



## A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira

Carla Costa Teixeira

*Universidade de Brasília*

RESUMO: Considerando a permanência de práticas e percepções concernentes ao princípio do higienismo e da busca por mudanças comportamentais observadas nas ações cotidianas dos profissionais da saúde e da engenharia sanitária nas terras indígenas, este artigo busca refletir sobre os processos políticos, normativos e técnicos que sustentam sua atualização no contexto atual de conquista de direitos pelos povos indígenas. Desta forma, aponta para os manejos da diversidade cultural na história recente de nosso país que, em nome da inclusão dos povos indígenas, parecem estar produzindo novas hierarquias cívicas e civilizatórias. Ao privilegiar a análise do manual de formação do agente indígena de saneamento, inserindo-o no contexto recente de construção da política de saúde indígena brasileira, este trabalho busca contribuir para a compreensão de processos de estatização específicos que articulam práticas e normas, emoções e regras, representações e valores, profissionais de saúde (e engenharia), indígenas (“usuários” e lideranças) e gestores no cerne da construção da cidadania diferenciada.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde indígena, saneamento, política pública, higienismo, processos de estatização, repulsa, manual.

Gostaria de iniciar este artigo com três relatos etnográficos sobre o cotidiano das relações entre profissionais de saúde e indígenas no Brasil que são expressivos da questão que pretendo discutir aqui.



CARLA COSTA TEIXEIRA. A PRODUÇÃO POLÍTICA DA REPULSA...

Nas atividades de prevenção e cura, é frequente ouvir os profissionais em saúde manifestando preconceitos comuns sobre os índios, caracterizando-os ou condenando-os como sujeitos, ignorantes sobre as noções em relação à saúde e à doença, pacientes desobedientes ou resistentes às indicações do tratamento e incapazes de compreendê-los (Langdon, 1999, p. 6).

Tudo se passava [na palestra proferida pela enfermeira numa aldeia Munduruku] como se a alta ocorrência de verminose determinasse a evidência de um comportamento a ser modificado. [...] Aqui, o sujeito da ação é percebido através de um repertório de doenças que apresenta, e as verminoses eram sempre associadas pelas enfermeiras à falta de higiene e à falta de cuidados materno-infantis. Vale notar nesta fala o lugar secundário (quase invisível) atribuído às condições materiais de saneamento na aldeia (Dias da Silva, 2010, p. 148).

Em relação aos conteúdos transmitidos e trabalhados [no curso de formação de agentes indígenas de saúde no Alto Xingu], percebe-se que o enfoque destes está nas questões voltadas para a prevenção de doenças, baseada especialmente na necessidade de mudanças de hábitos de higiene e cuidados pessoais, de acordo com os princípios biomédicos de cuidados de saúde (Novo, 2010, p. 117).

Como o leitor pode verificar, trata-se de relatos que se referem a contextos indígenas diferenciados e a temporalidades distintas, especialmente se considerarmos que ao longo dos dez anos que separam o primeiro relato dos demais se deu a estruturação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, que pretendeu estender os princípios do binômio “saúde e democracia” do Sistema Único de Saúde aos povos indígenas. Em que pesem as transformações que se processaram nesta década, chamo a atenção nestas transcrições para a persistência (no tempo e em es-



copo) da ênfase atribuída à falta de higiene e à necessidade de alterar tais condutas entre os povos indígenas. Se isto em si não constitui uma novidade nem no Brasil, nem em vários outros contextos nacionais, a atual configuração da política brasileira parece colocar desafios novos à investigação do chamado “higienismo” (Santos, 1995; Hochman, 1998; Lima & Hochman, 2000; Góis Junior & Lovisolo, 2003).

Muitas são as pesquisas, especialmente nas fronteiras da antropologia, sociologia e história, que investigaram as relações entre nativos e autoridades com vocações sanitárias apontando para a ideologia e as práticas do higienismo como parte de um processo civilizador, nos termos de Elias (1994), de construção de um *habitus* no sentido atribuído por Bourdieu (1995), e/ou como expressão de um sistema simbólico no bojo do qual a poluição e a sujeira devem ser compreendidas como proposto por Douglas (2002).<sup>1</sup> Qual a relevância, portanto, de retomar tais questões aqui? A razão de ser deste artigo é justamente argumentar que a forma como as práticas de higiene são atualizadas hoje em dia na política de saúde indígena brasileira permite avançar na compreensão dessas relações cotidianas de dominação simbólica e política que se realizam nos corpos em contextos democráticos contemporâneos e, mais especificamente, que são desenvolvidas em nome do avanço na conquista de direitos pelos povos indígenas.

Refiro-me de forma particular ao fato de que tais relações estão no cerne do *manejo político da diversidade cultural* concebido e vivido por diferentes atores (governamentais e não governamentais) como parte dos mecanismos de construção da cidadania indígena. Uma cidadania diferenciada que logrou ganhar força no mesmo contexto em que se dava o reconhecimento de que, nas palavras do então presidente da República Fernando Henrique Cardoso, “o Brasil é uma nação multirracial e disso se orgulha, porque considera que essa diversidade cultural e étnica é fundamental para o mundo contemporâneo”<sup>2</sup> (Souza, 1997, p. 13).



CARLA COSTA TEIXEIRA. A PRODUÇÃO POLÍTICA DA REPULSA...

Desta perspectiva, trata-se de uma investigação que busca contribuir para a compreensão dos processos de construção dos Estados nacionais contemporâneos, tomando como lócus etnográfico os documentos da política de saúde indígena brasileira com vistas a explorar os paradoxos criados na conexão entre argumentos técnicos e políticos articulados no eixo saneamento, saúde e direitos diferenciados. Contudo, um tipo de documento, por sua natureza singular, assumirá destaque: o manual produzido para a formação de indígenas como agentes de saneamento para atuar nas aldeias. Considera-se que os manuais trazem em si a legitimidade da construção de um dever ser no mundo, pela apresentação de ações, técnicas ou valores que seriam pautados em verdades (materiais e/ou morais), advindas de forma pretensamente não mediada, da realidade à qual se referem. Ainda mais, pela observação de que os manuais têm sido cada vez mais utilizados pelo Ministério da Saúde na formação de profissionais e gestores em saúde, bem como na chamada “educação em saúde” voltada para a população.<sup>3</sup>

Assim, embora dialogue com experiências etnográficas registradas no cotidiano das aldeias, como os excertos acima evidenciam, não se trata de um estudo etnográfico clássico, no qual a lógica da prática adviria da observação minuciosa das interações, mas sim de uma reflexão que busca na interpretação documental mapear caminhos do engajamento normativo com o agir concreto. Antes de abordar o referido manual, no entanto, é fundamental traçar os contornos da configuração histórica e institucional na qual ele foi concebido e gerado.

### **A política de saúde indígena brasileira em contexto**

A atual política pública para a saúde indígena no Brasil foi criada como resultado da Constituição de 1988, que redefiniu o sistema de saúde





pública nacional nos termos do Sistema Único de Saúde (SUS). Até então, a saúde indígena era creditada à Fundação Nacional do Índio (Funai), a agência indigenista brasileira que era responsável por todas as ações governamentais relativas aos povos indígenas. Com a nova Constituição, não apenas a saúde se tornou um direito de todos os brasileiros e um dever do Estado, como a atenção à saúde indígena foi transferida institucionalmente para o Ministério da Saúde. Assim, no processo de criação do SUS, foi também possível considerar o desenho de uma política pública similar para a saúde indígena. Contudo, o fato de a Funai ter lutado para manter a responsabilidade sobre a gestão do cuidado da saúde indígena resultou em que a instituição de um subsistema de saúde indígena no âmbito do Ministério da Saúde tenha se dado apenas em 1999 (quase 10 anos depois).<sup>4</sup>

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que como o próprio nome indica é parte do Sistema Único de Saúde brasileiro, é organizado, no entanto, de uma forma distinta. Estrutura-se em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que não estão restritos aos limites das unidades federativas (estados ou municipalidades), mas consideram principalmente fronteiras étnicas e estendem-se por vastos territórios.<sup>5</sup>

Dentro de cada DSEI estão previstos, para o atendimento à saúde dos indígenas, 1. profissionais de saúde, agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento para o serviço de atenção básica à saúde e às condições de saneamento (água, esgoto, lixo etc.); e 2. postos nas aldeias, polos-base por grupos de aldeias e Casas de Saúde Indígena (Casai) para encaminhamento dos casos de média e alta complexidade ao SUS,<sup>6</sup> além dos conselhos de saúde locais e distritais para o exercício do chamado “controle social” das metas do plano distrital e desempenho das ações de saúde, da definição e da aplicação orçamentária.

Esta organização almejaria garantir a extensão dos princípios de universalidade, integralidade e equidade afirmados pelos SUS à população

indígena, bem como a participação dos indígenas no planejamento e na fiscalização das ações de saúde, o respeito às práticas indígenas de cuidado da saúde e sua articulação com os serviços biomédicos oferecidos pelo SUS a todos os brasileiros, a fim de “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” (Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, Funasa, 2002, p. 13).

Considerando tal organização e sua intenção política, é importante destacar o papel dos agentes indígenas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. De acordo com a Secretaria Especial de Saúde Indígena, existem atualmente 3.676 agentes indígenas de saúde e 1.301 agentes indígenas de saneamento operando no Subsistema de Saúde Indígena.<sup>7</sup> No entanto, a relevância desses agentes se apresenta plenamente apenas se os compararmos aos outros profissionais de saúde que se encontram trabalhando no Subsistema. Em termos de números, temos a seguinte informação publicada pela Funasa, em 2004, então gestora da saúde indígena no Ministério da Saúde:<sup>8</sup>

**Tabela 1**  
Atenção à Saúde Indígena – Recursos Humanos Contratados – 2000

Profissionais	Médicos	Dentistas	Enfermeiras	Aux. Enfermagem	Agentes Indígenas de Saúde <sup>1</sup> e de Saneamento <sup>2</sup>	
Total	196	174	322	1.048	2.411	
					2.194 <sup>1</sup>	151
					treinados 71	
					217 <sup>2</sup>	
					treinados 74	
Percentual	5	4	8	25	58	100

Fonte: Baseado em “100 anos de saúde pública”, Funasa/MS, 2004



Na leitura deste quadro, que se refere ao momento inicial de estruturação do Subsistema, pode-se ver a importância dos agentes indígenas que totalizavam mais de 50% dos profissionais de atendimento; e também que a maioria deles havia recebido algum tipo de treinamento.<sup>9</sup> No entanto, é preciso considerar que os agentes indígenas têm sido significativos não somente em função de sua presença numérica, mas também devido ao fato de que no modelo que orienta a gestão da saúde indígena eles são figuras institucionais fundamentais. Afinal, cabe a eles fazerem a ligação não apenas entre a comunidade indígena e os profissionais de saúde, mas principalmente no sentido de promover a articulação entre as práticas tradicionais indígenas e as biomedicinas.

Esta mediação deveria ser desempenhada de modo a assegurar: 1. o reconhecimento das especificidades étnicas e culturais no atendimento à saúde dos povos indígenas (a chamada “atenção diferenciada”<sup>10</sup>); 2. que o Subsistema de Saúde Indígena proteja, promova e recupere a saúde dos indígenas, contribuindo para garantir aos povos indígenas o exercício pleno da cidadania. Trata-se, portanto, de uma função que já na sua origem apresenta orientação técnica e também política.

Em que pese, como se pode ler a seguir, o alerta explícito nos documentos da Funasa de que a medicina ocidental deve *somar-se* às medicinas tradicionais na formação dos agentes indígenas, estes, em termos normativos, têm uma dupla representatividade que os deixa numa posição contraditória e gera muitas tensões: ele deve representar a comunidade indígena junto aos profissionais de saúde (com suas demandas e conhecimentos diferenciados) e também deve representar as equipes de saúde junto à comunidade indígena (com suas orientações sanitárias curativas e higiênicas).<sup>11</sup>

A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde [a mesma orientação se observa quanto à formação dos agentes indígenas de sanea-



CARLA COSTA TEIXEIRA. A PRODUÇÃO POLÍTICA DA REPULSA...

mento] é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, *não de modo a substituir*, mas a somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não (Funasa, 2002, p. 15, grifos meus).

Se nas regras gerais relativas à política nacional de saúde indígena observamos uma contradição potencial, nos procedimentos institucionais efetivos de construção do papel e da função dos agentes indígenas, como veremos, essa tensão é encaminhada de modo a fortalecer o seu papel de porta-voz de valores, condutas e conhecimentos das equipes de saúde e de saneamento nas aldeias, especificamente por meio dos cursos de formação dos indígenas que vêm a se constituir em agentes de saúde e de saneamento.

Assim, tem havido um considerável investimento no treinamento destes agentes, ainda que seja insuficiente e que estas “capacitações” sejam precárias em sua maioria, suscitando críticas de diferentes atores deste campo (indígenas e não indígenas). Como Cardoso escreveu em sua apresentação da etnografia de Marina Novo:

[esta etnografia] revela que um dos grandes problemas deste modelo [o Subsistema de Saúde Indígena] reside, precisamente, no modo como os princípios sobre os quais se baseia são sistematicamente obliterados por concepções biomédicas, procedimentos técnicos padronizados e por um projeto “pedagógico” que os institui (Novo, 2010, p. 13).

Aproveitando esta colocação, formulo a questão que a meu ver é fundamental para avançarmos na compreensão dos limites e das possibilidades da política pública em foco: Os problemas – abordados acima e nos relatos etnográficos que abrem este artigo – são consequências de práticas locais inadequadas (dos profissionais de saúde e/ou de engenha-



ria) ou resultam de inconsistências internas às próprias concepções da política de saúde indígena? Tratar-se-ia, portanto, de um modelo adequado porém mal executado pelos indivíduos? Minha hipótese é a de que tais “obliterações” não podem ser entendidas remetendo-as aos problemas de desempenho, ao nível local e aos indivíduos. Este tipo de redução tem gerado, como uma de suas principais consequências, a focalização dos debates político-administrativos na necessidade de modificação (a “sensibilização”) dos profissionais de saúde e de engenharia que atuam nas aldeias. Embora a ampliação do preparo específico destes profissionais para atuarem em contextos de alteridade acentuada seja importante, argumentarei no sentido de demonstrar que 1. existem contradições entre os princípios da política de saúde indígena expressos em seus diferentes documentos, ou seja, no âmbito do próprio modelo; e 2. que estas contradições expressam conflitos políticos em curso entre os distintos agentes do Estado.

Com este objetivo em mente, passarei à análise do manual cuja escolha teve como base a conjunção singular entre a sua vocação pragmática, a composição interna e a relevância política<sup>12</sup> na gestão governamental de saúde indígena: o Manual do Agente Indígena de Saneamento.

### **O Manual do Agente Indígena de Saneamento: palavras e imagens**

Existem hoje sete manuais para agentes indígenas, cuja formação é concebida de maneira modular. Seis manuais estão voltados especificamente para os agentes indígenas de saúde: Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde – Módulo Introdutório; Módulo Doenças Endêmicas; Módulo Parasitoses Intestinais e Doenças de Pele; Módulo Saúde do Adulto e Atendimento de Urgências; Módulo Saúde da Mu-





lher, Criança e Saúde Bucal; Módulo DST/AIDS; e existe apenas um manual para os agentes de saneamento: Manual do Agente Indígena de Saneamento – orientações técnicas. A orientação institucional é, no caso dos agentes indígenas de saúde, que todos façam o Módulo Introdutório e que, conforme a necessidade local, sejam escolhidos os demais módulos a serem desenvolvidos. Num projeto de capacitação distinta, o agente de saneamento não precisa fazer – e a regra é que não faça – nenhum dos módulos propostos para os agentes de saúde que, por sua vez, também não se capacitam em educação e ações de saneamento. São, portanto, duas funções distintas com algumas áreas de superposição de atuação, o que, vale destacar, os distinguiria dos agentes comunitários de saúde atuantes no Programa Saúde da Família (cujas atribuições em atenção básica incluem a observação das condições sanitárias domiciliares e do peridomicílio), os quais institucionalmente inspiraram sua criação.<sup>13</sup>

O Manual do Agente Indígena de Saneamento foi produzido pela Funasa e publicado em 2006, sendo suas orientações dirigidas para as relações entre ações de saneamento e saúde, com prioridade para os parasitos intestinais. Trata-se de um manual desenraizado territorial e etnicamente, como todos os outros seis manuais, tendo sido desenvolvido pelo Departamento de Engenharia de Saúde Pública (DENSP/Funasa) – departamento que tinha, até a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, o saneamento em terras indígenas dentre suas atribuições – com a colaboração de supervisores e instrutores de agentes indígenas de saneamento de diferentes regiões do país (segundo informação do próprio Manual). Diferente, contudo, dos manuais voltados para os agentes indígenas de saúde, este não traz orientações de objetivos e procedimentos para o curso formativo (competências, habilidades, sequência de atividades etc.), mas sim definições de conteúdo acompanhadas de rica iconografia – o que também contribuiu para sua escolha como objeto para esta análise.<sup>14</sup>





O Manual encontra-se estruturado em seis capítulos e tem como foco a água.<sup>15</sup> De um total de cerca de 120 páginas (incluindo bibliografia), quase a metade é dedicada ao capítulo da água, em sintonia com a agenda da Organização Mundial da Saúde, com atenção à desinfecção da água (tabelas de proporção entre volume da água e quantidade de cloro), à limpeza dos reservatórios (interna e externa), ao conserto de vazamentos, às instruções para coleta de água para controle laboratorial e à apresentação geral das alternativas de equipamentos – além das informações genéricas sobre contaminação da água e ciclo hidrológico.

Apesar do subtítulo “Orientações técnicas” no Manual, sua leitura cuidadosa revela que as orientações necessárias à formação do agente indígena de saneamento não parecem pretender habilitá-lo a construir equipamentos para a melhoria das condições de saneamento, mas apenas a fazer sua manutenção básica – não só no que se refere à água, mas também ao esgotamento sanitário e ao lixo. Esta observação adquire relevância se ponderarmos que a função equivalente à do agente indígena de saneamento, a dos guardas sanitários da extinta Fundação Sesp com marcada atuação no interior do país, tinha como atribuição central a construção de fossas, poços, peças para lavatórios etc., não se restringindo à sua operação e à sua manutenção.<sup>16</sup> Ao considerarmos as experiências institucionais que orientaram a criação dos agentes indígenas no Subsistema de Saúde Indígena – para os agentes de saúde, o recente Programa Saúde da Família (PSF) e, para os agentes de saneamento, a antiga atuação em saneamento da Fundação Sesp (FSesp) – foi encontrada a realização de uma dupla redução de atribuições: de um lado, a fragmentação da função do agente comunitário de saúde (existente no PSF) em agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento; de outro, o deslocamento da capacitação em construção de equipamentos simples de saneamento (própria dos antigos guardas sanitários da FSesp) para técnicos não indígenas em detrimento dos agentes indígenas de saneamento.



CARLA COSTA TEIXEIRA. A PRODUÇÃO POLÍTICA DA REPULSA...

Antes de prosseguirmos nesta análise, contudo, cabe considerar a concepção de saneamento apresentada no Manual; afinal, “fazer saneamento na aldeia” constitui sua orientação primordial:

O Agente Indígena de Saneamento busca contribuir para a *higiene* de sua comunidade, para prevenir as doenças, atuando no saneamento da aldeia. Saneamento é um conjunto de ações sobre o ambiente, cujo objetivo é *proteger a saúde* da comunidade ou da aldeia. Em outras palavras, fazer saneamento na aldeia é oferecer as seguintes benfeitorias às comunidades indígenas: abastecimento de água; coleta, tratamento e destino adequado dos esgotos; coleta, tratamento e destino adequado do lixo ou resíduos sólidos (pp. 13-14; grifos meus).

O Manual se baseia, assim, em um entendimento de saneamento que remonta ao chamado “saneamento básico”, nada tendo a ver com as definições contemporâneas de saneamento ambiental que priorizam a sustentabilidade ambiental articulada à promoção da saúde e à qualidade de vida.<sup>17</sup> A lógica predominante é estritamente a da *biomedicina higiênica*. Tal lógica contraria a compreensão oficial da Organização Mundial de Saúde, da Funasa e da maioria dos engenheiros civis e ambientais, inclusive de alguns daqueles que participaram da sua elaboração.<sup>18</sup>

Segundo esta orientação biomédica higiênica, num aparente paradoxo, lemos ao longo do Manual considerações pretensamente valorizadoras da dimensão cultural. Assim, já na segunda página da Introdução, encontra-se o elogio da diversidade cultural anunciado nos seguintes termos:

Na formação do AISAN, *os processos culturais, são considerados como fator preponderante* [...]. É importante considerar e trabalhar como cada etnia, aldeia ou comunidade concebe seu próprio corpo e a relação entre o pro-



cesso saúde/doença, meio ambiente, modo de viver e trabalhar, e a relação com a água do rio, da chuva, do açude, do lago e também com a água subterrânea (grifos meus).

Algumas páginas adiante, contudo, encontramos, sem qualquer ponderação ou ressalva, a seguinte definição de doença, que desconsidera sua dimensão processual ampliada: “Doença é a *reação natural do organismo* que pode levar o homem ao estado de enfraquecimento e até a morte, quando não é tratada” (p. 14; grifos meus). Tal definição naturalizada e reducionista do adoecer, que contraria as cosmologias indígenas brasileiras, parece constituir, assim, um dos *limites da consideração e do reconhecimento da diversidade cultural*, ou seja, um indicador da medida a partir da qual a diversidade não mais poderia ser incluída e celebrada.

Esta fronteira se expressaria na afirmação da existência inegociável de uma realidade natural irredutível à qual as concepções e as práticas culturais estão objetivamente sujeitas e devem, portanto, se adequar ou serem adequadas. Seria esta a adequação cultural que o agente indígena de saneamento pode, pela sua relação de pertença com a “comunidade”, e teria o dever de favorecer, na função de facilitador e tradutor dos conteúdos da biomedicina e da engenharia sanitária, aos demais indígenas, mas que, para tanto, precisa ser devidamente “formado” (no sentido de informado e conformado) pelos profissionais não indígenas. As tensões entre os diferentes atores já podem, assim, ser antecipadas: a importância de “trabalhar como cada etnia, aldeia ou comunidade” concebe corpo, saúde/doença, meio ambiente etc., articulada ao princípio de irredutibilidade da natureza física (ambiental e humana), é transformada aqui em instrumento com vistas a modificar comportamentos coletivos. Tratar-se-ia de um processo de engenharia social no qual o agente indígena é concebido como o ator-chave no domínio dessas ferramentas culturais, sendo, para tanto, ressignificado política e institucional-

mente como um aliado subalterno dos profissionais da saúde e da engenharia na construção de corpos higienizados e, de acordo com os conhecimentos biomédicos e sanitários, corpos sadios.

Se estas são as contradições expressas no discurso escrito do Manual, o que dizem suas imagens? O significado da iconografia<sup>19</sup> adotada insinua-se ao leitor quando surge a primeira ilustração. Trata-se de uma imagem referenciada na definição de saúde que abre o capítulo sobre processo saúde/doença (Figura 1). Se o texto destaca a saúde como “harmonia”, a ilustração sugere proximidade e convivência indevida entre pessoas e animais, corpos (pés descalços) e fezes, habitações e cursos d’água. Por sua vez, a definição abrangente de saúde é negada também pela própria estrutura do capítulo, que é organizado por *tipo de doença*, para cada uma trazendo informações sobre: o que é; como é transmitida; como evitar e prevenir.



Figura 1

Fonte: Manual do Agente Indígena de Saneamento, Funasa, 2006

Ainda neste capítulo, quando observamos os desenhos que ilustram os modos de transmissão das diferentes doenças relacionadas à falta de saneamento, verificamos que o comportamento higiênico considerado inadequado de crianças e adultos indígenas é o foco (Figura 2). Como compreender semelhante estreitamento de perspectiva que tem início com a enunciação abrangente de saúde como bem-estar e se desenvolve

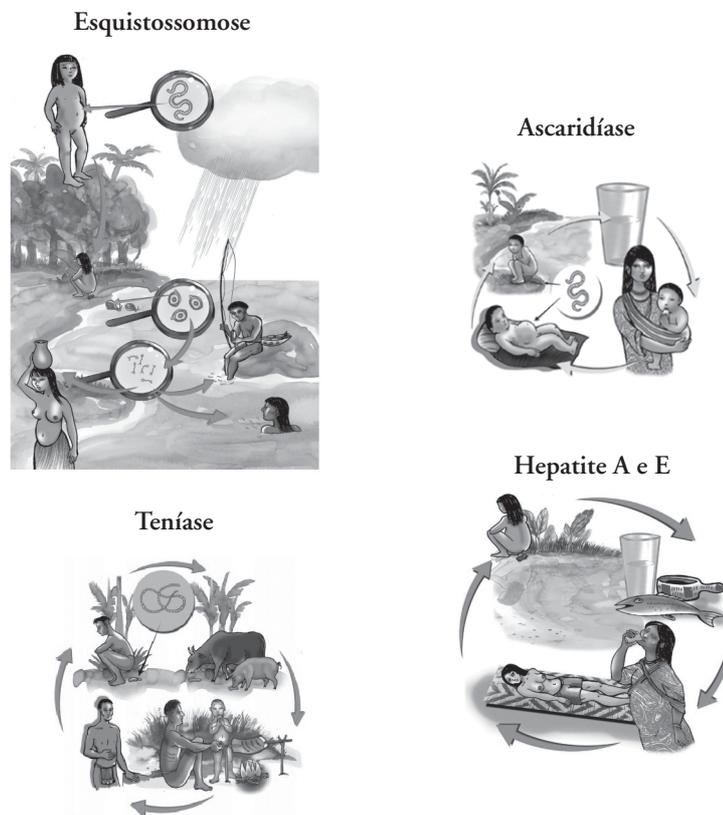


Figura 2  
Fonte: Manual do Agente Indígena de Saneamento, Funasa, 2006



via redução do adoecer ao modo como o indivíduo se comporta na relação com seus resíduos (excrementos e lixo)? O que proponho aqui, por meio de interpretações que tornem mais densa e polissêmica a linguagem (visual e narrativa) médico-sanitária, é a ampliação deste campo de visão, buscando incluir no sistema de relevâncias (Schutz, 1993) que o estrutura tanto o que está objetivamente excluído quanto o que está moralmente insinuado, em nome de funções informativas e educativas.

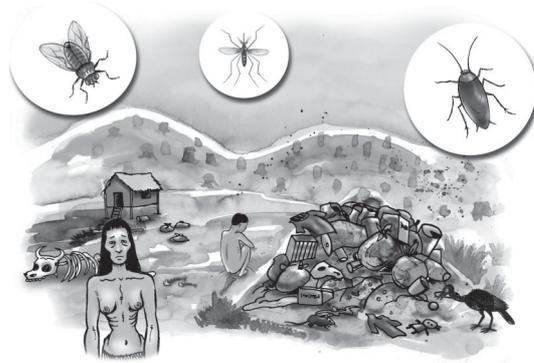
Para tanto, devemos começar levando a sério a proposta explicitada no Manual: trata-se de um manual de orientações técnicas. Deste ponto de partida, realiza-se um escrutínio minucioso da adequação interna entre imagem e informação textual (para a obtenção dos fins almejados) e da adequação da própria imagem à realidade externa que pretende retratar. Após tal procedimento, pude observar que, da perspectiva da engenharia sanitária, as imagens do Manual não são acompanhadas textualmente de informações suficientes para permitir ações materiais efetivas. Desde as mais básicas como, por exemplo, a limpeza dos poços, cujas orientações são plenas de expressões técnicas (“diâmetro”, “volume”, “coluna de água” etc.), compondo fórmulas de desinfecção por cloro e sem explicações ou definições do que sejam, até as imagens de alternativas para a construção de poços sem especificações sobre como executar a manutenção de cada uma delas.

Já do ponto de vista epidemiológico, por vezes as próprias imagens são equivocadas, como no caso do mosquito *aedes aegypti*, transmissor da febre amarela e da dengue, que é retratado sem sua principal característica visual: as pernas zebreadas;<sup>20</sup> e nas repetidas fotografias de indígenas lavando as mãos, que não estão adequadas às orientações consagradas na biomedicina (por exemplo, quando da campanha de prevenção à gripe H1N1) de como se deve esfregar o sabão entre os dedos, nas palmas e nas costas das mãos, até o antebraço etc.

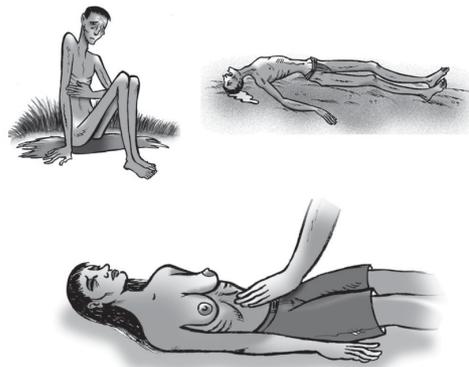


Inconsistências deste tipo dificilmente teriam passado despercebidas numa publicação cuja vocação técnico-educativa fosse central. Se a primazia da vocação instrumental anunciada não se sustenta após uma análise minuciosa de conteúdo imagético e textual da publicação, cujas linhas centrais são apresentadas aqui, como compreender a missão deste Manual?

**Ambiente degradado**



**Doenças relacionadas aos esgotos podem levar à morte**



**Figura 3**

Fonte: Manual do Agente Indígena de Saneamento, Funasa, 2006





CARLA COSTA TEIXEIRA. A PRODUÇÃO POLÍTICA DA REPULSA...

Pela composição (por justaposição e sequencialidade) de imagens e texto, cria-se um campo de significado cuja compreensão requer que se considere existir em toda ação humana, como bem nos lembrou Turner, sempre duas dimensões: uma técnico-instrumental e outra simbólica, que busca expressar a posição social dos atores. Assim, embora o Manual do Agente Indígena de Saneamento se apresente como um manual de “orientações técnicas”, aponto que nas informações disponíveis em suas páginas há o predomínio da função simbólica na produção de certa distinção social em detrimento da relação meio (informações do Manual) e fins materiais (promoção da saúde na aldeia) que caracterizaria a função técnico-instrumental. As imagens desenhadas no Manual não se reduzem a ilustrações do que é escrito, ao contrário, como vimos, por vezes o contrariam, atuando na produção de sentido social numa relação de complementaridade à sua fragilidade técnica.

Estabelece-se um jogo que, simultaneamente, revela e constitui, por um lado, o lugar inferior que ocupa o agente indígena de saneamento nas equipes de saúde e saneamento (considerado incapaz de discernir entre alternativas e executar procedimentos técnicos além da limpeza e do manejo dos equipamentos) e, por outro, deixa entrever, sobretudo, que a proposta de saneamento a ser implantada parece repousar numa concepção que tem no ser humano o elemento primordial a ser modificado, a fonte maior de poluição a ser controlada. A função do agente indígena de saneamento seria, assim, muito mais a de sanear pessoas (figura 4) do que a de cuidar de equipamentos básicos de saneamento ambiental. A ordenação do meio físico revelou-se aqui intrinsecamente subordinada ao domínio meticuloso e continuado da ação humana. A eficácia técnica do saneamento, nas linhas do Manual, mostrou-se dependente da eficácia social, uma dependência que, por sua vez, atualiza o higienismo e o traduz em intervenções sanitárias educativas cuja natureza autoritária se pretende ocultar sob o alegado intuito de promoção de cidadania.

O Aisan deverá orientar a comunidade sobre a forma adequada do uso da privada com vaso sanitário, a fim de garantir seu bom funcionamento e o total aiastamento dos dejetos, conforme descrito a seguir:

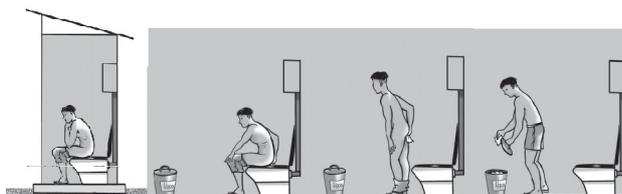


Figura 4

Fonte: Manual do Agente Indígena de Saneamento, Funasa, 2006

As imagens do Manual são, por fim, expressivas de um indígena genérico doente por seu próprio comportamento anti-higiênico e sujo (figuras 1 a 3), cabendo, portanto, a ele a responsabilidade de interromper o processo de adoecimento por meio da modificação de suas condutas (figura 4). Se esta seria a posição social e moral expressa na hierarquia de relevâncias que estrutura o Manual, o que estaria excluído desta paisagem de possibilidades?

Esta abordagem não faz qualquer referência à precariedade de condições de saneamento em que vivem as populações indígenas brasileiras, especialmente as que estão aglomeradas em territórios reduzidos, como os Guarani-Kaiowá, os Nadeva e os Terena, na região Centro-Oeste, onde 12 mil indígenas dividem 3.539 hectares na Terra Indígena de Dourados, sem condições de produzir para se manterem e com insuficiente esgotamento sanitário e água tratada. Tampouco o Manual permite apreender o quanto o retrato de indígenas, principalmente adultos, defecando às margens de cursos d'água é moralmente ofensiva para grande parte dos povos indígenas que, como os Yanomami, da região Amazônica, consideram que os não indígenas precisam de banheiro exata-



CARLA COSTA TEIXEIRA. A PRODUÇÃO POLÍTICA DA REPULSA...

mente por não saberem defecar nos lugares adequados, não guardando distância, por exemplo, dos rios.<sup>21</sup> As condições materiais de existência dos povos indígenas desapareceram em meio a comportamentos preconcebidos que lhe foram imputados, num duplo mecanismo de desconsideração de seus direitos (materiais e simbólicos).

O que o Manual revela, por sua vez, é que, num processo perverso de deslocamento de responsabilidade das instâncias governamentais para os povos indígenas, coletiva e individualmente,<sup>22</sup> tal iconografia reforça atitudes moralmente negativas e estigmatizantes por parte de profissionais de saúde e de saneamento que atuam na atenção à saúde indígena e que, com frequência, como relatado em etnografias e depoimentos indígenas em eventos políticos e acadêmicos, percebem os indígenas como mal cheirosos e sujos, difíceis de lidar (e, do ponto de vista médico, de tratar) e avessos às orientações sanitárias, seja por ignorância, seja por dificuldade de entendimento, ou por serem assim mesmo (por sua natureza ou cultura). Mas, em especial, essas imagens constituem verdadeiros ícones, ou seja, signos (Peirce, 1993) que, por sua capacidade de comunicação imediata com os leitores e limitados no sentido de suscitar reflexão, remetem de forma direta os indígenas a níveis destituídos de uma pertença plena à humanidade, por meio da produção imagética da repugnância, da repulsa e do nojo pela mistura incivilizada e perigosa de fezes, animais e seres humanos que as imagens acima nos trazem. Explorar os desdobramentos políticos da produção institucional do nojo e da repugnância em relação aos indígenas brasileiros é o objetivo das páginas finais deste artigo.



## Repugnância, nojo e diversidade

No debate acadêmico sobre o nojo existe um consenso sobre sua universalidade no sentido de que em todas as configurações humanas podem se encontrar manifestações de aversão, repugnância e evitação a determinadas coisas, animais ou mesmo pessoas. Contudo, a abrangência desta universalidade e suas razões são objetos de controvérsias que não logram chegar a termo. De um lado, temos os que propõem ser o nojo uma emoção instintiva que se enraíza no processo evolutivo da espécie humana, constituindo-se num mecanismo de defesa contra doenças infecciosas e, desta perspectiva, guardaria um estatuto anterior à cultura (Curtis & Biran, 2001; Curtis, 2007). De outro lado, encontramos os autores que propõem serem tais sentimentos, emoções e práticas, como todos os demais, indissociáveis da totalidade simbólica, fenomenológica, social, histórica, cultural, moral e/ou política em que se observam (Douglas, 2002; Kolnai, 2004; Miller, 1997).

Assim, os primeiros explicam as práticas de higiene como expressão comportamental de uma força seletiva, uma adaptação ocorrida no processo evolutivo da humanidade na defesa contra os seres patogênicos, considerados, a partir de determinado estágio da nossa evolução, mais ameaçadores do que os predadores. Esses pesquisadores vêm desenvolvendo trabalhos que concluem serem universais as coisas, os animais e as pessoas que suscitam nojo (excrementos, alimentos estragados, algumas criaturas vivas e categorias de pessoas, violações morais ou de normas sociais), seja por seu poder de transmissão de doenças, seja pela extensão metafórica deste poder para as relações sociais (Curtis & Biran, 2001, p. 21).

Já o segundo grupo de autores adere à premissa de que a própria teoria evolucionista e biomédica é parte de um processo histórico a ser investigado e, deste lugar epistemológico, desenvolveram averiguações que



CARLA COSTA TEIXEIRA. A PRODUÇÃO POLÍTICA DA REPULSA...

refutam a redução das complexas condutas, atitudes e interações humanas a raízes biológicas universais, destacando os processos individuais e coletivos, sincrônicos e diacrônicos que orientam a ordenação simbólica e material do mundo, na qual as chamadas práticas de higiene e de limpeza se desenvolveram, transformaram e foram transformadas.<sup>23</sup>

Longe de pretender desenvolver um debate sobre a produção do conhecimento ou o estado da arte nesse universo, a explicitação das forças disciplinares que polarizam as investigações contemporâneas sobre higiene, limpeza, sujeira, contaminação e nojo tem como único objetivo apontar alguns desdobramentos de seus pressupostos para as políticas de saúde e o manejo da diversidade humana.

Uma das principais instituições acadêmicas na qual os trabalhos sobre a natureza biológica da higiene e do nojo vêm sendo desenvolvidos é a London School of Hygiene and Tropical Medicine, cuja missão é explicitada nos seguintes termos:

To contribute to the improvement of health worldwide through the pursuit of excellence in research, postgraduate teaching and advanced training in national and international public health and tropical medicine, and through *informing policy and practice in these areas*<sup>24</sup> (grifos meus).

Trata-se, portanto, de uma instituição de pesquisa com explícita vocação pragmática no intuito de influenciar as políticas públicas no que concerne à saúde pública. A consulta às publicações de alguns de seus pesquisadores, nas áreas de pesquisa Higiene, Ambiente, Saneamento, indicam a ênfase na importância de lavar as mãos e de outras práticas de higiene<sup>25</sup> e nas relações entre saneamento e saúde,<sup>26</sup> sendo a maior parte das investigações desenvolvida nos chamados países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, inclusive no Brasil.<sup>27</sup>





O rastreamento etnográfico das consequências deste tipo de pesquisa para a elaboração de políticas públicas nos diferentes territórios nacionais em que são realizadas requereria uma investigação de fôlego e desenvolvida a várias mãos, o que escapa ao escopo deste trabalho.<sup>28</sup> Contudo, uma vez apontadas suas raízes científicas atuais e sua dimensão transnacional, eu me proponho a explorar essa visão naturalizada da higiene e do nojo que se faz presente na política pública de saúde indígena brasileira, da perspectiva das ciências históricas e sociais, à qual este trabalho se filia, como um tipo de conhecimento que possibilita relações de poder específicas. Tendo esclarecido que não se trata de uma visão idiossincrática voltada ao nosso país e tampouco desprovida de legitimidade das ciências da vida contemporâneas, posso agora priorizar sua inserção na construção democrática que se faz “em casa” e não em contextos alhures, ou seja, na qual os protagonistas disputam os termos em que as instituições estatizadas próprias ao território em que vivem devem se fazer presentes em suas relações.

Retornemos, portanto, às reflexões sobre repugnância a partir do ângulo de suas conexões físico-político-morais para que possamos avançar na compreensão do que significam politicamente ações estatais que enfatizam a higiene pessoal em detrimento do saneamento do meio físico.

Se a repugnância está entre as emoções que se distinguem por afetar diretamente os sentidos, em particular visão, olfato e tato, esta forte fisicalidade tem o poder de evocar o universo das verdades biológicas indisputáveis, da natureza universal inquestionável e, conseqüentemente, aquilo que estaria fora da ingerência humana.<sup>29</sup> Assim, seria percebida pelo senso comum (mas também por cientistas, como visto acima) como uma sensação instintiva, um “comportamento animal”,<sup>30</sup> surgindo como uma reação e não propriamente como uma ação, pois seria não intencional e incontrolável. Aquele que sente nojo não seria o sujeito da interação, mas seu objeto: algo ou alguém lhe suscita estas



CARLA COSTA TEIXEIRA. A PRODUÇÃO POLÍTICA DA REPULSA...

sensações, frequentemente interpretadas como benéficas e dotadas de positividade quando traduzidas em hábitos de higiene, ou seja, quando apartadas ou modificadas (coisas e pessoas). O nojo não se trataria, portanto, de uma atitude, mas de uma ocorrência provocada de fora para dentro; sua razão de ser residiria em algo identificado no outro e não no *self*, assim, para superá-la, haveria que se transformar o repugnante, o nojento, o repulsivo e não os que o experimentam como tal.

Desta perspectiva, a repugnância parece indicar a fronteira da diferença tolerada, pois expressaria sentimentos, emoções e sensações corporificados, formados em e formadores de relações sociais, cujos interlocutores devem necessariamente ser domesticados em sua alteridade ou evitados e postos à parte. Aqueles que nos provocam repugnância (o repugnante é sempre o outro) estariam, portanto, além da diversidade fisicamente suportável: Como podemos aceitar alguém e conviver com ele se sua aparência, seus modos corporais e odor nossos próprios corpos não suportam? Se o nojo se constitui em uma diversidade e constitui uma diversidade que ofende os sentidos e se expressa no corpo, o faz por meio de processos cognitivos e intersubjetivos que indicam as fronteiras da própria ordem moral incorporada.

Afinal, se perceber o mundo é ordená-lo em suas linhas internas e externas, no caso da iconografia do Manual, a mistura anti-higiênica alegadamente vivenciada pelos indígenas os excluiria dos princípios que orientam quem se pode e quem se deve incluir no mundo da vida, em termos fenomenológicos, como igualmente humano (do ponto de vista dos não indígenas) e, simultaneamente, como aptos a ingressar plenamente na comunidade cívica (da civilidade e da cidadania). Após serem constituídos como sujeitos, serem higienizados parece ser, assim, o preço exigido aos indígenas para tal pertença político-moral.

A repugnância e o nojo expressam, neste sentido, a diferença insustentável e perigosa, aquela que, sentida como ameaçadora, se traduz em





mal-estar físico naqueles que não são os sujeitos das ações repulsivas, revelando, assim, os elos de interdependência<sup>31</sup> indesejados entre as categorias “nós” e “outros”, pretensamente excludentes. A diferença que não ameaça, por sua vez, provocaria emoções distintas menos carregadas de expressões físicas, tais como a piedade, a caridade e, em sua versão negativa, a desconsideração e o desprezo. Se não há fisicalidade destituída de moralidade, podemos, entretanto, pensar que certas percepções sensoriais ou emoções cognitivas trazem para sua zona iluminada o polo moral, como a piedade e a caridade, enquanto outras dramatizam o polo físico, como a repulsa, o nojo e a repugnância. São justamente estas últimas – esta é a minha sugestão – que parecem estar se fazendo mais presentes à medida que aumenta a aproximação cotidiana entre grupos sociais e morais distintos (no caso, povos indígenas e sociedade abrangente em suas pluralidades internas), potencializando, desta forma, a metamorfose da caridade e da indiferença naqueles sentimentos carnis excludentes.

Se considerarmos, no entanto, que se trata de uma categoria de acusação, enquanto uma categoria que sempre tem como referente o outro e sua conseqüente exclusão (como nojento), sua possibilidade de expressão em contextos democráticos é restringida pelos valores de igualdade e, a partir do século XIX, pelo que Simmel chamou de individualismo da incomparabilidade do indivíduo (1950), de respeito à diferença e à diversidade. Desta ótica, a vocalização direta da repugnância por outro ser humano torna-se interdita e sua expressão é reconstruída transversalmente por meio do recurso à combinação de, por um lado, repetidas imagens-desenhos que evocam o nojo, em detrimento de fotografias que seriam consideradas degradantes e produtoras de indignidade pela sua força referencial (Peirce, 1993); por outro, de um texto que enfatiza a saúde através da evitação da transmissão de doenças que, no discurso epidemiológico, possuiriam um ciclo universal, pois “natural”, de veiculação.





CARLA COSTA TEIXEIRA. A PRODUÇÃO POLÍTICA DA REPULSA...

Assim, as ações estatais de inclusão cívica feitas em prol da promoção da saúde indígena e do reconhecimento do valor da diversidade cultural, ao serem atualizadas em ações de saneamento traduzidas em educação higiênica, em detrimento das realizações de engenharia ambiental, terminam por contribuir para a intolerância à diversidade cultural mais elementar (o cuidado de si e do ambiente<sup>32</sup>) e para a consolidação de relações cotidianas de poder cuja dimensão política é ocultada pela naturalidade atribuída às práticas impostas.

O que parece estar em questão, portanto, quando vemos esses sentimentos e essas sensações sendo produzidos em políticas públicas chamadas de capacitação ou de educação em saúde, como na política de saúde para os povos indígenas aqui abordada, é a sua transformação em uma técnica de governo, que transcende a intencionalidade dos técnicos e gestores diretamente envolvidos, dotada de profunda força antidemocrática. Manejada sob a égide da promoção da cidadania e do respeito à diversidade, tal ação ainda pretende, em nome do bem-estar do outro, ser implantada por meio da incorporação das práticas e dos valores higiênicos pelos próprios indígenas que, por sua vez, passariam a protagonizar sua disseminação como sujeitos facilitadores e legitimadores da política de saúde indígena. Sempre, porém, em posições subalternas: participando das equipes multidisciplinares de saúde como agentes indígenas de saúde e/ou de saneamento, sendo “capacitados” nos termos aqui analisados, submetidos à autoridade e aos preceitos médicos e da engenharia sanitária e com frágeis programas de promoção de carreiras indígenas em cursos de saúde (medicina, enfermagem e odontologia) e de engenharia (civil, ambiental, agrônoma).

Claro é que tais técnicas de governo não são passivamente recebidas e incorporadas pelos indígenas, que vêm ao longo do tempo desenvolvendo estratégias de manipulação política e de tradução cultural de va-





lores e práticas com os quais interagiram e interagem num processo permanente de *indigenização* dos não indígenas.<sup>33</sup>

Contudo, não se pode deixar de destacar e refletir sobre como as instituições e a burocracia engendram interações cotidianas de dominação e subordinação profundamente assimétricas e dotadas de forte potencial de eficácia – uma eficácia que revela o quanto as ações estatais podem, ao não priorizarem os processos técnicos, potencializar o sucesso da dominação e do manejo das pessoas.

No universo aqui analisado, observamos um investimento na capacitação de indígenas – os agentes indígenas de saneamento – que em nome da inclusão e da participação indígena caminha na contramão das demandas dos povos indígenas e vem a integrar a configuração ideológica abrangente que tem no indígena um obstáculo a ser superado. Assim, as chamadas políticas públicas, ou seja, o Estado nacional em ações,<sup>34</sup> articulam-se em diferentes dimensões, buscando gerar novas subjetividades e preceitos normativos (aqui atualizando verdades biomédicas) e, assim, legitimam certa distribuição assimétrica de direitos e deveres entre as diferentes coletividades. E, em função de tais procedimentos diferenciados, costumam-se as conexões entre políticas de saúde e de educação, territoriais e de desenvolvimento voltadas para os povos indígenas. A novidade da estratégia governamental presente no Manual do Agente Indígena de Saneamento é sua ancoragem na produção e no reforço de percepções físicas e sensoriais negativas (nojo, repulsa e repugnância) em relação aos indígenas, que os remetem a um patamar de intolerância de difícil negociação por ser fruto de interações vividas diretamente no corpo – no qual as ambiguidades políticas e morais dificilmente logram perseverar, tendendo a definir-se por um dos termos em disputa.

Como foi colocado no início deste trabalho, o fato de esse processo se dar em plena vigência democrática e em meio a conquistas obtidas





pelos povos indígenas é fundamental que seja considerado, pois expressa, constitui e sobretudo denuncia os conflitos políticos e ideológicos que se desenvolvem no cerne dos processos e das instituições estatais. A Constituição de 1988 assegurou aos indígenas o respeito à sua organização social, aos seus costumes, línguas, crenças e tradições e, deste modo, o direito à diferença, ou seja, o direito de serem indígenas e permanecerem identificando-se como tal. Reconheceu também a sua capacidade processual, estabelecendo que têm a legitimidade para atuar em juízo, individual e coletivamente, em defesa de seus direitos e interesses, o que consistiu em uma ruptura importante (Cunha, 1987; Araújo *et alii*, 2006) com a tradição tutelar (Oliveira, 1989; Souza Lima, 1995) da política indigenista brasileira. Contudo, não reconheceu a autoridade política das formas de organização tradicionais indígenas. Tampouco as mediações modernas (organizações representativas regionais e nacional) que os povos indígenas construíram para interagir com os organismos governamentais em suas diferentes institucionalizações têm sido consideradas legítimas pelos interesses que desde então vêm se fazendo ouvir e obedecer nesses organismos, sob a frequente alegação de que nenhuma destas mediações lograria representar a totalidade dos povos indígenas.

No que diz respeito às políticas para a saúde indígena, a estes conflitos mais estruturantes dos processos de construção do Estado brasileiro em suas ações concernentes aos povos indígenas somam-se as disputas por autonomia administrativa, financeira e política das unidades territoriais (Distritos Sanitários Especiais Indígenas) do Subsistema de Saúde Indígena, em meio ao processo de loteamento partidário das suas estruturas distritais e federal de gestão. Na saúde indígena observa-se, ainda, uma descontinuidade entre o reconhecimento político e ideológico da premência da participação e da ocupação pelos indígenas de instâncias governamentais (como, por exemplo, o Conselho Nacional de Saúde e a Secretaria Especial de Saúde Indígena, ambos do Ministério da Saúde)





e o cotidiano das interações entre indígenas e profissionais de saúde e saneamento não indígenas nas aldeias. Se, na primeira dimensão, a capacidade de ação política das lideranças indígenas é celebrada, na segunda, o que se verifica é uma intensa desautorização das mulheres e dos homens indígenas na condição de pacientes e de beneficiários das ações governamentais.

Nesta desautorização, o discurso/dispositivo biomédico da higiene, como vimos, é um instrumento fundamental que permite articular normas governamentais de ação e *habitus* dos profissionais em ação, atribuindo às primeiras (as normas) legitimidade de princípios e, aos segundos (os profissionais), responsabilidade pelos fracassos da prática. Por meio de tal combinação, logra-se ocultar os conflitos e as disputas próprios dos processos pragmáticos de estatização, disputas estas que o Estado, em sua existência ideológica (Abrams, 1988) – unidade que estaria acima das competições e atuaria em nome do bem e do interesse comum – requer que sejam relegadas a momentos e a espaços rituais de conflito democrático: eleições, processos legislativos, contendas jurídicas etc. Uma vez findos tais rituais, os conflitos seriam abolidos e ressignificados como ambiguidades ou contradições entre e intratextos normativos, problemas de execução prática das políticas públicas, dificuldades de articulação entre conhecimentos tradicionais e científicos, carência de recursos humanos e materiais etc. Em função desse procedimento de velar e revelar e de metamorfosear conflitos em ambiguidades, as ações de Estado lograriam alcançar sua realização mais bem acabada na concepção de “políticas de Estado” em oposição à transitoriedade e parcialidade das “políticas de governo”.

Ao focalizar um manual de formação de agentes indígenas de saneamento, confrontá-lo com outros documentos da política de saúde indígena, investigar a atualidade dos pressupostos biomédicos que o sustentam, cotejar seu texto com sua iconografia (articulando argumentos



CARLA COSTA TEIXEIRA. A PRODUÇÃO POLÍTICA DA REPULSA...

técnicos, emoções físicas e ordenações morais) e, por fim, inseri-lo no contexto político de construção do Estado democrático brasileiro, espero ter conseguido argumentar que o que está sendo dramatizado em suas páginas, por meio de um texto técnico-normativo, são os conflitos em curso na constituição, por um lado, de uma cidadania indígena individual na vida cotidiana e, por outro, da legitimidade política e da soberania dos povos indígenas na fabricação do projeto ideológico do Estado e na imaginação de nossa comunidade nacional, capazes de deslocar a retórica pragmática do índio hiper-real, alegórico e a gestão governamental dos indígenas como incapazes, sujeitados.

O rastreamento de estratégias análogas em outras políticas indigenistas é um desafio importante e pode indicar dimensões sutis de um processo de infra ou sub-humanização dos indígenas em curso no Estado nacional brasileiro, revelador da complexidade das relações políticas contemporâneas e que pode iluminar também outros contextos nacionais. Tais estratégias sutis, pela interdição de sua explicitação direta, colocam para o pesquisador a necessidade de escrutinar os recursos retóricos governamentais em busca de reconstituir as conexões entre valores, técnicas e regras e, assim, acessar as disputas ideológicas que qualificam o exercício do poder e que os processos de Estado buscam ocultar. Espero que a análise aqui desenvolvida tenha contribuído nesta direção ao abordar os mecanismos de exclusão e subordinação no cerne de uma política pública que, como a política de saúde indígena, vem sendo articulada em prol da inclusão social e cívica.

## Notas

- <sup>1</sup> Dentre os trabalhos mais recentes podemos mencionar Anderson (2007), Berthold (2010), Blake (2003) e Nakajima (2008).
- <sup>2</sup> Estas palavras foram proferidas no Seminário Multiculturalismo e Racismo promovido pelo Ministério da Justiça, em 1996, sendo este considerado um marco no âmbito do Poder Executivo da passagem de uma ideologia da democracia racial para o reconhecimento do Brasil como um país multirracial. Ver Souza *et alii* (1997).
- <sup>3</sup> Em uma busca feita na página do Ministério da Saúde ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)) no dia 09/05/2011, com a palavra manual foram identificadas 1.000 entradas. Em pesquisa similar feita na página do Ministério da Saúde do Canadá (Health Canada, [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)), no mesmo dia, encontramos 687 entradas para “handbook” e 1.221 entradas para “manual”. Trago este dado para, por um lado, destacar a relevância dos estudos de manuais para a compreensão das ações estatais contemporâneas e, por outro, para pôr em perspectiva a realidade brasileira em face de outros contextos nacionais, sugerindo que tal uso crescente de manuais não se trata de uma idiosincrasia nacional. A escolha do Canadá como contraponto, por sua vez, deve-se ao fato de ter iniciado em 2008 pesquisas sobre a política de saúde indígena na província de British Columbia (para uma primeira reflexão comparativa entre ambos os contextos nacionais, ver Teixeira, 2010).
- <sup>4</sup> Até 2010 a gestão da saúde indígena era desenvolvida por uma fundação vinculada ao Ministério da Saúde, a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), tendo sido criada neste ano, após forte mobilização das lideranças indígenas, a Secretaria Especial de Saúde Indígena, diretamente subordinada ao ministro da Saúde (Teixeira, 2010).
- <sup>5</sup> Para a estruturação do Subsistema de Saúde Indígena, ver Verani (1999), Magalhães (2000), Moreira (2002), Marques (2003) e Langdon (2004).
- <sup>6</sup> O Sistema Único de Saúde brasileiro é organizado de modo que se articulem níveis de complexidade de atendimento diferenciado entre as unidades da federação, cabendo os serviços de atenção básica ao âmbito municipal e, no caso da saúde indígena, ao Distrito de Saúde Especial Indígena. A Casa de Saúde Indígena funciona como um abrigo para o qual os indígenas são encaminhados quando precisam receber tratamento ou fazer exames de maior complexidade, sendo responsabilidade dos profissionais aí alocados tomarem as providências necessárias para tal. Sobre o

SUS, ver Lima *et alii* (2005), e sobre a experiência nos DSEIs consultar, além dos trabalhos já citados, Garnelo e Sampaio (2003 e 2005) e Chaves, Cardoso e Almeida (2006).

- <sup>7</sup> Dados obtidos em janeiro de 2011 junto ao Departamento de Gestão de Saúde Indígena da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai).
- <sup>8</sup> Não foi possível obter dados atualizados destes profissionais junto à Sesai e, infelizmente, o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena é de acesso restrito aos gestores e funcionários da saúde indígena (Funasa e Sesai).
- <sup>9</sup> É importante destacar ainda o crescimento observado nos últimos 10 anos. Em 2000, havia 2.411 e, em 2011, existiam, segundo a Sesai, 4.977, ou seja, mais do que dobrou o número de agentes indígenas ao longo da última década, embora nos dados publicados em Langdon *et alii* (2006) observemos uma desaceleração desse crescimento, pois em 2004 haveria 4.751 agentes indígenas de saúde.
- <sup>10</sup> Para uma discussão sobre a categoria de “atenção diferenciada” numa perspectiva etnográfica, ver Langdon e Diehl (2007).
- <sup>11</sup> São muitos os estudos sobre os agentes indígenas de saúde, dentre eles, ver os trabalhos reunidos em Langdon e Garnelo (2004), Escopel (2005), Dias da Silva (2010) e Novo (2010).
- <sup>12</sup> A disputa política que pude observar nas reuniões ocorridas na Comissão Intersectorial de Saúde Indígena (CISI) – órgão assessor do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde – em torno da transferência ou não da responsabilidade do saneamento indígena para a Secretaria Especial de Saúde Indígena, ao longo do processo de sua criação, e o posicionamento firme das lideranças indígenas nesta direção são indicadores vigorosos desta relevância.
- <sup>13</sup> Pode-se ler na página do Ministério da Saúde que: “Os DSEI devem prestar atenção básica à população indígena aldeada, mediante atuação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), nos moldes do Programa Saúde da Família (PSF), compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde” (grifos meus). Em: [http://dab.saude.gov.br/saude\\_indigena.php](http://dab.saude.gov.br/saude_indigena.php). Acesso em: 09/05/2011.
- <sup>14</sup> Para os interessados em análises sobre a importância das imagens e da visualidade na produção da configuração ideológica dos Estados, sugiro o trabalho de Bowden (2004) sobre a publicação do governo britânico denominada *The Colonies in Pictures*, por sua ênfase na análise interna das relações entre forma e conteúdo,

encadeamento e superposição, imagem e texto – que guarda afinidades com o que me proponho a fazer aqui.

- <sup>15</sup> Para acessar o Manual do Agente Indígena de Saneamento na íntegra, ver [http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/biblioteca/eng/eng\\_aisan.pdf](http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/biblioteca/eng/eng_aisan.pdf)
- <sup>16</sup> O Manual do Agente Indígena de Saneamento produzido pela Funasa apresenta fortes linhas de continuidade interna, em termos de conteúdo e forma de estruturação, com o Manual do Guarda Sanitário produzido pelo Serviço Especial de Saúde (Sesp) dos anos 1940 aos 1960. É importante destacar que a Funasa foi criada a partir, principalmente, de duas instituições: a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) e a Fundação Serviço Especial de Saúde (FSesp). Esta última sendo a continuidade do Sesp quando este deixou de ser uma agência bilateral Brasil-Estados Unidos (Teixeira, 2008b). Para os interessados em análise dos manuais produzidos pelo Sesp, ver Teixeira (2008a).
- <sup>17</sup> Para uma discussão conceitual sobre as diferentes definições de saneamento, ver Borja e Moraes (2005).
- <sup>18</sup> Em Pena e Heller (2008), tendo Pena contribuído para este Manual, podemos ler: “No presente, é amplamente reconhecido que o saneamento, dentre as atividades de saúde pública, constitui um importante meio de prevenir doenças. Segundo a Organização Mundial de Saúde, saneamento é “o *controle de todos os fatores de meio físico* do homem que exercem ou podem exercer efeito deletério sobre o seu bem-estar físico, mental ou social” (Mota, 1999, p. 405). Assim, o objeto do saneamento é a promoção da saúde do ser humano, bem como a promoção da melhoria da qualidade de vida das populações.” (p. 63; grifos meus).
- <sup>19</sup> Para a importância das imagens, especialmente a fotografia, na saúde pública brasileira, ver, dentre outros, Hochman *et alii* (2002), Lacerda e Mello (2003) e Vasconcelos e Rodrigues (2007).
- <sup>20</sup> Agradeço aos colegas da Casa de Oswaldo Cruz por me chamarem a atenção para esta imagem durante a apresentação de parte deste trabalho sob o título “Funasa: do museu aos manuais”, no Encontro às Quintas do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde nesta instituição no ano de 2008.
- <sup>21</sup> Agradeço a Maria Inês Smiljanic por esta contribuição durante a apresentação de uma primeira versão deste trabalho na 26ª Reunião Brasileira de Antropologia (2008).



- <sup>22</sup> Tal deslocamento vem sendo denominado desde o final dos anos 1970 de “culpabilização das vítimas” (Crawford, 1977) e, no que se refere às ações de educação em saúde, a ênfase na mudança de condutas consideradas inadequadas persevera como um elemento-chave na reprodução desse processo (Carvalho, 2006).
- <sup>23</sup> Ver os autores mencionados na abertura do texto.
- <sup>24</sup> Em: <http://www.lshtm.ac.uk/aboutus/mission/>. Acesso em 13/04/2011.
- <sup>25</sup> Dentre outros, ver Biran *et alii* (2008), Curtis e Cairncross (2003), Biran *et alii* (2011) e Auger (2007).
- <sup>26</sup> Dentre outros, conferir Cairncross *et alii* (2010) e Barreto *et alii* (2010).
- <sup>27</sup> Embora não tenha encontrado nenhuma pesquisa feita diretamente com povos indígenas brasileiros, a influência dos pesquisadores da London School of Hygiene and Tropical Medicine pode ser inferida, por exemplo, pela presença do pesquisador Sandy Cairncross no Seminário Internacional de Engenharia da Saúde Pública em 2003, promovido pelo mesmo departamento da Funasa (o Densp) que foi até 2010 o responsável pelo saneamento em áreas indígenas.
- <sup>28</sup> Gostaria, entretanto, de apontar que, se levada às últimas consequências (o que nenhum dos autores citados faz), a abordagem biologizante do nojo como mecanismo evolutivo pode ter como resultado a classificação dos grupos humanos que o manifestam em relação a elementos definidos pela biomedicina como transmissores de doenças em patamar superior na escala evolutiva. Desta perspectiva, à diversidade humana (dos sentimentos e das sensações de repulsa e nojo no presente e no passado) seria mais uma vez atribuído um valor num contínuo pretensamente universal, regido agora não mais pelo desenvolvimento técnico, político ou moral, mas sim pelas práticas higiênicas e sanitárias.
- <sup>29</sup> Estas reflexões são inspiradas em Douglas (2002), mas principalmente em Miller (1997) e Kolnai (2004).
- <sup>30</sup> Nas palavras de Curtis (2007, p. 660): “As an animal behaviour the proper domain of hygiene is biology, and without this perspective attempts at explanation are incomplete”.
- <sup>31</sup> Para a discussão do surgimento da saúde pública a partir de elos de interdependência que escapariam ao manejo das partes envolvidas, ver De Swaan (1990).
- <sup>32</sup> A ironia da atribuição do papel inadequado dos povos indígenas na preservação ambiental merece destaque devido à frequente superposição de áreas preservadas e territórios indígenas no Brasil (Silva, 2010).

- <sup>33</sup> Para os interessados em reflexões sobre a experiência de indigenização entre os povos indígenas amazônicos, ver os trabalhos reunidos em Ramos e Albert (2002); e para uma introdução a outros contextos, ver os artigos publicados em Ramos, Osório e Pimenta (2009).
- <sup>34</sup> Para uma discussão desse campo conceitual a partir da perspectiva em que este trabalho se insere, conferir Souza Lima e Castro (2008) e Teixeira e Souza Lima (2010).

## Referências bibliográficas

- ABRAMS, Philip  
1988 "Notes on the difficulty of studying the State (1977)", *Journal of Historical Sociology*, 1 (1), pp. 58-89.
- ANDERSON, Warwick  
2007 "Immunization and hygiene in the colonial Philippines", *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 62 (1), pp. 1-27, Jan.
- ARAÚJO, Ana Valéria *et alii*  
2006 *Povos Indígenas e a Lei dos "Branços": o direito à diferença*, Brasília, Ministério da Educação/ Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional.
- AUNGER, R.  
2007 "Tooth brushing as routine behaviour", *International Dental Journal*, 57 (5), pp. 364-376.
- BARRETO, Maurício L. *et alii*  
2010 "Impact of a City-Wide Sanitation Programme in Northeast Brazil on Intestinal Parasites Infection in Young Children", *Environmental Health Perspective*, 118 (11), pp. 1637-1642, Nov.
- BERTHOLD, Dana  
2010 "Tidy whiteness: a genealogy of race, purity, and hygiene", *Ethics & the Environment*, 15 (1), pp. 1-26, Spring.

- BIRAN, Adam *et alii*  
2005 “Formative research for hygiene promotion in Kyrgyzstan”, *Health Policy and Planning*, 20 (4), pp. 213-221.  
2008 “Comparing the Performance of Indicators of Hand-Washing Practices in Rural Indian Households”, *Tropical Medicine & International Health*, 13 (2), pp. 278-285.
- BORJA, Patrícia C. & MORAES, Luís R.S.  
2005 O caráter social do saneamento ambiental. Trabalho apresentado na Fundación Nueva Cultura Del Agua ([www.fnca.eu/fnca/america/docu/1824.pdf](http://www.fnca.eu/fnca/america/docu/1824.pdf))
- BLAKE, Stanley S.  
2003 “The medicalization of nordestinos: public health and regional identity in Northeastern Brazil”, 1989-1930, *The Americas*, 60 (2) pp. 217-248, Oct.
- BOURDIEU, Pierre  
1995 *The Logic of Practice – Book I: Critique of theoretical reason*, Stanford, Stanford University Press.
- BOWDEN, Gary  
2004 “Reconstructing Colonialism: graphic layout and design, and the construction of ideology”, *CRSA/RCSA*, 41 (2), pp. 217-240.
- CAIRNCROSS, Sandy *et alii*  
2010 “Hygiene, Sanitation, and Water: What Needs to Be Done?”, *PLoS Medicine*, 7 (11), e1000365 [online].
- CARVALHO, Graça S.  
2006 “Criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis”, *Repositório*, Universidade do Minho (<http://hdl.handle.net/1822/5767>).
- CRAWFORD, Robert  
1977 “You are dangerous to your health: the politics and ideology of victim blaming”, *International Journal of Health Services*, 7, pp. 663-680.
- CUNHA, Manuela C. da (org.)  
1987 *Os direitos do índio: ensaios e documentos*, São Paulo, Editora Brasiliense.

- CURTIS, Valerie  
2007 "Dirt, disgust and disease: a natural history of hygiene", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61 (8), pp. 660:664, August.
- CURTIS, Valerie & BIRAN, Adam  
2001 "Dirt, disgust, and disease: is hygiene in our genes?", *Perspectives in Biology and Medicine*, 44 (1), pp. 17-31, Winter.
- CURTIS, Valerie & CAIRNCROSS, Sandy  
2003 "Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review", *Lancet Infect Dis*, 3 (5), pp. 275-281.
- CURTIS, Valerie *et alii*  
2011 "Hygiene: new hopes, new horizons", *Lancet Infect Dis*, 11 (4), pp. 312-321.
- DE SWAAN, Abram  
1990 *In Care of the State: Health Care, Education and Welfare in Europe and the USA in the Modern Era*, London, Polity Press.
- DIAS DA SLIVA, Cristina  
2010 *Cotidiano, saúde e política: uma etnografia sobre os profissionais de saúde indígena*, tese, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília.
- DOUGLAS, Mary  
2002 *Purity and danger: an analysis of concepts of pollution and taboo*, New York, Routledge.
- ELIAS, Norbert  
1994 *Processo Civilizador I*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE  
2002 *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*, Brasília, Ministério da Saúde.  
2004 *100 Anos de Saúde Pública*, Brasília, Ministério da Saúde.



CARLA COSTA TEIXEIRA. A PRODUÇÃO POLÍTICA DA REPULSA...

GARNELO, Luiza & SAMPAIO, Sully

2003 “Bases socioculturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na Região Norte do Brasil”, *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (1), pp. 311-317, jan-fev.

2005 “Organização indígena e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde”, *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 4, pp. 1217-1223.

GÓIS JUNIOR, Edvaldo & LOVISOLO, Hugo R.

2003 “Descontinuidades e continuidades do movimento higienista no Brasil do século XX”, *Rev. Bras. Cienc. Esporte*, Campinas, 25 (1), pp. 41-54, set.

HOCHMAN, Gilberto

1998 *A Era do Saneamento*, São Paulo, Editora Hucitec-Anpocs.

HOCHMAN, Gilberto *et alii*

2002 “A malária em foto: imagens de campanhas e ações no Brasil da primeira metade do século XX”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 9 (suplemento), pp. 233-273.

KOLNAI, Aurel

2004 *On Disgust*, Illinois, Open Court.

KOURY, Mauro G.P.

2004 “Fotografia e interdito”, *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 19, n. 54, pp. 129-142.

LACERDA, Aline L. & BANDEIRA DE MELLO, Maria Teresa V.

2003 “Produzindo um imunizante: imagens da produção da vacina contra a febre amarela”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 10 (2 - suplemento), pp. 537-571.

LANGDON, Esther J.

1999 Saúde e Povos Indígenas: os desafios na virada do século, trabalho apresentado no V Congresso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, Isla Margarita, Venezuela, 7-11 de junho.

- 2004 “Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropólogos e profissionais de saúde”, in LANGDON, Esther J. & GARNELO, Luiza (orgs.), *Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões sobre Antropologia Participativa*, Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Antropologia, pp. 33-51.
- LANGDON, Esther J. & DIEHL, Eliana  
2007 “Participação e Autonomia nos Espaços Interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do Sul do Brasil”, *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 16 (2), pp. 19-36.
- LANGDON, Esther J. & GARNELO, Luiza (orgs.)  
2004 *Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões sobre Antropologia Participativa*, Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Antropologia.
- LANGDON, Esther J. *et alii*  
2006 “A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil”, *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (12), pp. 2637-2646, dez.
- LIMA, Nísia T. & HOCHMAN, Gilberto  
2000 “Pouca saúde, muita saúde, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país”, *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (2), pp. 313-232.
- LIMA, Nísia T. *et al.* (org.)  
2005 *Saúde e democracia. História e perspectivas do SUS*, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz.
- MAGALHÃES, Eduardo  
2000 *O Estado e a Saúde Indígena. A Experiência do Distrito Sanitário Yanomami*, dissertação, Universidade de Brasília.
- MARQUES, Irânia M.S.F.  
2003 *A Política de Atenção à Saúde Indígena: Implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá – Mato Grosso*, tese, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- MILLER, William Ian  
1997 *The Anatomy of Disgust*, Cambridge, Harvard University Press.



CARLA COSTA TEIXEIRA. A PRODUÇÃO POLÍTICA DA REPULSA...

NAKAJIMA, Chieko

2008 "Health and hygiene in mass mobilization: hygiene campaigns in Shanghai, 1920-1945", *Twentieth-Century China*, 34 (1), pp. 42-72, Nov.

NOVO, Marina P.

2010 *Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu*, Brasília, Paralelo 15/ABA/GTZ.

OLIVEIRA, João Pacheco

1989 *O Nosso Governo: Os Ticuna e o Regime Tutelar*, São Paulo, Marco Zero/CNPQ.

PEIRCE, Charles

1993 *Semiótica e filosofia*, São Paulo, Cultrix.

PENA, João Luiz & HELLER, Léo

2008 "Saneamento e saúde indígena: uma avaliação na população Xakriabá, Minas", *Engenharia Sanitária Ambiental*, v. 13 (1), pp. 63-72.

RAMOS, Alcida R. & ALBERT, Bruce (orgs.)

2002 *Pacificando o Branco*, São Paulo, Editora Unesp.

RAMOS, Alcida R.; OSÓRIO, Rafael G. & PIMENTA, José (eds.)

2009 "Indigenising Development", *Poverty in Focus*, n. 17, May.

ROBINSON, César L. & CABALLERO, Andrés Díaz

2007 "La fotografía como documento de análisis, cuerpo y medicina: teoría, método y crítica – la experiencia del Museo Nacional de Medicina Enrique Laval", *Historia, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 14 (3), pp. 991-1012, jul./set.

SANTOS, Luiz A.C.

1985 "O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade", *Dados, Revista de Ciências Sociais*, v. 28, n. 2, pp. 193-210.

SCHUTZ, Alfred

1993 *Fenomenologia e Relações Sociais*, org. Helmut R. Wagner, Rio de Janeiro, Zahar Editores.

SCOPEL, Raquel P.

2005 *O Aprender Fazendo: A Inserção do Agente Indígena de Saúde Xokleng na Terra Indígena Laklânô*, dissertação, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina.

SIMMEL, Georg

1950 "Individual and society in eighteenth and nineteenth-century views of life (an example of philosophical sociology)", in WOFFE, Kurt H. (ed.), *The sociology of Georg Simmel*, New York, The Free Press.

SOUZA, Jessé (org.) et alii

1997 *Multiculturalismo e Racismo. Uma comparação Brasil-Estados Unidos*, Brasília, Paralelo 15.

SOUZA LIMA, Antonio Carlos de

1995 *Um grande cerco de paz. Poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil*, Petrópolis, Vozes.

SOUZA LIMA, Antonio Carlos & CASTRO, João Paulo M. e

2008 "Política(s) Pública(s)", in PINHO, Osmundo A. & SANSONE, Lívio (orgs.), *Raça: novas perspectivas antropológicas*, Brasília, ABA, Salvador, UFBA.

TEIXEIRA, Carla C.

2010 "Autonomia em saúde indígena: sobre o que estamos falando?", *Anuário Antropológico 2009* (1), pp. 99-128.

2008a "Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias", *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, pp. 965-974.

2008b "Fundação Nacional de Saúde. A política brasileira de saúde indígena vista através de um museu", *Etnográfica*, Lisboa, v. 12 (2), pp. 323-351.

TEIXEIRA, Carla C. & SOUZA LIMA, Antonio Carlos de

2010 "A antropologia da administração e da governança no Brasil: área temática ou ponto de dispersão?", in MARTINS, Carlos B. (coord. geral) & DUARTE, Luís Fernando D. (coord. área), *Horizontes das Ciências Sociais no Brasil: Antropologia*, São Paulo, Anpocs.



CARLA COSTA TEIXEIRA. A PRODUÇÃO POLÍTICA DA REPULSA...

VALLE, Raul S. T. do (org.)

2010 *Desmatamento evitado (REDD) e povos indígenas*, São Paulo, Instituto Socioambiental.

VASCONCELLOS, Maria da Penha C. & RODRIGUES, Jaime

2006 "A fotografia como instrumento do trabalho do higienista (São Paulo, primeira metade do século XX)", *História, Ciências, Saúde – Manguinho*, 13 (2), pp. 477-491, abr.-jun.

VERANI, Cibelle B.L.

1999 "A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil", *Boletim Museu Paranaense Emilio Goeldi, Série Antropologia*, 15 (2), pp. 171-192.

ABSTRACT: Given the persistence of practices and perceptions concerning the principle of hygienism and search for behavioral changes observed in everyday actions of health and sanitary engineering professionals in the Amerindian context, this article aims to reflect on the political, normative and technical processes, that end up supporting that principle in the current context of conquest of rights by indigenous peoples. In that direction, the article points out the management of cultural diversity in the recent history of our country, which, on behalf of the inclusion of indigenous peoples, seems to be producing new civic and civilizational hierarchies. By focusing the analysis of the training manual for the Indian agent of sanitation, placing it in the context of recent construction of Brazilian indigenous health policy, this paper seeks to contribute to the understanding of specific processes of nationalization which articulate practices and norms, rules and emotions representations and values, health (and engineering) professionals, Indian ("users" and leaders) and managers at the heart of the construction of differentiated citizenship.

KEY-WORDS: Indigenous health, sanitation, public policy, hygienism, processes of nationalization, disgust, manual.

Recebido em abril de 2011. Aceito em setembro de 2011.

- 608 -