo no campo do conhecimento da saúde coletiva. A saúde coletiva, portanto, serviu à reforma sanitária como o aporte teórico e metodológico para o surgimento e consolidação do atual Sistema Único de Saúde e os seus desdobramentos (VIEIRA-DA-SILVA, 2018), tal como, as políticas de saúde dos povos indígenas.

Como consequência, os pesquisadores e suas pesquisas possuem um papel importante na consolidação do Subsistência e das políticas públicas de saúde dos povos indígenas; seja para a compreensão de informações sobre a realidade e subsídios para os serviços de saúde, seja para fortalecer os movimentos sociais indígenas, oferecendo interpretações mais amplas sobre as realidades.

Marcos Terena, liderança da etnia Terena, colaborou com Edgar Morin – um dos maiores estudiosos do conhecimento e porta-vozes da perspectiva da transdisciplinaridade e do diálogo de saberes – na elaboração do livro *“Saberes locais e saberes globais: o olhar transdisciplinar”*. Nesta obra, Terena localiza a problemática da incorporação do conhecimento indígena para a construção do conhecimento científico e sinaliza a importância da mudança de paradigma em direção à troca e o diálogo entre saberes. Nas suas palavras:

“Porque a nossa comunicação era falar com as pessoas. Contar para as pessoas como eu quero contar agora, a beleza da filosofia indígena, do conhecimento e da ciência indígena. As pessoas sempre consideraram esse grande manancial como fonte, como um banco de dados, uma bibliografia para sugar o conhecimento dos povos indígenas e depois fazerem suas teses, as suas recomendações. Nunca ouvimos uma referência dizer que aquele conhecimento, aquela sabedoria foi trazida, foi usurpada dos povos indígenas” (TERENA, 2008).

Entende-se que os estudos sobre saúde indígena não pretendem ser elevados à condição de representatividade das vozes indígenas e, sim, como aliados ao processo de reivindicação de direitos e como um dos aspectos que revelam a intersecção entre os campos científico e político na arena social. Ao longo da construção deste subcampo, os pesquisadores e suas pesquisas contribuíram para o agenciamento da autonomia dos povos indígenas perante a lógica tutelar

do Estado, na medida em que relativizam o saber-poder da biomedicina. Ademais, colaboraram para a construção de políticas públicas que demonstram a importância da diversidade sociocultural indígena na Constituição Federal e no SUS. São atores que agenciam seus interesses de pesquisa ao problematizar e atuar como colaboradores e agentes de transformação na realidade, certamente carregados de controvérsias e contradições. – como qualquer ator no campo.

7. CONCLUSÕES: O DESAFIO DA CONSTRUÇÃO DE UMA CIÊNCIA A FAVOR DA DIVERSIDADE

“A gente traz os nossos corpos, a gente traz os nossos sonhos, a gente traz as nossas cores para ocupar esse espaço. A universidade e a academia é só mais um espaço que a gente tá ocupando. As nossas trajetórias são trajetórias acadêmicas, mas são trajetórias de luta, porque a universidade também é terra indígena” Inara do Nascimento Tavares⁴⁶ [grifo nosso]

Até o mês de outubro de 2020, 851 indígenas no Brasil foram a óbito em razão da Covid-19. A Organização Mundial de Saúde e a Fiocruz sinalizaram que a taxa de mortalidade nas populações indígenas da América do Sul é expressivamente maior do que na população não-indígena⁴⁷. Além disso, estudo conduzido por Santos et al (2020) tem evidenciado que a mortalidade por COVID-19 nos povos indígenas da região amazônica chega a ser o triplo da população⁴⁸. Somado a isso, a condução do governo federal no controle e combate ao vírus tem sido objeto de processos judiciais⁴⁹ e denúncias em fóruns e organismos internacionais, devido ao descaso no enfrentamento da pandemia nos territórios indígenas⁵⁰. Ao passo que organizações indígenas em parceria com organizações não-governamentais e entidades científicas passaram a registrar e a monitorar um sistema próprio de notificação⁵¹, paralelo aos dados produzidos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde, em que consideram populações indígenas que vivem em contexto urbano.

A pandemia de Covid-19 demonstrou em seis meses de existência em nossos cotidianos de que o vírus foi maléfico proporcional às desigualdades sociais existentes antes da pandemia,

⁴⁶ Pronunciamento da doutoranda da UFRRJ e indígena Inara do Nascimento Tavares durante o lançamento do projeto “Vozes Indígenas na produção do conhecimento”, lançado pela Fiocruz em parceria com intelectuais indígenas, as Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira, a Articulação Nacional dos Povos Indígenas do Brasil e o Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena (UFRR), disponível em:

https://www.youtube.com/watch?v=ZxFi_SeTex0&feature=emb_title. Acessado em 30 de outubro de 2020.

⁴⁷ Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/boletim-observatorio-covid-19-fiocruz-traz-analise-de-seis-meses-da-pandemia-no-brasil-0>. Acessado em 30 de outubro de 2020.

⁴⁸ Disponível em: [https://oglobo.globo.com/sociedade/covid-19-taxa-de-mortalidade-entre-os-indigenas-da-amazonia-legal-150-maior-do-que-media-nacional-aponta-estudo-24492819#:~:text=RIO%20%2D%20A%20taxa%20de%20mortalidade,segunda%2Dfeira%20\(22\)](https://oglobo.globo.com/sociedade/covid-19-taxa-de-mortalidade-entre-os-indigenas-da-amazonia-legal-150-maior-do-que-media-nacional-aponta-estudo-24492819#:~:text=RIO%20%2D%20A%20taxa%20de%20mortalidade,segunda%2Dfeira%20(22)). Acessado em 30 de outubro de 2020.

⁴⁹ Disponível em: <https://apiboficial.org/2020/08/01/adpf-709-no-supremo-povos-indigenas-e-o-direito-de-existir/>. Acessado em 30 de outubro de 2020.

⁵⁰ Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/jamil-chade/2020/08/18/oms-alerta-para-taxa-de-mortalidade-de-indigenas-por-covid-19.htm>. Acessado em 30 de outubro de 2020.

⁵¹ Disponível em: https://emergenciaindigena.apiboficial.org/dados_covid19/. Acessado em 30 de outubro de 2020.

ao trazer piores consequências para as populações indígenas, indivíduos negros e pobres que habitam as favelas e periferias das grandes cidades, às pessoas em condições de vulnerabilidade social e econômica de uma maneira geral. A pandemia mobilizou atores de diversos setores, escancarou controvérsias e interesses antagônicos e o mundo têm acompanhado atento a busca de uma solução por meio de fármacos, vacinas e tecnologias de controle do vírus, contudo, sabemos não ser suficiente para suprir os desafios presentes e consequentes da pandemia com relação a complexidade societal. A pandemia da Covid-19 não apenas inaugurou uma nova problemática como aprofundou as outras que eram urgentes e latentes antes de sua chegada.

Nesse sentido, a persistência das iniquidades em saúde e os desafios das políticas públicas nesse enfrentamento, expressa a importância e o papel das universidades públicas e as instituições científicas em saúde pública como aliadas das populações em condições de vulnerabilidade, tal como os povos indígenas. Vale ressaltar também que a existência de um sistema público, universal e gratuito em saúde, com grande capilaridade geográfica como o SUS contribuiu para que o desastre não fosse pior do que tem sido – ao evidenciar o Brasil como 2º colocado mundial em número de casos.

Ao recuperarmos a história dos povos indígenas no Brasil e o processo de perdas que sofreram dos seus territórios, culturas, idiomas, entre outros aspectos, podemos compreender melhor o papel do Estado e da produção do conhecimento na construção de políticas públicas nas mais diferentes áreas direcionadas a esses povos. Papel que é ao mesmo tempo necessário e problemático, sobretudo, quando pensados e executados de uma maneira pouco compartilhada com as populações a que assistem. Vários aspectos inserem-se nesta questão, sendo extensa a discussão a respeito das políticas e dos demais projetos intervencionistas nas terras indígenas que, muitas vezes, não correspondem às reais necessidades dos povos indígenas.

Mesmo sendo um contingente populacional menor, se comparado à população nacional como um todo, a diversidade étnica dos povos indígenas nos revela a imensidade das riquezas de culturas. Inúmeros são os desafios no âmbito da equidade, justiça social e direitos humanos e sobre as condições de vida e sobrevivência dos povos indígenas, especialmente no que tange ao campo da saúde. Da mesma forma como essas populações desafiam o campo das políticas públicas, o mesmo ocorre para o campo da produção do conhecimento.

Enquanto esta condição de vulnerabilidade continua sendo uma temática de pesquisa, o protagonismo indígena na luta pelos seus direitos constitui outra temática de amplo debate. Em especial, no que se refere ao lugar de representatividade de lutas históricas indígenas com as quais a academia colaborou na agenda política da redemocratização do Brasil. Se a um certo

período os cientistas falavam em nome dos povos indígenas em contextos mais encrudescidos politicamente (CUNHA, 2018), em períodos mais recentes os pesquisadores reconheceram puderam atuar como mediadores e aliados na relação dos povos indígenas com o Estado e da sociedade nacional como um todo.

Existem constantes críticas dos povos indígenas quanto às práticas de pesquisadores que estudam em suas áreas, mas não retornam às populações os conhecimentos produzidos. É certo que a condução de pesquisas científicas pouco compartilhadas com as populações participantes ainda é uma realidade em todos os campos do conhecimento e consiste em um desafio presente para os modos de se fazer ciência no século XXI. Todavia, vemos que na saúde indígena há experiências exitosas de criações de vínculos duradouros entre pesquisadores e os povos com os quais trabalham; seja com a contrapartida política ou mesmo na oferta de ações de saúde, conforme exemplos pontuais de grupos de pesquisa com atividades de pesquisa-extensão em áreas indígenas.

Vale ressaltar que parte dessas experiências exitosas ocorrem por interesse e mobilização dos próprios movimentos indígenas que se aliam à academia, ao buscarem o protagonismo indígena na própria academia, como bem expressa Dinamã Tuxá, liderança indígena e doutorando em Direito pela UnB:

“A APIB [Articulação dos Povos Indígenas do Brasil], e daí eu falo um pouco como liderança indígena, esquecendo um pouco o campo acadêmico, vêm trabalhando com as universidades, vem trabalhando com a Fiocruz que é uma instituição renomada mundialmente, que esses espaços sejam ocupados por indígenas (...) que o movimentos indígenas dialogue com as universidades como espaço de formação (...) para quebrar essa hegemonia, essa ideia de que os povos indígenas são incapazes de ocupar qualquer espaço onde for. Pelo contrário, nós somos fontes de conhecimento, nós produzimos conhecimento e agora nós estamos mostrando nossa cara dentro do campo científico de que também podemos produzir insumos e matéria científica para o campo acadêmico e para fora, respeitando as nossas especificidades, respeitando os nossos conhecimentos tradicionais que é de suma importância. De nós nunca esquecermos a nossa origem, que foi ela que nos colocou onde estamos, cada um de nós, dentro do campo acadêmico, dentro do campo de luta e principalmente na defesa do direito dos povos indígenas”⁵²

É possível concluir este trabalho compreendendo que a temática da saúde indígena nos oferece vários elementos para refletir sobre a produção do conhecimento científico e a sua relação com a construção de políticas públicas. A tese orientou-se pela prerrogativa de que a análise do percurso da constituição da temática da saúde indígena, como parte do campo da Saúde Coletiva no país, oferece a oportunidade de revisitar paradigmas, conceitos e ações que sustentam não somente a atividade científica, como as práticas políticas. Para tanto,

⁵² Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=ZxFi_SeTex0&feature=emb_title. Acessado em 30 de outubro de 2020.

primeiramente foi realizada uma abordagem em unidades de análise que constituem atividades científicas em separado: produção e disseminação científica e constituição de linhas e grupos de pesquisa. Com o objetivo de partir de uma perspectiva micro, chegamos aos atores-chave e suas produções acadêmicas.

A diversidade pode ser vista como uma oportunidade de abranger horizontes teóricos e metodológicos. Verificamos que na saúde indígena, ao mesmo tempo em que o senso comum dominante é o preconceito e a discriminação perante os povos indígenas, o conhecimento científico busca demonstrar um outro ponto de vista válido, de modo a se diferenciar desse corpo social. Assim, o conhecimento científico produzido neste campo, implicado politicamente com os horizontes de lutas por direitos dos povos indígenas, servem como uma importante contraposição ao preconceito presente no senso comum, em especial, ao senso comum por vezes presentes nos profissionais e gestores de saúde que atuam diretamente com esses povos.

Em convergência com outros estudos (TEIXEIRA, 2014; LÍCIO, 2009), os achados indicam a considerável expansão da pesquisa em saúde dos povos indígenas no Brasil nas últimas décadas. Importante notar que o crescimento da pesquisa é acompanhado de sua disseminação e distribuição em diversos campos do conhecimento; conforme explicitado na configuração dos grupos e linhas de pesquisas que estudam o tema. Essa característica revela o caráter interdisciplinar e flexível da temática, ao mesmo tempo, importante considerar as assimetrias e desigualdades na academia, ao se verificar maior a persistência da maior produção no sul e sudeste apesar da maior quantidade de grupos nas regiões norte e nordeste.

Embora a multiplicidade de conhecimentos sobre ou em interface com a saúde dos povos indígenas não tenha sido esgotada, foi possível constatar que os grupos e linhas de pesquisa dedicadas ao tema são bastante heterogêneos e sofrem variações ao longo do tempo. As redes construídas pelos pesquisadores demonstram um alto potencial científico de fortalecerem seus grupos e os campos do conhecimento associados. Estes se concretizam por meio de programas de pós-graduação, grupos e linhas de pesquisa, fontes de financiamento, organização de eventos, publicações em periódicos reconhecidos. Demonstram também um alto potencial político de se articularem com o Estado e os movimentos sociais.

As pesquisas serviram e servem como colaboração e tem um papel político para conquistas de direitos dos povos indígenas. Os pesquisadores estudados personificam e representam as características gerais da área de estudos sobre saúde dos povos indígenas.

Mesmo que eles não representem a totalidade das vertentes epistemológicas e práticas políticas que se inserem na arena da saúde dos povos indígenas.

O processo histórico de implantação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – a partir da inauguração dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no território brasileiro entre os anos de 2000 a 2002 – demonstra que a constituição da temática se fortaleceu com sua inserção no cenário ideológico, político e operacional das políticas públicas em saúde no Brasil. Ou seja, estão associados aos grandes dilemas e questões nacionais que incidem nas condições de saúde e de vida da população brasileira como um todo. Identificou-se que muitos temas refletem desafios vivenciados por uma política pública de saúde em curso, desde os aspectos políticos, sanitários, epidemiológicos e socioculturais do processo saúde-doença-cuidado.

Na revisão da literatura, observou-se a emergência de áreas do conhecimento e temáticas predominantes conforme determinados períodos temporais, que culminaram com a construção do conhecimento e de comunidades científicas. Sob uma perspectiva histórica, nas décadas de 1950 e 1960 o interesse por pesquisas sobre as epidemias em um contexto de expansão das etnografias e do conhecimento a respeito das condições de saúde e vida das populações indígenas no país se fazia presente. A partir da década de 1960 inicia-se o interesse pelos estudos de genética em povos indígenas, sob uma perspectiva comparativa entre populações diversas. Entre 1970 e 1990 estudos na área de medicina tropical começaram a delinear as temáticas, abordagens e metodologias que atualmente são incorporadas pelo grande campo da saúde coletiva e que se dedicam a estudar as condições de saúde dos povos indígenas.

Com a consolidação do campo da saúde coletiva no Brasil a partir da década de 1980 e o surgimento de programas de pós-graduação, linhas de pesquisas e estudos específicos em saúde indígena, contribuíram para que atualmente essa grande área abrigue a maior parte dos grupos em saúde indígena no país. É possível observar duas tendências na produção em saúde indígena na saúde coletiva: entre 1990-2000 com temáticas predominantes em torno da nutrição, mortalidade infantil, tuberculose, sistema de saúde indígena e sistemas médicos tradicionais; e entre 2000 a 2010, sobre saúde mental, controle social, saúde bucal e interculturalidade.

Pode-se perceber que a diversidade de temáticas que tratam sobre saúde dos povos indígenas demonstra uma possível transitoriedade de saberes e tendências, que levaram à conformação da saúde indígena enquanto uma área institucionalizada dentro da saúde coletiva. Contudo, os subtemas estudados na área revelam também que existe uma predominância da

perspectiva biomédica na determinação das temáticas estudadas e menos das perspectivas próprias dos povos indígenas quanto ao processo saúde-doença-cuidado.

A emergência do conhecimento sobre as condições de saúde dos povos indígenas e as demandas dos serviços contribuíram para a definição das temáticas estudadas, embora nem sempre os conhecimentos científicos produzam impactos concretos no desenho, planejamento e execução das políticas de saúde. Para que isso ocorresse, tomando a compreensão de campos de Bourdieu, seria necessário que houvesse um diálogo e uma aproximação efetiva e contínua entre os campos científicos e políticos. Essa lacuna entre os campos constitui um grande desafio para as políticas públicas de saúde, especialmente no que se refere ao diálogo entre gestores, pesquisadores e povos indígenas.

Com a realização dessa pesquisa foi possível constatar que o conhecimento que se sustenta com a área de estudos em saúde indígena é associado aos horizontes politicamente engajados, como a visibilidade de populações marginalizadas e tensionamentos nas agendas governamentais. Dessa maneira, defende-se que assim como o movimento de reforma sanitária trouxe essa marca para o Sistema Único de Saúde (SUS), que se concretizou em um sistema de saúde fruto da sociedade civil organizada, o movimento indigenista em articulação com diferentes sujeitos – incluindo pesquisadores e sanitaristas – forjaram a criação de um subsistema de atenção à saúde indígena inserido no SUS.

Ao observar mais diretamente a produção de quatro importantes líderes de grupos sobre o tema no Brasil, observou-se que são trajetórias permeadas pelo compromisso com a visibilidade das iniquidades e com as populações com as quais estabelecem vínculos. Além disso, adotam uma certa flexibilidade epistemológica ao abarcar tamanha interdisciplinaridade, intermedicalidade e sociodiversidade entre seus discursos e práticas. Nesse sentido, na expressão de Bourdieu, o *habitus* desses pesquisadores passa pelo reconhecimento da diversidade e valorização da autonomia e dos direitos dos povos indígenas no campo científico e político da saúde coletiva. Contudo, espera-se que uma nova geração de pesquisadores do campo seja protagonizada por acadêmicos indígenas que de fato rompam com a assimetria de lugar e poder na academia.

Associado à noção de aliança em analogia ao estudo historiográfico de Garcia (2008), no sentido de compreender quem são os *aliados* escolhidos pelos povos indígenas na relação com o Estado e a sociedade brasileira como um todo, compreende-se que os pesquisadores são atores mobilizados pelo interesse da reivindicação do direito à saúde, tanto em uma perspectiva histórica quanto no contexto atual.

É possível afirmar, portanto, que a emergência e constituição da área de estudos de saúde dos povos indígenas permite a coexistência no ambiente científico tanto de um modelo hegemônico de construção do saber sobre saúde e doença, quanto de uma arena que possibilita o contrafluxo e a crítica a essa hegemonia. A área abarca a sociedade civil e se alinha ao caminho da democratização de direitos de populações desfavorecidas pelo Estado. O que permite afirmar que favorece a própria apropriação do conhecimento científico pela sociedade civil ao torná-la não só pública, quanto passível de ser aplicada a processos de melhoria das condições de vida das populações indígenas. Sabemos que publicizar o conhecimento científico não é suficiente para a sua devida transposição além dos muros da academia: é preciso *transladar* o conhecimento científico e traduzi-lo nas linguagens e formatos adequados aos diversos públicos interessados para o pleno uso das suas soluções.

O principal limite deste trabalho localiza-se na pouca exploração das controvérsias em função de ter sido uma pesquisa fundamentalmente documental. A realização de uma pesquisa de campo com esses agentes poderia elucidar melhor as tensões. Outras limitações referem-se à não inclusão de teses e dissertações, devido ao quantitativo de materiais analisados e a falta do ponto de vista avaliativo de membros dos povos indígenas. A despeito de suas limitações, a presente tese possibilitou avanços no movimento de *decolonização* da ciência e na compreensão de como os desafios das políticas públicas em saúde indígena e das lutas sociais protagonizadas pelos povos indígenas mobilizam estudos sobre o tema. O trabalho indicou como tais pesquisas têm colaborado para a construção de discursos e práticas que endossam o aperfeiçoamento das políticas públicas na área, aprofundam as compreensões das especificidades do processo saúde-doença-atenção e permitem uma necessária flexibilidade de epistemologias.

Defende-se que o movimento indigenista, em articulação com cientistas e sanitaristas, forjou a criação de um subsistema específico no escopo do SUS. Os desafios consistem: na expansão da participação e protagonismo dos indígenas, seus especialistas e saberes nos sistemas de produção da academia; no fomento e expansão das linhas de estudo dentro da temática; na implementação de políticas públicas que considere as evidências dos conhecimentos do campo e no fortalecimento de pontes e práticas entre os cientistas e os diversos atores que compõem a arena de luta pela consolidação dos direitos indígenas no Brasil. As reflexões aqui apresentadas visam estimular ações e estudos futuros nessa direção.

7.1. ENCONTRO E REENCONTRO COM ESTA TESE

“Vou criar o que me aconteceu. Só porque viver não é relatável. Viver não é vivível. Terei que criar sobre a vida. E sem mentir. Criar sim, mentir não. Criar não é imaginação, é correr o risco de se ter a realidade. Entender é uma criação, meu único modo” Clarice Lispector⁵³

Contar uma história é sempre deixar de contar muitas outras, ainda mais quando envolve a nós mesmos. Quando pensamos em nossas trajetórias acadêmicas, é comum subjugarmos os fatores subjetivos e emocionais que nos acompanham, ainda que em grande parte das vezes são os que nos condicionam a determinadas escolhas. Este trabalho traz em si o compromisso com a *reflexividade*, que para Pierre Bourdieu (2010) possui importância ao propor uma sociologia da sociologia e do sociólogo, de suas motivações e ambições científicas e pessoais, perdas e medo. Nas palavras do autor: “*não é uma inutilidade sentimental ou uma espécie de luxo narcisista: a tomada de consciência das atitudes favoráveis ou desfavoráveis que estão associadas às suas características sociais, escolares ou sexuais, dá uma probabilidade, sem dúvida limitada, de atuar sobre essas atitudes*” (BOURDIEU, 2010: 51). Portanto, trago-me ao texto para situar o leitor de onde eu falo.

Como mulher branca, não-indígena, oriunda do interior do país, de classe média baixa, neta de refugiados árabes e de nordestinos, filha de trabalhadores de baixa escolaridade e mal remunerados, o contato com a “questão indígena” deu-se no ensino superior, mais precisamente na graduação em Ciências Sociais na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Apesar da intensa estigmatização e discriminação contra os povos indígenas no Mato Grosso do Sul, eu guardava uma memória afetiva relacionada ao que eu conhecia dessa população. Quando criança, meu passeio favorito era visitar com o meu pai o Mercado Municipal de Campo Grande, minha cidade natal, onde as mulheres da etnia Terena, oriundas de Aquidauana e Miranda, vendiam as suas produções alimentares e artesanais. Lembro-me das cores, dos cheiros e das mulheres mais velhas que descascavam milho sob uma imensa bacia. Foi justamente com essas mulheres que me reencontrei em meu primeiro trabalho etnográfico da disciplina de antropologia na universidade e desde então não parei mais de trabalhar e atuar junto aos povos indígenas.

Foi com a experiência de trabalho na Fundação Nacional de Saúde entre os anos de 2007 a 2009 – instituição anteriormente responsável pela execução da política nacional de saúde dos povos indígenas – que passei a adotar o campo da saúde pública como uma área de atuação profissional e vi na saúde indígena um espaço profícuo e necessário de atuação como cientista social. Passei a trabalhar diretamente tanto com os profissionais de saúde que atendiam aos

⁵³ LISPECTOR, C. A paixão segundo GH. Rio de Janeiro: ROCCO, 1998, pág. 21.

indígenas, quanto com os indígenas que estavam à frente dos conselhos locais e distrital de saúde. Conheci quase todas as aldeias do meu Estado e de forma mais aprofundada sobre os problemas e dificuldades que cometiam as populações indígenas, os conflitos fundiários, a falta de segurança alimentar, a hostilidade dos municípios limítrofes, entre outros. Observei, com o tempo, as lacunas existentes para se efetuar a interculturalidade preconizada no texto das políticas públicas; os estigmas e preconceitos trazidos por aqueles que atuavam com os povos indígenas; as dificuldades em compreender as especificidades culturais e os sistemas médicos tradicionais, entre outros aspectos. Dessa experiência de trabalho produzi uma monografia de especialização em Indigenismo e Desenvolvimento Sustentável na Universidade de Brasília intitulado *“Diálogo intercultural como caminho para a sustentabilidade no contexto das políticas públicas de saúde indígena”*. Este trabalho me despertou a aprofundar nessa compreensão e ingressar na vida acadêmica, mais especificamente na Fiocruz e no campo da saúde coletiva.

A tese que será apresentada ao longo das próximas páginas foi gestada nos últimos dez anos. Entre idas e vindas em um programa de pós-graduação, encontros e desencontros, mudanças de rotas e finalmente o reencontro com o propósito desta investigação, este trabalho é resultado de um intenso investimento pessoal, profissional e acadêmico.

Iniciei esta tese de doutorado com um desafio latente: estudar o próprio campo em que estou inserida. Por um lado, mais facilidades por conhecer o contexto de modo aprofundado do que se eu tivesse um olhar estrangeiro; por outro, há certos limites de crítica por estar tão próxima – esse é o risco central. Falo de um lugar de certo modo privilegiado, por estar localizada em uma importante instituição do campo da saúde coletiva, onde se localiza um dos mais antigos e reconhecidos grupos de pesquisa sobre etnicidade e saúde dos povos indígenas no Brasil.

Existe uma combinação do estranhamento – a alteridade produzida pela diferença pelo fato de eu não ter origem indígena – com a familiaridade – pelo fato de eu me propor a estudar uma temática onde estou inserida. A experiência com os povos indígenas me levou a crer que era urgente e necessário pensar o modo como o não-indígena constrói o conhecimento sobre essa diversidade, em especial no campo da saúde indígena, imbuída da responsabilidade de refletir sobre as implicações da produção do conhecimento na temática. Assim, esse objeto foi construído ao longo dos últimos anos e em confluência com várias influências e experiências, mesmo porque a noção da saúde indígena enquanto problemática de estudo e atuação vem de

uma perspectiva autorreferenciada – de quem está inserida num campo de teorias e práticas da saúde coletiva.

Correndo o *risco de ter a realidade*, nas palavras de Lispector, compreendo que narrar essa história e trajetória da produção de conhecimento científico em saúde indígena, a partir dos textos, faz-se necessário não somente para o processo de consolidação e responsabilização da sociedade brasileira para com seus povos nativos mas, principalmente, para que os próprios cientistas contem suas histórias a partir do entendimento de sua genealogia e das histórias que os constituem como tal.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**: Relatório final. Rio de Janeiro, 2009.
- ACIOLI, S. **Redes sociais e Teoria social: revendo os fundamentos do conceito**. Inf. Inf., Londrina, v.12, 2007
- ALMEIDA, Lirane Elize Defante Ferreto de. **Contribuição para o estudo da comunidade científica da saúde coletiva: os grupos de pesquisa**. Tese de Doutorado. Universidade de Campinas, 2011.
- ALMEIDA FILHO, Naomar. Bases históricas da Epidemiologia. **Cad Saude Publica**, 2(3):304-311, 1986.
- AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- BASTA, Paulo Cesar; ORELLANA, Jesem Douglas Yamall; ARANTES, Rui. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Luiza Garnelo; Ana Lúcia Pontes (Org.). - Brasília: MEC-SECADI, 2012.
- BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.
- _____. **O campo científico**. In: ORTIZ, Renato (org.). Pierre Bourdieu: Sociologia. São Paulo: Ática, 1983.
- _____. **Esboço de uma Teoria da Prática**. In: ORTIZ, Renato (Org.). A sociologia de Pierre Bourdieu, São Paulo: Editora Ática, 1994.
- _____. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: Editora Unesp, 2004.
- _____. **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 2010.
- BONI, V; QUARESMA, S. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais**. Revista Eletrônica dos Pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC. Vol. 2. Nº 1 (3), janeiro-julho/2005, p. 68-80. Disponível em: www.emtese.ufsc.br
- BRITO, Carolina Arouca Gomes de. **Medicina e antropologia: atenção à saúde no serviço de proteção aos índios (1942-1956)**. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2011.
- BUCHILLET, Dominique. **Bibliografia crítica da saúde indígena no Brasil**. Quito: Abya-Yala; 2007.

CANESQUI, Ana Maria. **Temas e abordagens das ciências sociais e humanas em saúde na produção acadêmica de 1997 a 2007**. *Ciência e Saúde Coletiva*: ABRASCO, 15 (4), 1955-1966, 2010.

_____. *Ciências Sociais e Humanas – interdisciplinaridade no campo da saúde coletiva*. In: HORTALE, Virginia; MOREIRA, Carlos; BODSTEIN, Regina Cele de Andrade; RAMOS, Célia Leitão. **Pesquisa em Saúde Coletiva – fronteiras, objetos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

CARDOSO, Andrey, SANTOS Ricardo Ventura, COIMBRA, Carlos E. A. **Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação?** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(5):1602-1608, set-out, 2005.

CARDOSO, Marina D. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In: **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015.

CASER, Arthur Torres; SÁ, Dominichi Miranda de. **Médicos, doenças e ocupação do território na Comissão de Linhas Telegráficas e Estratégicas de Mato Grosso ao Amazonas (1907-1915)**. *Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Cienc. Hum.*, Belém, V.5, n. 2, p. 363-377, mai/ago. 2010.

CARDOSO, Marina D. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In: Langdon EJM, Cardoso MD, organizadoras. **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Editora da UFSC, p. 83-106, 2015

CASTELLS, M; CARDOSO, G. **A Sociedade em Rede: do conhecimento à acção política**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 2006

COIMBRA JR., Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo V.; ESCOBAR, Ana Lúcia. (Orgs). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003.

_____; FLOWERS, Nancy; SALZANO, Fernando. **The Xavante in Transition: Health, Ecology, Bioanthropology in Central Brazil**. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2002.

COSTA, Juvenal Soares Dias da; VICTORA, Cesar G.. O que é "um problema de saúde pública"? **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 9, n. 1, p. 144-146, Mar. 2006. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000100018&lng=en&nrm=iso. access

on 16 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2006000100018>

- COSTA, DC. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. **Cadernos de Saúde Pública**, 3(4):388-401, 1987.
- DANNER, F; DORRICO, J; DANNER, F. Indígenas em movimento. Literatura como ativismo. *Remate de Males*; 38(2):919-959, 2018.
- DUPRAT DE BRITTO PEREIRA, Deborah Macedo. O Estado Pluriétnico. **Além da Tutela: bases para uma política indigenista III**, Rio de Janeiro: Contra Capa/LACED, 2002.
- ERTHAL, Regina. A ciência e o sertão: um projeto de população. In: **Memória do SPI – textos, imagens e documentos sobre o Serviço de Proteção aos Índios (1910-1967)**. FUNAI, 2012.
- FLEURY, Sônia. Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública. **Administração em Diálogo**, 7: 77-89, 2005.
- FLEURY, Sônia; OUVENEY, Andrey M. **Gestão de Redes: A estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV; 2007.
- FOLLÉR, Maj-Lis. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa/ Associação Brasileira de Antropologia, 2004.
- FOUCAULT, Michel. **Em Defesa da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- FOUCAULT, Michael. Aula de 7 de janeiro de 1976. **Em defesa da sociedade**. Martins Fontes: São Paulo, 2002.
- GALLO, Edmundo; NASCIMENTO, Paulo César. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia (org.) **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989. p. 91–118.
- GARCIA, Elisa Frühauf. Quando os índios escolhem os seus aliados: as relações de "amizade" entre os minuanos e os lusitanos no sul da América portuguesa (c.1750-1800). **Varia hist.**, Belo Horizonte , v. 24, n. 40, p. 613-632, dez. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-87752008000200017&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-87752008000200017>.
- GARNELO L, MAQUINÉ A. Financiamento e gestão do subsistema de saúde indígena: considerações à luz dos marcos normativos da administração pública no Brasil. In: Langdon EJ, Cardoso MD, organizadoras. **Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Editora da UFSC. 2015; p. 107-144.

- Garnelo LM. **Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Análise Situacional do Período de 1990 a 2004**. Universidade Federal de Rondônia, 2004. [acessado 2019 Maio 20]. Disponível em: <http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc9.pdf>
- GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luiz Carlos. **Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.
- GARNELO, Luiza. O SUS e a Saúde Indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. In: **Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.
- GARNELO, Luiza. Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena, **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan.-mar, p.175-190, 2011.
- GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia. **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012.
- GAVROGLU, Kostas. **O Passado das Ciências como História**. Porto Editora, 2007.
- GIOVANELLA, LM; MENDONÇA, MHM. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES; 2012.
- GUIMARÃES, MCS; NOVAES, SC. Autonomia Reduzida e Vulnerabilidade: Liberdade de Decisão, Diferença e Desigualdade. **Revista Bioética**, 7(1):1-3, 2009.
- HENRY, John. **A Revolução Científica e as Origens da Ciência Moderna**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1998
- HOCHMAN, Gilberto. A ciência entre a comunidade e o mercado: leituras de Kuhn, Bourdieu, Latour e Knorr-Cetina. In: **Filosofia, história e sociologia das ciências I: abordagens contemporâneas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.
- HOCHMAN, Gilberto. Campanhas Públicas, Populações (Quase) Invisíveis: endemias rurais e indígenas na saúde pública brasileira. In: **Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.
- HORTALE, Virginia; MOREIRA, Carlos; BODSTEIN, Regina Cele de Andrade; RAMOS, Célia Leitão. **Pesquisa em Saúde Coletiva – fronteiras, objetos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Os indígenas no Censo Demográfico 2010 - primeiras considerações com base no quesito cor ou raça**. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.

ISA. **Povos Indígenas do Brasil**. Instituto Socioambiental. <http://pib.socioambiental.org> (acesso em 20 de novembro de 2012).

KABAD JF, BASTOS JL, SANTOS RV. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. *Physis* 2012; 22(3):895-918.

LAKATOS, E; MARCONI, M. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas, 1996.

LANGDON EJ, WILK FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. maio-jun 2010.[acessado 2020 Mar 22]; 18(3):[9 Telas].Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23 [Links]

LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (Org.). **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa/ Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

_____. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa/ Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

_____; FOLLER, Maj-Lis. **Anthropology of Health in Brazil: a border discourse**. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, 31 (1), 4-28, 2012.

_____; DIEHL, Eliana. **Participação e Autonomia nos Espaços Interculturalis de Saúde Indígena: Reflexões a Partir do Sul do Brasil**. *Saúde e Sociedade*, v. 16, p. 19-36, 2007.

_____; DIEHL, Eliana; DIAS-SCOPEL, Raquel. P. ; WIJK, Flávio Braune . **A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)*, v. 22, p. 2637-2646, 2006.

LANGDON, Esther Jean; CARDOSO, Marina D. **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015.

Latour B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora São Paulo*. São Paulo: UNESP; 2000. [Links]

LATOUR, B. **Reagregando o Social**. Salvador: EDUFBA, 2012.

LENOIR, Rémi (1996), “Objeto sociológico e problema social”, in Patrick Champagne et al., *Iniciação à Prática Sociológica*, Petrópolis, Vozes, pp. 59-106.

LIBÂNIO, Pedro; FREIRE, José R. B. Rondon, o Brasil dos Sertões e o projeto de nação. In: **Memória do SPI – textos, imagens e documentos sobre o Serviço de Proteção aos Índios (1910-1967)**. FUNAI, 2012.

LIBERATI, A. et al. **The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration**. *PLoS Med*, v. 6, n. 7, p. e1000100, 2009.

LÍCIO JSA. **Estado Nutricional de Crianças Indígenas no Brasil: Uma Revisão Sistemática da Literatura Científica** [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

LIMA, Nísia T. **Um Sertão Chamado Brasil: Intelectuais e Representação Geográfica da Identidade Nacional**. Rio de Janeiro: Revan/ IUPERJ/ UCAM, 1999.

LITTLE, Paul E. **Territórios sociais e povos tradicionais no Brasil: por uma antropologia da territorialidade**, 2002. Disponível em: <http://nute.ufsc.br/bibliotecas/upload/paullittle.pdf>

LUCIANO, GJS; OLIVEIRA, JC; HOFFMAN MB. **Olhares indígenas contemporâneos**. Brasília: Centro Indígena de Estudos e Pesquisas; 2010.

LUZ, Madel Therezinha. **Medicina e Ordem Política Brasileira**. Rio de Janeiro: Graal; 1982.

LUZ, Madel T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática, 18(2):304-311, **Saude e Sociedade**, 2009.

MARINHO, GL; SANTOS RV; PEREIRA, NOM. Classificação dos domicílios "indígenas" no Censo Demográfico 2000: subsídios para a análise de condições de saúde, 28(2):449-466, **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, 2011.

MARTELETO, R.; SILVA, ABO. **Redes e Capital Social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local**. *Ci. Inf.*, Brasília, v. 33, n. 3, p.41-49, set./dez. 2004

MARTELETO, R. Informação, rede e redes sociais: fundamentos e transversalidades. **Inf. Inf., Londrina, v.12, 2007.**

MARTINS, Carlos Benedito. **A pluralidade dos mundos e das condutas sociais: a contribuição de Bourdieu para a sociologia da educação**. Brasília: Em Aberto, ano 9, n. 46, abr-jun, 1990.

MARTINS, Carlos Benedito. **A pluralidade dos mundos e das condutas sociais: a contribuição de Bourdieu para a sociologia da educação**. Brasília: Em Aberto, ano 9, n. 46, abr-jun, 1990.

- MENDELSON, Everett. **The social construction of scientific knowledge**. In: MENDELSON, Everett; WEINGART, Peter; WHITLEY, Richard (Orgs.). **The social production of scientific knowledge**. Dordrecht & Boston: D. Reidel Publishing Co., 1977.
- MENDES, AM; LEITE, MS; LANGDON, EJ; GRISOTTI, M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, 42:e184, 2018.
- MENDES, EV. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pós-graduação em Saúde Coletiva de 1997 a 2007: desafios, avanços e tendências**. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.15, n.4, pp. 1897-1907, 2010.
- _____. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 2004.
- _____; SANCHEZ, Odécio. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** *Cadernos de Saúde Pública*, v.9, n.3, Rio de Janeiro jul./set. 1993
- MOLL, A. **Actor-Network Theory: sensitive terms and enduring tensions**. FMG: Amsterdam Institute for Social Science Research (AISSR), 2010.
- MONTAGNER, Miguel Ângelo. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, pág. 515-526, junho de 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000200028&lng=en&nrm=iso>
- MONTEIRO, Simone; SANSONE, L. **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.
- MONTENEGRO, Raul A.; STEPHENS, Carolyn. **Indigenous health in Latin America and the Caribbean**. *Lancet*, 1859-69. 2006
- MORAES, Márcia. **A ciência como rede de atores: ressonâncias filosóficas**. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. 11(2): 321-33, maio-ago. 2004.
- NETO, Verlan Gaspar. **A outra face do crânio: antropologia biológica no Brasil hoje**. Tese de Doutorado. Pós-graduação em Antropologia Social. Universidade Federal Fluminense, 2012.
- NUNES, Everardo Duarte. **Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: Histórico e Perspectivas**. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. 15 (1): 13-38, 2005.
- _____. **Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto**. In: *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 2006.

_____ ; MARCONDES B., Willer; CABRAL, Cristiane da Silva. **A Saúde Coletiva como Prática Científica: a institucionalização do campo em publicações, teses e dissertações**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

NUNES ED. Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: Histórico e Perspectivas. **Physis** 2005; 15(1):13-38.

OLIVA, Alberto. **Filosofia da Ciência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editora, 2010.

OLIVEIRA, João Pacheco. **Uma etnologia dos "índios misturados"? Situação colonial, territorialização e fluxos culturais***. *Mana* vol.4 n.1 Rio de Janeiro, 1998

OPAS. **Network Management at PAHO/WHO Brazil: concepts, practices, and lessons learned**, 2009

OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lilia Blima. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saude soc.**, São Paulo , v. 24, supl. 1, p. 205-218, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500205&lng=en&nrm=iso>. access

on 13 Nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902015s01018>.

PAGLIARO, Heloísa; AZEVEDO, Marta Maria; SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). **Demografia dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2005.

PAIM, Jairnilson S; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?** *Revista de Saúde Pública*, 32 (4), 299-316, 1998.

PAIM, JS. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA; 2006.

Paim, Jairnilson Silva. O futuro do SUS. *Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso)*, v. 28, p. 612-612, 2012.

PEREIRA, N. O. M. Importância dos censos nacionais no conhecimento da demografia e da saúde dos indígenas do Brasil. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009**. Estudos e Pesquisas: Informação demográfica e socioeconômica. Rio de Janeiro, n. 25, IBGE, 2009.

PEREIRA, GRM; CATANI, AM. Espaço social e espaço simbólico: introdução a uma topologia social. **Perspectiva**; 20(n. esp.):107-120, 2002.

PONTES, ANA LUCIA DE M. ; Machado, Felipe ; SANTOS, R. V. ; AROUCA, C. . Diálogos entre indigenismo e reforma sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena. **Saúde em Debate** , v. 43, p. 146, 2019.

POPPER, Karl R. **Em busca de um mundo melhor**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2006.

PORTOCARRERO, Vera (Org.). **Filosofia, história e sociologia das ciências I: abordagens contemporâneas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

RAMOS, Alcida Rita, Indigenismo:um orientalismo americano, **Anuário Antropológico** [Online], I | 2012, posto online no dia 01 outubro 2013, consultado no dia 23 setembro 2019.

URL : <http://journals.openedition.org/aa/268> ; DOI : 10.4000/aa.268

RIBEIRO, Darcy. *Atlas Histórico do Brasil*. CPDOC/FGV. Disponível

em: <https://atlas.fgv.br/verbete/4555> . Acessado em maio de 2020.

ROSEN, George. **Da Polícia Médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1980.

_____. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo: Editora Unesp, 1994.

ROSENBERG, Charles. **Framing disease: illness, society and history**. Janet Golden, 1992.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Um Discurso Sobre as Ciências**. 16ª ed. Porto: B. Sousa Santos, Edições Afrontamento; 2010.

SANTOS, R.V.; ESCOBAR, Ana Lucia. Saúde dos povos indígenas no Brasil: perspectivas atuais (Editorial). **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, n.2, Rio de Janeiro mar./abr, 2001

_____; Cardoso, Andrey M.; Garnelo, Luiza; Coimbra Jr., Carlos E. A.; Chaves, Maria de Betania G. **Saúde dos Povos Indígenas e Políticas Públicas no Brasil**. In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

_____; Coimbra Jr., Carlos E. A. **Saúde e Povos indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. **Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações com ênfase nos povos indígenas no Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva: ABRASCO, vol. 5, núm. 001, p. 125-132, 2000.

SANTOS, Ricardo Ventura ; PONTES, Ana Lucia ; JR., Carlos Coimbra . Um “fato social total”: COVID-19 e povos indígenas no Brasil. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 36, n. 10, e00268220, Set. 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1194/um-fato-social-total-covid-19-e-povos-indigenas-no-brasil>. acessos em 13 Nov.: 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00268220>.

SILVA DR. Biopoder na concepção de Michel Foucault: o poder do Estado no controle da sociedade. **Periagoge** 2018; 1(1):1-13.

SILVA EL, PINHEIRO LV. A produção do conhecimento em ciência da informação no brasil: uma análise a partir dos artigos científicos publicados na área. **Intexto** 2008; 2(19):1-24.

SOUZA LIMA AC. O exercício da tutela sobre os povos indígenas: considerações para o entendimento das políticas indigenistas no Brasil contemporâneo. **Revista de Antropologia** 2012; 55:781.

SOUZA-LIMA, Antônio Carlos (Org.). **Estado e Povos Indígenas: bases para uma política indigenista**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.

SOUZA-LIMA, Antônio Carlos (Org.). Revisitando a Tutela: questões para se pensar as políticas públicas para povos indígenas. In: **Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

SOUZA-LIMA, Antônio Carlos. **Notas sobre os Antecedentes Históricos das Idéias de “Etnodesenvolvimento” e de “Acesso de Indígenas ao Ensino Superior” no Brasil**, 2008.

Disponível em: http://laced.etc.br/site/arquivos/Texto_Etnodesenvolvimento_e_Ensino_Superior_Indigenas.pdf

SOUZA, Vanderlei S. de; DORNELLES, Rodrigo C.; COIMBRA JR, Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo V. História da genética no Brasil: um olhar a partir do Museu da Genética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.20, n.2, abr.-jun. p.675-694, 2013.

SOUZA, Vanderlei S. de, SANTOS, Ricardo V. The emergence of human population genetics and narratives about the formation of the Brazilian nation (1950-1960). **Elsevier Editorial System(tm) for Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences**, 2013.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de. A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 37, n. 131, p. 515-518, Aug. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742007000200015&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742007000200015>.

SCHWARTZMAN, S. **Formação da comunidade científica no Brasil**. São Paulo:Nacional, 1979.

SETTON, Maria da Graça Jacintho. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 20, pág. 60-70, agosto de 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782002000200005&lng=en&nrm=iso>. acesso em 17 de outubro de 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782002000200005> .

STEPAN, Nancy Leys. **"A hora da eugenia": raça, gênero e nação na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 224p.

TEIXEIRA, Carla Costa; GARNELO, Luiza. **Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

TEIXEIRA, Carla Costa; SILVA, Cristina Dias da. **Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação**. *Anuário Antropológico* [Online], I | 2013. URL : <http://aa.revues.org/374> ; DOI : 10.4000/aa.374

TEIXEIRA, Carla Costa. Do Museu aos Manuais: reflexões sobre o agente indígena de saneamento. In: **Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

TEIXEIRA, Sônia M. F. **As ciências sociais em saúde no Brasil**. In: Nunes, Everardo Duarte (org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: OPAS, 1985.

_____. **O dilema da reforma sanitária**. In: Berlinger, G; Teixeira; Campos, G. W. S. *Reforma sanitária Itália e Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec, 1988.

UNESP (Universidade Estadual Paulista). **Tipos de revisão de literatura**. Botucatu: UNESP; 2015.

VARGAS, Vera LF; CASTRO I. Os pesquisadores de índios e os pesquisadores. **Revista Virtual Outros Tempos**; 10:16, 2013.

VICTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa Qualitativa em Saúde - uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.

VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria. **O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária brasileira**. Salvador: Rio de Janeiro: EDUFBA: Editora Fiocruz, 2018.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S217-S226, 2009.

VITAL, André Vasques. **Comissão Rondon, Política e Saúde na Amazônia: a trajetória de Joaquim Augusto Tanajura no Alto Madeira (1909-1919)**. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2011.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services**, 22 (3): 429-445, 1992.

ANEXO A - ARTIGO PUBLICADO “RELAÇÕES ENTRE PRODUÇÃO CIENTÍFICA E POLÍTICAS PÚBLICAS: O CASO DA ÁREA DA SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA”

DOI: 10.1590/1413-81232020255.33762019

Relações entre produção científica e políticas públicas: o caso da área da saúde dos povos indígenas no campo da saúde coletiva

Relationships between scientific production and public policies: the case of indigenous people's health in the field of collective health

Juliana Fernandes Kabad (<https://orcid.org/0000-0002-9471-6418>)¹

Ana Lúcia de Moura Pontes (<https://orcid.org/0000-0001-9162-5345>)¹

Simone Monteiro (<https://orcid.org/0000-0003-2009-1790>)²

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. Leopoldo Bulhões 1480, Mangueiras. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil.

julianakabad@gmail.com

² Instituto Oswaldo Cruz, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Abstract *This paper analyses the relationship between studies on the health of indigenous people in public health and public policies aimed at reducing ethnic-racial inequalities. This selection assumes that scientific production on the subject is part of the societal effort to confront health inequities and guarantee the rights and public policies of indigenous people. In total, 3,417 papers were found between 1956 and 2018, and 418 were selected for analysis from systematic literature mapping in the PubMed/Medline, Scopus, Lilacs, Sociological Abstract, and Web of Science databases. Initially, the literature is*

marked by the biomedical benchmark. After 1990, publications and dialogue with the human and social sciences are expanded, including the analysis of the implementation of indigenous health policy. We identified that the knowledge produced is associated with the political, social, and scientific transformations of the health reform and the indigenous agenda. Scientific production increased in 2010. We can conclude that the knowledge guiding the scientific production on indigenous health was established from a horizon politically implicated with the studied populations and improved Indigenous Health Subsystem.

Keywords *Indigenous health, Collective health, Health inequities, Systematic mapping, Brazil*

Resumo *Este artigo analisa as relações entre os estudos sobre a saúde dos povos indígenas na saúde coletiva e as políticas públicas voltadas para redução das desigualdades étnico-raciais. Tal recorte parte do pressuposto de que a produção científica sobre o tema integra o esforço societário de enfrentamento das iniquidades em saúde e garantia dos direitos e políticas públicas em saúde dos povos indígenas. A partir de mapeamento sistemático da literatura nas bases Pubmed/Medline, SCOPUS, Lilacs, Sociological Abstract e Web of Science, foram localizados 3.417 artigos entre 1956 a 2018 e selecionados 418 para análise. Inicialmente a literatura é marcada pelo referencial*

biomédico, mas após 1990 amplia-se o número de publicações e o diálogo com as ciências humanas e sociais, incluindo a análise da implementação da política de saúde indígena. Identifica-se que o conhecimento produzido está associado às transformações políticas, sociais e científicas da reforma sanitária e da pauta indigenista. A partir de 2010 há um aumento da produção científica. Conclui-se que o conhecimento que baliza a produção científica sobre saúde indígena foi se constituindo a partir de um horizonte politicamente implicado com as populações estudadas e o aprimoramento do Subsistema de Saúde Indígena.

Palavras-chave *Saúde indígena, Saúde coletiva, Iniquidades em saúde, Mapeamento sistemático, Brasil*

Introdução

A temática da saúde dos povos indígenas passou a compor a agenda de preocupações de diferentes instituições e atores sociais no Brasil, de modo mais sistemático e contínuo, há quatro décadas. Na pauta do Estado, quando passou a se responsabilizar pelas políticas públicas de atenção à saúde aos povos indígenas. No campo acadêmico pela produção de conhecimento científico em diversas áreas do conhecimento. Na arena jurídica e de luta por direitos, protagonizada pelos movimentos indígenas e pelo terceiro setor, com a reivindicação de direitos à assistência integral e pública à saúde, entre outros aspectos. Nesse cenário pós-Constituição de 1988, a pauta da saúde indígena é considerada fundamental para a consolidação da cidadania e dos direitos destes povos originários na sociedade brasileira.

Existem 305 etnias indígenas no território brasileiro, com uma população aproximada de 900 mil pessoas segundo o último Censo Populacional realizado em 2010¹. Mesmo que quantitativamente consista em 0,43% do conjunto da população brasileira, representa significativa diversidade sociocultural². Por consequência, inúmeros são os desafios para o enfrentamento das desigualdades e vulnerabilidades dessas populações, como a consolidação da cidadania, equidade e direitos constitucionalmente garantidos³⁻⁶.

Para compreender as iniciativas voltadas para a saúde dos povos indígenas, é preciso referir que a Constituição de 1988 ampliou a responsabilidade do Estado com a saúde pública da população em geral com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)⁷. O SUS tem como propósito a universalização da assistência à saúde de forma equânime, pública e gratuita nos níveis primário, secundário e terciário a todos os cidadãos do território brasileiro e em consonância com as demais áreas de atuação do Estado^{8,9}. Como resultado de articulações de movimentos indígenas e indigenistas, movimento sanitarista, pesquisadores e agentes públicos, ao longo

das décadas de 1980 e 1990¹⁰, foi criado em 1999 o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, incorporado ao SUS, por meio da Lei nº 9.836.

O Subsistema tem por objetivo primordial oferecer atenção primária em saúde nos territórios indígenas, com base nas suas especificidades socioculturais, linguísticas e geográficas, bem como propiciar aos indígenas o acesso aos níveis secundário e terciário da rede pública de saúde¹¹. A rede de atenção à saúde é regulamentada pela

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Portaria nº 254/2012) e se organiza por meio de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, tendo como diretriz a atenção diferenciada.

Ainda que se reconheça os avanços neste modelo para a garantia da universalidade do acesso dos povos indígenas aos serviços oficiais de saúde, estudos apontam as recorrentes dificuldades na implementação da atenção diferenciada e efetiva participação indígena na elaboração, execução e avaliação do subsistema^{12,13}. Nessa direção, cabe destacar que, concomitante à organização do Subsistema, a saúde dos povos indígenas foi institucionalizada no Brasil enquanto temática de produção científica, sendo crescente a sua visibilidade nacional e internacional¹⁴.

Ressalta-se que a organização do campo do conhecimento da saúde coletiva no Brasil, devido às suas características epistemológicas, pragmáticas e políticas¹⁵, alinhado às reivindicações do movimento sanitarista e consolidação do SUS, possibilitou um espaço propício para o desenvolvimento científico sobre desigualdades étnico-raciais em saúde^{16,17} e, em especial, sobre a saúde dos povos indígenas^{18,19}. Segundo Paim²⁰, a saúde coletiva é um campo do saber constituído para iluminar a complexidade do processo saúde-doença, considerando suas diferentes dimensões e implicações na realidade social, a partir da crítica a uma perspectiva reducionista de saúde.

Compreende-se que a produção científica compõe um dos elementos necessários para a caracterização de um campo científico e que essa dinâmica envolve a participação de diferentes atores sociais e inúmeras composições epistemológicas, políticas e pragmáticas.

Bourdieu²¹ define a ciência como um campo de construções, alinhamentos e embates nos aspectos simbólicos, epistemológicos e ideológicos, mediados pelo capital científico, articulados pelos atores que compõe e atuam nessa estrutura²². Tal estrutura é marcada por dinâmicas heterogêneas e assimétricas, entre áreas centrais e periféricas, em termos de poder de influência e impacto no próprio campo científico e demais campos (político, econômico, cultural, entre outros)²³. Assim, a articulação dos pesquisadores e suas redes de pesquisas possibilita o desenvolvimento e o aumento da abrangência e circulação do conhecimento científico, não somente na arena científica, mas para outros setores da sociedade²⁴.

Seguindo esse eixo de análise, este artigo orientou-se pela prerrogativa de que analisar o percurso da produção sobre a saúde indígena possibilita revisitar paradigmas, conceitos e ações que sustentam não somente a atividade científica, mas também as políticas públicas. Diante dos atuais ataques e retrocessos nos direitos indígenas²⁵, o mapeamento sistemático da literatura nacional e internacional sobre o tema nos oferece elementos para refletir sobre a produção do conhecimento científico e a sua relação com o contexto social e político mais amplo. Desse modo, visa iluminar as iniquidades e desigualdades étnico-raciais em saúde e ampliar o escopo de atuação e interlocução das ciências em relação a realidades sociais vulneráveis.

Metodologia

No período de maio a agosto de 2018 foi realizada um mapeamento sistemático da literatura científica sobre a saúde dos povos indígenas no Brasil em periódicos nacionais e internacionais. A escolha exclusiva por artigos visa compreender a circulação de ideias difundidas e utilizadas como instrumento primordial para comunicar evidências científicas em âmbito global²⁶, ainda que não seja o único elemento que define a produção científica.

Por meio do levantamento das publicações objetiva-se caracterizar a dinâmica do comportamento da produção em determinado campo do saber²⁷.

A busca foi realizada em cinco bases de dados consideradas estratégicas no armazenamento e difusão de artigos no campo das ciências da saúde, humanas e sociais, quais sejam: “PubMed/Medline”, “SCOPUS”, “Lilacs”, “Sociological Abstract” e “Web of Science”, com busca ampla e sem definição de período. As estratégias de busca foram orientadas pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) adaptados aos critérios de cada base, em torno dos termos *Health indigenous peoples*, *Indigenous population* e *Brazil*. Optou-se pela terminologia em inglês, dado que é o idioma padrão de busca das bases. Com exceção da base Pubmed/Medline, utilizou-se uma combinação de descritores pré-definidos da própria base, denominada *Medical Subject Headings* (MeSH) que abarca: *Indians, south american (MESH) AND*

Brazil (all terms).

A partir das estratégias de busca foram localizados 3.417 artigos científicos. Os critérios de seleção foram aplicados a partir da leitura do título, do resumo e de palavras-chave, avaliando se os artigos: (1) abordavam populações indígenas localizadas no Brasil e (2) se trabalham com temáticas associadas à análise das condições de vida e saúde das populações indígenas e políticas públicas de saúde indígena. Dessa forma, foram excluídos 1.210 artigos duplicados; 853 artigos que não se referiam ao contexto brasileiro; e 936 artigos que não se referiam a temática de saúde dos povos indígenas. Assim, foram selecionados 418 artigos para análise das seguintes variáveis: ano, periódicos, autor, título, palavras-chave e resumo.

Resultados

Os 418 artigos foram publicados em 173 periódicos brasileiros e estrangeiros, no período entre 1956 e 2018. Apenas 13 publicações não indicavam o periódico. A maior concentração de artigos vincula-se aos Cadernos de Saúde Pública, com 22%, seguido pelo periódico da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) com 4%. Os demais artigos estão distribuídos em diferentes periódicos, com variação entre 3% a

1% do total, sendo 35% distribuídos em 148 periódicos, muitas vezes com apenas um artigo em casa revista, conforme Gráfico 1.

Ao observar a distribuição temporal do quantitativo de publicações, verifica-se um crescimento após a década de 1990, com um salto exponencial nos anos 2000 a 2009 e entre 2010 e 2018 (N = 211). Esse último período desponta com o maior quantitativo de artigos científicos, conforme Gráfico 2.

No Gráfico 2 chama a atenção que até a década de 1970 há poucos registros de artigos científicos. Mas, isso não significa a ausência de produção científica em períodos anteriores, como sugere o estudo de Buchillet²⁸. Esta obra, consiste na maior revisão bibliográfica sobre o tema, tendo reunido 3.222 títulos de estudos sobre povos indígenas no Brasil e de países vizinhos, desde resumos em eventos científicos, artigos científicos, cartilhas, teses, dissertações, livros e capítulo de livros, em diferentes eixos temáticos.

No presente levantamento, o artigo mais antigo foi publicado em 1956 na revista *Sociologia*. Intitulado *Convívio e contaminação. Efeitos dissociativos da população provocada por epidemias em grupos indígenas*, trata da problemática das contaminações de doenças que ameaçavam a sobrevivência de populações, sendo um dos primeiros estudos na área de demografia indígena. Seu autor, Darcy Ribeiro, foi um dos grandes antropólogos e representante público no Congresso Nacional a reivindicar pelos direitos dos povos indígenas no país²⁹.

Nas décadas 1950 a 1960, período em que as ideias “evolucionistas” ainda influenciavam as pesquisas biológicas, havia um interesse centrado na compreensão e no enfrentamento das grandes epidemias que assolavam essas populações.

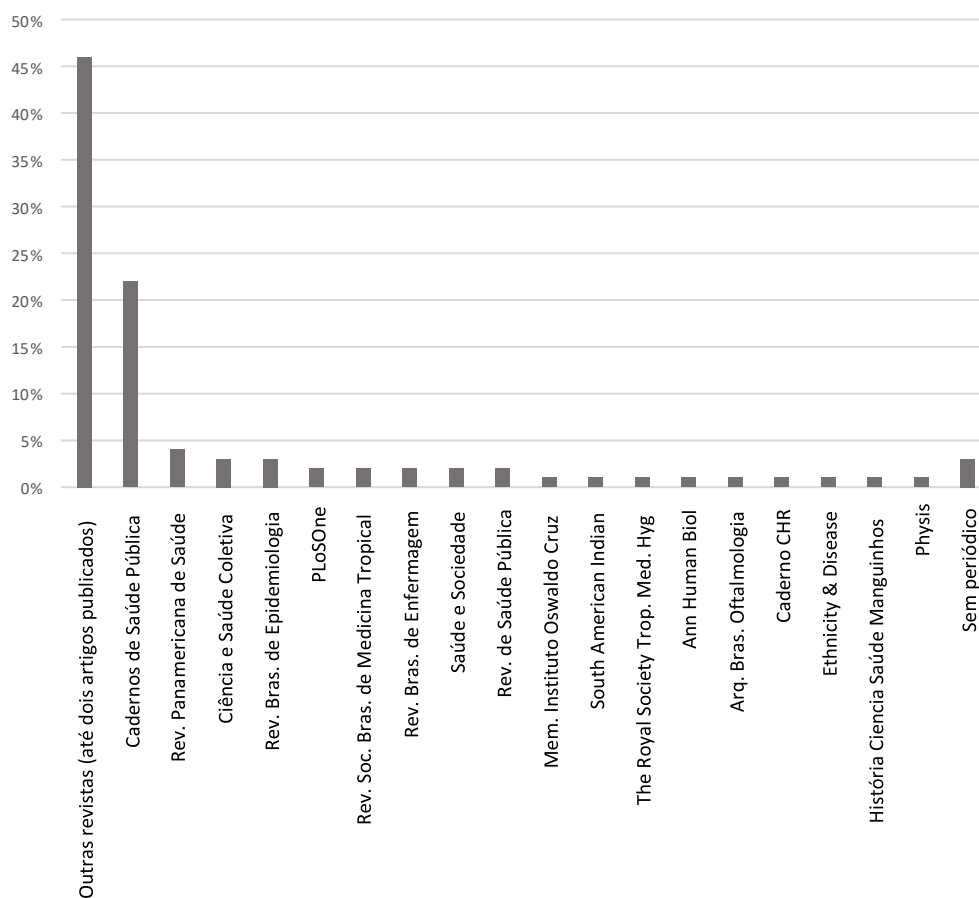


gráfico 1. Distribuição (N = 418) da produção científica de 1956 a 2018 por periódico científico.

Fonte: elaboração própria.

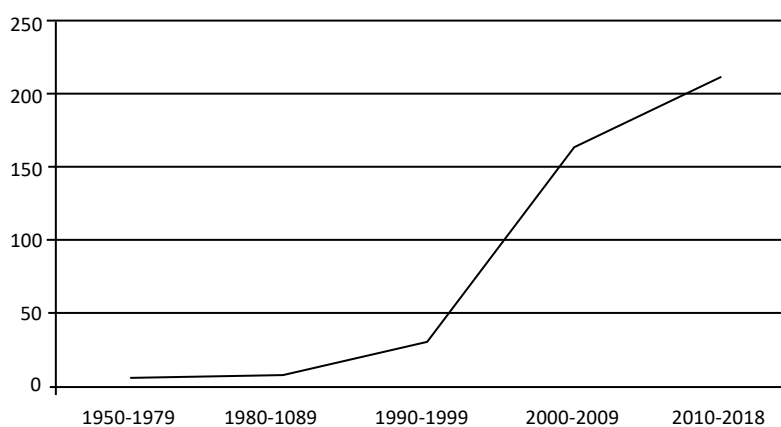


gráfico 2. Distribuição temporal das publicações por décadas, desde 1950.

Fonte: elaboração própria.

Todavia, há poucos registros de pesquisas junto aos povos indígenas em artigos científicos, por ser uma modalidade que se tornou mais propagado por meio de periódicos científicos mais recentemente em todo mundo²⁸

Ainda nesse período nota-se o foco na verificação do grau de especificidade ou generalidade dos povos indígenas com relação a outras populações. Segundo Souza et al.³⁰, estudiosos, precursores em genética de populações indígenas, estavam preocupados em construir um conhecimento capaz de explicar as características genéticas das populações humanas. A escolha por povos indígenas ocorria por serem identificados como povos “puros” do ponto de vista biológico. Assim, os geneticistas não tinham uma preocupação prioritária com a doença, que surgia como um fator seletivo para a condição de sobrevivência genética³⁰.

A partir da década de 1970 são mais presentes os estudos na área de medicina tropical sobre os agentes etiológicos que provocavam agravos mórbidos em regiões de clima tropical; área que permanece em constante desenvolvimento. Importante mencionar que a emergência dessa temática ocorre em meio às ações desenvolvimentistas na região amazônica no período da ditadura militar brasileira, que geraram diversos impactos negativos aos povos indígenas como mortes, epidemias e espoliação de seus territórios³¹.

Na década de 1980, com a emergência do campo da saúde coletiva, diversos temas do conhecimento passam a figurar, como o acesso das populações indígenas aos serviços públicos de saúde, marcado pela realização da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986. A partir da década de 1990 aumenta em cerca de 20% as publicações em periódicos científicos em comparação com a década anterior. Esse crescimento coincide com um período intenso de debates sobre a inclusão dos indígenas no SUS e o início do surgimento dos primeiros grupos de pesquisa no país que estudam a saúde dos povos indígenas. Entre 1990 e 1999 as publicações abordam assuntos variados, focados principalmente nas condições epidemiológicas das populações indígenas.

Na década de 2000-2009, período da implantação do Subsistema de Saúde Indígena no SUS, há um elevado aumento do número de publicações, que corresponde a 38% do total da revisão. Estes achados corroboram os resultados de Teixeira e Silva³¹ acerca da produção de teses e dissertações centradas na saúde indígena. As autoras identificaram um salto quatro vezes maior da produção acadêmica em relação à década de 1990 a 1999, ainda que o enfoque do trabalho fosse no campo da antropologia no Brasil. As temáticas prevalentes nesta década são, com base na primeira palavra-chave do artigo, nutrição, mortalidade infantil, tuberculose, política nacional de saúde, sistemas médicos tradicionais, saúde mental, participação social, saúde bucal, interculturalidade, entre outros.

Sobre os periódicos, a tendência da década de 2000 segue a mesma da revisão como um todo, referido no Gráfico 1, com a maior concentração (30%) na Revista Cadernos de Saúde Pública. O salto quantitativo nos anos 2000 pode ser compreendido pela edição especial do periódico Cadernos de Saúde Pública sobre a temática, em 2001, constituída por 16 artigos; 41% do que se produziu pela mesma revista na década e 13% do total das revistas nesse período. Para uma análise mais contextual, cabe referir o editorial desse número, que ocorre no âmbito dos debates dos 500 anos da colonização portuguesa, como ilustrador das preocupações científicas e pragmáticas a respeito do tema da saúde indígena em meio a estruturação no Subsistema dentro de SUS a partir de 1999:

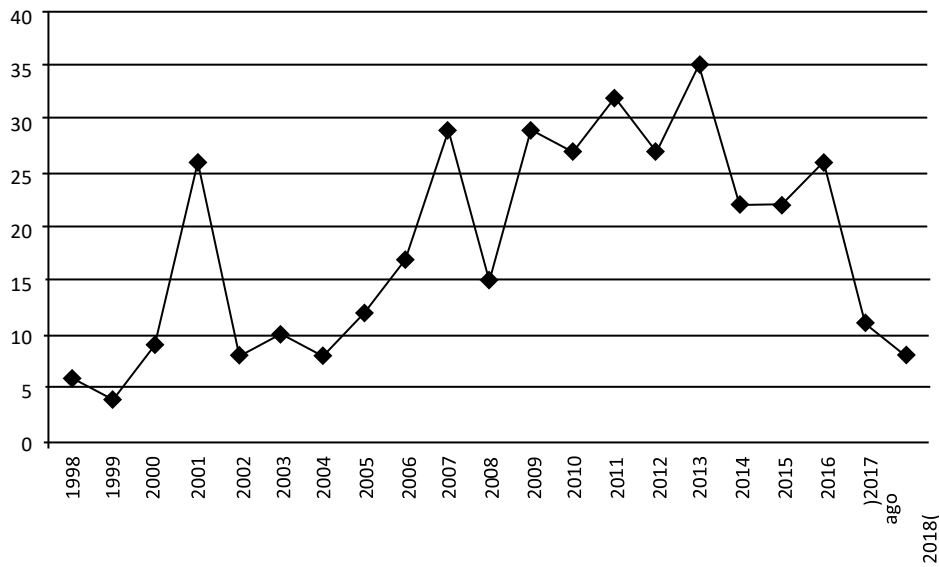
Mesmo que transbordem evidências quanto às condições de marginalização sócio-econômica, com amplos impactos sobre o perfil saúde/doença, muito pouco se conhece sobre a saúde dos povos indígenas no Brasil, ainda mais se considerarmos a enorme diversidade sócio-cultural e de experiências históricas de interação com a sociedade nacional³².

Esse quadro de expansão demonstra uma tendência crescente e proeminente, dado que o período de 2010 a 2018 representa o maior quantitativo de publicações da revisão (N = 211). Por meio desse mapeamento é possível notar a consolidação do campo de produção do conhecimento em saúde indígena ao longo dos últimos 20 anos (Gráfico 3).

No total da revisão, foram encontradas 35 temas (Gráfico 4) de acordo com as primeiras palavras-chave dos artigos: doenças infecto-parasitárias; nutrição; demografia; saúde bucal;

saúde mental; medicinas tradicionais indígenas; genética de populações; doenças crônicas e não transmissíveis; atenção à saúde, política pública de saúde indígena e participação indígena. Com menos de três artigos aparecem temas diversos como saúde da mulher, sexualidade, câncer, oftalmologia, neurologia, cardiologia, farmacologia, entre outros.

As temáticas são diversas e correspondem a diferentes vertentes disciplinares, sendo que a maior quantidade de publicações sobre doenças infecciosas (N = 142) advém das grandes áreas de medicina tropical e da epidemiologia; áreas que se entrecruzam na saúde coletiva, dado que a epidemiologia consiste em um dos seus pilares³³. A nutrição, emerge como temática frequente



e **gráfico 3.** Distribuição (%) da produção científica nos anos de 1998 a 2018 (N = 384).

Fonte: Elaboração própria.

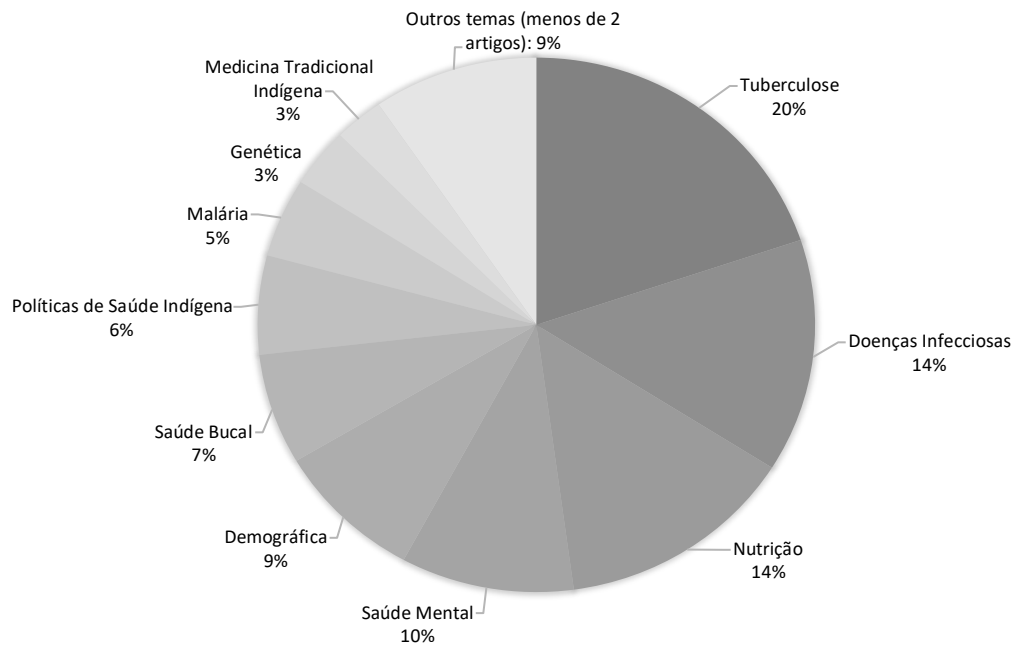


gráfico 4. Distribuição dos artigos da área de saúde indígena (N = 418) conforme temas por palavras-chave em todo o período analisado.

Fonte: Elaboração própria.

relevante, em especial nos trabalhos acerca dos hábitos alimentares dos povos indígenas e avaliação das condições de crescimento e desenvolvimento da população³⁴. Pesquisadores oriundos da Fiocruz e de universidades, principalmente de Mato Grosso do Sul e do Rio de Janeiro, realizaram os primeiros estudos sobre nutrição e povos indígenas. Ademais, foram responsáveis para a formação de quadro profissional na pós-graduação em saúde pública. Dos 58 artigos de nutrição, todos são de pesquisadores vinculados a grupos e linhas de pesquisa em saúde dos povos indígenas.

Os estudos sobre tuberculose foram separados do conjunto das doenças infecto-parasitárias, tendo em vista a emergência da questão, desde 1952, com as ações precursoras de Noel Nutels³⁵. Dos 83 artigos localizados, 15 eram de periódicos da medicina tropical e os demais do campo da saúde coletiva, com destaque para um grupo da Fiocruz. Ressalta-se que atualmente há outros grupos de pesquisa que estudam especificamente a temática, devido a sua elevada prevalência nos povos indígenas.

Sobre demografia localizou-se 36 publicações, com maior concentração no ano de 2009 e na Revista Brasileira de Estudos Populacionais. Esse tema obtém destaque na produção da área após a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o princípio de organização do sistema de informação com um módulo de demografia. Tal assunto ganhou impulso após 2010 quando o Censo do IBGE inseriu a identificação por raça/cor, mas ainda permanece um desafio o reflexo dessa coleta de informações nas publicações científicas.

Outras temáticas demonstram as importantes convergências da área de saúde indígena com a antropologia, como saúde mental e medicinas tradicionais indígenas, realizadas por antropólogos da saúde. Tais pesquisas se interessam tanto pelos hábitos considerados problemáticos

do ponto de vista da saúde pública, como o consumo abusivo de álcool e drogas, quanto pelas percepções e práticas de autoatenção dos povos indígenas. Foram encontrados 27 artigos na área de antropologia e ciências sociais sobre temas diversos, desde avaliação das políticas de saúde, sistemas médicos tradicionais e participação indígena.

Discussão

Os povos indígenas do Brasil encontram-se em situação de grande vulnerabilidade socioeconômica e de saúde, que os colocam em desvantagem de oportunidades e de acesso a direitos em comparação aos demais cidadãos. Enquanto esta condição continua sendo uma temática de pesquisa, o protagonismo indígena na luta pelos seus direitos cresce nesse debate, inclusive, no meio acadêmico³⁶. A produção científica analisada demonstra que a academia colaborou ao dar visibilidade a essas desigualdades em saúde e às especificidades dessa população no acesso ao direito à saúde. Esses dados nos permitem iniciar um debate sobre o lugar da academia para a amplificação da agenda política da redemocratização do Brasil³⁷. Daniel Mundukuru, um dos maiores intelectuais indígenas da atualidade, destaca o protagonismo dos movimentos indígenas e contextualiza o apoio de entidades acadêmicas, pesquisadores e intelectuais no processo de transformação das legislações indígenas na década de 1970 e no desenvolvimento deste debate. O que resultou na Constituição Federal de 1988 e nos direitos atualmente consagrados³⁸. A relação entre povos indígenas e pesquisadores é objeto de interesse de estudos que buscam descolonizar a ciência e a relação de poder estabelecida com grupos subalternos³⁹.

Em convergência com outros estudos^{40,41}, os achados indicam a considerável expansão da pesquisa em saúde dos povos indígenas no Brasil nas últimas décadas, seguindo o desenvolvimento do campo da saúde coletiva, ainda que com dinâmica própria. Tal crescimento é acompanhado da disseminação e distribuição em diversos campos disciplinares, dado que a saúde indígena envolve uma multiplicidade de domínios disciplinares que compõe seu *modus operandi*. Ou seja, se caracteriza tanto como um campo, quanto pela pulverização em diferentes

campos. Ademais, abarca uma intensa sociodiversidade que se expressa nas especificidades socioculturais e linguísticas de cada população e nas diferenças no interior de cada grupo étnico. O olhar sobre essa área do conhecimento na saúde coletiva revela diferentes campos disciplinares, que dialogam em torno da saúde dos povos indígenas. Se a lente fosse direcionada para cada campo – medicina, nutrição, medicina tropical, antropologia e políticas de saúde – veríamos que as pesquisas com povos indígenas aparecem como subtemas dos diferentes campos da saúde coletiva. Contudo, verifica-se que cerca de 40% das publicações são da área da Saúde Coletiva; ou seja, o montante da produção acadêmica sobre saúde indígena está inserida principalmente neste campo científico^{7,8,40}. Tais dados revelam que a produção em saúde indígena reflete os debates próprios do campo da saúde coletiva no Brasil e das suas subáreas como a epidemiologia, as ciências sociais e humanas em saúde e a política e o planejamento em saúde.

Outro aspecto revelado pelo mapeamento sistemático diz respeito às transformações no desenvolvimento das temáticas e preocupações concernentes à saúde dos povos indígenas ao longo das décadas. Esses dados demonstram que a pauta de pesquisa em saúde indígena dialoga com as preocupações sociais, políticas e científicas de cada período. A linha do tempo na Figura 1 descreve essas mudanças.

Na linha do tempo nota-se a consolidação de temas e acumulação do conhecimento produzido, sendo que a última década concentra temas diretamente associados à implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tais como: “Atenção Diferenciada e Articulação de Sistemas Médicos”; “Agentes Indígenas de Saúde”; “Participação social”; “Transição epidemiológica e demográfica”; “Transição nutricional”; “Mortalidade infantil”; “doenças crônico-degenerativas”; “doenças infecto-parasitárias”, entre outros. Essa evidência

sugere que os pesquisadores e produtores de conhecimento na área são atores envolvidos, direta ou indiretamente, com as políticas públicas voltadas aos povos indígenas e às mudanças do perfil epidemiológico e nutricional dessa população.

Quanto às especificidades da produção de conhecimento na área da saúde indígena, a partir da década de 1990, nota-se que sua existência é mediada por relações entre saberes e práticas distintas em um mesmo campo de ação; seja do ponto de vista das políticas públicas, seja da perspectiva epistemológica. Tal característica foi denominada por Foller de *zona de contato*⁴². Isso significa dizer que nesta zona existe uma assimetria que envolve intensos processos de negociação e relações de poder entre a biomedicina – representada pela normatividade das políticas de saúde e a presença de profissionais de saúde nos territórios indígenas – e as concepções cosmológicas e relações socioculturais e políticas no interior da vida comunitária dos povos indígenas e da sociedade envolvente⁴³.

A biomedicina é compreendida como um recurso de saber-poder colonizador e, trazida para este contexto, se revela na relação entre Estado, ciência e povos indígenas. Quer dizer, mesmo com a mudança da perspectiva constitucional a respeito dos povos indígenas – ao transformar a concepção tutelar pelo reconhecimento e autonomia da diversidade étnica, com a inclusão da diretriz da atenção diferenciada no subsistema –, o saber colonial pode se fazer presente pelo formato do cuidado e da atenção à saúde, onde verificamos o pleno exercício do biopoder⁴⁴. Souza-Lima¹⁰ identifica, na *gestão colonial das desigualdades*, o movimento de perpetuação e modernização da lógica tutelar por meio de organismos e práticas que circunscrevem e subjugam populações; ainda que sob o ideário salvacionista e de valor à vida própria do discurso biomédico. Para o autor, o cerne dos poderes e saberes de ordem colonial que se condensaram em torno da prática indigenista tem origens históricas distintas. Mas, se concentram no propósito da conquista de espaços territoriais como ideológicos, socioculturais e simbólicos. Garnelo¹⁸ situa que a lógica colonial e integracionista, que estigmatiza a população

como forma de manutenção da proteção estatal e do poder tutelar, ainda subjaz na promoção de direitos de cidadania. Nas suas palavras:

*No caso das minorias étnicas, embora a cidadania represente um direito e um tipo de proteção social, ela também pode significar uma forma de homogeneizar o mundo indígena aos modos de vida da sociedade nacional, podendo ainda induzir à adoção de valores e comportamentos do grupo social hegemônico em detrimento da diferenciação étnica*¹⁸

Ao compreender a área de estudos em saúde dos povos indígenas como uma produção numa “zona de contato”, reconhecemos sua capacidade de ultrapassar fronteiras e dialogar com diversas perspectivas disciplinares. O que designa sua manutenção e crescimento no interior do campo da Saúde Coletiva e em outros campos do conhecimento, como a Antropologia. Como revela a análise de Teixeira e Silva acerca das teses e dissertações de antropologia sobre saúde indígena, esses estudos se localizam nas fronteiras entre campos disciplinares bem constituídos³¹. A área de antropologia médica e da saúde possui um papel fundamental, por buscar compreender e explicar as relações interétnicas que permeiam o contexto da saúde, assim como a construção, interpretação e intervenção nos corpos e no processo de saúde e doença¹¹.

Langdon e Follér⁴⁵ descrevem as preocupações em torno das condições de saúde e adoecimento das populações através de abordagem estritamente antropológica, a partir da criação de disciplinas em cursos de pós-graduação, reuniões científicas e grupos de estudo sobre o tema. Follér⁴² assinala ainda a importância da atuação

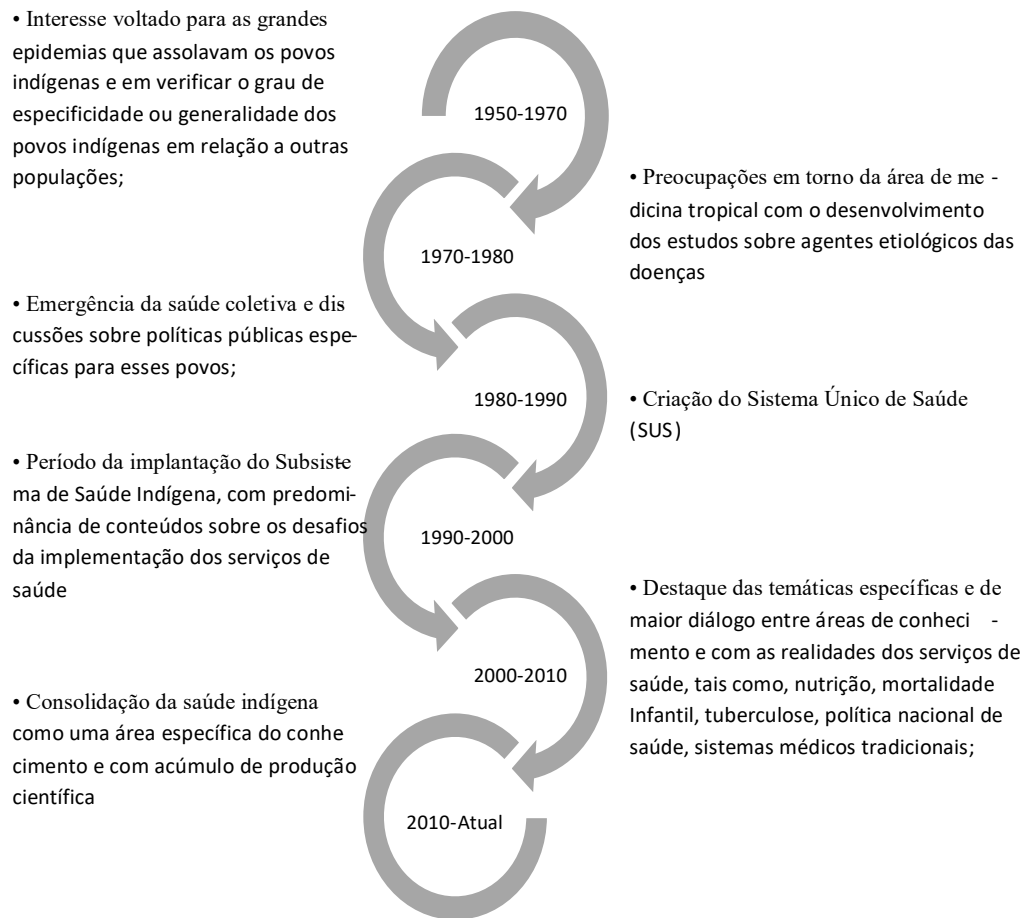


Figura 1. Linha do tempo sobre as temáticas predominantes por década sobre saúde dos povos indígenas, de

1950 a 2018.

Fonte: Elaboração própria.

de cientistas sociais e antropólogos nas ações e serviços de saúde como modo de flexibilizar fronteiras epistemológicas e de práticas médicas em um contexto intercultural, em que se relacionam a biomedicina e os saberes e práticas tradicionais em saúde dos povos indígenas. Outra vertente do campo da Saúde Coletiva, que aparece como potencializador da área de saúde indígena, é a formulação e implementação das políticas públicas em saúde direcionadas à proteção de grupos específicos. Segundo Garnelo¹⁹, a focalização é construída com o objetivo de atingir uma população em específico e a universalização prevê o conjunto da população nacional de forma indiscriminada. Ambas as abordagens não são necessariamente excludentes e convivem em disputas e tensionamentos, podendo ser complementares, como no caso das políticas de saúde indígena. A área de saúde indígena contribuiu assim para os debates sobre focalização *versus* universalização das políticas sociais, conforme o referencial conceitual da equidade e um dos pilares do SUS.

O conceito de equidade à luz do Estado Brasileiro significa tratar o diferente de modo diverso em busca da igualdade de direitos na perspectiva da justiça social⁴⁶. Vieira-da-Silva e Almeida Filho⁴⁷ discutem os diferentes conceitos de equidade e terminologias utilizadas como sinônimos, tais como iniquidade, desigualdade, entre outras, ao longo da história e de sua introdução no campo da saúde.

Desse modo, a *equidade* torna-se um conceito caro às políticas públicas diferenciadas, ao trazer para o campo da saúde pública a necessidade de uma atenção específica às populações diversas, em respeito às diversidades étnicas, socioculturais e regionais. Por se tratar de uma prerrogativa legal e moral, é um conceito que traz impacto importante para a dimensão científica, pois direciona um tratamento qualificado frente às

diversidades étnicas no universo das ciências da saúde e das análises a respeito do SUS⁴⁷.

Os resultados deste mapeamento revelam que a implementação de políticas e serviços públicos de saúde indígena contribuíram para a emergência das temáticas estudadas, demonstrando como o campo científico está em constante interface com o político. Ao mesmo tempo, é afetado pelas relações mais amplas, sendo necessário apontar as desigualdades existentes dentro do próprio campo científico no quesito priorização para políticas de fomento. No caminho indicado por Bourdieu, cabe salientar o poder de influência que as evidências científicas podem implicar nas decisões políticas e políticas de Estado²¹. Ou mesmo, avaliar se a condução das políticas é ou não capaz de dialogar com a produção do conhecimento em saúde dos povos indígenas. Ainda que este mapeamento não tenha a pretensão de resolver esse problema, do ponto de vista investigativo, essa associação surge como lacuna a ser desenvolvida por estudos futuros.

Considerações finais

Verificamos que nas últimas décadas a tema da saúde indígena se consolida nos meios acadêmicos e nas políticas públicas, refletindo a nova conjuntura das relações entre Estado brasileiro e povos indígenas. Parte relevante dessa produção se localiza no campo da Saúde Coletiva, implicado com o projeto político da Reforma Sanitária e a criação do SUS. A diversidade das temáticas abordadas nos artigos e a sua presença em vários periódicos, revelam o quanto essa área do conhecimento consolida-se na Saúde Coletiva. Todavia, também se dissemina por diferentes campos disciplinares, sendo extremamente potente para abordagens complexas e interdisciplinares.

Por meio da descrição dos principais temas e enfoques da produção científica sobre saúde indígena, constatamos que o crescimento dessa produção está diretamente relacionado à sua inserção no cenário sociocultural, político e operacional das políticas públicas em saúde no Brasil. Tal inserção reflete os diálogos dessa produção com o cenário de inúmeros desafios vivenciados pela implementação do subsistema de saúde indígena, pelas desigualdades em saúde que afetam os povos indígenas e pelas

importantes transformações dessa população em termos demográficos, epidemiológicos e nutricionais. Apesar das especificidades dessas populações, a produção de conhecimento dessa área pode contribuir para o enfrentamento das iniquidades que incidem nas condições de saúde e de vida da população brasileira.

Compreendemos que o conhecimento que baliza a produção científica sobre saúde indígena é intrinsecamente comprometido com horizontes politicamente implicados nas realidades estudadas e com a visibilidade de populações marginalizadas. O que geralmente pode ocorrer em tensões com as agendas governamentais. É possível afirmar, portanto, que a emergência e a constituição da área de estudos de saúde dos povos indígenas permitem a coexistência no ambiente científico tanto de um modelo hegemônico de construção do saber sobre saúde e doença, quanto de uma arena que permite o contra fluxo e a crítica a essa hegemonia.

Observamos que as preocupações levantadas pelas publicações se aproximam das demandas da sociedade civil organizada, do movimento indígena ao movimento sanitarista e, conseqüentemente, se alinha ao caminho da democratização de direitos de populações desfavorecidas pelo Estado. O que favorece a própria apropriação do conhecimento científico pela sociedade civil ao torná-la não só pública, quanto passível de ser aplicada a processos de melhoria das condições de vida das populações indígenas. Em uma perspectiva histórica, assim como o movimento de reforma sanitária trouxe essa marca para o SUS, que se concretizou em um sistema de saúde fruto da sociedade civil organizada, o movimento indigenista em articulação com diferentes sujeitos, incluindo pesquisadores, forjaram a criação de um subsistema de atenção à saúde indígena. Sabemos, contudo, que publicar o conhecimento científico não é suficiente para a sua devida transposição além dos muros da academia.

O processo histórico de extermínio, violências e resistência dos povos indígenas no Brasil e as conseqüentes epidemias, mortes, invasões territoriais e transformações nos seus modos de vida nos levam a apontar a relevância das discussões sobre o papel do Estado e da produção do conhecimento na construção de políticas públicas nas mais diferentes áreas direcionadas a esses povos. Papel que é ao mesmo tempo necessário e problemático, sobretudo, quando pensados e executados de uma maneira pouco compartilhada com as populações a que assistem. Vários aspectos inserem-se nesta questão, sendo extensa a discussão a respeito das políticas e dos demais projetos intervencionistas nas terras indígenas e que, muitas vezes, não correspondem às reais necessidades dos povos indígenas. Inúmeros estudos atestam, inclusive, os desafios em torno da dificuldade de diálogo entre pesquisadores, gestores, profissionais de saúde e povos indígenas.

Existem constantes críticas dos povos indígenas quanto às práticas de pesquisadores que estudam em suas áreas e que não retornam às populações os conhecimentos produzidos. Todavia, vemos na saúde indígena esforços para a criação de vínculos próximos entre pesquisadores e os povos, seja com a contrapartida política na oferta de ações de saúde ou em atividades de pesquisa-extensão em áreas indígenas. E, no momento atual, com o desenvolvimento das políticas de ação afirmativa, a implementação de processos seletivos específicos e cotas para indígenas nos cursos de nível superior e na pós-graduação, inicia-se a formação de pesquisadores indígenas na área da saúde e afins. Como perspectiva do futuro da área da saúde indígena, imaginamos que esses pesquisadores indígenas irão provocar novas transformações e mudanças no campo.

Mesmo sendo um contingente populacional pequeno, se comparado à população nacional como um todo, a diversidade étnica dos povos indígenas nos revela os desafios no âmbito da equidade, justiça social e direitos humanos. Inúmeros são as problemáticas em torno das condições de vida e sobrevivência dos povos indígenas, especialmente no campo da saúde. Nesse sentido, a diversidade pode ser vista como uma oportunidade de abranger horizontes teóricos e metodológicos.

Concordando com a afirmação de Boaventura de Souza Santos⁴⁸, *Todo conhecimento científico visa constituir-se em senso comum*, verificamos que na saúde indígena, ao mesmo tempo em que o senso comum dominante da sociedade nacional é o preconceito e a discriminação perante os povos indígenas, o conhecimento científico que emerge na produção acadêmica da saúde indígena busca demonstrar um outro ponto de vista válido, de modo a se diferenciar desse corpo social.

Nesse sentido, o presente artigo objetivou compreender o panorama sobre a produção do conhecimento científico sobre saúde dos povos indígenas e sua interface com a garantia de direitos e diminuição das iniquidades em saúde. Como limitação, entendemos que uma análise mais aprofundada sobre os conteúdos dos artigos e suas perspectivas epistemológicas, teóricas e metodológicas, pode avançar no debate; bem como a consideração de outras publicações como livros, artigos de livros, teses, dissertações e trabalhos completos de eventos científicos. Ainda que existam análises e levantamentos anteriores, que visavam dar conta desta lacuna, a principal contribuição deste artigo consiste em trazer evidências sobre a inserção da área de estudos de saúde indígena no campo da Saúde Coletiva no Brasil, conforme sinalizado pelos próprios pesquisadores do campo. E, sendo parte, nos interessa avançar na compreensão do quanto a saúde indígena reflete mudanças do campo maior e incide sobre ele em constante movimento e inovações científicas e políticas.

colaboradores

JF Kabad: Responsável pela pesquisa, concepção e desenho do artigo, redação e revisão do texto. ALM Pontes: Coorientadora da pesquisa, concepção e desenho do artigo, redação e revisão do texto. S Monteiro: Orientadora da pesquisa, adequação do desenho do estudo, redação e revisão do texto.

Referências

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Os indígenas no Censo*

Demográfico 2010 – primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.

Marinho GL, Santos RV, Pereira NOM. Classificação dos domicílios “indígenas” no Censo Demográfico 2000: subsídios para a análise de condições de saúde. *R. bras. Est. Pop.* 2011; 28(2):449-466.

Pereira NOM. *Importância dos censos nacionais no conhecimento da demografia e da saúde dos indígenas do Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); 2009.

Guimarães MCS, Novaes SC. Autonomia Reduzida e Vulnerabilidade: Liberdade de Decisão, Diferença e Desigualdade. *Revista Bioética* 2009; 7(1):1-3.

Pagliari H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. *Demografia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2005.

Coimbra Júnior C, Santos R. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Cien Saude Colet* 2000; 5(1):125-132.

Garnelo LM, Macedo G, Brandão LC. *Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); 2003.

Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saude Publica* 1998; 32(4):299-316.

Giovanella LM, Mendonça MHM. *Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?* Rio de Janeiro: CEBES; 2012.

Souza-Lima AC. Revisitando a Tutela: questões para se pensar as políticas públicas para povos indígenas. In: Souza-Lima AC, organizador. *Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 27-58.

Langdon EJ. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadoras. *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa, Associação Brasileira de Antropologia; 2004. p. 33-52.

- Cardoso MD. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In: Langdon EJM, Cardoso MD, organizadoras. *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora da UFSC; 2015. p. 83-106.
- Garnelo L, Maquiné A. Financiamento e gestão do subsistema de saúde indígena: considerações à luz dos marcos normativos da administração pública no Brasil. In: Langdon EJ, Cardoso MD, organizadoras. *Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora da UFSC. 2015; p. 107-144.
- Teixeira CC, Garnelo L. *Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
- Luz Madel T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saude Soc* 2009; 18(2):304-311.
- Kabad JF, Bastos JL, Santos RV. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. *Physis* 2012; 22(3):895-918.
- Monteiro S, Sansone L. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.
- Garnelo LM. *Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Análise Situacional do Período de 1990 a 2004*. Universidade Federal de Rondônia, 2004. [acessado 2019 Maio 20]. Disponível em: <http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc9.pdf>
- Garnelo L. O SUS e a Saúde Indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. In: Teixeira CC, Garnelo L, organizadoras. *Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. p. 107-142.
- Paim JS. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA; 2006.
- Bourdieu P. O campo científico. In: Ortiz R, organizador. *Pierre Bourdieu: Sociologia*. São Paulo: Ática; 1983. p. 122-125.
- Bourdieu P. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil; 2010.
- Pereira GRM, Catani AM. Espaço social e espaço simbólico: introdução a uma topologia social. *Perspectiva* 2002; 20(n. esp.):107-120.
- Latour B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora São Paulo*. São Paulo: UNESP; 2000.
- Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC). *Movimento indígena impede retrocessos no atendimento à saúde*. [acessado 2019 Maio 20]. Disponível em: <https://www.inesc.org.br/movimento-indigena-impede-retrocessos-no-atendimento-a-saude/>
- Silva EL, Pinheiro LV. A produção do conhecimento em ciência da informação no Brasil: uma análise a partir dos artigos científicos publicados na área. *Intexto* 2008; 2(19):1-24.
- Universidade Estadual Paulista (UNESP). *Tipos de revisão de literatura*. Botucatu: UNESP; 2015.
- Buchillet D. *Bibliografia crítica da saúde indígena no Brasil*. Quito: Abya-Yala; 2007.
- Ribeiro D. *Atlas Histórico do Brasil*. CPDOC/FGV. [acessado 2019 Maio 20]. Disponível em: <https://atlas.fgv.br/verbete/4555>
- Souza R, Cardoso AM, Garnelo L, Coimbra Júnior CEA, Chaves MBG. Saúde dos Povos Indígenas e Políticas Públicas no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. p. 911-932.
- Teixeira CC, Silva CD. Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação. *Anuário Antropológico* 2013; 38(1):35-37.

- Santos RV, Escobar AL. Editorial - Saúde dos povos indígenas no Brasil: perspectivas atuais. *Cad Saude Publica* 2001; 17(2):258-259.
- Almeida Filho N. Bases históricas da Epidemiologia. *Cad Saude Publica* 1986; 2(3):304-311.
- Lício JSA. *Estado Nutricional de Crianças Indígenas no Brasil: Uma Revisão Sistemática da Literatura Científica* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
- Costa DC. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. *Cad Saude Publica* 1987; 3(4):388-401.
- Luciano GJS, Oliveira JC, Hoffman MB. *Olhares indígenas contemporâneos*. Brasília: Centro Indígena de Estudos e Pesquisas; 2010.
- Souza Lima AC. O exercício da tutela sobre os povos indígenas: considerações para o entendimento das políticas indigenistas no Brasil contemporâneo. *Revista de Antropologia* 2012; 55:781.
- Danner F, Dorrico J, Danner F. Indígenas em movimento. Literatura como ativismo. *Remate de Males* 2018; 38(2):919-959.
- Vargas VLF, Castro I. Os pesquisadores de índios e os índios pesquisadores. *Revista Virtual Outros Tempos* 2013; 10:16.
- Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, Grisotti M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2018; 42:e184.
- Nunes ED. Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: Histórico e Perspectivas. *Physis* 2005; 15(1):13-38.
- Foller ML. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadoras. *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa, Associação Brasileira de Antropologia; 2004. p. 129-147.
- Langdon EJ, Wilk FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*