



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS ERECHIM/RS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS
HUMANAS**

ANGÉLICA KOLBERG

**A ATENÇÃO DIFERENCIADA AOS POVOS INDÍGENAS NOS SERVIÇOS DE
SAÚDE: ANÁLISE DAS PROPOSTAS FORMULADAS NAS ETAPAS LOCAIS DA 6ª
CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA, DO POLO BASE PASSO
FUNDO/RS**

**ERECHIM
2019**

ANGÉLICA KOLBERG

A ATENÇÃO DIFERENCIADA AOS POVOS INDÍGENAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ANÁLISE DAS PROPOSTAS FORMULADAS NAS ETAPAS LOCAIS DA 6ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA, DO POLO BASE PASSO FUNDO/RS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal da Fronteira Sul – *Campus* Erechim, como requisito para a obtenção do título de Mestre Interdisciplinar em Ciências Humanas, sob a orientação do Prof. Dr. Cássio Brancaleone.

ERECHIM
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

Av. Fernando Machado, 108 E

Centro, Chapecó, SC - Brasil

Caixa Postal 181

CEP 89802-112

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS

Kolberg, Angélica

A ATENÇÃO DIFERENCIADA AOS POVOS INDÍGENAS NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE: Análise das propostas formuladas nas
etapas Locais da 6ª Conferência Nacional de Saúde
Indígena, do Polo Base Passo Fundo/RS / Angélica
Kolberg. -- 2019.
122 f.:il.

Orientador: Dr. Cássio Brancaleone.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da
Fronteira Sul, Programa de Pós-Graduação
Interdisciplinar em Ciências Humanas-PPGCIH, Erechim,
RS, 2019.

1. Atenção Diferenciada. 2. Comunidades
Indígenas. 3. Participação Social. 4. Saúde. I.
Brancaleone, Cássio, orient. II. Universidade Federal da
Fronteira Sul. III. Título.

ANGÉLICA KOLBERG

A ATENÇÃO DIFERENCIADA AOS POVOS INDÍGENAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ANÁLISE DAS PROPOSTAS FORMULADAS NAS ETAPAS LOCAIS DA 6ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA, DO POLO BASE PASSO FUNDO

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, para obtenção do título de Mestre Interdisciplinar em Ciências Humanas, defendido em banca examinadora em 18/09/2019.

Orientador: Prof. Dr. Cássio Brancaloneo

Aprovado em: 18/09/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Cássio Brancaloneo – UFFS
Presidente da banca/orientador

Prof. Dra. Ana Paula Soares Carvalho – PUC-RJ

Prof. Dra. Thaís Janaína Wenczenovicz - UERGS

Erechim/RS, setembro de 2019.

Dedico a todos aqueles que combatem as desigualdades sociais e lutam por uma sociedade mais justa, humana, solidária e democrática.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão ao universo que me permite estar aqui e viver cada momento de maneira singular.

À minha família que sempre está presente e ao meu lado em tudo que faço, em especial aos meus pais Orlando e Inês, à minha irmã Raquel, que me inspira, me motiva e me fez chegar até aqui. Ao meu afilhado Rafael, que é sinônimo de amor. Ao meu companheiro e amor, Guilherme, que me apoia, me ampara e está sempre me incentivando com seu carinho e dedicação incondicional, todo meu amor e gratidão. Sem você ao meu lado, não teria alcançado mais essa conquista!

À Universidade Federal da Fronteira Sul – *campus* Erechim, um espaço singular de aprendizado. Aos excelentes professores que formam o PPGICH, toda minha gratidão pelos ensinamentos e aprendizado pessoal e profissional.

Ao Professor Dr. Cássio Brancaleone, por ter me orientado nesse trabalho, colaborando com seu conhecimento profissional e sua dedicação pessoal. Às Professoras Dr^a Ana Paula Soares Carvalho e Dr^a Thaís Janaína Wenczenovicz por aceitarem compor a banca e agregar conhecimento na minha caminhada.

Aos povos indígenas que são símbolo de luta e persistência, gratidão pela oportunidade de passar meus dias dedicando minha força de trabalho a vocês.

Aos amigos, de longe e de perto, que compartilham momentos de alegria e descontração, mas também são suporte nas horas difíceis.

Aos colegas do PPGICH pela troca de conhecimentos e companhia nesses dois anos, em especial à querida colega e amiga Simone Cristina Dalbello da Silva.

Temos o direito de ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito de ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades.

Boaventura de Souza Santos

RESUMO

A pesquisa apresentada visa realizar uma análise acerca do pressuposto da atenção diferenciada nos serviços de saúde ofertados às populações indígenas. O processo saúde-doença envolve muitos fatores além dos biológicos e por isso diferentes concepções permeiam as causas do adoecimento humano. Sabendo que o adoecimento é policausal, fato é, que independente do meio de tratamento, o objetivo final é atingir a cura e/ou melhorar as condições de saúde. É inegável que alguns fatores interferem diretamente no adoecimento e nas condições de saúde de todos os povos, podendo destacar alguns: determinantes físicos, culturais, naturais, sociais, individuais e ou coletivos. Os povos indígenas, amparados em suas organizações sociais, culturais, religiosas, cosmológicas, possuem um saber médico particular, nele contidos as causas do adoecimento e as formas propositivas para cura de cada mazela. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) no Brasil preconiza que os serviços sejam guiados pelo princípio do acesso universal, participação da comunidade e articulação com as culturas tradicionais, fundamentalmente considerando as práticas culturais de cada povo e aproximando-as, na medida do possível, dos serviços ofertados pelo sistema de saúde. Compreender que a atenção à saúde dos povos indígenas seja prestada de forma diferenciada significa que devem ser levados em conta aspectos culturais, sem, no entanto, negar que essas populações carecem uma abordagem que abranja sua integralidade. A partir da concepção de atenção diferenciada, propõem-se estudar detalhadamente a participação dos povos indígenas no processo de participação e controle social, através da análise das propostas formuladas nas etapas locais da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, do Polo Base Passo Fundo, com tema central “Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI): Atenção Diferenciada, Vida e Saúde nas Comunidades Indígenas”. A presente pesquisa integra o Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da UFFS/Erechim, na linha de pesquisa: saberes, processos e práticas sociais e fundamenta-se na análise metodológica hermenêutica-dialética e na análise crítica do discurso, de natureza qualitativa, envolvendo conhecimentos interdisciplinares do campo da saúde, sociologia e antropologia.

Palavras-chave: Atenção Diferenciada. Comunidades Indígenas. Participação Social. Saúde.

ABSTRACT

This research work aims to analyze the principles of the differentiated care model of healthcare services offered to indigenous populations. The process of health and illness embraces many factors beyond the biological ones and that is why there are different conceptions when it comes to the causes of human health problems. Since it is known that there are many causes for becoming sick, it is a fact that the final goal, which is the cure and/or providing better health conditions doesn't depend on the chosen form of medical treatment. It is impossible to deny that physical, emotional, natural, social, individual and or collective factors take direct part in the process of getting ill. Indigenous peoples, who are protected by their social, cultural, religious, cosmological, have their own medical knowledge which comes with the causes and propositions of treatment for each and every disease. The PNASPI (National Politics of Attention to the Healthcare of Indigenous Peoples) in Brazil recommends that the services should be guided by the principle of universal access, community participation and communication with the traditional cultures, fundamentally considering cultural practices of each people and bringing them as close as possible to the services offered by the Brazilian healthcare system. It's important to understand that the attention to health care of indigenous population must be paid in a special way that takes their cultural aspects into consideration without denying that these peoples need an approach that embraces their wholeness. Based on the idea of differentiated attention, this paper is willing to study the part took by indigenous peoples in the process of social participation and control in detail by analyzing the proposals made in the local phases of the VI National Conference on Indigenous Healthcare in Passo Fundo, which presented "National Politics of Attention to the Healthcare of Indigenous Peoples (PNASPI): Differentiated Attention, Life and Health inside Indigenous Communities" as its main theme. This research is part of the Interdisciplinary Certificate Program in Humanities at UFFS/Erechim, under a fact-finding blueprint called social knowledge, process and practices and was based on the methodological analysis, Hermeneutics and Dialectics and a qualitative critical analysis of the speech, putting together interdisciplinary knowledge about healthcare, sociology and anthropology.

Keywords: Differentiated Attention. Indigenous Communities. Social Participation. Healthcare.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Conferências Nacionais de Saúde Indígena realizadas.....	60
Quadro 2 – Conferências Locais de Saúde Indígena do Polo Base Passo Fundo...	70

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa de localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.....	37
Figura 2 – Estrutura de um Polo Base	56

LISTA DE FOTOS

Foto 1 – Conferência Local da TI Serrinha.....	71
Foto 2 – Apresentação da cultura tradicional durante a Conferência Local na TI Serrinha.....	71
Foto 3 - Apresentação da cultura tradicional durante a Conferência Local na TI Carreteiro.....	72
Foto 4 – Debate durante a Conferência Local da TI Nonoai.....	72
Foto 5 – Apresentação de propostas durante a Conferência Local da TI Nonoai.....	72

LISTA DE SIGLAS

ACD – Análise Crítica do Discurso
AIS – Agente Indígena de Saúde
AISAN – Agente Indígena de Saneamento
CEPI – Conselho Estadual dos Povos Indígenas
CF – Constituição Federal
CIMI – Conselho Indigenista Missionário
CISI – Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
CLSI – Conselho Local de Saúde Indígena
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CNPSI - Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNSI – Conferência Nacional de Saúde Indígena
CNV – Comissão Nacional da Verdade
CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena
CTU – Contrato Temporário da União
DF – Distrito Federal
DOU – Diário Oficial da União
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
EMATER – Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
FEPAM - Fundação Estadual de Proteção Ambiental
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FPCONDISI – Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena
FUNAI – Fundação Nacional do Índio
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
GM – Gabinete do Ministro
GO – Goiás
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSI – Instituto Nacional de Saúde Indígena
MPF – Ministério Público Federal
MPT – Ministério Público do Trabalho
MS – Ministério da Saúde

OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não-Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
PNAPSI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
RS – Rio Grande do Sul
SASI – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SC – Santa Catarina
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena
SPI – Serviço de Proteção ao Índio
SUS – Sistema Único de Saúde
TAC – Termo de Ajustamento de Conduta
TI – Terra Indígena
UBSI – Unidade Básica de Saúde Indígena

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1 - O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA	26
1.1 SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL.....	27
1.2 A ABORDAGEM DIFERENCIADA NO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SASI-SUS).....	32
1.3 PLURALIDADE INDÍGENA E O DESAFIO DA ABORDAGEM DIFERENCIADA EM SAÚDE.....	40
CAPÍTULO 2 - PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO SASI-SUS	51
2.1 INSTÂNCIAS DO CONTROLE SOCIAL.....	55
2.2 CONFERÊNCIAS DE SAÚDE INDÍGENA.....	59
CAPÍTULO 3 - AS PROPOSTAS PARA A ATENÇÃO DIFERENCIADA	66
3.1 BREVE CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO INDÍGENA DO POLO BASE PASSO FUNDO	68
3.2 PROPOSTAS DAS ETAPAS LOCAIS DAS ALDEIAS DO POLO BASE PASSO FUNDO.....	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	99
ANEXO A	108
ANEXO B	117

INTRODUÇÃO

Diferentes concepções sobre o processo saúde-doença são intrínsecas às sociedades humanas, compondo o pensar e o agir, com objetivo de alcançar a cura ou promover o bem-estar. Desde a antiguidade, as civilizações buscam desenvolver formas de explicar o processo saúde-doença. Dependendo das crenças, do conhecimento técnico e científico ou paradigmas que orientaram sua formulação, essas distintas concepções podem abarcar, dentre outros, determinantes físicos, culturais, naturais, sociais, individuais ou coletivos.

Da mesma forma também os povos indígenas, baseados em seus sistemas culturais, crenças, visões de mundo e em suas próprias concepções de saúde, doença e organizações sociais, possuem um saber médico peculiar, com noções e conceitos particulares, com procedimentos de cura, de acordo com sua etnomedicina e seus códigos de representação. A política de saúde indígena no Brasil foi construída baseada nos conceitos da abordagem diferenciada, guiada pelos princípios de acesso universal, participação da comunidade e articulação com as culturas tradicionais, respeitando as práticas peculiares de cada povo e incorporando-as, na medida do possível, nos serviços ofertados pelo sistema de saúde. Considerar que a atenção à saúde dos povos indígenas seja diferenciada significa que devem ser levados em conta aspectos culturais, sem, no entanto, negar que essas populações carecem uma abordagem que abranja sua integralidade.

A atenção diferenciada aos povos indígenas nos serviços de saúde é um grande desafio tanto para os gestores quanto para os trabalhadores que atuam junto às comunidades indígenas em todo o país e que só pode ser minimamente viável se houver uma política estabelecida que reconheça a diversidade desses povos. Uma grande dificuldade de alcançar êxito em promover verdadeiramente a atenção diferenciada está centrada no fato da diversidade dos povos indígenas, considerando que há muitas especificidades em cada etnia, em cada comunidade. A promoção de uma atenção diferenciada em saúde deve abarcar além das especificidades de cada etnia, a integralidade do indivíduo em suas várias concepções, não ignorando sua relação particular no processo saúde-doença.

Conforme dados do censo demográfico realizado pelo IBGE em 2010, a população brasileira é composta por 896,917 mil indígenas. Segundo a pesquisa,

foram identificadas 305 etnias e 274 línguas nativas. Os povos indígenas estão presentes nas cinco regiões do país, sendo que a região Norte é a que concentra o maior número de indígenas, totalizando 342,8 mil. A região com menor número de indígenas encontra-se no Sul, com aproximadamente 78,8 mil. Do total de indígenas no país, 502.783 vivem na zona rural e 315.180 habitam as zonas urbanas brasileiras (IBGE, 2016). Esses dados trazem um panorama geral da disposição dos indígenas no estado brasileiro e expressam em números, o processo histórico de ocupação socioeconômica do país.

Tendo em vista que a população indígena encontra-se dispersa por todo território nacional e que é representada por várias etnias, os povos indígenas demonstram uma grande diversidade em termos de organização social e características culturais. É perceptível que esses povos têm passado por uma significativa destruição cultural e física, reduzindo significativamente suas populações ao longo da história, a partir das transformações oriundas da organização política, econômica e social do Estado brasileiro. Ao longo da história, mesmo com a grande dizimação, os indígenas resistem, no entanto, ficam a mercê de muitas mudanças sociais, que interferem diretamente no modo de vida das comunidades (SILVA, 2017).

A política indigenista no país tem como base a Constituição Federal (CF) de 1988, o Estatuto do Índio (Lei nº 6.001/1973) e instrumentos jurídicos internacionais, como a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas.

A partir da década de 80, com o marco regulatório indigenista brasileiro, instituíram-se, ao menos no campo legal, garantias de uma cidadania diferenciada aos povos indígenas, fomentadas no reconhecimento de suas especificidades culturais e no direito de preservá-las. No Brasil, com a Constituição de 1988, foi assegurado o direito à demarcação das terras tradicionalmente ocupadas pelos povos originários, rompendo com o modelo jurídico assimilacionista (BRAGATO E NETO, 2017).

A Constituição, que conta com um capítulo próprio para disciplinar a matéria (Capítulo VIII, Arts. 231 e 232), reconhece aos indígenas sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, bem como o direito originário sobre as terras que tradicionalmente ocupam. Os direitos dos povos indígenas, de viverem segundo seus usos e costumes, ainda estão resguardados em nossa Carta Magna nos

Artigos 215 e 216, que garantem a todos o pleno exercício dos seus direitos culturais (BRASIL, 1988).

A Lei nº 9.836, de 1999, conhecida como Lei Arouca, acrescentou o capítulo V na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) – Lei nº 8.080/1990 - e criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), incluindo-o como parte integrante do SUS. Esse foi e continua sendo um grande marco para o estabelecimento de um subsistema que busca abarcar as especificidades para tratar da saúde dos povos indígenas.

Com a implantação do Subsistema, foram criados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs, que tinham desde a sua criação, a incumbência de expandir a atenção básica, através de programas de saúde priorizados pela Fundação Nacional da Saúde - FUNASA, para todas as regiões do país onde existissem aldeias indígenas. A partir dessa distritalização buscou-se promover uma atenção diferenciada à saúde, com construção de estruturas locais e específicas que permitissem o acesso aos serviços de saúde, respeitando as diversidades locais, culturais e ambientais.

A criação do Subsistema, além de representar um importante marco legal, promoveu grandes mudanças, considerando a forma como vinha sendo tratada a política de saúde dos povos indígenas. Anterior à criação do Subsistema, o modelo de atenção era fragmentado e fortemente marcado por campanhas pontuais e emergenciais, absolutamente vulnerável no quesito de financiamento, sem infraestrutura e com corpo técnico não preparado para coordenar e executar as ações de saúde.

Embora exista um dispositivo legal que ampare uma atenção diferenciada na prestação de serviços e no acesso dos mesmos, ainda continua sendo difusa a forma como isso de fato deve ocorrer. Mesmo estando presente na Lei que criou o Subsistema, o Estado não regulamentou a forma como a atenção diferenciada deve acontecer na prática, para que os indígenas realmente tenham esse direito garantido.

O interesse pelo tema da atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas foi despertado considerando que minha atuação profissional é diretamente influenciada por esse pressuposto. Como trabalhadora que atua no SASI-SUS, integrando o corpo técnico do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul, que é responsável, atualmente, pela atenção à saúde dos povos indígenas do Rio Grande

do Sul e Santa Catarina, entendo que promover espaços de discussão e debater essa temática é de fundamental importância, pois ainda há muito que se construir para atingirmos uma atenção diferenciada na prática. Além de interferir diretamente em minha rotina de trabalho, o tema despertou especial interesse pessoal, pois entendo que a qualificação dos profissionais que atuam no Subsistema também é fator primordial para que os serviços ofertados sejam de qualidade e satisfatórios.

A problemática da pesquisa é verificar quais as reivindicações das comunidades indígenas que compõem o Polo Base Passo Fundo para garantia da abordagem diferenciada em saúde. Pretende-se verificar como esse pressuposto está ou não presente no dia-a-dia nos serviços de saúde, principalmente quando abrangidos os serviços que extrapolam a atenção básica. Para tanto, o objetivo geral é analisar como ocorre a atenção diferenciada às populações indígenas nos serviços de saúde do SUS e no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Para entender como ocorre a atenção diferenciada, alguns objetivos específicos serão norteadores da pesquisa, são eles: (1) primeiramente verificar se ela engloba a diversidade de etnias existentes no país e se atinge a integralidade, numa perspectiva interdisciplinar, que não desconsidera as formas de organização e representação social desses povos; (2) examinar as instâncias de controle e participação social dentro do SASI-SUS; (3) analisar detalhadamente as propostas formuladas nas etapas locais da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, do Polo Base Passo Fundo, com tema central “Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI): Atenção Diferenciada, vida e Saúde nas comunidades Indígenas” e sua relação com o pressuposto de atenção diferenciada.

A pesquisa pretende analisar a perspectiva da atenção diferenciada, trabalhando com as populações indígenas, atendidas pelo SASI-SUS, dentro da área de abrangência do Polo Base Passo Fundo/DSEI Interior Sul, no estado do Rio Grande do Sul. Nesse âmbito, serão analisadas as propostas elaboradas nas etapas locais da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, do Polo Base Passo Fundo, estando abrangidas as etnias que integram o mapa geográfico do referido Polo Base. A escolha por esse recorte geográfico deve-se ao fato de minha atuação profissional há quase uma década estar voltada a atender às necessidades de saúde dessas comunidades. Inicialmente minha atuação ocorreu dentro das aldeias Alto Recreio e Caneleira, ambas integrantes da Terra Indígena Serrinha, localizada no norte do estado do Rio Grande do Sul, nos municípios de Ronda Alta e Três

Palmeiras, respectivamente. Posteriormente atuei na Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI, em Brasília/DF, onde estive mais próxima da gestão da política de saúde indígena. Depois, atuei no DSEI Interior Sul, em São José/SC, órgão responsável pela execução da política de saúde indígena nos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Atualmente, estou novamente próxima às comunidades indígenas da região norte do estado do Rio Grande do Sul, tendo aprimorado meus conhecimentos sobre a política de saúde indígena no decorrer da minha experiência profissional e, despertado para compreender de forma mais aprofundada a concepção de saúde e adoecimento desses povos.

As desigualdades sociais, que são refletidas nos indicadores de saúde e que marcam os processos de vida, doença e mortalidade nas populações indígenas no Brasil são discutidas e conhecidas no campo da saúde coletiva. Sob a ótica da epidemiologia são diversos os estudos que expressam os precários indicadores de saúde existente nas populações indígenas, perpassando por diversas áreas, desde elevadas taxas de mortalidade infantil até o alto índice de suicídio. Em se tratando de planejamento e gestão, ficam evidentes as dificuldades de integrar o Subsistema com os demais serviços ofertados pelo SUS, que acabam criando barreiras significativas no acesso dos indígenas aos serviços de saúde, de diferentes complexidades. Referente às ciências sociais em saúde, há diversos trabalhos etnográficos que objetivam explicitar as diferentes cosmovisões entre os povos indígenas e que contribuem para a inclusão de práticas de cuidado culturalmente mais sensíveis (MOTA E NUNES, 2018).

O modelo vigente nos distritos sanitários, predominantemente assistencial, segue a lógica da produção de serviços, que é focada na concepção médico-curativa e na mecanização da assistência, sendo que, na maioria das vezes, os indicadores demonstram que não tem capacidade de responder satisfatoriamente às principais necessidades e apresentam baixo índice de resolutividade, prevalecendo “a concepção topográfico- burocrática do distrito sanitário (como espaço geográfico, populacional e administrativo onde são coordenados os estabelecimentos e serviços)”, desfavorecendo a lógica das necessidades reais e dos problemas de saúde. Isso demonstra que há necessidade de reorganizar as práticas e processos de trabalho, de modo que sejam abrangidos num processo social pela melhora das condições de saúde (CARDOSO, 2014).

O modelo de atenção à saúde implementado, através dos distritos sanitários, não tem alcançado sucesso na resolatividade dos principais problemas de saúde da população indígena. Alguns dados exemplificam, como é o caso da mortalidade infantil, que permanece sendo o dobro da média nacional, sendo que a maior parte desses óbitos ocorre no período pós-neonatal (morte entre 28 e 264 dias), e por causas, que se entendem passíveis de serem evitadas, em muitos casos. Doenças transmissíveis, como é o caso da Tuberculose e da Malária, ainda apresentam índices elevados, afetando drasticamente as populações indígenas, especialmente, as que vivem em regiões remotas do norte do país. Esse quadro é o resultado do modelo marcadamente assistencial, focado na terapêutica individualizada, que atua sobre os problemas particulares. Somado a isso há dificuldades em prestar serviços com regularidade das ações de saúde dentro das aldeias, o que impacta diretamente na continuidade da atenção, agregado à fragilidade nas articulações entre os entes envolvidos, que afeta diretamente a premissa de atender com integralidade (MARTINS, 2013).

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena ainda não se encontra plenamente consolidado no país, apesar da implantação dos DSEIs. O modelo de distritalização pretende atender a especificidade tão necessária para as ações em saúde indígena, pois concomitantemente atenderia o propósito de ser um subsistema voltado para as particularidades, e, ainda, estaria articulado com o sistema nacional por meio das estruturas do Ministério da Saúde. Na prática, entretanto, o subsistema tem falhas não só no modelo assistencial, mas também reflete um modelo organizacional que carece de efetividade, fortemente marcado por conflitos e falta de integração entre as diferentes instâncias institucionais, o que compromete a sua plena operacionalização. Além disso, em algumas áreas há fraca cobertura dos territórios indígenas, além da precária infraestrutura física e de recursos humanos para a formação das equipes gestoras e multiprofissionais de saúde, articuladas com o complexo médico-hospitalar da rede assistencial do SUS, o que reflete diretamente nos indicadores de saúde das populações indígenas no Brasil (CARDOSO, 2014).

Como profissional que atua no Subsistema, tenho percebido que, sob a ótica de muitos gestores, promover uma atenção diferenciada dentro do SUS pode gerar além de conflitos na prestação da assistência, a falsa ideia de concessão de privilégios e ou benefícios desproporcionais aos indígenas, em detrimento dos não

indígenas, sob a errônea ideia de que não estaria sendo atendido o pressuposto da equidade. Essa percepção equivocada é um sério entrave à efetividade da abordagem diferenciada na prestação dos serviços de saúde, uma vez que iguala desiguais, descartando por completo o princípio da equidade no acesso universal. A essa visão falaciosa de muitos gestores, soma-se o fato de que a imensa maioria dos recursos humanos atuantes nos serviços possui vínculos precários e com baixa qualificação, o que impacta diretamente no serviço ofertado e vem ao decorrer de décadas sendo ignorado pelo Estado.

A presença de alguns dispositivos legais no campo jurídico em prol dos direitos indígenas não garantiu a superação das desigualdades, tão pouco conseguiu garantir o rompimento das estruturas de poder, decorrentes da matriz colonial, que prospecta ao longo da história a manutenção da lógica eurocêntrica, que ignora campos que não possuem a mesma matriz normativa. No cenário das políticas públicas, tem-se que a maioria dos serviços que preveem acesso diferenciado atua de maneira essencialmente funcional, estando fracamente vinculadas no propósito de possibilitar a construção de uma sociedade menos desigual. No que tange às políticas públicas de saúde, o cenário demonstra que são mantidos os principais processos pelos quais perpassam os determinantes sociais sobre as condições de vida e os indicadores da saúde indígena (MOTA E NUNES, 2018).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNAPSI) não regulamenta a forma como devem ser operacionalizadas as ações e os serviços com previsão da atenção diferenciada. Há referência que deve ser preservada a medicina tradicional, assim como devem ser respeitadas as especificidades socioculturais, pois elas possibilitariam aos indígenas concomitantemente fazer uso dos pressupostos da medicina tradicional e da medicina ocidental. A falta de uma regulamentação específica para operacionalizar a abordagem diferenciada, traz prejuízos não só na oferta das ações e serviços da atenção básica, mas principalmente quando os indígenas são deslocados de seu território e necessitam dos serviços de maior complexidade. Nesse campo, o desconhecimento e o preconceito aparecem como características muito presentes no contato com a população indígena.

Nesse sentido, por vezes, a atenção diferenciada faz parte de uma retórica discursiva e não de uma prática efetiva, que muitas vezes é marcada por uma

exclusão daquilo que não atende os limites da medicina ocidental médico-centrada. Dessa forma, sem uma parametrização institucional que garanta a previsão de como operar a atenção diferenciada, essa premissa recai sob o profissional e alguns poucos gestores que buscam de fato alcançar a equidade e compreender as distintas formas de organização social e concepção de adoecimento dos povos indígenas.

A presente pesquisa foi estruturada em 3 capítulos. O primeiro deles busca abordar o sistema público de saúde do país e Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, sob a perspectiva da atenção diferenciada, dentro do contexto do Sistema Único de Saúde. Ainda nesse capítulo será abordada a pluralidade indígena e o desafio da abordagem diferenciada em saúde, sob as concepções antropológicas de significância no processo de adoecimento. No segundo capítulo serão abordadas as instâncias de participação dos povos indígenas no processo de participação e controle social no SASI-SUS, tendo como base a organização e funcionamento dos serviços de saúde hoje existentes e instalados. Ainda nesse capítulo será analisado o papel das Conferências de Saúde, bem como a proposição da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. No terceiro capítulo será caracterizada a área geográfica do recorte escolhido (Polo Base Passo Fundo) e a análise detalhada das propostas formuladas pelos indígenas para a garantia da atenção diferenciada na saúde dos povos indígenas.

As informações obtidas através da exploração das propostas serão analisadas conforme a perspectiva hermenêutica dialética proposta por Minayo (1996). Esta perspectiva permite apreender a práxis social e as dimensões históricas em que se elaboram os significados.

A união da hermenêutica com a dialética leva a que o intérprete busque entender o texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos frutos de múltiplas determinações mas com significado específico (MINAYO, 1996, p. 227-228).

A análise dos dados, segundo Minayo, nos permite abordar a pesquisa qualitativa sob três possibilidades: a análise de conteúdo, a análise do discurso e a hermenêutica-dialética. Dessa forma, o método hermenêutico-dialético é responsável por uma interpretação aproximada da realidade. Através desse método

os discursos são colocados em seu contexto para permitir a análise no campo da especificidade histórica e totalizante, em que é produzida (MINAYO, 1996, p. 231). Na presente pesquisa, optou-se vislumbrar através da análise documental todas as implicações de ordem histórica, sociocultural, política, econômica e educacional, para tentar vivenciar o contexto em que foram formuladas as propostas e demandas dos indígenas para garantia de um serviço de saúde com atenção diferenciada. Acredita-se que analisando sob esse viés é possível chegar mais próximo possível daquilo que os indígenas entendem enquanto abordagem diferenciada, bem como os entraves que ainda persistem para se atingir esse objetivo.

A análise do discurso, enquanto metodologia de pesquisa, objetiva realizar uma reflexão ampla sobre as condições de produção e apreensão do significado dos discursos elaborados nos diferentes campos sociais, políticos, históricos. Sob essa perspectiva, se tenta compreender o contexto em que foram produzidos os discursos e a produção de sentido que eles apreendem. Esse método trouxe uma contribuição fundamental para a análise do material qualitativo, quando a hegemonia era das análises positivistas dos conteúdos das falas (MINAYO, 2010).

Do viés metodológico, a dialética se detém ao diálogo e busca na linguagem, nos símbolos e na cultura, analisar a situação em que ele foi produzido. Já a hermenêutica busca explorar o contexto em que está inserido o ator, vislumbrando o compartilhamento entre o mundo observado e os sujeitos. Dessa forma, ela se orienta para entender os fatos, os relatos e as observações e apóia essa reflexão sobre o contexto histórico. O pensamento dialético deve ser analisado à luz das práticas sociais e, principalmente, ressaltar o condicionamento histórico das falas, relações e ações. A associação da hermenêutica com a dialética é, assim, um excelente caminho para fundamentar pesquisas qualitativas, na medida em que é possível aproximar o fator histórico ao contexto da linguagem, as relações e suas práticas, buscando uma aproximação com a realidade (MINAYO, 2010).

Em conjunto com a perspectiva hermenêutica dialética proposta por Minayo, será utilizada a Análise Crítica do Discurso (ACD), que pode nos ajudar a entender movimentos de ruptura de estruturas aparentemente cristalizadas na vida social a partir das relações entre forma e função da linguagem. A ACD, através da construção de um corpo teórico, nos permite desenvolver uma descrição, explicação e interpretação dos modos como os discursos dominantes influenciam o

conhecimento, os saberes, as atitudes e também as ideologias socialmente compartilhadas.

CAPÍTULO 1 - O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

O Sistema Único de Saúde instituído no Brasil é fruto de uma grande conquista social, amparado por uma Reforma Sanitária contundente e que de fato mudou significativamente as condições sociais de toda a população brasileira. São inegáveis os benefícios que os serviços ofertados pelo SUS propiciaram aos cidadãos, bem como a profunda transformação social que essa política pública de saúde evidenciou no cenário nacional.

Diversos e variados são os serviços ofertados pelo SUS e com implicação direta no cotidiano de toda população brasileira e também daquela que transita no território nacional. Muitos desses serviços são de conhecimento de uma boa parcela da população. Outros tantos não compõem o rol de conhecimento de grande parte da população. Há quem acredite que os serviços se resumem às filas de hospitais, outros crêem que o SUS trabalha para os menos favorecidos e que somente o utiliza quem não é usuário de plano de saúde. Fato é que todos os brasileiros utilizam o SUS, de uma forma ou de outra.

Nesse cenário complexo e gigantesco que abarca o SUS, pode-se afirmar que ele definitivamente abrange muito além do que uma boa parcela do senso comum da população pode supor que ele seja. Com inúmeras políticas de ampla abrangência, o SUS atinge distintas populações e se propõe a discutir muitas políticas específicas, para populações com diferentes necessidades. Nesse contexto está incluída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que compõe o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Esse capítulo pretende abordar a saúde pública no país, quais os fundamentos do SASI-SUS, seus pressupostos e principalmente a abordagem diferenciada, que é base norteadora das ações de saúde para as populações indígenas. Ainda, pretende-se abordar a questão da pluralidade étnica e os impactos que essa diversidade causa no desafio de promover a abordagem diferenciada nos serviços de saúde indígena.

1.1 SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL

A Constituição Federal promulgada em 5 de outubro de 1988, atualmente vigente, contempla o direito à saúde como direito humano fundamental social, no art. 6.º, que dispõe o seguinte:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (Brasil, 1988).

Para Santos (2018), a Constituição de 1988 é considerada uma constituição-cidadã, na esteira da defesa e garantia dos direitos individuais e sociais. Nesse espectro, que vislumbra as necessidades coletivas contextualizadas em seu meio social, coube à República, primordialmente, trabalhar em prol da diminuição das discrepâncias sociais e também regionais, considerando a extensão territorial do país, com vistas à erradicação da pobreza que compunha um cenário nada discreto no final dos anos 70 e 80. O mesmo autor ainda refere que “o direito associado à ética fez surgir como princípio constitucional a dignidade das pessoas, num reconhecimento do valor intrínseco da natureza humana”. Considerando o capitalismo globalizado que inevitavelmente acaba provocando um achatamento das garantias tanto individuais quanto as coletivas no campo social, o Estado democrático observa seus cidadãos transformarem-se em consumidores, descartando princípios como o da dignidade humana e não atendendo fundamentos como liberdade e igualdade. Esse cenário explicita que o país ainda mantém raízes oligarcas, tendo pouco experienciado o campo do bem-estar social.

No cenário internacional, vários foram os movimentos que caminhavam na mesma direção do pensamento de considerar a saúde um bem social, destacando a Declaração de Alma Ata (1978), resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada no Cazaquistão, que abordou os cuidados primários em saúde como fator primordial na nova ordem econômica internacional que se configurou nos anos 70 e 80 (MENDES, 2004). Destacou-se nesse cenário também, a Carta de Ottawa (1986), formulada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa no Canadá, que discutiu as ações da promoção da saúde (HEIDEMANN et al., 2012). Esses movimentos no cenário internacional foram propulsores na conquista da saúde como um direito universal e

na luta contínua em busca de melhores condições de saúde e de bem-estar das populações. Segundo Barros (2018), as transformações sociais, políticas e econômicas interferem nas condições demográficas e epidemiológicas das populações em todo o mundo e “interpelam fortemente os sistemas de saúde, sobretudo aqueles que possuem o traço democrático da universalidade, tanto em sua capacidade de responder aos desafios dos dias de hoje, quanto na sua necessária sustentabilidade no futuro”.

A saúde representa o exemplo de um dos principais direitos sociais, tendo sua garantia assegurada aos brasileiros nos artigos 196 a 200 da CF de 1988. A Carta Magna prevê que a saúde é um “direito de todos e dever do Estado”, devendo este ser garantido “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Conforme regulamentado pela máxima constitucional, ao Estado é incumbido a prestação do serviço de saúde aos cidadãos, devendo para tanto formular políticas públicas que garantam essa oferta, utilizando-se para isso de instrumentos que incluam a área social e econômica (CRESTANI e OLIVEIRA, 2018).

Além de garantir o direito à saúde, a CF de 1988 também criou o SUS, objetivando sistematizar a oferta dos serviços de saúde. A criação desse sistema universal e de acesso igualitário foi, antes de uma garantia constitucional, uma grande conquista social, resultado da luta da sociedade civil mobilizada, com a participação de vários setores e instituições. Essa conquista está no espectro que busca garantir a dignidade da pessoa humana, outro pressuposto constitucional e republicano. Como princípios do SUS foram elencados a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e a organização de forma descentralizada, hierarquizada e com participação da comunidade (CRESTANI e OLIVEIRA, 2018).

As reivindicações decorrentes da reforma sanitária observadas no final da década de 70 e início dos anos 80, culminando na promulgação da Constituição Federal de 88, geraram mudanças com profundos impactos históricos e sociais no cenário brasileiro. Contribuindo com os direitos constitucionais assegurados, as Leis 8.080/90, 8.142/90 e 9.656/98 tornaram o SUS o maior sistema público de saúde do mundo, podendo ser inclusive, considerado a maior política inclusiva já vislumbrada. (PINHEIRO et al., 2018). A primeira das leis data de 19 de setembro de 1990 e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a

organização e o funcionamento dos serviços, sendo considerada, juntamente com a segunda, as Leis Orgânicas da Saúde. A segunda data de 28 de dezembro de 1990 e dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. A última delas, editada em 3 de junho de 1998 dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Esses artefatos legais, que posteriormente somaram-se diversas normativas, formam o arcabouço legal do sistema de saúde brasileiro.

O médico Sérgio Arouca¹, árduo defensor do sistema de saúde pública, define muito bem o que a Reforma Sanitária significou e que ainda significa para aqueles que entendem a saúde pública como um direito de cidadania.

“a Reforma Sanitária não é um projeto técnico-gerencial, administrativo e técnico-científico; o Projeto da Reforma Sanitária é também o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que, para se organizar, precisa ter dentro dele valores que nunca devemos perder, pois o que queremos para a Saúde, queremos para a sociedade brasileira” (Arouca, 2003).

O SUS, fruto do desejo da Reforma Sanitária, é concebido como um sistema público Beveridgeano, considerando-se quesitos como o financiamento, a gestão pública e sua garantia constitucional com acesso universal, com prestação de serviços públicos e abertos à iniciativa privada. Modelos semelhantes, com preceitos de universalização são observados em alguns países europeus, tais como Suécia,

¹ O sanitarista Sérgio Arouca foi um dos principais teóricos e líderes do chamado "movimento de 2003, Arouca é reconhecido por sua produção científica e a liderança conquistada na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi presidente da Fiocruz em 1985, professor concursado da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), além de chefe do Departamento de Planejamento da Escola. Internacionalmente, foi consultor da Opas/OMS, contribuiu diretamente para o planejamento do sistema público nacional de saúde da Nicarágua e participou de diversos outros projetos estratégicos da Organização, incluindo trabalho de consultoria no México, Colômbia, Honduras, Costa Rica, Peru e Cuba. Mesmo no período de censura à imprensa por parte do governo militar, Sergio Arouca defendia o acesso de toda a população às informações científicas. Com a abertura política e a redemocratização no país, essa postura se intensificou. Quando nomeado presidente da Fiocruz, abriu as portas da instituição para a sociedade. Acreditava que os cientistas deviam participar da vida social e divulgar para os meios de comunicação suas atividades, muitas vezes financiadas pelos impostos dos próprios cidadãos. Além de sua atuação como médico sanitarista, Arouca participou da vida política brasileira. Foi militante do Partido Comunista Brasileiro (PCB), no qual lutou pelo acesso universal à saúde e pelas reformas de base. Ajudou na criação do Partido Popular Socialista (PPS), quando o PCB já não atendia mais aos seus anseios, em um período de mudanças, nos anos 90.

Finlândia e Reino Unido, assim como o Canadá (BARROS E GOMES, 2002). No entanto, a ideia de universalização aos poucos foi dando lugar a uma fragmentação frequente do sistema de saúde brasileiro e o ideal da universalização foi transformando-se em um cenário segmentado (MENDES, 2018).

Santos (2018) muito bem discorre que mesmo havendo grandes dificuldades, são inegáveis os avanços já alcançados no campo da saúde pública, ainda que haja barreiras para sua consolidação plena. A busca pela universalidade do acesso, o financiamento adequado, bem como a qualidade e quantidade de ofertas de serviço são objetivos constantes dentro do sistema. Essa luta, por diversas vezes esbarra no discurso de que políticas sociais dessa magnitude não cabem no orçamento público e empoderam a tese do capitalismo pós-moderno que considera que a austeridade fiscal é fator imprescindível para o crescimento e que a garantia no campo social advém dessa premissa.

Lamy, Roldan e Hahn (2018) referem que o direito à saúde tem sido contemplado em diversas constituições de diversos países, além de ordens e tratados internacionais, e o definem como um “bem jurídico indissolúvelmente ligado à vida”, enquadrando-o como um “direito coletivo” ou “direito de incidência coletiva”, classificando-o como direito de terceira geração², abrangendo desde pequenos grupos, até toda a coletividade. O autor diz que ao referir-se à saúde pode até falar-se em “direito de solidariedade”, aprofundando a visão para uma esteira que entende como “o direito à proteção e promoção da saúde integral dos cidadãos e, ainda, o direito à atenção sanitária, em condições de real igualdade”.

A história do Brasil é fruto de um processo histórico e social de base colonialista, escravocrata e economicamente dependente. Esse contexto deve estar presente em qualquer análise da política de saúde do país, não cabendo dissociá-la, em momento nenhum, da realidade histórica (SANTOS, 2018). As transformações da lógica capitalista impactam diretamente o financiamento de políticas públicas, como a de saúde, especialmente nos países que ofertam serviços de acesso universal, como é o caso do Brasil (MACHADO, 2018). Qualquer análise que não

² Alguns autores consideram o direito à saúde como direito humano fundamental individual, o bem jurídico é a saúde individual, relação médico/paciente, direito de primeira geração ou dimensão; outros, como direito humano fundamental social, direito de segunda geração ou dimensão; outros, direito à solidariedade, direito de terceira geração ou dimensão; outros ainda, de quarta geração, como direito de proteção do futuro (Müller, 2014).

considere os fatores sociais para construção de uma política pública de saúde sólida e consistente, com vistas à diminuição das iniquidades, está fadada ao fracasso e ao favorecimento de grupos socialmente restritos. A equidade do sistema versa justamente na oferta de maiores serviços àquela parcela da população mais marginalizada e socialmente excluída, portanto, organizar o sistema de forma a diminuir as discrepâncias, é também uma forma de compreender os indivíduos enquanto cidadãos.

A sociedade brasileira sem o SUS é barbárie³. Não há dúvida que essa expressão traduz uma verdade unânime para aqueles que conhecem o sistema e conseguem prospectar o que seria a sociedade frente à sua ausência. Santos (2018) estima que o SUS atenda diretamente 150 milhões de usuários e indiretamente 207 milhões, através de um conjunto de ações e serviços presentes rotineiramente na vida dos brasileiros. Ela ainda relata que no quesito de ofertas de serviço de saúde, fora do sistema público, há que se comprar os serviços como mercadoria da lógica capitalista, para aqueles poucos que detém capital para adquiri-la. Cabe aqui destacar que ações de promoção e prevenção de doenças são fatores fortemente trabalhados no SUS e na imensa maioria das vezes, inexistente no mercado privado de saúde.

Os avanços do SUS, desde sua criação e implantação foram significativos para a sociedade brasileira, considerando seu cunho público e universal em um país de dimensões geográficas consideráveis e de economia relevante no cenário internacional. Mesmo o sistema tendo sido construído em todos os momentos em situações adversas, principalmente no quesito de financiamento, ainda assim ele alcançou aquilo que se propôs, que foi mudar o cenário da cidadania, na lógica da seguridade social. Os avanços podem ser constatados tanto na oferta e cobertura de serviços, quanto na política institucional e nas formulações de políticas específicas e no alcance de resultados (MACHADO, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde da seguinte forma:

³ Frase do médico Gonzalo Vecina Neto. Ex-secretário municipal de Saúde de São Paulo, ex-presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), ex-secretário Nacional da Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde e ex-superintendente do Hospital Sírio-Libanês. Gonzalo Vecina Neto é uma das figuras mais importantes quando se trata de pensar o Sistema Único de Saúde. Foi também professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e um entusiasta do sistema.

(...) um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções ou enfermidades. O gozo do grau máximo de saúde que se possa alcançar é um dos direitos fundamentais de todo ser humano sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é uma condição fundamental para atingir a paz e a segurança, e depende da mais ampla cooperação das pessoas e dos Estados. Os resultados alcançados pelo Estado no fomento e proteção da saúde são valiosos para todos. A desigualdade dos diversos países, relativa ao fomento da saúde e ao controle das enfermidades, sobretudo as transmissíveis, constitui um perigo comum. O desenvolvimento saudável da criança é de importância fundamental; a capacidade de viver em harmonia num mundo que muda constantemente é indispensável para esse desenvolvimento. A extensão dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins a todos os povos é essencial para alcançar o mais alto grau de saúde. Uma opinião pública bem informada e uma cooperação ativa por parte do público são de importância capital para o aperfeiçoamento da saúde do povo. Os governos têm responsabilidade pela saúde de seus povos, que só pode ser cumprida mediante a adoção de medidas sanitárias e sociais adequadas (OMS, 2014).

A OMS atribui aos Estados nacionais a adoção de medidas e políticas para propiciar condições adequadas de saúde aos seus povos. No Brasil, recentemente, o governo impôs à sociedade a Emenda Constitucional 95, datada de 15 de dezembro de 2016, instituindo um novo regime fiscal, ignorando as demais necessidades sanitárias para os próximos 20 anos e colocando em risco, dentre outros segmentos, o da saúde. O governo optou pela “saúde fiscal” renunciando as necessidades sociais, achatando severamente o financiamento das políticas públicas. Para isso, negou qualquer diálogo e construção coletiva com a sociedade. Dessa forma, novamente a parcela mais vulnerável da população será sacrificada em nome da sustentabilidade da lógica do capital (SANTOS, 2018).

1.2 A ABORDAGEM DIFERENCIADA NO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SASI - SUS)

A Constituição de 1988 trouxe avanços também no reconhecimento da organização social e cultural dos povos indígenas, além do direito originário às terras que os povos indígenas tradicionalmente ocupavam, estando contido nos artigos 231 e 232 (BRASIL, 1988). Na mesma linha da CF/88 está a Declaração das Nações Unidas que trata dos direitos dos povos indígenas, de 2007 e a Convenção da Organização Internacional do Trabalho nº 169 de 1989, que teve seu

reconhecimento e aprovação no Brasil no ano de 2004. Ambos dispositivos representam tratados internacionais que versam sobre os direitos humanos e vão ao encontro do contido na máxima constitucional brasileira. Sob essa ótica devem ser assegurados os direitos fundamentais aos povos indígenas, respeitando suas organizações sociais, culturais e seus costumes (MALUCELLI e NETO, 2018). Dessa forma, desenhou-se o arcabouço legal básico que possibilitava a formulação de políticas específicas para as populações indígenas do país, sob a proteção de suas características socioculturais.

No ano de 1999, através da Lei 9.836 foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. A aprovação da referida Lei, que tramitou desde 1995, se deu por pressão dos movimentos indígenas, em um cenário de lutas e conquistas (BENEVIDES, PORTILLO, NASCIMENTO, 2014). O instrumento legal de criação do Subsistema ficou conhecido como Lei Arouca, fazendo referência à atuação do médico sanitарista Antônio Sérgio da Silva Arouca, que ocupou a presidência da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) entre 1985 e 1989. A trajetória de Sérgio Arouca estava fortemente ligada à saúde pública antes mesmo da criação do Subsistema, tendo no ano de 1986 presidido a comissão organizadora da VIII Conferência Nacional de Saúde, que marcou significativamente as proposições de saúde pública, tal como concebidas posteriormente na constituinte e no sistema de saúde pública do país. Nessa oportunidade, o sanitарista incluiu no projeto da reforma sanitária, a proposta de criação do Sistema Único de Saúde (MORAES, 2018).

A atuação de Sérgio Arouca no campo da saúde pública não se resumiu à área técnica. O médico sanitарista foi eleito deputado federal para os períodos de 1991 a 1994 e de 1995 a 1998. Na vida parlamentar, o médico arquitetou um sistema específico que buscava se adequar às necessidades de saúde da população indígena, respeitando as particularidades e especificidades étnicas e culturais. Fruto da atuação de Sérgio Arouca, consolidou-se o capítulo V da lei 8.080/1990, que trata das ações e serviços de saúde às populações indígenas, dentro do Sistema Único de Saúde. A base do SASI consiste em considerar “a realidade local, as especificidades da cultura dos povos indígenas, pautando-se em uma abordagem diferenciada e global”. A abordagem diferenciada deve englobar as ações de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio

ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional (MORAES, 2018).

No período colonial foram observadas as primeiras ações relacionadas à saúde destinadas às populações indígenas. No princípio, os missionários católicos, introduzidos pela igreja, desenvolveram as primeiras ações e mais tarde somaram-se a eles os protestantes, no início do século XX. As ações desconsideravam as crenças e tradições específicas das culturas locais e introduziam formas e pensamentos do modelo colonizador. No ano de 1910, observou-se a primeira atuação do Estado com a criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), vinculado de imediato ao Ministério da Agricultura, posteriormente aos ministérios da Agricultura, Indústria e Comércio e ao Ministério da Guerra (ALVES, 2018).

Segundo Souza Lima (1987), as ações do Serviço de Proteção ao Índio apresentaram as seguintes finalidades: propor o fim dos atritos entre indígenas e não indígenas; estabelecer uma convivência pacífica, manter a sobrevivência física dos indígenas; demarcar terras aos indígenas para sua proteção diante das frentes nacionais de expansão, como fazendeiros, industriais entre outros; implantar atividades econômicas e agrícolas e inseri-los junto à nação brasileira de forma evolutiva, por meio da tutela.

Wenczenovicz (2018) observa que o processo de colonização e ocupação do território nacional ocasionou alterações profundas no modo de viver das populações indígenas. Na ânsia colonizadora, inúmeras etnias deixaram de compor o mapa do país, sendo aniquiladas por completo. Outras tantas só sobreviveram porque foram obrigadas a se adaptar à nova ordem, muitas vezes renunciando totalmente aos seus costumes e tradições. A colonização além de impor novas formas de organização e do extermínio em massa, trouxe consigo uma infinidade de doenças, até então estranhas para as populações locais. Reis e Albertoni (2018) relatam que o encontro colonial ocasionou efeitos devastadores nos universos socioculturais, assim como na integridade física dos indígenas.

A discriminação estrutural que afeta os povos indígenas no Brasil e na América, em conjunto com o empobrecimento, que resulta da desapropriação sistemática dos territórios tradicionais e a perda de seus modos de vida, associados aos obstáculos da participação política e do racismo institucionalizado, impacta negativamente sobre as condições de saúde dos povos indígenas. Embora os dados que se têm disponível ainda sejam insuficientes e frágeis, é perceptível que o perfil

epidemiológico dos povos indígenas se destaca por sua natureza polarizada e prolongada, sendo que diferentes estágios da transição epidemiológica se sobrepõem à persistência de altas taxas de incidência e mortalidade de doenças transmissíveis, como a tuberculose, juntamente com doenças não transmissíveis, como diabetes associada à desnutrição e obesidade (CEPAL, 2014).

O planejamento das ações de saúde e avaliação dos impactos social e sanitário, decorrentes do contato, deve ser analisado sob aspectos biológicos, mas também sob aspectos sociais, principalmente considerando que os indígenas não respondem com tamanha naturalidade às epistemologias ocidentais, norteadoras dos serviços de saúde. Os fatores de adoecimento devem ser analisados de forma policausal, levando-se em consideração que o ambiente social tem grande significância no processo da doença. Nesse viés, a intervenção no campo da saúde deve respeitar as decisões individuais e da comunidade, a autonomia sociocultural, o diálogo e as práticas tradicionais (REIS e ALBERTONI, 2018).

Conforme Langdon (1999), as ações desenvolvidas pelo SPI devem ser analisadas sob o espectro de conceber um “processo civilizatório nacional”, que tomava por base a teoria positivista e buscava que as populações indígenas fossem incorporadas à nova ordem social que estava se configurando, assimilando-os na estrutura que se prospectava e que vislumbrava a necessidade de mão de obra, fundamental ao “desenvolvimento” da nação. Mesmo assim, muitos povos conseguiram salvar-se do extermínio, através das ações do SPI. Alves (2018) corrobora o pensamento positivista observado por Langdon e acrescenta que mesmo com a criação da Fundação Nacional do Índio, em 1967, essa lógica se manteve presente.

Desde os primeiros contatos estabelecidos na América que se têm notícias, muitas foram as epidemias e doenças contagiosas que geraram mortalidade em série, em números nunca antes observados. Mesmo existindo o SPI, suas ações eram consideradas pontuais e restritas, atendendo o modelo higienista da época. Em 1967, uma comissão então formada por indigenistas, antropólogos e profissionais do Serviço Sanitário de Unidades Aéreas deu início à Fundação Nacional do Índio, implantando Equipes Volantes de Saúde. Mesmo assim, as ações não sofreram a expansão que se esperava e seguiam sendo pontuais, esporádicas e verticais. Foi somente na VIII Conferência Nacional de Saúde e 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, ambas ocorridas em 1986, que surgiu a

demanda por um novo modelo de atenção à saúde indígena. A proposta vislumbrava a criação de Distritos Sanitários de Natureza Especial que fosse capaz de abrigar as necessidades distintas dos diversos povos indígenas existentes no território nacional. A estruturação das ações e serviços dos distritos sanitários foi incumbida à Fundação Nacional de Saúde, tendo permanecido até o ano de 2010. (BENEVIDES, PORTILLO, NASCIMENTO, 2014).

O histórico das ações de saúde voltadas às populações indígenas demonstra que instituições como a FUNAI e a FUNASA foram responsáveis pela divisão de atribuições. À FUNAI coube as ações de viés mais assistencial no campo da saúde, enquanto que à FUNASA foram incumbidas as ações de promoção e prevenção da saúde. Essa concomitância de atribuições acabou gerando impasses e criando desafios para a integralidade das ações de saúde. As duas instituições firmavam parcerias, convênios com municípios, organizações não governamentais, universidades, instituições de ensino e pesquisa, no entanto cada qual estabelecia seus objetivos e suas metas, desvinculadas uma das outras (BRASIL, 2004, p. 115). Langdon (1999) observa que a FUNAI não dispunha de profissionais capacitados e aptos para atender às especificidades e particularidades dos indígenas, considerando que a infraestrutura das áreas era precária e havia uma absoluta carência de dados epidemiológicos no campo da saúde para propor ações resolutivas.

Mesmo com a aprovação da Lei Arouca persistiram inúmeras dificuldades relacionadas à execução dos serviços de saúde ofertados às populações indígenas. Essa crise que permeou as diferentes instituições que se responsabilizaram pelas ações do SASI-SUS, acabou motivando a demanda pela criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), sancionada em 2010. A SESAI, atualmente atua por meio de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que estão divididos observando-se critérios como as características epidemiológicas e geográficas, acesso aos serviços e configurações étnicas (figura 1). A União é atualmente a responsável pela gestão do Subsistema e execução das ações nos distritos sanitários, que não obrigatoriamente obedecem aos limites geográficos dos Estados e municípios (BENEVIDES, PORTILLO, NASCIMENTO, 2014).

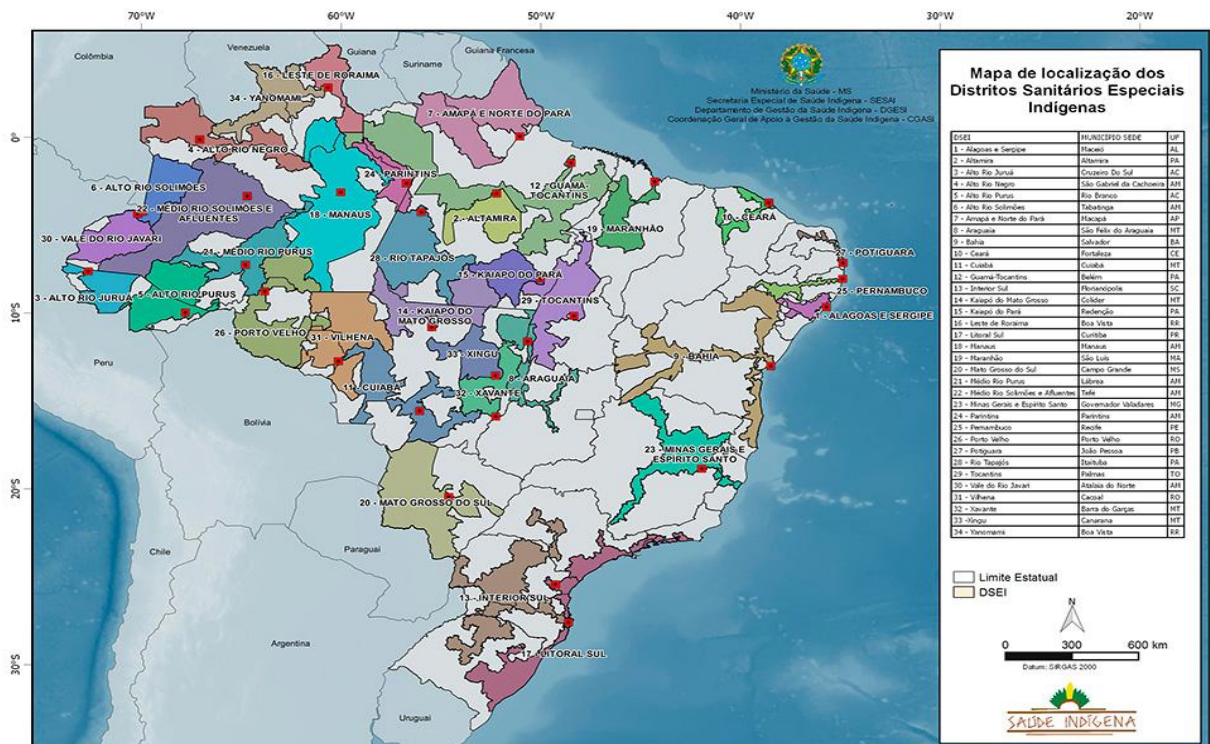


Figura 1 – Mapa de localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Fonte: SESAI/MS

Os Distritos Sanitários compõem o Subsistema e orientam-se pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde n.º 254, de 31 de janeiro de 2002, que considera que as ações e serviços devem ser pautados pela abordagem diferenciada com respeito à identidade étnica (MORAES, 2018). No modelo dos distritos, as unidades de atendimento de saúde estão localizadas nas aldeias indígenas e são responsáveis diretamente pelas ações de atenção primária à saúde⁴. Havendo necessidade de serviços de atenção secundária⁵ e terciária⁶, os usuários seguem o fluxo

⁴ Internacionalmente tem-se apresentado 'Atenção Primária à Saúde' (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Esse enunciado procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS. No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Fonte: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>

⁵ A Atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência. Fonte: <http://www.saude.mg.gov.br/sus>

estabelecido pelo SUS, na lógica da oferta estabelecida de acordo com as organizações regionais, locais- regionais e estaduais. (ASSUMPÇÃO, 2017).

De acordo com a PNAPSI, a atenção à saúde indígena deve ocorrer da seguinte forma:

É necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços (Brasil-PNASPI. 2002: 6).

Segundo Moraes (2018), a estruturação dos Distritos Sanitários foi construída em parceria com lideranças indígenas, instituições parceiras, organizações não governamentais, além dos entes federados e seguiram alguns critérios, a saber: população, área geográfica e perfil epidemiológico; acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional; distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas e disponibilidade de serviços, recursos humanos e infraestrutura.

O Ministério da Saúde preconiza que as equipes de saúde tenham composição multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, auxiliados pela participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários. Ainda, a PNAPSI define que o perfil profissional, assim como a quantidade e a qualidade deve ser estabelecido, levando em consideração o planejamento local de cada distrito, observando principalmente a dispersão populacional, condições de acesso, necessidades específicas locais e dispersão geográfica (PNAPSI, 2002).

⁶ A Atenção Terciária ou alta complexidade designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. Organiza também procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo. Fonte: <http://www.saude.mg.gov.br/sus>

A atenção básica ofertada nas aldeias tem como premissa o contato inicial com os agentes indígenas de saúde, desenvolvendo-se nesse espectro uma estratégia para a aproximação dos indígenas com os profissionais não indígenas que atuam no sistema e um elo entre a medicina tradicional e a medicina ocidental, que norteia os serviços de saúde que são oferecidos aos povos indígenas. (MORAES, 2018).

Para Scopel, Scopel e Langdon (2018), a prática biomédica ocidental reduz as noções de saúde, as distintas concepções de corpo e o que a ela se agregam nos conceitos de saúde-doença e impõem dificuldades para o Estado praticar ações intersetoriais. Esse reducionismo técnico-científico e focado no perfil biomédico desconsidera fatores intimamente ligados à saúde na concepção nata dos indígenas. Dessa forma, renegam-se as ligações que os indígenas possuem com a terra, fomentando a exploração de lógica capitalista que permeia as ações governamentais e facilita a construção de hidrelétricas, barragens, exploração de minérios, o incentivo ao desenvolvimento de cidades e da indústria ostensiva, bem como de cultivos agrícolas de larga escala. Os mesmos autores em estudo sobre a cosmografia Munduruku relatam que é na *práxis* que os conhecimentos tradicionais dos indígenas são vivenciados e que o Estado reduz a saúde à intervenção do corpo, desconsiderando os fatores multidimensionais que compõem a concepção de saúde.

A compreensão dos fatores que interferem na forma como os indígenas entendem a saúde e a doença e como relacionam isso a outras questões de sua organização social faz parte daquilo que deveria ser a atenção diferenciada na saúde indígena. Langdon (2004, p. 42) ao analisar as propostas da III Conferência Nacional de Saúde Indígena relata que o conceito de atenção precisa ser operacionalizado em âmbito local e principalmente na atenção secundária e terciária do SUS, uma vez que a integralidade da atenção deve existir em todos os níveis e a maneira de proporcionar esse atendimento diferenciado não pode se restringir ao nível primário da atenção. Sobre o assunto, a autora afirma que os profissionais que atuam com as populações indígenas não são devidamente capacitados para trabalhar com outras culturas e com cenário distinto do enfoque biomédico ocidental.

Para Mota e Nunes (2018), as especificidades culturais são desprovidas de sentidos para muitas equipes de saúde que atuam no subsistema e apresentam pouca ou nenhuma relação com a diacronicidade do ser indígena, representando

uma barreira que não consegue avançar para a reorganização dos processos de trabalho. Em estudo realizado no DSEI Bahia, as autoras observaram que o conceito de especificidades, quando abordado, mais compunha imagens estereotipadas do tipo “índio-índio” e “índio mesmo”, fazendo referência às imagens relatadas pelos colonizadores ou aos povos indígenas da Região Norte do país.

Observa-se, portanto, que, para planejar ações ou mesmo avaliar o impacto social e sanitário decorrentes do contato, é necessário considerar fatores biológicos e sociais, considerando ainda que os povos indígenas não costumam operar essa divisão característica de epistemologias ocidentais. Por isso, a vulnerabilidade desses povos indígenas frente a uma situação de contato não deve ser concebida de maneira monocausal. É imprescindível que o ambiente físico e social que determinam a forma que o processo de adoecimento assume junto a essas populações sejam considerados e que a equipe envolvida na situação esteja apta a dialogar, a respeitar as decisões e a não comprometer a autonomia sociocultural dos povos envolvidos, principalmente, dos grupos em situação de quebra ou flexibilização de isolamento (REIS e ALBERTONI, 2018).

1.3 PLURALIDADE INDÍGENA E O DESAFIO DA ABORDAGEM DIFERENCIADA EM SAÚDE

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, existem no território nacional 305 etnias indígenas que falam 274 línguas e totalizam aproximadamente 897 mil indivíduos (IBGE, 2010). Os povos indígenas estão em todas as Unidades Federativas e cada povo possui características distintas e próprias umas das outras. Essa diversidade cultural configura que o país possui uma identidade multicultural, o que demonstra ser um desafio para a elaboração e implementação de políticas públicas específicas e diferenciadas (WENCZENOVICZ, 2018).

A palavra “índio” representa uma categoria jurídica, que alude aos descendentes dos primeiros ocupantes do Brasil. No entanto, se o objetivo é conhecer esses povos partindo do pressuposto de suas próprias perspectivas, identificaremos os Kayapó, os Guarani, os Terena, os Kaxuyana, os Tupinambá, os Wajãpi, os Yanomami, os Kariri-Xocó e muitos outros. Dessa forma, podemos considerar que temos uma grande diversidade linguística, cultural e organizacional,

vivenciada por experiências que cada um desses povos construiu ao longo de sua trajetória e das relações estabelecidas com a sociedade nacional e as instituições estatais. Temos então um amálgama de situações históricas e modos de vida caracterizados por uma gama de complexidade, que não se interessa reduzir em simplismos. Ao mesmo tempo em que o termo “índio” se demonstra genérico, é ele também que acabou causando uma identificação que permitiu e permite aos mais diferentes povos reconhecerem as ameaças e lutarem por seus direitos fundamentais, entre eles, o direito à diferença – a continuarem sendo quem são, para além dessa categoria. (GALLOIS, KLEIN E DAL’BO, 2016). É relevante perceber que não existe uma identidade indígena genérica. Existem sim diferentes identidades políticas e simbólicas que articulam, visibilizam e acentuam as identidades étnicas. No imaginário popular e no censo comum pode existir essa única identidade “indígena”, que mais parece fruto do preconceito de que índio é tudo igual e contribui para diminuir o valor e a riqueza da diversidade cultural dos povos nativos e originários da América continental. Os povos indígenas são múltiplos e diferenciados, assim como os povos europeus (alemão, italiano, francês, holandês) são distintos. Se é ofensa igualar os povos europeus entre si, da mesma forma é dizer que o povo Yanomami é igual ao Guarani. (LUCIANO, 2006).

O termo “índio” ou “indígena”, na língua portuguesa, refere-se a nativo, natural de um lugar. E essa terminologia é utilizada para designar os primeiros habitantes (nativos) do continente americano, conhecidos como povos indígenas. No entanto, isso não mantém necessariamente uma veracidade na história, sendo essa denominação mais o reflexo de um erro náutico que qualquer outra coisa. O navegador Cristóvão Colombo, representando a Coroa Espanhola, em uma viagem no ano de 1492, com origem na Espanha rumo às Índias - na época uma região da Ásia – viu sua rota ser castigada por tempestades, tendo ficado à deriva por muitos dias até alcançar uma região continental que ele acreditou que fossem as Índias, mas que na verdade era o atual continente americano. Assim os habitantes encontrados nesse novo continente foram genericamente chamados de “índios” ou “indígenas”, perdurando até hoje. Logo, deduz-se que não existe nenhum povo, tribo ou clã com a denominação de índio. Verdadeiramente, cada “índio” integra um povo, uma etnia identificada por uma denominação própria (LUCIANO, 2006).

Conforme uma definição técnica das Nações Unidas, do ano de 1986, conceitua-se povos ou comunidades indígenas da seguinte forma:

Por comunidades, populações e nações indígenas, deve-se entender aquelas que, ligadas por uma continuidade histórica às sociedades anteriores à invasão e às sociedades pré-coloniais que se desenvolveram em seus territórios, consideram a si mesmas distintas de outros setores da sociedade que dominam no presente sobre seus territórios ou parte desses territórios. São no momento elementos não dominantes da sociedade e estão determinadas a conservar, a desenvolver e a transmitir às gerações futuras seus territórios ancestrais e sua identidade étnica, como base de sua existência continuada como povos, em conformidade com seus próprios padrões culturais, as instituições sociais e os sistemas jurídicos.⁷

O cenário de indígenas no país é hoje, bem variado. Do total de quase 900 mil pessoas que se identificam como indígenas há comunidades que descendem dos povos contatados pelos colonizadores no princípio da colonização até povos que vivem em isolamento voluntário, em alguns locais isolados da Amazônia. Exemplo disso é o povo Yanomami, com aproximadamente 30 mil pessoas que habita entre os estados de Roraima e Amazonas que teve seu contato em meados da década de 90. Com o advento do contato, essas comunidades que até então viviam isoladas, foram alcançadas pelas frentes de exploração e assim levadas a aprender que são identificadas como “índios” (GALLOIS, KLEIN E DAL’BO, 2016).

Entender o significado do termo “cultura” é premissa básica para compreendê-la dentro dos distintos contextos que ela se apresenta. Conforme o preâmbulo da Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural da ONU, cultura pode ser definida como o conjunto dos traços distintivos espirituais e materiais, intelectuais e afetivos que caracterizam uma sociedade ou um grupo social e que abrange, além das artes e das letras, os modos de vida, as maneiras de viver juntos, os sistemas de valores, as tradições e as crenças. Para o antropólogo Clifford Geertz (1989), a cultura é uma complexa teia de significados, produzida pelo homem, que conduz a existência humana. Essa teia de significados nada mais é que um sistema de símbolos que interage constantemente com outros indivíduos, numa relação de reciprocidade.

A Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos Indígenas estabelece, no seu artigo 24 o seguinte:

1.Os povos indígenas têm direitos às suas próprias medicinas tradicionais e a manter suas práticas de saúde, incluindo a conservação de suas plantas,

⁷ definição proposta por José R. Martínez Cobo, relator especial da Sub-Comissão para a Prevenção da Discriminação e para a Proteção das Minorias da Organização das Nações Unidas, em 1986.

animais e minerais de interesses vital, sob o ponto de vista médico. As pessoas indígenas também têm direito ao acesso, sem discriminação alguma, a todos os serviços sociais e de saúde. 2. Os indígenas têm direitos a desfrutar igualmente do maior nível de saúde física e mental. Os Estados tomarão as medidas que sejam necessárias a fim de lograr progressivamente a plena realização deste direito (Nações Unidas, 2007).

A Declaração Universal dos Direitos dos Povos Indígenas significou um ganho em escala coletiva e não apenas em garantias individuais. A Declaração passou a reconhecer os povos indígenas enquanto nações antecessoras aos Estados nacionais republicanos. Esse reconhecimento propiciou aos povos indígenas, de diferentes Estados nacionais, a legitimidade para cobrar de cada governo a efetivação dos seus direitos, através de políticas públicas que reconhecessem as especificidades. Isso gerou impacto significativo, especialmente em países em que a população indígena equilibra ou supera a não indígena, como é o caso do Equador, Peru, Bolívia e Guatemala. As garantias contidas na Declaração simbolizam um significativo ganho político para os povos indígenas, uma vez que dá visibilidade nacional/internacional e representa um ganho para implementação de políticas públicas e programas de desenvolvimento humano, reconhecendo a autonomia e permitindo a participação nas tomadas de decisões (URQUIDI, TEIXEIRA E LANA, 2008).

Mesmo tendo havido o reconhecimento dos direitos dos povos indígenas, através de diversos dispositivos legais, isso de fato não superou as desigualdades epistêmicas, tampouco desorganizou as estruturas de poder, baseadas na matriz colonial, hegemônica e eurocêntrica, anulando as distintas cosmovisões que os povos indígenas possuem. Nas políticas públicas implantadas pelo Estado, pouco se observa referente à diminuição das mazelas sociais históricas e menos ainda na abordagem multicultural e facetada que os povos indígenas apresentam. Na área específica da saúde, os determinantes sociais seguem impondo baixos indicadores epidemiológicos e péssimas condições de vida a essas populações. (MOTA, 2017). Urquidi, Teixeira e Lana (2008) também apontam que apenas reconhecer os direitos não é suficiente. Uma vez que eles por si só não são capazes de transformar uma arquitetura que desconsidera as diferenças na esfera pública, bem como um “sistema de poder que pode ver em risco seus interesses políticos e econômicos ao estender direitos a novas minorias.” No contexto específico da América Latina, este cenário tem feições ainda mais dramáticas, se analisarmos as frágeis democracias

que figuram o histórico dos Estados, os sistemas demasiadamente burocráticos/ineficientes e, principalmente, a destinação de recursos econômicos que se voltam a atender interesses globalizados à custa das desigualdades sociais.

Corpuz (2010) refere como “agressão do desenvolvimento” o processo imposto pelos modelos dominantes de desenvolvimento que violaram direitos humanos aos povos indígenas, tais como, o direito à autodeterminação, às terras tradicionais, à subsistência, à cultura e tantos outros. Os povos indígenas, independente de sua localização geográfica e de seus Estados Nacionais, vivem em situação de marginalidade social e a tendência, caso não mudem os objetivos globais, é que essa situação piore significativamente. Segundo as Nações Unidas (2009) os povos indígenas, que representam cerca de 5% da população mundial, correspondem a 15% das pessoas que vivem em situação de pobreza no mundo e representam 1/3 da população mundial rural extremamente pobre. Não faltam exemplos para demonstrar essa situação. No Equador, 90% da população rural é indígena e quase a totalidade vive em extrema pobreza. Ainda no Equador, os números apontam que oito entre dez crianças indígenas vivem na pobreza. O escritório da UNICEF para a América Latina e o Caribe apontou que, na Guatemala, 87% da população indígena é pobre, enquanto 54% da população não indígena é pobre. No México, essa proporção é de 80% para 18%. No Peru, de 79% para 50% e na Bolívia, de 64% para 48%. Essa situação de pobreza, refletida na educação, saúde e diversos outros setores não é exclusividade da América Latina. Na Austrália, os aborígenes vivem em média 20 anos menos que a população não indígena. Nos Estados Unidos e no Alasca, quase ¼ dos povos indígenas vivem abaixo da linha da pobreza, comparados aos quase 12,5% da população total e apresentam taxas de mortalidade mais altas que outros cidadãos por tuberculose (600% maior), alcoolismo (510% maior), colisão de veículos automotores (229% maior), diabetes (189% maior), lesões não intencionais (152% maior), homicídios (61% maior) e suicídios (62% maior).

Urquidi, Teixeira e Lana, (2008) referem que existe uma lacuna entre o que está previsto na legislação e o que de fato é implementado como política pública. Segundo os autores, diversos fatores contribuem para esse distanciamento, podendo elencar a falta de protagonismo indígena na definição e realização das leis, a falta de acompanhamento e fiscalização na aplicação das normas jurídicas e das políticas públicas e a alta burocracia administrativa, que muitas vezes, impede de

atender as demandas multiculturais. Somado a isso, encontra-se o ideário assimilacionista e preconceituoso para tratar dos direitos de minorias étnicas. Os autores observam que os movimentos indígenas, no geral, tendem a clamar pela defesa dos direitos de posse da terra e de autodeterminação, caracterizando dois fatores distintos, mas interligados e diretamente relacionados à ideia de cidadania étnica. Esses dois fatores permeiam diversos quesitos e são simbólicos e representativos. A posse da terra relaciona-se, dentro outras coisas, às condições materiais de existência e sobrevivência, enquanto a autodeterminação abarca um viés de relevância política, principalmente perante ao Estado e à sociedade hegemônica. A partir desses preceitos básicos, caracterizadores da identidade e da tradição cultural, vigoram as demandas locais, por proteção física, cidadania e direitos sociais, expressos em educação, saúde e participação nas decisões.

Os projetos desenvolvimentistas modernos não abarcam o saber milenar dos povos indígenas e, além disso, enxergam os indígenas como um entrave ao desenvolvimento. Nesse modelo de sociedade pós colonial, os Estados nacionais alimentam as políticas excludentes, marginalizam e empobrecem os povos indígenas e alimentam projetos que atendem economias de mercado globalizado. O modo de viver indígena não se encaixa no sistema agrícola vigente e então tem-se a destruição sistemática dos aspectos sociais, culturais e políticos dos povos indígenas. Assim, a marginalização e o empobrecimento quase que generalizado dos povos indígenas, não pode ser observado senão como o resultado da ordem econômica mundial. A cultura e a identidade dos povos indígenas estão intrinsicamente vinculadas à terra, seus territórios sagrados e recursos nele existentes. Assim, subtraí-los de seus territórios, e aniquilar seus ecossistemas têm impacto negativo sobre a cultura, o modo de vida, a saúde e a identidade (CORPUZ, 2010).

O sistema democrático considera como coletivo o que se expressa em maior número e parte daí para a tomada de decisões. No entanto, nesse espectro, grupos minoritários não alcançam a representatividade numérica suficiente para exercer seus direitos fundamentais (PEREIRA e AGUIAR, 2017). Considerando que os povos indígenas não são uniformes e apresentam anseios distintos, ao Estado vê-los como “índios” apenas, diminui o compromisso de formular políticas públicas capazes de atendê-los em suas diferentes organizações. No campo da saúde, reconhecer que a atenção a esses povos deve ser diferenciada, mas não

regulamentar e operacionalizar as diversas facetas que a diferenciação exige, restringe essa premissa a uma retórica discursiva.

A diversidade sociocultural dos povos indígenas é hoje um poderoso instrumento na defesa dos seus direitos e alimenta “o orgulho de pertencer a uma cultura própria e de ser brasileiro originário”. A cultura indígena independe do nível de inserção e interação com o restante da sociedade nacional, mas está diretamente ligada com a maneira de ver e de se situar no mundo, com a organização da vida social, política, econômica e espiritual de cada povo. É crucial saber que quando se fala da diversidade cultural indígena, remete-se de imediato à diversidade de civilizações autônomas em seus sistemas políticos, jurídicos, econômicos, de organização social que foram construídos por milhares de anos, da mesma forma que aconteceu nos demais continentes. Portanto, descarta-se a ideia de culturas superiores ou inferiores ou até mesmo equivalentes, trata-se sim de diferenças e não de uma linha vertical com graus de superioridade ou inferioridade (LUCIANO, 2006).

Para Souza Filho (2012), o discurso da unicidade dos povos indígenas faz parte da lógica colonizadora:

“Esta determinação de considerar todos os povos indígenas numa única categoria é uma constante na história das relações dos colonizadores com os povos indígenas tendo gerado o termo único “índio” em contraposição ao nome de cada uma das nações, e a “língua geral”, pela qual os missionários queriam que todos os povos os entendessem e se entendessem entre si e principalmente, entendessem a “boa nova” da evangelização” (Souza Filho, 2012, p.73).

Pereira e Aguiar (2017) relatam que o discurso que remete à ideia de unicidade nada mais é do que a tentativa de assimilação e integração dos povos indígenas, que ao longo do tempo acelerou potencialmente a discriminação e negligenciou as necessidades distintas de cada comunidade. No cenário da representação social, esse discurso fortalece a ausência de legitimidade de políticas públicas específicas direcionadas para estas comunidades. Para Fernandes (2018) é inegável que os movimentos indígenas apresentam características heterogêneas e que isso reflete a organização social, cultural e o processo histórico de cada grupo e que ignorar isso é negar a diversidade desses povos. Lacerda, Figueira e Pinto

(2016), observam que os órgãos responsáveis pela formulação e implantação das políticas públicas, devem obrigatoriamente tomar conhecimento das “concepções, das crenças e dos valores presentes nas narrativas dos povos indígenas” para obter êxito.

Andrade e Souza (2016) refere que a compreensão da medicina tradicional na modernidade, como tema da sociologia, não se restringe ao campo de enfrentamentos políticos por prevalência de uma ou outra forma terapêutica, tampouco à questão da pobreza frente à luta pela sobrevivência. Esse é um campo em que a pluralidade terapêutica emerge da diversidade epistemológica. Por esse olhar, a biomedicina só pode ser analisada sob a ótica da colonização e do eurocentrismo. Em contrapartida, a medicina tradicional, em sua infinita gama de conhecimento, apresenta-se como conhecimento local e comunitário, perpassado pela “pluralidade de modos de conhecimento sobre a vida, a morte e a transcendência”. O mesmo autor observa que as ações públicas em saúde voltadas para as comunidades indígenas exploram pouco esse universo da medicina tradicional e promovem um intercâmbio limitado.

Costa e colaboradores (2016) enfatizam o fato de que as políticas diferenciadas para as populações indígenas devem contemplar as necessidades específicas, evitando padronizações ou políticas genéricas, principalmente nas inúmeras práticas de saúde pública, considerando todo o contexto político, social e histórico desses povos. No campo da saúde há que se considerar que, independente da organização biomédica e dos profissionais de saúde, os indígenas possuem suas lideranças e representantes próprios, que estão envolvidos nos processos de adoecimento e cura. Buscar criar vínculos com esses representantes, além de demonstrar respeito e reconhecimento, pode aproximar saberes tradicionais e biomédicos, sem a ideia de sobrepor.

Langdon (2014) acredita que é preciso deslocar o foco sobre o corpo, como fazem as ciências médicas e, focar na construção social e relacional do corpo, além de observar as distintas “formas através das quais os sistemas terapêuticos são acionados para produzir saberes sobre processos de saúde/doença”. O processo saúde/doença precisa ser analisado sob a ótica das interações e contextos sociais. Considerar a saúde como uma construção sociocultural, e não meramente biológica, nos mostra pelo menos três fatores de relevância que devem ser analisados nas

políticas e serviços de saúde: “(1) práticas terapêuticas, especialistas em cura e a emergência de novas formas de atenção; (2) dinâmicas envolvidas nas práticas de autoatenção em contextos etnográficos específicos e (3) relações entre biomedicina e práticas locais”.

Mota (2017) defende que a abordagem diferenciada se realiza através da práxis dos sujeitos, devendo ser embasada por racionalidades diversas, obedecendo “as trajetórias individuais, paradigmas epistemológicos, contexto social, político e econômico, recursos e tecnologias disponíveis, relações sociais e de poder, entre outros”. No mesmo estudo a autora conclui que através da análise de narrativas foi percebido um tom dogmático da ideia de “atenção diferenciada”, figurando como uma iniciativa de respeito à cultura e à medicina tradicional indígena. Na prática, a falta de protocolos específicos, normatização e meios legais que direcionem a operacionalização das ações pautadas na abordagem diferenciada, demonstram uma fragilidade do sistema e um grande entrave ao atendimento integral dos povos indígenas.

Franco Neto e Stofel (2014) observam que há uma divisão entre “doença de branco” e “doença de índio” e que algumas vezes quando a primeira é tratada com sucesso pelos indígenas, os profissionais da área médica logo procuram atribuir a eficácia às propriedades farmacológicas das plantas utilizadas, desvalorizando aspectos sobrenaturais de elevada importância na terapêutica indígena. Assim, de um lado percebe-se a lógica da prática médica ocidental para o fenômeno indígena de cura e de outro a integração de conhecimentos e domínios físico, social e cosmológico, indissociáveis entre si. A dificuldade em associar e operacionalizar essas duas racionalidades do campo do saber pode contribuir na compreensão da dificuldade de se alcançar a atenção diferenciada, ainda almejada e não atingida. Os autores associam esse fato à estigmatização dos povos indígenas, através do julgamento, feito pelos não indígenas. Estes dão à doença de índio um valor menor, com base no senso comum e na visão primitiva, galgando valor maior às doenças de branco e dessa forma, introduzindo o tratamento biomédico.

Yamamoto (2004) muito bem discorre sobre a relação das doenças na concepção dos povos indígenas:

Nas sociedades indígenas, as explicações sobre a origem das doenças estão comumente associadas a crenças religiosas e representam uma

vivência de sofrimento e eventualmente uma possibilidade de morte.[...] As causas místicas para o sofrimento causados pelas doenças podem vir a incluir possessões espirituais, quebra de tabus e alterações da alma (YAMAMOTO, 2004, p.9).

Lévi-Strauss, em *A Eficácia Simbólica*, apontou que a terapêutica indígena não é de fácil interpretação, principalmente quando observada desvinculada do contexto social que se insere. Ainda assim, o autor refere que muitas vezes é mais fácil atribuir a cura a fatores psicológicos que compreender esse sistema complexo. Em seu texto, o autor faz abordagem do método xamânico, que na sua essência também aborda a psicologia do enfermo e de certa forma, ocorre uma manipulação psicológica, enquanto um desejo de cura. No entanto, a relação não é superficial, sendo prioritário apurar as relações que acontecem entre o paciente, o xamã e a comunidade, que tem papel relevante no processo. A terapêutica indígena lança mão de uma cosmovisão distinta da realidade, do corpo humano e da vida. Nesse complexo, o componente mágico da realidade adquire sentido, sob a ótica do coletivo da comunidade. O autor refere uma tríplice experiência: do xamã, que, por vocação, experimenta estados específicos, de natureza psicossomática; do enfermo, que experimenta ou não uma melhora em suas condições físicas e a da comunidade, que, de uma ou outra forma, sempre participa da cura.

De acordo com Pedrana e Leny (2018), ao considerar o conceito de interculturalidade crítica, ficam evidentes os obstáculos e barreiras para o entendimento e operacionalização da “atenção diferenciada como um processo de interação mutuamente construído, compartilhado e validado”. As múltiplas facetas que rondam as noções de atenção diferenciada se apresentam como entraves à construção de novas práticas interculturais do cuidado, confrontando as premissas que fundamentam a legislação nacional.

Uma atenção realmente diferenciada consegue abarcar uma construção conjunta numa relação de igualdade e não de sobreposição dos saberes. Dessa forma, tanto a biomedicina quanto o sistema de saberes indígena estariam trabalhando concomitantemente e não caberia dividir o poder de cura entre um ou outro. No entanto, para a biomedicina é difícil conceber esse movimento, pois impera o paradigma da universalidade e da uniformidade, onde o doente é o sujeito que necessita de tratamento, mas também objeto de controle (FRANCO NETO e STOFEL, 2014).

As medicinas tradicionais indígenas, sobreviventes ao período colonizador, se mostram como sistemas de cura que consideram a relação homem/natureza, e natureza/cultura em um sistema complexo de equilíbrio e que coloca o coletivo acima do individual. Sob essa análise, para os povos indígenas, o adoecimento advém do desequilíbrio entre esses elementos fundamentais da vida. Portanto, restaurar a saúde, através da intervenção de xamãs, ou de outros representantes de cura, é, em suma, devolver o equilíbrio a essa interação que o ser humano tem com a natureza, numa visão espiritual e coletiva. A antropologia clássica convencionou chamar de “mágico-religiosa” essa construção da concepção “tradicional” sobre vida, enfermidade e doença (LUZ, 2005).

CAPÍTULO 2 - PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO SASI-SUS

A participação social no Brasil foi ascendendo progressivamente com a abertura democrática do país, podendo em alguns casos, ter sido derivada de movimentos associativistas. Há casos específicos que demonstram movimentos constantes e sólidos no cenário brasileiro, como é o caso dos povos indígenas. Os povos indígenas se organizam através de associações diversas e articulações indígenas locais, regionais e nacionais, tendo sido marcante sua presença em diversas políticas públicas, como é possível perceber nas áreas da saúde, educação e gestão ambiental. O grande feito da participação social é a possibilidade que ela tem de repolitizar os processos estatais, trazendo para dentro da estrutura administrativa experiências reais que visam diminuir as inequidades sociais. A participação é também uma reivindicação dos movimentos sociais da sociedade civil e tem o objetivo de garantir e fazer avançar direitos sociais universais e específicos, amenizando as desigualdades sociais (TEIXEIRA, 2017).

O avanço da participação social emergiu juntamente com a promulgação da Constituição de 1988 e com os aparatos legais que surgiram posteriores a 1988. Nesse cenário, a década de 90 foi marcada por fortes movimentos de participação da sociedade civil, com ênfase nos contextos locais, considerando a descentralização de competências que a própria constituição previa em várias políticas públicas, como é o caso da saúde, educação e assistência social. No caso da saúde, essa política descentralizada e com participação social, foi amparada pela Lei 8080/90 e 8142/90 (GASPARDO, 2018).

Segundo Benevides (2001), nossa Carta Magna traz uma associação de direitos humanos e de direitos do cidadão. Assim, a luta pela cidadania democrática e social no país, se entrelaça e se alimenta da própria luta pelos direitos humanos. Esse cenário é o “resultado de uma longa história de lutas sociais e de reconhecimento, ético e político, da dignidade intrínseca de todo ser humano, independentemente de quaisquer distinções” (p.1). A autora entende que a democracia é, um regime político amparado na soberania do povo e no respeito integral e incondicional aos direitos humanos, neles incluídos o direito à educação, saúde, respeito à integridade e participação ativa nas políticas públicas. Refere ainda, que a cidadania ativa pode ser experienciada de diversas formas, tais como

nas associações de base e movimentos sociais ou em processos decisórios na esfera pública, como os conselhos. A cidadania ativa, que prevê o cidadão como parte do sistema, difere da cidadania passiva – aquela que é outorgada pelo Estado e ampara a ideia moral da tutela e do favor – justamente porque institui no cidadão, o papel de agente portador de direitos e deveres, mas para além disso, o concebe essencialmente participante da esfera pública e criador de novos direitos para abrir espaços de participação. Gaspardo e colaboradores (2015) consideram que os modelos representativo e participativo presentes na Constituinte são fruto das demandas dos movimentos sociais veiculadas no processo de construção da Constituição. No entanto, o modelo participativo ainda é “frágil, incipiente, em construção, e que enfrenta muita resistência, sobretudo das elites políticas” (p.6).

O grande problema da efetivação dos direitos humanos é que eles sempre dependerão da institucionalização de um sistema de poder, de uma posição hierarquizada socialmente. Nesse viés de hierarquização que são fundamentais as políticas públicas e os programas governamentais que visam suprimir carências sociais. A cidadania no modelo democrático pressupõe basicamente três níveis de igualdade: perante a lei, perante a participação política e a igualdade de condições sócio-econômicas básicas, para garantir a dignidade humana. A necessidade da igualdade sócio-econômica precisa ser alcançada, não só por meios de dispositivos legais, mas pela correta implementação de políticas públicas e de programas de ação do Estado. Nesse cenário, a organização popular é condição primordial para a legítima pressão sobre os poderes públicos. No modelo democrático, os cidadãos não são apenas titulares de direitos já positivados, mas a eles é dada a possibilidade de expansão, de criação de novos direitos, de novos espaços, de novos mecanismos. Assim, é nos espaços sociais de luta que há a possibilidade de se remodelar a relação entre a sociedade e o Estado (BENEVIDES, 2001).

Uma das formas de participação social, prevista em lei, são as conferências, que tem o objetivo de discutir e propor ações para as políticas públicas. Nos anos 2000, as conferências nacionais despontaram no cenário nacional, embora já existissem desde os anos 1940, quando o presidente Getúlio Vargas convocou a primeira conferência nacional de saúde.

Avritzer (2013) acredita que o modelo atual de participação social, incluindo conferências e orçamentos participativos, em partes tenha se esgotado porque “serviram como portas de entrada para a participação em importantes políticas

sociais e de infraestrutura urbana, mas que acabaram cumprindo um papel pequeno ou foram deslocado pelas novas políticas de infraestrutura” (p. 18). Pode-se dizer que essas ações romperam um paradigma e foram importantes nas políticas urbanas no país, mas é preciso pensar um novo sistema de participação. Segundo o autor, esse esgotamento aponta para uma nova forma de participação social, que deve ser inerente ao governo e que não pode estar isolada do sistema político, contrariando os processos de participação da década de 90, que não foram capazes de alcançar o centro dos governos e das suas políticas.

Há várias teorias sobre a participação social nos governos democráticos, algumas que se opõem e outras que se aproximam e se complementam. A teoria institucionalista da democracia (teoria elitista), por exemplo, entende que a sociedade se organiza de forma estratificada, onde uma parcela controla as decisões e a maioria da população legitima tais decisões, no entanto tem pouco poder de propor ou intervir nos processos. Na contramão da teoria elitista, há a visão da teoria participativa, que vislumbra um maior grau de participação da sociedade civil diretamente na função de governo, como condição fundamental para a construção de um Estado democrático e desenvolvido politicamente (Gaspardo, 2018). Carole Pateman é uma das principais autoras que defendem a teoria participativa. Para a autora são quatro pilares basicamente que sustentam esse modelo, a saber: 1) a inclusão de atores historicamente excluídos das decisões políticas; 2) o caráter deliberativo da participação; 3) o papel pedagógico da participação; e 4) a pluralidade de desenhos institucionais. No terceiro pilar temos seu fundamento pedagógico, considerado pela filósofa, inclusive, a “função central da participação na teoria de Rousseau”, tendo em vista que o processo participativo contribui para “desenvolver uma ação responsável, individual, social e política”, qualificando o cidadão para as ações de participação, o inserindo nas questões coletivas e aprimorando sua capacidade de julgamento (PATEMAN, 1992, p. 35 – 63).

Na concepção de Pateman, os governos democráticos só existem quando há uma sociedade participativa, do contrário não se pode caracterizá-los como tal. Para a autora (1992, p. 61), a área mais importante de participação é o seu próprio lugar de trabalho, pois é exatamente ali que a maioria dos indivíduos despende grande parte de suas vidas e pode propiciar uma educação na administração dos assuntos coletivos, praticamente sem paralelo em outros lugares.

Nesse cenário de participação social, por volta da década de 1970 emergiu o movimento indígena na luta articulada pelos seus direitos e interesses, tendo representado uma forma de reação e uma resposta aos propósitos do Estado de emancipação dos índios. A partir daí, deu-se início a uma longa trajetória no processo de superação do desaparecimento dos povos indígenas, incluindo ações de reafirmação das identidades étnicas e da reconstrução dos projetos socioculturais dos povos sobreviventes, passando pelo processo de etnogênese⁸. O movimento indígena brasileiro significou um esforço conjunto e articulado de grandes lideranças indígenas, povos e organizações com uma agenda comum de luta, envolvendo temáticas com a questão da terra, da saúde, da educação e outros direitos fundamentais. A implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, ainda em construção e aperfeiçoamento, é outra conquista relevante da luta articulada do movimento indígena brasileiro (LUCIANO, 2006). O mesmo autor aponta que a ideia de movimento indígena nacional articulado é fundamental para “superar a visão antiga dos colonizadores de que a única coisa que os índios sabem fazer é brigar e guerrear entre si” (p. 60). Ainda hoje, a sociedade em geral e, também as instituições governamentais, enfatizam a ideia de que não há um movimento indígena articulado e representativo, considerando a “diversidade de povos e realidades, pois isso fortalece os propósitos de dominação, manipulação e cooptação dos índios em favor de seus interesses políticos e econômicos” (p. 61). Essa ideia, com recorrência é utilizada pelos dirigentes políticos e gestores de políticas públicas para justificar suas omissões e a incapacidade estatal de formular e de implementar políticas públicas coerentes, com o argumento de que os índios não se entendem, e isso impede a execução das ações.

Os povos indígenas orientam-se através de coletivos e organizações complexas, em sua grande maioria não formais e não escritas, obedecendo lógicas e princípios próprios de cada comunidade, agindo para o bem do grupo e de cada membro que o integra. Exemplo disso são os movimentos de resistência dos povos indígenas quando veem seus direitos ameaçados, como ocorreu recentemente com

⁸ Fenômeno em que, diante de determinadas circunstâncias históricas, um povo étnico, que havia deixado de assumir sua identidade étnica por razões também históricas, consegue reassumir e reafirmá-la, recuperando aspectos relevantes de sua cultura tradicional.

a tentativa de municipalizar a saúde indígena⁹. As articulações e manifestações extrapolam qualquer organização formal e partem sempre da coletividade, movida por interesses maiores que suas diversidades ou adversidades pontuais.

2.1 INSTÂNCIAS DO CONTROLE SOCIAL

De acordo com a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (artigo 1º), o SUS conta com duas instâncias colegiadas de controle social: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo. As Conferências de Saúde servem para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde. As Conferências indicam os caminhos para compreender as necessidades da população e o que é preciso fazer para que todos tenham acesso aos serviços de saúde com qualidade, humanização e respeito.

A Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999, também conhecida como Lei Arouca, em seu artigo 19, buscou assegurar a participação dos indígenas nas instâncias colegiadas de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde, ou seja, nas instâncias de controle social até então existentes (Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde), mas sem ainda mencionar um espaço de controle social específico para os povos indígenas. Apenas com a publicação da Portaria GM/MS nº 755/2012 foram oficialmente institucionalizadas as instâncias de controle social na saúde indígena, que são: os Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI), os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) e o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONDISI).

Os conselhos locais são compostos por 100% de usuários e estão vinculados aos polos base, que são unidades administrativas dos DSEIs (figura 2). Seu papel é consultar a comunidade, planejar, acompanhar, fiscalizar e dialogar com o gestor local representando os anseios do povo da sua localidade. Depois que consultam, devem propor ao órgão executor um plano de ação participativo e acompanhar a execução das ações com transparência e responsabilidade¹⁰. Os Conselhos de

⁹ Disponível em: <https://www.inesc.org.br/por-decreto-bolsonaro-forca-a-municipalizacao-da-saude-indigena/>; <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/04/11/governo-descarta-municipalizacao-da-saude-indigena-em-audiencia-publica-na-cdh>.

¹⁰ Documento Orientador - 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Disponível em: <<https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/19/6a-CNSI-2018-DOCUMENTO-ORIENTADOR.pdf>>.

Saúde são regidos por regras de funcionamento descritas em um regimento interno. Esse regimento deve obedecer aos princípios básicos estabelecidos nas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, na Resolução do CNS nº 453/2012.

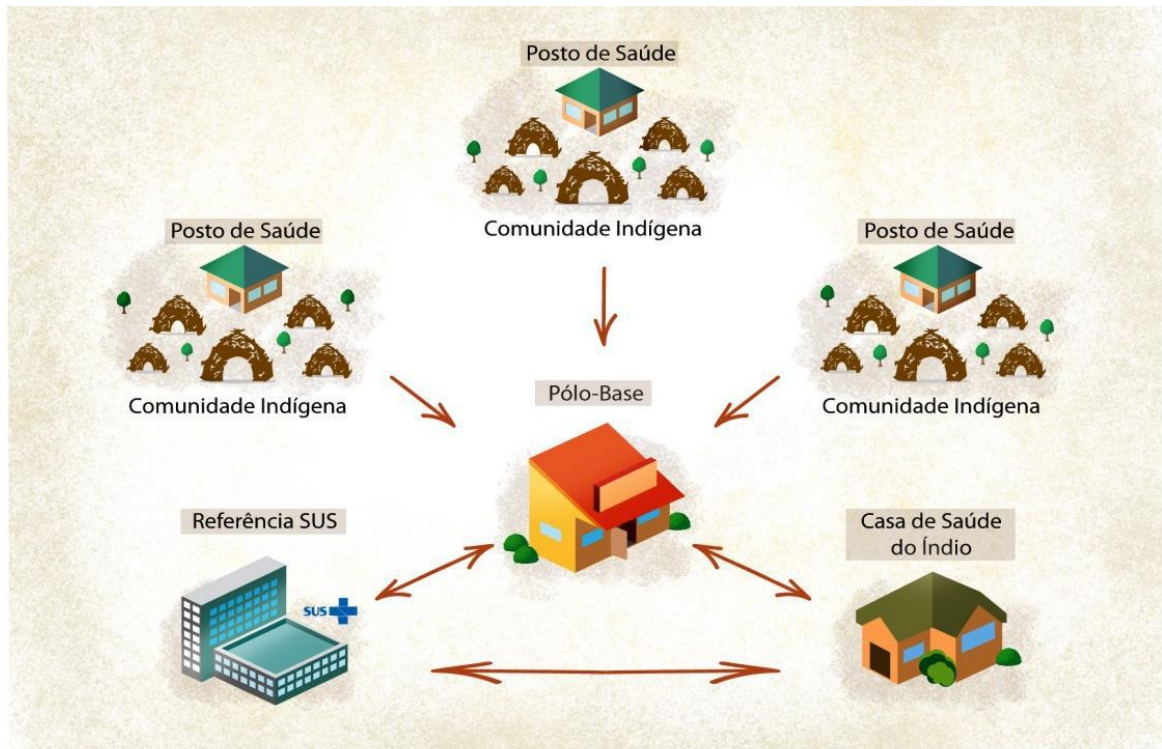


Figura 2 – estrutura de um Polo Base. Fonte: SESAI/MS.

Os Conselhos Locais de Saúde Indígena são instâncias de caráter permanente e consultivas. Os CLSI são formados somente por indígenas, estando organizados por aldeias ou por um conjunto de aldeias que fiscalizam como as ações e serviços de saúde estão sendo implementados (BRASIL, 2012). Os encontros e reuniões ocorrem de acordo com a organização de cada CLSI e podem acontecer nas aldeias, nos Polo Base ou nos municípios a que pertencem. Nesses espaços, os conselheiros indígenas participam das discussões, da elaboração de propostas nas áreas de atenção à saúde, controle social, edificações e saneamento em terras indígenas, assim como acompanham as atividades da equipe de saúde que presta o atendimento local. Essas discussões a nível local servem de subsídio para as discussões a nível distrital, nos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (BRASIL, 2009). O número de membros de cada Conselho Local de Saúde Indígena é determinado pelos respectivos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, pautando-se nos regimentos internos de cada local (BRASIL, 2012).

Gasparido e colaboradores (2015) defendem a ideia de que os atores sociais locais e comunitários são peças chave para a consolidação da democracia no Brasil. Nesse espectro, a participação comunitária deve ser incentivada, valorizada e estimulada, inclusive como forma de combate à persistente política elitista e antidemocrática, fortificada por fenômenos políticos partidários de bloqueio ao exercício da cidadania. Não é contraditório crer nessa lógica, pois os atores mais próximos às comunidades são naturalmente os mais bem apropriados para compreender suas necessidades, dificuldades e carências. Assim, com a participação mais engajada dos atores locais na política, as deliberações dos representantes ganham maior veracidade e legitimidade, reduzindo o peso de estratégias como as grandes coalizões para garantir a governabilidade. Nota-se que os conselhos são importantes instâncias de participação da sociedade civil, mesmo ainda não atingindo plenamente seus objetivos, especialmente seu potencial de emancipação dos usuários de serviços públicos. Um dos fatores que impede um maior alcance de sucesso reside justamente no comprometimento da autonomia da atuação dessas instâncias em razão do cooptação pelo Governo.

O Conselho Distrital de Saúde Indígena, instância máxima da participação e do controle social dentro do âmbito do DSEI, possui caráter deliberativo, tendo como objetivo participar da elaboração e aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena, sugerir melhorias na execução das ações, além de apreciar e emitir parecer sobre a prestação de contas de cada DSEI. Os planos distritais são planejamentos plurianuais, para quatro anos, que servem de parâmetro para a execução das ações e investimentos em saúde e saneamento nas terras indígenas (BRASIL, 2012). Os Conselhos Distritais tem a função de discutir e participar do planejamento das ações, acompanhar a execução orçamentária e financeira e deliberar sobre a política nacional de saúde indígena.

Os Conselhos Distritais são órgãos colegiados, permanentes e de caráter deliberativo, compostos por: 50% de representantes dos usuários (indígenas), eleitos pelas respectivas comunidades indígenas; 25% representantes de trabalhadores de saúde que atuam no Subsistema e em órgãos do SUS que executam ações de apoio complementar, todos eleitos pelos trabalhadores; e 25% de representantes dos governos municipais, estaduais, federal e prestadores de serviços na área de saúde indígena, conforme o caso, todos indicados pelos

dirigentes dos respectivos órgãos que representam e prestadores de serviços de saúde. No Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, existem 34 Conselhos Distritais de Saúde Indígena, um em cada Distrito Sanitário Especial Indígena.

A máxima instância de participação e controle social dentro do Subsistema é o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena, instituído e regulamentado pela Portaria nº 644 GM/MS, de 27 de março de 2006. O FPCONDISI é composto pelos 34 presidentes dos Conselhos Distritais, tendo caráter consultivo, propositivo e analítico e é a instância máxima de assessoramento da SESAI em relação às Políticas de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. O FPCONDISI está em consonância com as instâncias decisórias do SUS, com base nas diretrizes estabelecidas nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena, sem prejuízo das competências deliberativas do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2009). Geralmente as reuniões do FPCONDISI ocorrem em Brasília/DF, onde participam membros da gestão direta do Subsistema e do Ministério da Saúde, para deliberar sobre questões que impactam diretamente nas condições de saúde dos povos indígenas.

Além das instâncias de controle social que compõem o SASI-SUS, existe ainda a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) que faz parte do Conselho Nacional de Saúde, instância máxima deliberativa do SUS. A CISI assessora o CNS nas deliberações sobre as políticas públicas relacionadas aos povos indígenas no Brasil. Sua atuação consiste no monitoramento das ações da Secretaria Especial de Saúde Indígena, do Ministério da Saúde, sob a perspectiva da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. É responsabilidade da comissão acompanhar as demandas dos povos e comunidades indígenas que vivem em contextos urbanos e rurais, levando em consideração as denúncias dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena e a articulação com órgãos como a Fundação Nacional do Índio.¹¹

Considerando as instâncias de participação social formalmente e legalmente instituídas, percebe-se um lapso em relação à perspectiva de participação e controle social no que diz respeito às organizações indígenas, pois elas não foram concebidas levando em conta a organização política e social desses povos, mas sim

¹¹ Informação constante no endereço eletrônico do website do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/cisi/index.html>.

retratadas e transferidas da perspectiva da sociedade não indígena. Logo, é inegável que as dificuldades são notórias e por vezes, forçadas, para se enquadrarem nas definições de representação legítima instituídas oficialmente. Adentrando nessa perspectiva, parece contraditório conceber um subsistema de saúde diferenciado, mas com um controle social apropriado de um modelo de organização que muito pouco traduz as formas de se organizar dos povos indígenas. Soma-se a isso a metodologia das reuniões dos Conselhos, que estabelece uma forma de debate e resolução de questões da qual a definição de pautas, tempo e ordem de fala muitas vezes não é construída junto com as representações indígenas participantes (TEIXEIRA, SIMAS E AGUILAR, 2013).

Não se pode anular o fato que, o Estado em suas diferentes formas de governança, permanece como:

um sujeito de referência, mesmo que oculto e não nominado, ainda quando a autonomia indígena na saúde mais se aproxime da perspectiva da autossuficiência, do governo de si, da independência e, em última instância, do isolamento e da negação de elos exteriores. Se as lideranças indígenas afirmam a autodeterminação dos povos indígenas, elas o fazem articuladamente com a explicitação de demandas ao Estado por território, saúde, educação etc. O que pode parecer paradoxal ou contraditório numa primeira leitura torna-se plenamente compreensível ao se considerarem mais detalhadamente as possibilidades políticas e a moldura institucional em que seu manejo se dá. (TEIXEIRA, 2010, p. 110).

2.2 CONFERÊNCIAS DE SAÚDE INDÍGENA

De 1986 até agosto de 2019, foram realizadas cinco Conferências Nacionais de Saúde Indígena (Quadro 1), sendo que as três primeiras discutiram e aprovaram diretrizes que contribuíram para a elaboração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em novembro de 2001, publicada pelo Ministério da Saúde em 2002 e vigente até os dias atuais (Portaria MS nº 254, de 31/01/2002, publicada no DOU de 06/02/2002). Apenas uma Conferência Nacional de Saúde Indígena foi realizada após a criação da SESAI, tendo essa ocorrida no ano de 2013. Em outubro de 2019, a SESAI completa nove anos desde sua criação, apresentando assim uma agenda deficitária em relação à realização das conferências, conforme previsto em lei, que estabelece sua realização a cada quatro anos. A agenda é deficitária não somente na

realização das conferências que não ocorrem com a regularidade legalmente instituída, mas principalmente pela falta de diálogo entre o Estado e os povos indígenas, que anseiam por melhorias no sistema de saúde e buscam diminuir indicadores elevados de morbimortalidades, presentes em todo país. Prova disso, são muitos pontos que vêm sendo questionados pelos povos indígenas há décadas e ignorados pelo Estado, que influenciam diretamente nas condições de saúde, tais como a demarcação de terras indígenas e o envolvimento de outros entes na busca pela atenção diferenciada. O Estado insiste na retórica discursiva que oferece uma política diferenciada, mas esmorece do debate intersetorial que essa política carece.

Quadro 1 – Conferências Nacionais de Saúde Indígena realizadas

CNSI	Ano	Temas abordados
1ª	1986	Criação de uma agência específica para cuidar da saúde indígena no Ministério da Saúde
2ª	1993	Diretrizes da PNAPSI
3ª	2001	Obstáculos e Avanços na Implantação dos DSEIS no SUS
4ª	2006	Distrito Sanitário Especial Indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições
5ª	2013	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada

Fonte: autora

As conferências de saúde são espaços amplos e democráticos de participação social, cujo objetivo é promover as discussões e articulações coletivas em torno de propostas e estratégias de organização, avaliação das políticas de saúde e proposição de diretrizes que deverão orientar a revisão da política vigente ou aprovação de novas diretrizes para as atuais políticas públicas de saúde.

A 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI), realizada em Brasília, aconteceu no ano de 1986, tendo sido considerada um desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Foi nesse evento que ocorreram as primeiras discussões em torno do modelo de atenção à saúde do índio, com a participação de

vários representantes indígenas, órgãos públicos e organizações da sociedade civil que atuavam em apoio à causa indígena¹².

A 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, parte integrante da IX Conferência Nacional de Saúde, foi realizada na cidade de Luziânia/GO, no ano de 1993, sete anos após a realização da primeira. Essa conferência teve a participação de 200 delegados, entre indígenas e não indígenas. O tema central foi a discussão para a definição das diretrizes da Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. Destacaram-se dentre os debates, aspectos que posteriormente resultariam na aprovação da Lei Arouca (9.836/99), que instituiu o Subsistema de Saúde Indígena e é até hoje o marco legal mais significativo para a saúde indígena. Nessa Lei também esteve prevista a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs¹³.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena realizou-se também em Luziânia/GO, no período de 14 a 18 de maio de 2001. Teve como tema central “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde Indígena, com controle social”. A Conferência foi convocada pela Resolução nº 305 e teve como objetivo analisar os obstáculos e os avanços do Sistema Único de Saúde na implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, além de propor diretrizes para a sua efetivação¹⁴.

A 4ª CNSI ocorreu na cidade de Rio Quente/GO, no ano de 2006, tendo como tema central “Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI): território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições”. No total estiveram participando do evento 1.228 pessoas, entre usuários, trabalhadores indígenas e não indígenas, gestores e prestadores de serviço. A proposta central e motivadora das discussões foi avaliar o Subsistema de Saúde Indígena no âmbito do SUS e a situação de saúde dentro dos territórios dos DSEIs, que nessa época encontravam-se sob a gestão da FUNASA. Foram pautadas as diretrizes para que os Distritos Sanitários

¹² Relatório Consolidado da 1ª CNSPI. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/19/1-CNSI-Relatorio-Consolidado.pdf>.

¹³ Relatório Consolidado. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/19/2-CNSI-Relatorio-Consolidado.pdf>.

¹⁴ Relatório Consolidado. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/19/3a-CNSI-Relatorio-Consolidado.pdf>.

alcançassem mais autonomia, além de discutir meios para propor ações com vistas à promoção da saúde dos povos indígenas, com respeito às ações de integração da medicina tradicional e a efetividade do controle social¹⁵.

A 5ª CNSI e última realizada até o momento, ocorreu em Brasília/DF, em 2013, novamente num intervalo de sete anos, já sob a gestão da Secretaria Especial da Saúde Indígena do Ministério da Saúde. Essa conferência reuniu 1.226 delegados nacionais, entre usuários, trabalhadores indígenas e não indígenas, gestores e prestadores de serviço. Os delegados representaram os anseios e lutas de 305 povos indígenas do país. Precederam a 5ª CNSI, 306 Conferências Locais, 34 Distritais, contabilizando ao todo mais de 23 mil participantes. Das conferências locais foram eleitos os delegados para as 34 conferências distritais. Das conferências distritais foram escolhidos os 1.226 delegados para a conferência nacional. O tema central foi “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada”. Milhares de pessoas, de norte a sul do país, representando a participação social na saúde indígena dedicaram-se a debater e dialogar assuntos pertinentes aos avanços e desafios para: atenção básica; atenção de média e alta complexidade; recursos humanos; financiamento; gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; controle social e a gestão participativa; etnodesenvolvimento e a segurança alimentar e nutricional para os povos indígenas e saneamento e edificações de saúde¹⁶.

A etapa nacional da 6ª CNSI, programada para ocorrer de 27 a 31 de maio de 2019, foi cancelada momentaneamente e, até o momento, ainda não foi divulgada nova data para ser realizada. Segundo comunicado da SESAI, o evento será realizado até outubro desse ano, no entanto, até o momento não foram divulgadas novas informações. A 6ª CNSI, segundo cronograma, estava organizada para ocorrer em três etapas, a saber: local, no âmbito de cada Conselho Local de Saúde Indígena; Distrital, em cada um dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI); e a Nacional, prevista para ocorrer em Brasília/DF. Todas as etapas locais e

¹⁵ Relatório Consolidado. Disponível em: <
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/19/4a-CNSI-Relatorio-Consolidado.pdf>>

¹⁶ Relatório Consolidado. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/5_conferencia_nacional_saude_indigena_relatorio_final.pdf>.

distritais ocorreram até o dia 31 de dezembro de 2018, restando a ser realizada a etapa nacional. As conferências locais e distritais ocorreram num momento político crítico na história recente do país, considerando que há uma crise institucional generalizada e são muitas as iniciativas de encolhimento dos direitos coletivos e da seguridade social, especialmente através de cortes nos investimentos públicos e de enfraquecimento das garantias trabalhistas, da previdência social e do direito dos povos indígenas e demais minorias. A defesa do atendimento de saúde como direito do cidadão e dever do Estado é um direito coletivo importante conquistado na Constituição de 1988. A proteção desse direito, através da manutenção e fortalecimento do SUS, é um dos pilares da 6ª Conferência que orientou as discussões nas etapas locais e distritais. A atualização da PNASPI visa aprimorar e fortalecer o SUS, a partir da perspectiva dos povos indígenas que acreditam ser esse um importante mecanismo de garantia como modelo de atenção pública, gratuita e de qualidade a todo povo brasileiro, uma vez que o subsistema é parte integrante do SUS¹⁷.

As etapas locais das conferências foram estruturadas através de sete eixos, que nortearam as discussões e orientaram as propostas. São eles: **I.** Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; **II.** Modelo de atenção e organização dos serviços de saúde; **III.** Recursos humanos e gestão de pessoal em contexto intercultural; **IV.** Infraestrutura e Saneamento; **V.** Financiamento; **VI.** Determinantes Sociais de Saúde; e **VII.** Controle Social e Gestão Participativa. Cada um dos sete eixos foi subdividido em diversos itens, como forma de ampliar os debates (ver Anexo A).

O cancelamento da etapa nacional da 6ª CNSI no período que era previsto, ou seja, no mês de maio do corrente ano, em uma primeira análise pode parecer não afetar significativamente o andamento dos debates, considerando que ainda há a expectativa de ela vir a ocorrer. No entanto, não se pode analisar de forma rasa e descontextualizada esse fato. A 6ª CNSI estava prevista para acontecer em uma data que precedia a realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu de 04 a 07 de agosto de 2019, em Brasília/DF, que teve como tema central

¹⁷ Documento Orientador - 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Disponível em:< <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/19/6a-CNSI-2018-DOCUMENTO-ORIENTADOR.pdf>>.

“Democracia e Saúde”. Tendo em vista esses fatores, é inevitável crer que não houve prejuízo no debate da temática da saúde indígena na instância máxima de participação e controle social do SUS. Analisando o Relatório Nacional Consolidado¹⁸ da 16ª CNS, percebe-se que a ocorrência da expressão “indígena” apareceu 32 vezes e que a temática esteve principalmente relacionada à proteção dos direitos já alcançados e o fortalecimento da política vigente, num momento em que o SUS resiste às graves ameaças que vem sofrendo, em um contexto de retrocessos sociais, que atinge principalmente a parcela da população que mais carece das ações do Estado, para ter garantidos seus direitos. Entende-se que os indígenas devem ser protagonistas e atores ativos das políticas que a eles se direcionam, sendo que nesse caso postergar uma discussão de tamanha importância, prejudica a temática da saúde indígena, sob a concepção que eles mesmos têm do sistema de saúde e das carências e necessidades enfrentadas diariamente. Ademais, na contra mão do lapso temporal, vindo a ocorrer a etapa nacional da 6ª CNSI, sabe-se que a próxima Conferência Nacional de Saúde só ocorrerá em 2023, o que distancia e esmorece os debates feitos nas conferências locais e distritais de saúde indígena, ocorridas ainda no ano de 2018. Assim, tem-se um distanciamento que vai de encontro àquilo que os próprios indígenas reivindicam que é a aproximação das demais instâncias do SUS com o Subsistema de Saúde Indígena. Embora possa parecer que não há prejuízos no adiamento ou cancelamento da etapa nacional, é notório que o afastamento desse debate em âmbito nacional, justamente em um momento que o SASI encontra-se sob ameaça constante, causa um enorme dano à inclusão dessa pauta prioritária nas discussões da agenda nacional de saúde.

Para além do fato da etapa nacional da 6ª CNSI não ter ocorrido, considera-se que os debates pautados nas etapas locais, relacionam-se em grande parte à problemas e ameaças que ocorrem nesse momento, como a possibilidade de municipalização/estadualização, principalmente na região sul e sudeste do país. Protelar esse debate, pode inclusive fazer com que os movimentos das bases das comunidades indígenas percam força, enquanto o sistema pode de fato ser desconstruído. Por diversas vezes, no decorrer desse ano, agentes do Estado

¹⁸ Relatório Nacional Consolidado Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/relatorios/Relatorio_Nacional_Consolidado.pdf.

enfatazaram que desejam mudanças radicais no SASI-SUS e atacaram a região sul do país, especificamente citando a região de Passo Fundo/RS, como um pólo de desenvolvimento biomédico, de fácil acesso e por isso, sendo desnecessário manter a estrutura “paralela” do Subsistema¹⁹. Além disso, o estado demonstra que o fortalecimento dessa política específica não está no rol das prioridades elencadas na agenda do Ministério da Saúde. Nessa esteira, em 17 de maio de 2019, o governo publicou o Decreto nº 9.795²⁰ que alterou a estrutura regimental do Ministério da Saúde, diminuindo a estrutura administrativa da SESAI, em Brasília. Além disso, o Ministério da Saúde tem avançado no discurso que deseja fazer mudanças no Subsistema, o que tem gerado temor de norte a sul do país, tendo em vista que o direcionamento da política caminha para a perda de conquistas dos povos indígenas.

Os discursos freqüentes entre agentes de Estado e atores sociais que fomentam igualar os povos indígenas à sociedade não indígena desconhecem e/ou negam e ignoram toda a trajetória social, histórica e exploratória que compõe o universo dos povos originários. Anular as políticas públicas que tentam, mesmo que de maneira apática, dirimir as inequidades e reconhecer aos povos indígenas o direito a um olhar diferenciado é uma tentativa forçada de apagar a dívida histórica que a sociedade brasileira tem com os povos nativos do continente americano.

¹⁹ Entrevista veicula pelo Ministro da Saúde e reproduzida na mídia, disponível em vários canais. Disponível em: <<https://www.correiadoestado.com.br/cidades/mandetta-reunira-liderancas-de-etnias-para-discutir-saude-indigena/349914/>> <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2019/03/27/indigenas-fazem-novo-bloqueio-no-norte-do-rs-em-protesto-contraproposta-do-ministerio-da-saude.ghtml>.

²⁰ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.html>.

CAPÍTULO 3 - AS PROPOSTAS PARA A ATENÇÃO DIFERENCIADA

Desde que foram iniciadas as discussões sobre a implantação de um sistema de saúde voltado aos povos indígenas no Brasil até a promulgação da Lei Arouca, a ideia de atenção diferenciada sempre pautou as propostas de um atendimento mais específico aos povos originários. Certamente se buscou ou se idealizou algo que realmente tivesse mais próximo da forma de viver e de conceber a relação cosmológica que abarca os diferentes modos de existir dessas comunidades. Fato é que essa discussão ao longo dos anos não cessou, mas pelo contrário, ganhou mais corpo e vem sendo constantemente rediscutida, reafirmada e reivindicada pelos povos indígenas e por aqueles que se aprofundam na temática.

As políticas indigenistas, para além das políticas de saúde, sempre foram reivindicadas e implantadas em conjunturas críticas da sociedade brasileira, sendo marcadas por momentos de alta expectativa de mudança e desgaste dos arranjos vigentes, profundamente caracterizadas pelo embate entre os povos originários e o restante da sociedade civil. Weiss, Correa e Reis (2016), afirmam que as conferências de saúde são marcadas por tensões e confrontos, com longos intervalos entre a realização de uma e outra conferência, desrespeitando a legislação que prevê a realização a cada quatro anos e, dessa forma, significando um entrave às mudanças necessárias na estrutura e organização dos serviços de saúde.

Os povos indígenas sempre foram e continuam sendo guerreiros incansáveis na luta pela conquista de seus direitos e, atualmente, pela manutenção daquilo que foi conquistado com muito esforço e participação social. Mas afinal, o que seria um serviço de saúde ofertado aos povos indígenas, que realmente considerasse a atenção diferenciada? O objetivo desse capítulo é analisar as propostas elaboradas nas etapas locais da 6ª CNSI, no âmbito do Polo Base Passo Fundo, que integra o DSEI Interior Sul, à luz do tema central, ao mesmo tempo em que busca contrapor-las às propostas de conferências anteriores, para evidenciar avanços e estagnações. O intuito é explorar as propostas tais como elas surgem nas bases de discussão das comunidades estudadas, verificando assim questões próprias e inerentes a essas comunidades, pois quando as propostas são consolidadas em nível macro, muito daquilo que atinge o nível local acaba se perdendo em meio ao fortalecimento do sistema como um todo, de forma mais genérica e menos

específica. Considerando o que foi discutido no Capítulo 1, principalmente contrapondo a ideia de “unicidade” dos povos indígenas, entende-se que algumas generalizações não atendem realidades locais e, por isso, buscou-se compreender as demandas levantadas à luz das necessidades vividas nesse espaço geográfico que compõe o Polo Base Passo Fundo/RS e que difere significativamente, por exemplo, de problemas vividos em áreas de floresta amazônica ou em territórios indígenas que sofrem com exploração de garimpos. Além disso, discutir as questões inerentes às populações indígenas da região sul do país, especificamente no estado do Rio Grande do Sul e na sua região mais ao norte, marcadamente de recente colonização de origem européia, tem o intuito de contribuir na visibilidade dos povos indígenas presentes nesse espaço geográfico e que compõem a identidade nacional e local.

Para considerar uma proposta de saúde diferenciada, Luciano (2006)²¹ muito bem aborda as dimensões que envolvem esse processo na concepção indígena e que devem estar presente no cotidiano de todos os envolvidos nessa temática:

o estado de saúde e doença para os povos indígenas, em seu principal aspecto, é o resultado do tipo de relação individual e coletiva que se estabelece com as demais pessoas e com a natureza. Para os povos indígenas existem duas maneiras de se contrair doença: por provocação de pessoas (feitas) e por provocação da natureza (reação). Isto é muito importante, porque para os povos indígenas não existe doença natural, biológica ou hereditária. Ela é sempre adquirida, provocada e merecida moral e espiritualmente. A saúde sim é natural, pois é a própria vida, uma dádiva da natureza, mas cuja manutenção depende de permanente vigilância e cuidado contra os espíritos maus da natureza. A doença, portanto, é o resultado da luta interna da natureza entre os espíritos “bons” e os espíritos “maus”. Destacamos os termos “bons” e “maus” para chamar a atenção de que os dois conceitos não têm nada a ver com a idéia de Deus e Demônio, como acontece na cultura judaico-ocidental, principalmente porque não existe o Deus Bom e o Demônio Mal. Ambos pertencem à mesma natureza. O espírito mau refere-se à capacidade de reação e autodefesa da própria natureza quando ela é transgredida. Assim, a saúde não se constitui como espaço autônomo ou isolado, mas refere-se às questões mais gerais das relações sociais, das relações com a natureza, da cosmologia, da organização social, do exercício do poder etc. A concepção indígena de natureza, que é substancialmente dualista, composta por seres naturais e sobrenaturais, formando um todo único. Assim, todos os seres vivos ou não-vivos, reais e materiais possuem também suas dimensões espirituais. Este tipo de conflito está inevitavelmente presente entre os índios, e precisa ser levado em conta pelos profissionais de saúde, na

²¹ Professor Gersem dos Santos Luciano – Baniwa, primeiro índio Mestre em Antropologia Social no Brasil, representante indígena no Conselho Nacional de Educação e ator de primeira grandeza do movimento indígena, autor do livro O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje (2006).

medida em que pode garantir ou não a eficácia de seus diversos procedimentos de tratamento, mas, sobretudo porque não devem ser violentadas as crenças e os valores culturais, que muitas vezes são mais importantes do que as possibilidades oferecidas pela medicina moderna. A percepção da qualidade de saúde para os povos indígenas necessita estar ligada a concepção de viver em harmonia com a natureza, razão pela qual o território é para eles algo sagrado e indispensável, e o “mal” (doença) chega quando essa harmonia é rompida (LUCIANO, 2006, p. 173).

3.1 BREVE CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO INDÍGENA DO POLO BASE PASSO FUNDO

O Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul tem sede no município de São José/SC. A conformação do DSEI Interior Sul abrange quatro estados, sendo esses: São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. No entanto, através de uma conveniência/acordo de gestão, o DSEI Interior Sul passou a gerir os estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina, nas áreas do interior e litoral. A população atendida gira em torno de 35.485mil indígenas distribuídos em 11 Polos Base, sendo 5 no estado de SC e 6 no RS.

O Polo Base Passo Fundo localiza-se na cidade de Passo Fundo/RS e integra o DSEI Interior Sul, atendendo uma população de aproximadamente 13 mil indígenas, que abrange os seguintes municípios, além do município de Passo Fundo: Água Santa, Benjamin Constant do Sul, Cacique Doble, Carazinho, Charrua, Constantina, Engenho Velho, Erechim, Erebangó, Estrela Velha, Gentil, Gramado dos Loureiros, Faxinalzinho, Ibiraiaras, Iraí, Lajeado do Bugre, Liberato Salzano, Rodeio Bonito, Mato Castelhana, Muliterno, Nonoai, Rio dos Índios, Planalto, Ronda Alta, Salto do Jacuí, Santa Maria, Santo Ângelo, São Miguel das Missões, Sertão, Três Palmeiras e Vicente Dutra. Dos cerca de 13 mil indígenas que compõe o Polo Base Passo Fundo, mais de 12 mil são da etnia kaingang e poucos menos de mil indígenas são da etnia guarani.

Nos municípios que compõem o Polo Base Passo Fundo há terras indígenas regularizadas, terras em processo de regularização e agrupamentos (freqüentemente chamados de acampamentos) que reivindicam áreas ainda não regularizadas, como ocorre no próprio município de Passo Fundo, Carazinho e Mato Castelhana, por exemplo. Esse quadro interfere diretamente na situação de saúde de cada local especificamente, uma vez que a infra estrutura não é uniforme e

muitas vezes se apresenta totalmente precária, faltando inclusive acesso a serviços básicos sanitários, como abastecimento de água e esgoto e banheiro. Esse cenário, por óbvio acaba impactando nas diferentes necessidades de cada comunidade e refletindo nas reivindicações de cada localidade.

A população abrangida pelo Polo Base Passo Fundo é atendida por equipes multidisciplinares de saúde indígena com profissionais das seguintes categorias: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal, agente indígena de saúde (AIS) e agente indígena de saneamento (AISAN). Nem todas as aldeias possuem unidade de atendimento, sendo a organização dos serviços orientada pelas melhores formas logísticas dentro de cada localidade. Além do atendimento ofertado pelas equipes da SESAI, os municípios atuam de forma complementar na atenção básica, sendo responsáveis também pelos encaminhamentos de média e alta complexidade. Além das equipes de saúde que prestam atendimento diretamente à população indígena, há uma equipe complementar que atua no Polo Base Passo Fundo, composta por diversos profissionais da área de saúde e que atua na organização dos serviços, no suporte logístico e no apoio às equipes que atuam diretamente no atendimento. De forma genérica, pode-se dizer que em relação ao perfil epidemiológico há um crescente aumento de morbidade associado a doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão e obesidade. Estas enfermidades estão relacionadas à alteração dos hábitos de vida dos indígenas, com diminuição do grau de atividade física, inserção de hábitos de fumar e consumo de bebidas alcoólicas e modificação do padrão de nutrição.

As etapas locais da 6ª CNSI foram todas realizadas no segundo semestre de 2018, dentro das comunidades indígenas, conforme cronograma abaixo, tendo sido organizadas pela equipe do Polo Base Passo Fundo. A realização das conferências locais obedeceu à melhor logística estipulada pela comissão organizadora e, por esse motivo, não foram realizadas conferências em todos os municípios.

Data /Horário	Local	Aldeias	Nº de Participantes
09/10/18 – 9h	Sala ao lado da UBSI da aldeia Sede Município: Cacique Doble/RS	Campo Verde, Sede, Passo Grande da Forquilha.	53
10/10/18 – 9h	Escola da Aldeia Tekóa Koenju Município: São Miguel das Missões/RS	Tekóa, Koenju, Tekóa Pyau	22
11/10/18 – 9h	Salão da comunidade Aldeia Campo do Meio Município: Gentil /RS	Campo do Meio, Faxinal, Mato Castelhana, (Butiá – Aeroporto)	27
16/10/18 – 9h	Salão Comunitário TI Serrinha Município: Ronda Alta/RS	TI Serrinha, Novo Xingu Passo dos Índios	117
17/10/18 – 9h	Ginásio da aldeia Sede Município: Nonoai/RS	Pinhalzinho, Bananeira I e II Sede/Nonoai Rio dos Índios	120
16/10/18 – 9h	Espaço da comunidade aldeia Carazinho Município: Carazinho/RS	Carazinho, Goj Jur	17
17/10/18 – 9h	Ginásio de Esportes da Aldeia Votouro Município: Benjamin Constant do Sul/RS	Votouro, Guabiroba, Kandóia	79
22/10/18 – 9h	Igreja Vila Nova, Aldeia Santo Antônio. Município: Muliterno/RS	Santa Catarina, Santo Antônio	69
23/10/18 – 9h	Escola da Aldeia Sede- Rio da Várzea Município: Liberato Salzano/RS	Sede/Rio da Várzea Linha Veiga, Pinheiro Baixo Jacutinga	34
30/10/18 – 9h	Escola da Aldeia Guaviraty Município: Santa Maria/RS	Guaviraty, Três Soitas	28
31/10/18 – 9h	Escola do Município: Salto do Jacuí/RS	Aeroporto, Horto Florestal	23
06/11/18 – 9h	Escola da Aldeia Aeroporto Município: Iraí/RS	Aeroporto, Goj Veso, Rios dos Índios	48
07/11/18 – 9h	Escola da aldeia Ventarra Município: Erebangó/RS	Ventarra, Mato Preto, Sertão, São Roque	40

07/11/18 – 9h	Aldeia Saltinho Município: Salto do Jacuí/RS	Aldeia Itaúba, Saltinho	14
08/11/18 – 9h	Salão Comunitário Aldeia Carreiro Município: Água Santa/RS	Carreiro TI Ligeiro	66

Fonte: Polo Base Passo Fundo



Foto 1 – Conferência Local da TI Serrinha – município de Ronda Alta/RS. Fonte: Polo Base Passo Fundo/RS.



Foto 2 – Apresentação da cultura tradicional durante a Conferência Local na TI Serrinha – município de Ronda Alta/RS. Fonte: Polo Base Passo Fundo/RS.



Foto 3 – Apresentação da cultura tradicional durante a Conferência Local na TI Carreteiro – município de Água Santa/RS. Fonte: Polo Base Passo Fundo/RS.



Foto 4 – Debate durante a Conferência Local na TI Nonoai – município de Nonoai/RS. Fonte: Polo Base Passo Fundo/RS.



Foto 5 – Apresentação de propostas durante a Conferência Local da TI Nonoai – município de Nonoai/RS. Fonte: Polo Base Passo Fundo/RS.

A exemplo do que referiu Teixeira, Simas e Aguilar (2013) sobre as metodologias utilizadas nas reuniões dos Conselhos, em algumas reuniões as comunidades relataram a falta de flexibilidade para poderem deliberar sobre o tempo de duração da Conferência Local, demonstrando clara insatisfação com a forma “pré pronta” de organização das reuniões, que acaba limitando a discussão e impactando diretamente no aprofundamento dos debates. A duração das Conferências Locais, conforme estipulado pelo regimento, era de, no máximo, 2 (dois) dias.

3.2 PROPOSTAS DAS ETAPAS LOCAIS DAS ALDEIAS DO POLO BASE PASSO FUNDO

As propostas das conferências locais foram analisadas à luz do tema central proposto para a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, com ênfase na abordagem diferenciada. Não foi objetivo desse trabalho analisar individualmente cada proposta, mas sim analisar em bloco aquelas propostas que de alguma forma evidenciaram pontos cruciais na efetividade da abordagem diferenciada, dando ênfase à questões que se acredita serem de suma importância. Optou-se por analisar as propostas das Conferências Locais, com intuito de acompanhar o debate nas bases de discussão, considerando que as propostas nacionais representam mais o conjunto num macro cenário e por vezes, acabam camuflando particularidades que interferem diretamente nas condições de saúde de uma determinada comunidade, seguindo o que foi refletido no Capítulo 1, sobre a concepção de não haver uma unicidade indígena.

As narrativas foram analisadas sob a perspectiva da Análise Crítica do Discurso, desenvolvida por Norman Fairclough, que considera que a linguagem envolve o discurso, enquanto um processo social. Sobre o discurso, o autor refere que ele é uma forma de ação e intervenção no mundo, pois é através dele que os indivíduos constroem sua realidade social, agem no mundo em condições histórico-sociais e nas relações de poder nas quais operam (FAIRCLOUGH, 2001). Segundo Fairclough, o discurso não é apenas uma prática de representação do mundo, mas uma forma de atribuir significação no mundo, dessa forma, construindo o mundo em significado. Portanto, o discurso contribui e molda a construção de identidades e relações sociais entre as pessoas e sistemas de conhecimento e crenças.

Complementando e combinando com a ACD, utilizou-se também análise dos dados, segundo Minayo nos propõe, trazendo três possibilidades dentro de uma pesquisa qualitativa: a análise de conteúdo, a análise do discurso e a hermenêutica-dialética.

Sob essa ótica analisou-se o material pesquisado, ou seja, através de todas as implicações de ordem histórica, sociocultural, política e econômica. Assim como Minayo sugere:

uma prática dialética interpretativa que reconhece os fenômenos sociais sempre com resultados e efeitos da atividade criadora, tanto imediata quanto institucionalizada. Portanto, torna como centro da análise a prática social, a ação humana e a considera como resultado de condições anteriores, exteriores mas também como praxis. Isto é, o ato humano que atravessa o meio social conserva as determinações, mas também transforma o mundo sobre as condições dadas (Minayo, 1996, p. 232).

No que tange à articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde, observou-se que estiveram presentes reivindicações que giraram em torno de cultivo e uso de plantas medicinais e inclusão/reconhecimento dessa prática tradicional no itinerário terapêutico proposto pelas equipes de saúde, inclusive na média e alta complexidade. Aqui, observa-se nitidamente, que as práticas de medicina ocidental se sobrepõem às práticas tradicionais, uma vez que esse assunto esteve presente desde a 1ª CNPSI até a 5ª CNSI, no entanto, verificou-se que até hoje todos os recursos financeiros aportados ao Subsistema foram direcionados para as atividades preconizadas pela medicina ocidental, não tendo havido previsão orçamentária de recursos que buscassem fomentar e/ou subsidiar essa prática. Pode-se citar também que encontros que promovem as práticas tradicionais de saúde não são financiados com recursos do Subsistema, como por exemplo, o encontro dos Kujãs²², que tradicionalmente ocorre na aldeia Morro do Osso, em Porto Alegre/RS, geralmente a cada dois anos e que apresenta dificuldades em relação à logística e custeio do evento como um todo, ao passo que grande aporte financeiro é destinado periodicamente à compra de medicamentos. Da mesma forma, foi requerido formação de profissionais em medicina tradicional, não havendo por parte do

²² Os Kujãs são pessoas que ajudam a comunidade em suas questões espirituais, são pajés curandeiros, que utilizam o conhecimento e a sabedoria ancestrais para melhorar a vida de seu povo, na concepção do povo Kaingang.

Subsistema previsão de inclusão dessa temática na formação dos profissionais que atuam com as populações indígenas.

Sobre a articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde, observou-se que houve distinção nas propostas das diferentes etnias, kaingang e guarani, estando expressas e específicas algumas ações requeridas pelas comunidades distintas, como por exemplo, as seguintes propostas: *garantir recurso financeiro para formação da equipe de saúde com conhecimentos tradicionais específicos da etnia Guarani; garantir recursos para o fortalecimento dos Karais²³ e para construção de casas de cerimônias tradicional (guaranis); fomentar e financiar o Encontro de Kujãs (kaingang)*. Nesse ponto, fica evidente a questão abordada no Capítulo 1, que trata da pluralidade indígena e que, de forma genérica, não distingue as diferentes etnias e suas práticas, considerando “índio” como unicidade, de acordo com a lógica colonizadora. Importante salientar, que há hoje comunidades indígenas residindo em um mesmo município ou em uma mesma terra indígena, de diferentes etnias, cujas reivindicações não são unânimes e, não aceitam ser tratadas como tal. Assim, não cabe aos não indígenas categorizá-los com o intuito de fazer crer que aquilo que o Estado acredita que seja uma política diferenciada de fato será para povos tão distintos.

Ainda sob a questão das práticas tradicionais de saúde indígena, o que se observa é que não há previsão de inclusão de indígenas praticantes e conhecedores da medicina tradicional, sem formação acadêmica, nas equipes multidisciplinares de saúde indígena, à exceção de que, eventualmente, possa ser contratado algum agente indígena de saúde e/ou de saneamento, dependendo das fortes interferências das lideranças locais na indicação das contratações desses profissionais. Esse distanciamento dos trabalhos das equipes de saúde e daqueles nativos que desempenham as ações características da medicina tradicional demonstra que há um vácuo no diálogo entre as diferentes formas de cuidado, com ausência de aproximação entre as práticas. Não se trata aqui de propor “institucionalizar” as práticas tradicionais ou de enquadrá-las no modelo biomédico, mas sim de fomentar e aproximar práticas distintas para que elas dialoguem e mostrem-se como alternativas aos protocolos biomédicos de tratamento.

²³ Karai são rezadores, dirigentes espirituais que identificam o tipo de doença e indicam o tratamento através da medicina tradicional, na concepção dos povos guaranis.

A Organização Mundial da Saúde, desde a década de 1970 incentiva que os Estados integrem em seus sistemas de saúde as práticas de medicina tradicional, assim definida:

Práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicações baseadas em plantas, animais e/ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados de forma individual ou em combinação para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir enfermidades (OMS, 2002, p.33).

O assunto gera debates controversos e uma série de desafios, pois a biomedicina considera que as terapias devem atender critérios específicos e passar pelo exame científico rigoroso. Dessa forma, os Estados nacionais não estariam dispostos a incorporar todas as práticas e praticantes das medicações tradicionais a seus sistemas oficiais de saúde, tão somente aqueles que podem ser deduzidos de racionalidade biomédica. Assim, não são reconhecidas práticas ou um praticante exclusivamente pelo fato de ele ser tradicional. É o que ocorre, por exemplo, com as parteiras tradicionais, que só poderiam ser reconhecidas após a regulamentação de seu ofício que, por sua vez, pela lógica pragmática, prevê a qualificação dessas praticantes. “Os processos de validação científica das medicações tradicionais e qualificação de seus praticantes deslocam dos contextos locais saberes, práticas e praticantes e os reencaixam no espaço das políticas públicas”, passando a desempenhar sentido e funções distintas daqueles que possuíam originalmente. (FERREIRA, 2013).

Esse contato com a medicina ocidental, baseado numa concepção médico centrada acabou suscitando em uma parcela da população indígena uma demanda crescente e intensiva por uso de medicamentos e de equipamentos médicos e gerando, por vezes, a concepção exclusiva de doença como algo biológico, que se traduz na materialização por demandas crescentes de drogas medicamentosas, hospitais, laboratórios e outros meios científicos e tecnológicos (LUCIANO, 2006).

A articulação de sistemas tradicionais de saúde nas práticas cotidianas não se dá de forma imperativa. O fato de estar contemplado em um dispositivo legal não garante sua aplicabilidade rotineira. É necessário ter um olhar ampliado sobre o assunto, envolvendo inclusive a formação dos gestores e, principalmente, dos profissionais de saúde, que via de regra, é construída sobre as bases do

determinismo cientificista, característica marcante da epidemiologia e da biomedicina. Em uma análise rápida, é perceptível que os programas de graduação dos profissionais de saúde no Brasil, não costumam contemplar conteúdos sólidos de antropologia da saúde. Nesse assunto, considera-se que a diversidade cultural no Brasil oferece um ambiente propício para se “refletir sobre a construção de uma bioética clínica capaz de atuar nas relações interétnicas promovidas por políticas públicas que visam garantir a oferta de bens e serviços de saúde ocidentais a comunidades tradicionais historicamente excluídas” (LORENZO, 2011).

Sobre o conceito de tradicional, Ferreira (2013) destaca que isso também é uma concepção vista a partir do conceito da modernidade:

Considerando que o Estado-nação se constitui em organização política característica da modernidade, a emergência das políticas públicas se constitui em advento moderno a partir do qual o tradicional é definido. A dicotomia tradição/modernidade, que subordina os saberes locais a uma ordem biomédica universal, é estruturante dos discursos oficiais. Então, se este é um fenômeno discursivo característico da modernidade, a categoria tradição se constitui em constructo moderno. Nesse processo, o Estado está construindo objetos híbridos de políticas públicas, sustentados na retórica da tradicionalidade. Os objetos dessas políticas são híbridos porque os próprios discursos oficiais que as constituem, ao se apropriar do tradicional e lhes atribuir significados específicos, também o são. As políticas públicas só podem reconhecer/valorizar/validar se transformarem a tradição que organiza o ‘mundo da vida’ dos povos e comunidades em objetos deslocados de políticas públicas. Nesse caso, regulamentar significa disciplinar e colocar essas práticas e praticantes sob a supervisão direta do Estado. Dessa forma, a validação científica está para as terapêuticas e os produtos das medicações tradicionais, assim como a qualificação, o credenciamento e o licenciamento estão para seus praticantes. Enquanto os discursos oficiais operam com uma noção instrumentalizada e estereotipada da medicina tradicional, que permite a integração de algumas das práticas e praticantes ao sistema oficial de saúde, as vozes indígenas falam do caráter dinâmico, incompleto e em permanente revisão de seus sistemas sociomédicos, o que propicia continuamente a emergência de novos conhecimentos e práticas (FERREIRA, 2013, p. 207).

Outra questão que impacta diretamente na objetivação de uma abordagem diferenciada diz respeito aos recursos humanos que atuam no Subsistema. Desde a criação da SESAI, a contratação dos profissionais se dá através de Organizações Não-Governamentais (ONGs) conveniadas com o Ministério da Saúde, à exceção de poucos locais que vigorou por um período de 4 (quatro) anos, alguns Contratos Temporários da União (CTU), hoje não mais existentes. A contratação via convênios ocorre na modalidade da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), com frágeis

processos de seleção, sendo livres a contratação e a demissão de profissionais, com forte intromissão de fatores não técnicos atuando na seleção dos profissionais contratados. Várias ações civis públicas do Ministério Público Federal (MPF) e do Ministério Público do Trabalho (MPT) tentaram intervir nessa realidade, tendo surgido inclusive Termos de Ajustamento de Conduta (TAC), no entanto, sem êxito no que diz respeito à substituição do modelo vigente de contratação.

Esse assunto foi pauta já na 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, momento em que foi tratada a política de recursos humanos, que previa preconizar admissão de servidores por concurso, capacitação e atualização permanentes, de acordo com as necessidades locais e a existência de um plano de carreira e salários, com exigência do cumprimento da carga horária contratual e regime de dedicação exclusiva. Em relação aos povos indígenas, visava estimular a formação de pessoal em saúde das próprias comunidades, dos diversos níveis (agentes indígenas de saúde, auxiliares; enfermeiros; e outros), garantindo vagas nas universidades públicas para pessoas indígenas.

Na 2ª Conferência que tratou da saúde indígena, a questão dos recursos humanos foi pauta novamente, enfatizando que a formação dos trabalhadores em saúde indígena deveria erradicar posturas etnocêntricas e tecnocráticas dos servidores de saúde em todos os níveis, favorecendo o conhecimento e o respeito às medicinas tradicionais. Buscou-se estabelecer diretrizes para a formação, seleção, contratação, perfil profissional e condições de trabalho, com Planos de Carreira, conforme o Regime Jurídico Único. Não se aprovou a alternativa de contratação por meio de ONG ou contratos de gestão. A situação dos Agentes Indígenas de Saúde foi objeto de um capítulo, estabelecendo seu reconhecimento como categoria profissional, suas atribuições e perfil técnico, bem como níveis diferenciados de atribuição, conforme as capacidades individuais e de contato com os povos indígenas.

Na 3ª CNSI o assunto voltou a ser pauta de discussão e foi demonstrada principalmente a preocupação de haver uma formação direcionada, com capacitação constante e perfil apropriado para atuar nas comunidades indígenas, especialmente priorizando a contratação de indígenas e estimulando sua formação. Sobre as substituições de profissionais, foi consenso que as instâncias de participação e controle social deveriam incidir nas decisões. Na 4ª e 5ª CNSI, o assunto seguiu

sendo pauta prioritária, dando ênfase à realização de concurso público, mediante critérios específicos que atendessem as necessidades da saúde indígena, dando garantias mínimas aos profissionais, como por exemplo, pontualidade no pagamento dos salários, plano de saúde, vale-alimentação e transporte, plano de carreira, cargos e salários.

Mesmo a questão dos recursos humanos tendo sido pauta de discussão desde a 1ª CNSPI até a 5ª CNSI, ainda hoje persiste a problemática da formação, capacitação e contratação de profissionais, demonstrando que o impacto disso é percebido e vivido diariamente pelas comunidades indígenas, sendo objeto de discussão relevante. As propostas elencadas demonstram o impacto sentido na ponta do sistema: *garantir formação profissional voltada para atuação no SASI-SUS; garantir a contratação de profissionais indígenas por processo seletivo, garantindo a prioridade para atuação dos indígenas; realizar concurso público para profissionais de saúde indígena; garantir a contratação de profissionais por critérios técnicos, em processo seletivo simplificado, priorizando os profissionais indígenas capacitados e substituindo profissionais não indígenas quando houver indígenas com a formação requisitada, em todas as instâncias da SESAI.*

Ainda sobre a questão de recursos humanos, percebe-se a proximidade com o quesito anterior que diz respeito à medicina tradicional, considerando que os indígenas observam um distanciamento entre os profissionais não indígenas que atuam no sistema e a ausência de previsão de contratação de indígenas detentores de saberes profissionais, sem, no entanto mencionar a formação acadêmica, perceptível na seguinte proposta: *criar vaga específica para contratação de sábios indígenas para atuarem junto a EMSI, garantindo o resgate e fortalecimento cultural e a medicina tradicional.*

A problemática da questão dos recursos humanos acompanha a trajetória do próprio Subsistema, demonstrando que as reivindicações das comunidades indígenas não só são absolutamente cabíveis, como são também motivo de profundo impacto no serviço ofertado às comunidades. Observa-se a respeito disso, que mesmo a política de saúde indígena tendo transitado por diferentes órgãos e instituições no decorrer de sua trajetória, não foi assunto prioritário para o governo estabelecer uma agenda que desse conta de resolver a questão. Assim, no ano de 2014, o próprio governo apresentou para os indígenas, solicitando que fosse submetido à plenária dos 34 CONDISI, a proposta de criação de um Instituto para

executar as ações da Política Nacional de Saúde Indígena, que teria o objetivo de modernizar e agilizar processos burocráticos da administração pública. O órgão, então denominado Instituto Nacional de Saúde Indígena - INSI seria um Serviço Social Autônomo, firmado através de um contrato de gestão com o Ministério da Saúde, regido pelas normas de direito privado, que contrataria os profissionais e executaria as ações de saúde indígena. De fato, ele não chegou a ser implantado, no entanto, foi aprovado em 29 plenárias do CONDISI, apresentando algumas ressalvas e foi reprovado nos demais 5 Conselhos Distritais. O surgimento da proposta de criação do INSI foi duramente criticado, sendo que foi apresentado no ano de 2014, pouco depois de ter sido realizada a 5ª CNSI, momento em que foi reivindicado o fortalecimento da SESAI e dos DSEIs. O próprio MPF considerou a proposta inconstitucional e muitas organizações ligadas às causas indígenas manifestaram-se repudiando a proposta do governo, como foi o caso do CIMI. Fatos como esse demonstram nitidamente que há uma apatia por parte do governo, que não introduz a questão como uma prioridade na agenda das políticas públicas e deixa o Subsistema vulnerável, favorecendo seu enfraquecimento e a mercê de decisões que são partidárias e opostas a uma política pública estruturada.

Lorenzo (2011) acredita ser fundamental ampliar a visão sobre os valores culturais para poder orientar ações eticamente aceitáveis em uma cultura distinta daquela que se está inserido. Paratanto, é preciso tornar o diálogo e a formação a via obrigatória para ofertar serviços condizentes com os diferentes modos culturais de conceber a vida, a doença e a saúde. Para que essa proposta seja viável, o autor entende que necessariamente é preciso uma:

profunda reforma curricular da graduação, onde conteúdos de bioética interligados a conteúdos de antropologia da saúde possam ser transmitidos a partir de experiências práticas proporcionadas aos alunos. A característica interdisciplinar da epistemologia bioética se expressará neste espaço clínico pela necessidade de intercessão de saberes oriundos de duas tradições disciplinares. De um lado, são necessárias noções sólidas de antropologia da saúde que envolvam a cosmologia dos povos assistidos, a concepção de vida e morte, as formas de construção simbólica dos corpos, o entendimento do processo saúde-doença e as informações sobre as práticas curativas locais, além do domínio de alguns aspectos teóricos-chaves, tais como os conceitos [...] definidos de *eficácia simbólica* e *intermedicalidade*, para citar apenas alguns. De outro, a formação bioética propriamente dita deverá estar alicerçada em elementos de filosofia moral que busquem fundamentação dialógica para as relações éticas (LORENZO, 2011, p. 336).

Oliveira (2005) refere que a precarização das relações de trabalho na saúde indígena e a desvalorização do trabalho profissional vêm periodicamente acumulando ações trabalhistas, insegurança institucional e alta rotatividade das equipes de saúde indígena, impedindo e dificultando a estruturação dos serviços voltados para essas populações. A autora aponta que além do vínculo trabalhista que é precário, há um grande despreparo para atuação em situações de diversidade cultural, exposição a situações de conflito, condições de trabalho adversas e ausência de tecnologias adequadas. Os processos de trabalho em saúde indígena precisam ser discutidos sob a luz de alguns paradoxos difíceis e inerentes à própria temática da saúde, que envolvem questões antropológicas, sobre a vida, a morte, a cura, abordando a perspectiva do individual e do coletivo. A abordagem principal permanece médico centrado, sendo que em alguns locais o médico é profissional raro ou ausente, o que favorece a prática medicalizante, exercida muitas vezes por profissionais que não possuem qualificação. Nesse contexto, é notório que a formação de profissionais universitários necessita de reestruturação na “formação e desenvolvimento de políticas de atração e fixação no interior e especialmente nas comunidades indígenas para que essa seja uma opção profissional permanente”. Treinamentos emergenciais e ações pontuais de educação não são suficientes para compor o modelo de atenção proposto. Talvez aproximar os serviços de saúde indígena e universidades gabaritadas em nível de especialização e mestrado profissionalizante com ênfase nos conhecimentos de saúde pública, educação e antropologia possa ser uma opção interessante. Ao mesmo tempo proporcionar melhores condições de trabalho, desenvolver protocolos de atenção básica, regularizar o fornecimento de suprimentos e insumos e incrementar a formação dos gestores da saúde indígena pode contribuir para o modelo proposto (OLIVEIRA, 2005).

Outro ponto que impacta diretamente na oferta de um serviço diferenciado é o modelo e a organização dos serviços ofertados às populações indígenas. Já em 1993, na 2ª CNSPI foi debatida a importância do fortalecimento dos Distritos Sanitários, como um fundamento básico com vistas à atenção diferenciada de saúde. De fato, a implantação dos Distritos Sanitários vai ao encontro de uma atenção mais voltada às necessidades específicas dos diferentes povos indígenas do país, uma vez que a própria caracterização deles é definida por critérios étnicos, geográficos e epidemiológicos. Mas, para seu pleno funcionamento seria

fundamental que cada Distrito fosse uma unidade autônoma administrativa e financeiramente, o que na prática não ocorre.

Em 2001, 2006 e 2013, na 3ª, 4ª e 5ª CNSI, foi assunto relevante a autonomia administrativa, financeira e orçamentária dos DSEIs, com objetivo de colocar em prática o que está disposto nos instrumentos legais e que garantiria um serviço de melhor qualidade ofertado às populações indígenas, com premissas mais claras sobre a possibilidade de garantir a abordagem diferenciada. No entanto, mesmo esse assunto sendo pauta constante e recorrente, observa-se que os Distritos são ainda fortemente dependentes da estrutura central, que no momento é a SESAI, tendo pouca ou nenhuma flexibilidade para deliberar sobre a gestão local. Ainda, sobre o assunto, o Subsistema rotineiramente é ameaçado pela sombra da municipalização e/ou estadualização da saúde indígena, sendo essa uma tentativa iminente de diferentes governos, demonstrando claramente que não é uma política pública construída com bases sólidas e que permanece e se fortalece mais pela resistência dos povos indígenas e pela sua capacidade de mobilização e defesa do Subsistema do que pela agenda política. A proposta de inserir a saúde indígena no município e no estado, com enfraquecimento ou até mesmo a extinção dos Distritos Sanitários é freqüentemente exposta pelos gestores a nível central. A última tentativa se deu no início de 2019, com o ingresso da nova gestão no Ministério da Saúde, tendo, por hora, sucumbido pela forte pressão do movimento social indígena.

A necessidade de fortalecimento do DSEI é uma constante vivenciada pelas comunidades que necessitam dos serviços ofertados pelo Subsistema. Sob a realidade local, considerando o estado do Rio Grande do Sul, há muito se discute a possibilidade de criação de um Distrito que tenha sede no Rio Grande do Sul, tendo em vista que há no estado mais de 30 mil indígenas (IBGE, 2010), sendo que mais de 50% dessa população vive aldeada, estando presentes em mais de 60 municípios. O quantitativo populacional, assim como as questões logísticas e o distanciamento da gestão do Distrito, com sede em São José/SC são fatores cruciais e diretamente impactados nessa justa e compreensível solicitação da criação de um DSEI mais próximo das comunidades do RS. Essa reivindicação por parte das comunidades do RS, principalmente da região norte do estado, que é onde se concentra a maior parte da população, já foi objeto de estudo de viabilidade com criação de um grupo de trabalho para discutir questões pertinentes ao assunto. No entanto, nunca se concretizou a criação de um DSEI no estado, tampouco foi

vislumbrada a possibilidade de transferir a sede do DSEI que hoje fica no estado de SC. Esse assunto foi tema da 5ª CNSI e voltou a ser debatido nas etapas locais da 6ª CNSI, no entanto, não se observa nenhuma ação por parte do estado com vistas a viabilizar essa questão. Decorrente do fortalecimento dos Distritos Sanitários emergem várias outras questões que impactam diretamente na saúde dos indígenas, como por exemplo, a ampliação do atendimento às comunidades indígenas, o fortalecimento com as demais instâncias do SUS e a maior oferta de serviços.

A organização do Subsistema por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas revela avanços significativos na medida em que reconhece uma forma diferenciada de gerir os serviços, mesmo estando muito distante das condições mínimas desejadas. No âmbito político-estratégico, pode-se considerar positivo o reconhecimento pelo poder público da necessidade de concretizar uma política específica para os povos indígenas, que buscou reduzir as principais mazelas e busca aproximar a medicina ocidental e as medicinas tradicionais indígenas. No entanto, está muito longe disso se tornar uma realidade concreta, mesmo tendo permitido o surgimento de experiências inovadoras no campo das políticas públicas de saúde. A base administrativa e territorial dos DSEIs também possibilitou a participação das comunidades indígenas no processo de formulação e acompanhamento das políticas de saúde, embora com grandes deficiências pois se baseia na forma de representação não indígena. No entanto, esse processo de participação política deve ser encarado como uma forma de aprendizagem que se dá na prática e no exercício desse direito e inclui o progressivo domínio do complexo mundo administrativo e burocrático das políticas públicas por parte dos povos indígenas. (LUCIANO, 2006).

Como se discorreu no Capítulo 1 do presente trabalho, a questão da saúde por si é multifatorial, mas em específico na questão indígena ela abrange fatores externos que possuem forte interferência na forma como os povos indígenas se relacionam com o processo saúde-doença. O processo saúde doença já é um entremeado de diversos fatores que o determinam, estando nele inclusos fatores como educação, condições de infra estrutura e moradia, lazer, acesso aos serviços básicos, dentre outros. Poderíamos aqui elencar uma infinidade de aspectos que interferem nos níveis individuais e coletivos da saúde da população, mas mesmo não sendo esse o objetivo, alguns fatores estão tão intrinsecamente relacionados

com a questão de saúde, em especial nas populações indígenas, que seria no mínimo ignorância não trazê-los para o debate.

Conforme o I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas existe uma relação entre contextos socioambientais injustos, processos históricos de expropriação, discriminação, ameaças à integridade dos territórios tradicionais, condições adversas de vida e desestruturação dos sistemas nativos de subsistência e autocuidado. Essas condições levam diversos povos a viver em processos de vulnerabilização e desvantagem em relação a outros estratos da população nacional, mesmo quando comparados com as frações mais pobres e vulneráveis da sociedade brasileira. Por isso, considera-se que transformações sociais, culturais, ambientais e econômicas contribuíram e seguem contribuindo para que problemas de saúde característicos da pobreza e da vulnerabilidade social são significativos no quadro de morbimortalidade, ainda que em muitos locais já tenha iniciado um processo de transição epidemiológica, no qual as doenças crônicas teriam maior relevância nas taxas de mortalidade.

Para analisarmos alguns aspectos que incluem questões sociais, salientamos algumas propostas aprovadas na etapa local, a saber: *elaborar projetos sociais, articulados juntamente com a Funai e os municípios, com finalidade de aquisição de maquinários e insumos necessários para o plantio e cultivo agrícola, piscicultura e preservação do meio ambiente nas terras indígenas; fomentar política de articulação para preservação e tratamentos de rios e nascentes; estabelecer parcerias com EMATER, FUNAI, CIMI, CEPI para fornecer insumos para a produção de alimentos de subsistência, apicultura e piscicultura; garantir parcerias com instituições (FEPAM) para fiscalizar água e agrotóxicos em mananciais; reconhecer, regularizar e proteger os territórios indígenas; garantir medidas e recursos para a conservação e preservação da flora e fauna original; resgatar a agricultura familiar e fomentar para que esta permaneça nas comunidades Indígenas.* Todas essas propostas destacadas demonstram a proximidade e o impacto negativo sobre a saúde, tendo como base a questão da preservação do meio ambiente, da relação com o território, da demarcação e reconhecimento de terras indígenas.

Em todos os eventos que debatem e discutem as questões indígenas, assim como as políticas indigenistas, a questão do território e do meio ambiente são cruciais para aplicação de qualquer política pública em qualquer campo. Negar a relação dos povos originários com o território e o meio ambiente é fracassar antes

mesmo de tentar obter êxito em qualquer ação. Dessa forma, esse assunto além de estar expresso em diversos instrumentos legais, também foi tema de debate em todas as conferências de saúde indígena. Sabendo-se da importância que essa questão suscita, assim como a interferência direta que causa na saúde dos diferentes povos indígenas, de norte a sul do país, até hoje não existem agendas conjuntas que aproximem ou debatam, em caráter permanente, a influência desses aspectos nos indicadores de saúde das populações indígenas. A questão dos territórios, bem como da demarcação e reconhecimento de terras indígenas e da preservação do meio ambiente dialoga muito mais com as interferências do mercado neoliberal, das pressões político partidárias e das influências capitalistas que com os organismos interessados em preservar a sanidade desses povos. De fato, isso não é uma prioridade para o Estado brasileiro e tão pouco compõe o cenário das políticas públicas prioritárias da agenda nacional.

Do Capítulo VIII, que trata “Dos Índios”, da Constituição Federal, nota-se que dos sete parágrafos do artigo 231, seis falam de terra, e um, de recursos naturais. Conforme aponta Oliveira (2016):

O parágrafo 6 constitui uma reedição do antigo parágrafo segundo do artigo 198 da Constituição anterior, reiterando a nulidade jurídica de quaisquer atos de domínio ou posse sobre terras indígenas, não cabendo também ação de indenização contra a União em decorrência dessa anulação. O parágrafo 3º condiciona à prévia autorização do Congresso Nacional o aproveitamento de recursos hídricos, potenciais energéticos, bem como a pesquisa e lavra de minérios em terras indígenas. Mesmo com tal anuência, deveriam ser ouvidas as comunidades afetadas, e prevista a sua participação nos lucros do empreendimento.

Sobre o assunto, é importante frisar que atualmente há propostas governamentais que buscam abrir os territórios indígenas para exploração, defendendo a tese de que os indígenas que vivem no Brasil já incorporaram a forma de viver das populações não-indígenas, ignorando assim toda a relação que esses povos estabeleceram com o território, muito antes da colonização e, posteriormente, com o incentivo da industrialização e da exploração do capital.

É sabido que os povos indígenas estabelecem um vínculo estreito e profundo com a terra. Por isso, de forma ampliada os povos indígenas entendem que o problema inerente à terra não se resolve apenas com o aproveitamento do solo

agrário, mas incorpora o sentido de territorialidade. O território é concebido como o *habitat* natural onde viveram e ainda vivem os antepassados. O território está intrinsecamente conectado às suas manifestações culturais e às tradições, às relações familiares e sociais. Para os índios, o universo do invisível faz parte do visível, assim como os seres não-humanos fazem parte dos humanos (LUCIANO, 2006). O mesmo autor assim define a relação dos povos indígenas com o território:

O mundo dos mortos, dos espíritos e dos deuses não está em outra dimensão cósmica, está na própria natureza que constitui o território indígena. A territorialidade indígena não tem nada a ver com soberania política, jurídica e militar sobre um espaço territorial, como existe em um Estado soberano. É isso que as autoridades não-índias não entendem quando repetem constantemente a ideia errada de que no Brasil “há muita terra para pouco índio”, como se aos índios tivessem que ser concedidas terras, do mesmo modo que há espaços necessários para os que vivem em cidades ou no campo guiados por outras formas de relação com a terra. (LUCIANO, 2006, p. 103).

Gallois (2004) aponta que há sobre a territorialidade uma falta de compreensão, pois prevalece a imagem erroneamente romantizada de índios nomadizando por amplos territórios intocados atrelando a isso seus “usos, costumes e tradições”. Sob essa lógica equivocada, deduz-se que aqueles índios que não correspondem à essa imagem perderam sua tradição e foram incorporados aos não indígenas. Muitos desses indígenas são distorcidamente responsabilizados pelos conflitos documentados pela mídia, dando a ideia que as causas das tensões brotam do interior da condição de índio.

A diferença entre “terra” e “território” envolve distintas perspectivas e atores envolvidos em um processo de reconhecimento e demarcação de uma Terra Indígena, tal como é concebida pelos instrumentos jurídicos e técnicos. A noção de “Terra Indígena” alude ao processo político jurídico que é regido e conduzido pelo Estado. Ao passo que a ideia de “território” fala sobre a construção e vivência de diferentes povos, da relação entre uma sociedade específica e sua base territorial. Do processo de conceber um território a uma ideia reduzida de terra, passa-se das relações de apropriação (que prescindem de dimensão material) à ideia de posse ou propriedade. A expressão Terra Indígena é uma necessidade do Estado, que carrega consigo a lógica de limites precisos, o que não se pode afirmar que deva abranger a ideia de territorialização presente nos diferentes grupos indígenas. Isto

posto, fica claro que os fatores são sempre externos para serem acatados na ordem interna das organizações sociais indígenas, não excluindo a ideia de uma forma de “nova tutela” já que condiciona a liberdade e o modo de viver (GALLOIS, 2004). Para Luciano (2006), “a territorialidade atua como um estado de espírito e os ritos e os mitos, como referência da identidade e da consciência humana e da natureza”.

Luciano (2006) aponta que o território é condição para a vida dos povos indígenas, não o concebendo como exclusivamente um bem material ou fator de produção, mas compreendendo-o como o ambiente em que se desenvolvem todas as formas de vida. O conceito de território envolve o conjunto de seres, espíritos, bens, valores, conhecimentos, tradições que garantem a possibilidade e o sentido da vida individual e coletiva. Embora terra e território não sejam equivalentes, a terra é também um fator fundamental de resistência dos povos indígenas. É ela que unifica, articula e mobiliza todos, as aldeias, os povos e as organizações indígenas, em prol de uma ideia de luta comum, que é a defesa de seus territórios. A luta pela terra fomentou o surgimento do movimento pan-indígena no Brasil na década de 1970, unindo e articulando povos distintos, muitos dos quais eram inimigos nas antigas guerras intertribais. O território indígena sempre remete à ancestralidade e a toda a formação cósmica do universo e da humanidade. Na ideia de território estão contidos os heróis indígenas, tanto faz se vivos ou mortos. Podemos assim definir “terra como o espaço geográfico que compõe o território, onde este é entendido como um espaço do cosmos, mais abrangente e completo” (LUCIANO, 2006, p. 101).

A terra não é um assunto que se esgota em si mesmo, por isso não basta ter acesso à ela. Fundamentais e necessárias são políticas de apoio e de incentivo às alternativas econômicas de auto-sustentação associadas à valorização cultural, à preservação do meio ambiente e à melhoria das condições de vida, de forma eqüitativa e solidária. Compreender a diferença entre terra e território, não exclui o fato de os indígenas serem constituídos como cidadãos brasileiros e universais com direito ao acesso e ao usufruto dos benefícios da sociedade moderna, sem necessidade de abrirem mão de suas culturas, tradições, modos e filosofias de vida. (LUCIANO, 2006).

O desafio da autonomia para os povos indígenas apresenta limitações e fraquezas, não ficando isento de profundas debilidades. Assim, não é raro perceber que algumas lideranças indígenas tradicionais ou não, conscientes ou não,

incorporaram formas negativas de viver e de se relacionar, muitas vezes indo de encontro aos princípios de autonomia coletiva dos seus povos. Assim, muitas lideranças interpretam autonomia como sinônimo de autoritarismo, o que é mais facilmente perceptível nos governantes não indígenas e, dessa forma, passam a tomar decisões impositivas, egoístas e prejudiciais aos seus povos, como é notório nos arrendamentos de terras que têm levado ao aumento de fome, da miséria e da violência. Atualmente há muitas terras indígenas arrendadas para fazendeiros, principalmente nas regiões Centro-Oeste e Sul do país, que demonstram em vários casos o resultado de decisões pessoais de lideranças, que não encontram apoio dos seus povos e acabam por gerar graves conflitos entre as comunidades, como as observadas entre os Kaingang do Rio Grande do Sul. Essa forma de exploração tem gerado conflitos agrários e fundiários envolvendo os povos indígenas, numa busca irracional de exploração dos recursos naturais, que reflete a lógica das políticas neoliberais e degradam o meio ambiente, intensificando problemas locais (LUCIANO, 2006).

Muitos dos problemas vividos pelos povos indígenas na atualidade têm suas raízes na expropriação de suas terras pelos colonizadores, seguindo com a destruição e desrespeito a sua cultura, crenças e modos de organização social. A marginalização, perseguição e desrespeito com esses povos por parte do Estado brasileiro, integram o relatório da *Comissão Nacional da Verdade*, vol. 1, de 2014, que investigou violações de direitos humanos cometidas no país entre os anos 1946 a 1988. Entre as principais conclusões do relatório produzido pela *Comissão* está a revelação de que as expulsões, remoções forçadas, massacres, envenenamentos e outros tipos de violações tinham o “objetivo central de forçar ou acelerar a ‘integração’ dos povos indígenas e colonizar seus territórios sempre que isso fosse considerado estratégico para a implementação do seu projeto político e econômico”. Ainda mais relevante é o fato de o relatório incluir em suas recomendações a “regularização e desintrusão das terras indígenas esbulhadas e degradadas como forma de reparação coletiva pelas graves violações decorrentes da não observação dos direitos indígenas na implementação de projetos de colonização e grandes empreendimentos realizados de 1946 a 1988” (RELATÓRIO CNV, 2014).

Mesmo estando sob o domínio do Estado a questão da garantia do acesso à terra para os povos indígenas, é justamente a demarcação das Terras Indígenas o alvo principal dos ataques aos direitos reconhecidos aos índios. Nesse sentido,

observa-se no Legislativo, parlamentares que representam o setor do agronegócio na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, com autoria de diversos projetos de lei que visam reformar o que a Constituição determina sobre o direito indígena à terra ou então modificar o processo de demarcação dessas terras. Muitos são os processos judiciais movidos por proprietários de terras, não indígenas, contrários às demarcações. Não são raras as interpretações restritivas do que determina a Constituição, sendo que algumas ações têm logrado êxito em anular os atos oficiais de identificação, declaração e homologação de TIs, deixando comunidades distantes de seus territórios (GALLOIS, KLEIN E DAL'BO, 2016).

Ainda sobre os fatores que determinam as condições de saúde, foram discutidas propostas diretamente ligadas às questões tradicionais, tais como: *fortalecer o conhecimento sobre as matérias primas de artesanato e resgate de comidas típicas (alimentação saudável); criar uma cooperativa com auxílio de recursos municipais, estaduais, federais para fomentar o artesanato indígena*. Aqui, observa-se que as comunidades encontram na alimentação por meio de comidas típicas e na prática do artesanato, aspectos relacionados diretamente com a concepção de saúde. Esses fatores, não podem ser observados afastados da relação que permeia o “bem viver” com o íntimo relacionamento que esses povos tem com a terra, uma vez que é dela que são extraídos os substratos para produção de comidas típicas e confecção de seus artesanatos.

Destacam-se ainda mais algumas propostas elencadas, a saber: *criar uma política de incentivo ao lazer e esporte dentro das comunidades e criar estratégias de autonomia financeira; fomentar atividades para prevenir o suicídio (equipe de saúde, escola, poder público, lideranças indígenas, psicólogos); garantir rede de assistência à prevenção do alcoolismo, tabagismo e drogas*. Das três propostas extraídas pode-se visualizar uma relação direta entre elas. Esse círculo de dependência e adoecimento não pode ser analisado ignorando os aspectos aqui já referidos da relação íntima que os povos originários têm com a terra.

Conforme relatório da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (2014), a saúde mental dos povos indígenas merece atenção especial. Muitos povos continuam enfrentando problemas de violência devido à imposição de projetos de desenvolvimento, deslocamento forçado e expropriação de seus territórios, conflitos armados e exploração econômica, gerando conseqüências psicológicas nas pessoas e comunidades. Para esses problemas, exacerbados pelo

empobrecimento e pela marginalização, há outras situações de decomposição social, como alcoolismo, abuso de drogas, depressão e suicídio, especialmente entre os jovens. Segundo dados oficiais, enquanto a população indígena representa 0,4% dos habitantes do Brasil segundo o censo de 2010, os suicídios indígenas representam 1% do total de suicídios no país no período 2008-2012.

Mesmo entendimento possui o CIMI sobre a questão da terra para os povos indígenas:

A Terra, para os povos indígenas, não é um bem econômico, mas dom de Deus e dos seus antepassados; é espaço sagrado. Na cosmovisão indígena, são eles que pertencem à Terra e não o contrário, porque a Terra é mãe, é vida. Pertencer à Terra, ao invés de ser proprietário dela, é o que define o indígena. Mas esses espaços sagrados são violados por um modelo econômico homogeneizante e excludente, conduzido por pessoas que “não sabem viver com honestidade, mas com extorsões e exploração, acumulando riquezas em suas casas” (conforme Amós 3,10), em detrimento da vida (Cimi, Relatório Violência contra os Povos Indígenas no Brasil – dados de 2015).

Da análise das experiências indígenas no campo da saúde e da doença é possível concluir que os povos indígenas brasileiros sempre possuíram suas concepções e formas próprias de tratamento e cura de doenças. Antes mesmo da colonização e do advento da inserção da medicina científica, seus remédios e tratamentos eram mais eficientes, pois conheciam as doenças que os acometiam. O sistema exploratório e os colonizadores trouxeram com eles doenças das quais os índios não tinham noção e, por conseguinte, não podiam curar. Algumas delas ainda hoje sem cura para o próprio campo biomédico. Estudiosos da área médica reconhecem que os povos indígenas brasileiros, por ocasião da chegada dos colonizadores, já conheciam mais de 2 mil plantas medicinais e muitos povos eram capazes de realizar operações e cuidar de fraturas ósseas. Pode-se afirmar que a medicina indígena é uma das expressões culturais que mais se mantiveram. (LUCIANO, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil demonstra ao longo de sua história que muitas tragédias provocadas pelos colonizadores afetaram a vida dos povos originários, tais como: escravidão, guerras, doenças, massacres, genocídios, etnocídios e outros males. Isso não significa dizer que antes da colonização ou interferência do Estado eles vivessem de forma pacífica, mas nos mostra que muitas ações faziam parte de um projeto ambicioso de dominação cultural, econômica, política e militar, que os povos indígenas desconheciam e, por vezes, não sabiam nem como combater. No início da formação nacional, eles não eram capazes de entender a lógica das disputas territoriais como parte de um projeto político civilizatório, de caráter mundial e centralizador, sendo que suas experiências diziam respeito a conflitos territoriais intertribais e interlocais. Posterior ao contato, as culturas dos povos indígenas sofreram profundas modificações, afetando principalmente os processos de mudança sociocultural, enfraquecendo sobremaneira as matrizes cosmológicas e míticas em torno das quais girava toda a dinâmica da vida tradicional (LUCIANO, 2006).

Não podemos nos esquecer, que ao nos referir aos povos indígenas é fundamental pensar em coletividades atuais que se reconhecem como descendentes daquelas populações que estiveram presentes antes da chegada dos colonizadores europeus e da constituição de Estados-Nacionais. É sob essa ótica que o Estado estabelece para os indígenas um tratamento diferencial, com o reconhecimento de direitos especiais (OLIVEIRA, BARCELLOS E JARDIM, 2000). Portanto, é crucial desvincular aquela ideia rasa de que índios devem ser selvagens ou viver isolados da sociedade, para que sejam considerados “índios de verdade”, ao mesmo tempo que, não se pode considerar aqueles povos com maior inserção social como desprovidos de sua cultura particular. É preciso desromantizar a visão do indígena e concebê-lo como uma figura política, histórica e social. Para Oliveira (2010), não é possível compreender os processos atuais de mobilização política, reelaboração cultural e demarcação identitária, se considerar a história do Brasil como habitualmente foi contada, embasada em pressupostos políticos e ideológicos que buscaram negar a figura do indígena na formação da Nação.

A tendência de crescimento baseada no avanço das fronteiras e exploração mineral e agrícola continua causando graves danos aos povos indígenas, desestabilizando suas organizações sociais, afetando negativamente o exercício de sua territorialidade e modos de vida, ameaçando suas relações culturais e simbólicas e prejudicando irreversivelmente suas condições de saúde. O Estado é propulsor e indutor dessa lógica exploratória, justificando grandes projetos de comprometimento de territórios indígenas como fundamentais para o desenvolvimento econômico e social do país (ROCHA, PORTO E PACHECO, 2019).

Grande parte da população brasileira desconhece os processos históricos de invisibilização e de reafirmação indígena e outra parcela ignora a imensa diversidade de suas formas atuais de existência. Esse cenário propaga-se por muitas escolas e pela mídia e continua-se falando, em uma “cultura indígena”, no singular, que lhes atribui um universo pautado pelo apego ao passado e à tradição. (GALLOIS, KLEIN E DAL’BO, 2016). Por isso, muitas vezes as políticas específicas e voltadas para as populações indígenas são erroneamente consideradas como privilégio desnecessário ou como favorecimento e assistencialismo, desconsiderando o déficit histórico da Nação com esses povos. Luciano (2006) considera que grande parte da sociedade brasileira, permeada pela visão evolucionista da história e das culturas, considera os povos indígenas como culturas em estágios inferiores, cuja única perspectiva é a integração e a assimilação à cultura global. Isso leva os povos indígenas a enfrentar grandes desafios, como lutar pela autoafirmação identitária, ao mesmo tempo em que necessitam conquistar direitos de cidadania nacional e global, que naturalmente é reconhecido aos demais cidadãos.

É grande a dificuldade da sociedade, marcadamente embasada em um preconceito histórico de longa data, conceber o fato de que o reconhecimento identitário indígena não o exclui da identidade de ser um cidadão brasileiro. Não se trata de optar por uma ou outra identidade. Tampouco se trata de torná-lo invisível, dissolvê-lo ou segregar, mas sim de reconhecer, diferenciar e incluir no cenário múltiplo que compõe a sociedade nacional, respeitando suas especificidades. Oliveira (2010) refere que não importa a que período histórico, região ou etnia o narrador esteja se referindo, sempre todos os personagens, leis e eventos que surgem nesse relato devem ser agrupados em função da condição de protetores ou de predadores de índios, numa visão sempre estigmatizada e colonizadora que nega por completo as perspectivas dos próprios indígenas. Essa visão muitas vezes serve

de âncora para as políticas públicas, que buscam a subordinação daquilo que é diferente, com o discurso de civilizar esses povos, homogeneizando-os e mantendo sobre eles um forma de tutela, impedindo-os de viver sob sua perspectiva cultural e difundindo a ideia de pacificação, que acaba com qualquer forma de autonomia.

Benevides (1994) considera que o Estado brasileiro nunca efetivou reformas sociais visando à cidadania efetivamente democrática. A autora considera que o estado promoveu uma modernização conservadora que realizou reformas institucionais, mas não se debruçou sobre aquelas reformas necessárias para reorganizar a estrutura social do país. No sentido democrático, o acesso à justiça, à segurança, à distribuição de renda, à estrutura agrária, à previdência social, à educação e à saúde não sofreu grandes modificações. A cidadania permaneceu parcial, desequilibrada e excludente. Muitos direitos ainda são entendidos como privilégios e acessíveis só para alguns e sob determinadas condições impostas pelo Estado.

A participação política da sociedade civil, através das movimentações sociais, nos leva a crer que independente do resultado obtido, ela é um forte instrumento de pressão sob a classe política institucionalizada, mantendo assim traços importantes dos governos democraticamente concebidos. O insucesso frente às demandas advindas de movimentos sociais não pode ser encarado como fracasso ou derrota, mas devem servir de impulso na luta constante pela manutenção das políticas públicas que devem/deveriam prever a diminuição das inequidades sociais. Nossa trajetória histórica enquanto nação é o retrato de que as políticas públicas voltadas àquelas parcelas da população mais desfavorecidas só puderam ser formuladas mediante muita luta e pressão sob a classe política que governa e não obstante, necessitam de ainda maior resistência da sociedade civil para permanecerem enquanto política pública e não como bandeiras eleitorais. Luciano (2006) relata um ditado indígena que refere: “da luta pelas armas à luta pelo papel e caneta”, fazendo alusão à batalha que os povos indígenas têm na contemporaneidade, para buscar manter e ampliar seus direitos, agora na arena de interesses políticos e econômicos.

No que se refere à participação e controle social na sociedade democrática, principalmente analisando o contexto indígena, nota-se que um fator limitador é a própria forma de exercício do poder e de representação política, uma vez que as instâncias formalmente concebidas são pautadas em organizações não indígenas, desconsiderando noções de democracia e coletividade próprias. Mesmo sendo um

fator limitador, deve servir como um exercício de inserção e possibilidade de protagonismo dentro das políticas públicas voltadas para os povos indígenas. O grande entrave nesse contexto é superar as barreiras administrativas e burocráticas, inerentes ao sistema e ao poder público e assegurar a permanência e participação nas tomadas de decisões que impactam a sobrevivência dos povos indígenas. A crescente participação política e protagonismo indígena, embora algumas vezes não tenha sido suficiente para eliminar a prática tutelar e paternalista, tem reconfigurado as relações entre Estado e povos indígenas, demonstrando a força e poder que as organizações indígenas tem exercido sobre a sociedade e sobre o aparato estatal, num intuito de resistência e sobrevivência. O maior desafio talvez seja a aplicabilidade das decisões coletivas no cenário das políticas públicas.

Outro grande desafio para os povos indígenas reside no campo da articulação sociopolítica, principalmente em nível nacional. É necessário que a articulação e mobilização desses povos consiga aliados e parceiros capazes de interferir na agenda política do Estado, sem no entanto, perder o protagonismo que lhes cabe na luta pelos seus direitos, tampouco causar dependência em interlocutores ou terceiros. No que diz respeito aos debates que envolvem a questão da saúde, por todo exposto e refletido até aqui, é imprescindível mobilizar outros entes que extrapolem o campo da saúde. Dessa forma, não é possível conceber um debate ampliado sobre saúde, sem envolver os atores que deliberam sobre os territórios indígenas, suas propostas de exploração e as ações negativas sobre o meio ambiente, que causam impacto direto no modo de vida desses povos. É sabido que os adversários nessa arena política representam interesses de ordem macro econômica nacional e internacional, mas também é consensual que as batalhas travadas pelos indígenas nunca foram fáceis e a eles não foi concedido nenhum direito sem luta e persistência. Por isso, muitos povos tem buscado formar líderes capacitados com o intuito de superar obstáculos técnicos, políticos e científicos na condução do debate das políticas públicas. Somente os indígenas podem dizer o que é uma política diferenciada, mas para isso é necessário que eles mesmos sejam capazes de nos apresentar o que isso significa.

Da análise da literatura estudada e da pesquisa realizada, observa-se que mesmo tendo as instâncias de participação e controle social instituídas no Subsistema de Saúde Indígena, isso não necessariamente implica dizer que elas são operativas nas tomadas de decisões por parte do Estado. Pires (2013) relata

que apesar de haver uma grande disseminação das formas de participação social no país, não há consenso sobre a capacidade de estes processos influenciarem as decisões e ações governamentais de forma efetiva, refletindo em melhorias na gestão das políticas públicas e na qualidade de vida e acesso a bens e serviços por parte dos cidadãos. Em alguns casos ainda se observa uma distância entre as discussões e deliberações dos espaços de participação e a atividade governamental. Segundo o autor, cabe analisar os fatores e condições que permitem o fortalecimento desses processos participativos na realização de seu potencial como instrumento de gestão pública democrática.

Pires (2013) acredita que há uma ideia de insuficiência na forma de participação social e que, esse modelo vigente, já apresenta sinais de esgotamento. O autor aponta que a participação social torna-se deficitária na medida em que ela é, de fato, limitada e pouco efetiva na gestão das políticas públicas. Apesar de ter se disseminado, principalmente nos últimos 20 anos, a “participação social como método de governo” ainda é um projeto inacabado, marcado por problemas, principalmente se observar que algumas áreas do Estado não interagem com os atores sociais e, as que a fazem, negam sua contribuição logo em seguida. Outro aspecto que contribui para o quadro de insuficiência da participação diz respeito ao fato de haver forte heterogeneidade na qualidade do funcionamento dos processos participativos existentes. Essas deficiências colaboram com a ideia de uma efetividade limitada da participação social e para a construção de um sentimento de insatisfação quanto aos canais de interação entre Estado e Sociedade.

Sobre a forma de participação social especificamente abordando a temática da saúde indígena observa-se certo nível de distanciamento daquilo que é discutido e do que de fato o Estado adota como política pública. Exemplo disso é que muitos assuntos pautados na etapa local da 6ª CNSI do Polo Base Fundo já foram objeto de discussão de todas as conferências anteriores e nunca foram concretizados através de ações específicas do Estado, o que nos leva a crer que de fato, há uma lógica externa e marcadamente formal implicada nessa forma de participação, fazendo com que as comunidades indígenas se reúnam e discutam assuntos pré-estabelecidos, pautem propostas, aprovem-as em nível local, distrital e nacional, sem, no entanto, ver concretizado na prática. A respeito disso, Gaspardo (2018) muito bem pontua os desafios da democracia participativa sob dois pontos engajados entre si: a legitimidade e a efetividade. Para tanto, não é suficiente que os

processos decisórios sejam inclusivos, deliberativos, pedagógicos e institucionalmente plurais, mas é fundamental que tais instâncias tenham capacidade política de tornar suas decisões efetivas.

A participação política dos povos indígenas não só no Brasil, mas em toda a América Latina, apesar de começar a figurar e por vezes ser aceita, ainda é motivo de estresse aos representantes do Estado, pois para eles expressa uma pressão adicional sobre a difícil tarefa de conciliar e satisfazer as demandas das forças políticas externas e internas, que na maioria das vezes, condena as políticas públicas voltadas aos povos originários (MURRIETA, 2003). Freitas (2005) argumenta que todo projeto de comunicação na esfera pública é necessariamente um projeto político e por isso, é uma relação dialética. Não existe estado neutro e, por óbvio, nenhum processo de comunicação com a sociedade civil é isento de intenções, por menor que ela seja. Um projeto comunicativo baseado na Democracia Participativa está conscientemente trazendo as outras partes do “contrato social” para a disputa do poder, ao mesmo tempo em que convida a ser o sujeito de uma nova rede de símbolos e significados na sociedade. Assim, não se pode esperar que após a participação social se mobilizar, voltará a ser inerte na disputa política.

Para os povos indígenas, saúde significa coexistir em harmonia entre seres humanos, natureza e na coletividade em prol de um bem viver. As concepções indígenas de saúde envolvem questões físicas, mentais, espirituais e emocionais, tanto do ponto de vista individual, quanto das comunidades, além de abarcar questões políticas, econômicas, sociais e culturais. Além disso, “responde às experiências históricas e visões de mundo de cada pessoa, e as crenças e práticas de saúde fazem parte das normas da comunidade” (CEPAL, 2014, p. 79).

É oportuno pensar que a conformação de um sistema de saúde voltado para os indígenas, que se baseia na medicina ocidental, biológica e médico centrada, com ênfase na medicalização é uma maneira forçosa de mais uma vez, querer enquadrá-los em um contexto que naturalmente não é próprio ao seu modo de viver. A própria questão de tratar as terras indígenas como “aldeias” está ligada à ideia de aldeamento, que não é senão outra forma de delimitá-los que advém do externo e que cabe à sociedade e ao Estado, como um instrumento de mantê-los mais ou menos “índios”, fortalecendo discursos preconceituosos que rasamente fazem crer que aqueles que não estão “aldeados” não podem ser considerados “índios de verdade”. O decorrer da história tem nos mostrado que, embora a tutela

sobre os índios tenha deixado de existir com a Constituição de 1988, ainda hoje a liberdade é limitada, sempre devendo enquadrar-se em critérios estabelecidos por terceiros, como se a eles não coubesse o poder decisório sobre si mesmos. As políticas propostas aos indígenas sempre foram marcadas por serem disciplinadoras, hierarquizadas e com uma missão “civilizadora” tentando criar uma imagem uniforme de identidade nacional, negando a pluralidade cultural em que se construiu o país. Nesse contexto, na dualidade de “nós” e “eles”, esses são sempre seres atrasados, primitivos, não civilizados, ao passo que “nós” representa o moderno, civilizado.

Langdon e Diehl (2007) definem que a operacionalização da atenção diferenciada na saúde indígena deve garantir a participação das comunidades indígenas em todo processo de planejamento, execução, gestão e avaliação dos serviços. No entanto, os estudos apontam que a tendência de centralização, burocratização e institucionalização impede a efetivação dos processos de participação nas EMSIs e nos conselhos. No mesmo estudo, as autoras apontaram que não há clareza sobre o próprio conceito de atenção diferenciada, sendo que para os AIS significa acesso aos serviços primários de forma separada e com qualidade, tendo prioridade nas demais instâncias (média e alta complexidade), para os gestores refere-se à questão cultural, sem muita compreensão do que isso representa. Sobre o processo de participação social, as autoras observaram que há uma forte institucionalização e burocratização, sendo marcante a troca constante dos conselheiros, sob forte influência da política local e das escolhas das lideranças, a exemplo do que ocorre na indicação dos AIS, que seriam figuras centrais se a atenção diferenciada de fato ocorresse. Nesse estudo também se observou a substituição constante dos membros das equipes de saúde e a ausência de formação e capacitação específica, além da falta de compreensão do conceito de atenção diferenciada por todos os membros da equipe.

Weiss, Corrêa e Reis (2016) apontaram que desde a criação do Subsistema há uma forte tendência à terceirização em todos os níveis de serviços ofertados e que a criação da SESAI não foi capaz de superar obstáculos como a falta de autonomia dos DSEIs na gestão orçamentária e financeira, permanecendo modelos de gestão semelhantes aos observados na FUNASA e na FUNAI. Esses pontos colaboram com a ideia de que é preciso superar esses obstáculos, se o Subsistema realmente busca ofertar uma atenção diferenciada aos povos indígenas.

Extrapolando as questões que envolvem os primeiros contatos da população indígena com as equipes de saúde indígena presente nos territórios, há ainda uma questão mais complexa e desafiadora a ser discutida. Trata-se da inserção dessas comunidades nos serviços e ações da média e alta complexidade do SUS. Muitas vezes esses serviços acabam sendo ofertados em centros maiores e distantes dos territórios de origem. Nesses serviços, ainda mais distante de se ofertar uma atenção diferenciada encontra-se o sistema, uma vez que ainda mais especializado será o corpo de profissionais disponíveis a atender as demandas e necessidades. Nesses casos, conjugar noções de medicina tradicional, visões cosmológicas e culturais com o arquétipo médico e tecnológico representa além de um desafio, um grande embate para o sistema e os atores envolvidos. Para além desse contexto desafiador, é necessário pontuar que a atenção diferenciada precisa prever diferentes formas de abordagem, pautando que não é compatível oferecer o mesmo serviço para os povos de recente contato e para aqueles que já se encontram próximos de centros urbanos, não desconsiderando que estes também são “índios”.

REFERÊNCIAS

ALVES, Alcilene Oliveira. **Uma análise sobre as percepções de enfermeiros e médicos na atuação e formação dos Agentes Indígenas de Saúde do Distrito Sanitário do Alto Rio Purus (DSEI /ARP)**. Instituto Oswaldo Cruz/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2018. 204 f.

ANDRADE, João T.; SOUZA, Carlos kleber Saraiva de; Práticas indígenas de cura no Nordeste brasileiro: discutindo políticas públicas e intermedialidade. **Anuário Antropológico**, Brasília, UnB, 2016, v. 41, n. 2: 179-202.

AROUCA, Sérgio. In: **Manual da 12ª Conferência Nacional de Saúde, Conferência Sergio Arouca** [internet], 2003. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2003. p. 10. [acessado 2017 dez 1]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_da_12_CNS.pdf. Acesso em 29 de abr. 2019.

ASSUMPÇÃO, Karine. Quem previne e quem cura? As traduções negociadas entre profissionais de saúde não indígenas e indígenas no Médio Xingu. Amazônia. **Rev. Antropol.** (Online) 9 (2): 678 - 698, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/5670>>. Acesso em 20 de fev de 2019.

AVRITZER, L.. **Experiência Democrática, Sistema Político e Participação Popular**. 1. ed. , 2013. 128p.

BARROS, Fernando Passos Cupertino de. **O futuro dos sistemas universais de saúde**. 1. ed. Brasília: Conass, 2018. v. 500. 116p.

BARROS, Pedro Pita; GOMES, Jean-Pierre. Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português. **GANEC**/Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa, 2002. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/268426648_Os_Sistemas_Nacionais_de_Saude_da_Uniao_Europeia_Principais_Modelos_de_Gestao_Hospitalar_e_Eficiencia_no_Sistema_Hospitalar_Portugues>. Acesso em: 25 nov. 2018.

BENEVIDES, M. V.. **Cidadania e Democracia**. Lua Nova nº 33-94. P. 5-17, 1994.

_____. **A questão social no Brasil**. Videtur (USP), v. 3, p. 7-14, 2001.

_____. PORTILLO, J.A.C., NASCIMENTO, W.F. A atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil: das missões ao subsistema. **Tempus - actas de saúde coletiva**, Brasília, v.8, n.1, mar, 2014.

BRAGATO, Fernanda Frizzo; NETO, Pedro Bigolin. Conflitos territoriais indígenas no Brasil: entre risco e prevenção / Indigenous land conflicts in Brazil: between risk and prevention. **Revista Direito e Práxis**, v. 8, p. 156-195, 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Disponível em:<
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html>. Acesso em 10 dez. 2018.

_____. **Lei n.º 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6001.htm>. Acesso em 12 dez. 2018.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em:<
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.html>. Acesso em 10 dez. 2018.

_____. **Lei n.º 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em:<
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em 20 de jan. de 2018.

_____. **Lei nº 9656/98, de 3 de junho de 1998**. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm> Acesso em 20 dez. 2018.

_____. **Lei nº 9836/99, de 23 de setembro de 1999**. Disponível em: <
<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=29&data=24/09/1999>>. Acesso em 20 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª ed. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002**. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **100 anos de Saúde Pública: A visão da Funasa**. Brasília, 2004. 231 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 644, de 27 de março de 2006**.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena**. Brasília: Funasa, 2009. 112p.

_____. Fundação Nacional de Saúde e Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. **Inquérito nacional de saúde e nutrição dos povos indígenas: Relatório final (Análise de dados)**. Rio de Janeiro: Funasa, Abrasco; 2009. N° 7.

_____. Conselho Nacional de Saúde, CNS. **Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012**.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 755, de 18 de abril de 2012**.

_____. Comissão Nacional da Verdade. **Relatório da Comissão Nacional da Verdade**; v. 1). Brasília: CNV, 2014. 976 p.

_____. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm>. Acesso em 20 dez. 2018.

_____. Relatório Final da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Disponível em:< <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/19/1-CNSI-Relatorio-Consolidado.pdf>>. Acesso em 15 mai.2019.

_____. Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. Disponível em:< <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/19/2-CNSI-Relatorio-Consolidado.pdf>>. Acesso em 19 mai.2019.

_____. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Indígena. Disponível em:< <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/19/3a-CNSI-Relatorio-Consolidado.pdf>>. Acesso em 28 mai. 2019.

_____. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena. Disponível em:< <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/19/4a-CNSI-Relatorio-Consolidado.pdf>>. Acesso em 02 jun. 2019.

_____. Relatório Final da V Conferência Nacional de Saúde Indígena. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/5_conferencia_nacional_saude_indigena_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2019.

_____. Relatório Nacional Consolidado da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em:< http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/relatorios/Relatorio_Nacional_Consolidado.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2019.

_____. Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019.

CARDOSO, M. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. **Cadernos de Saúde Pública** (ENSP. Impresso). v. 30, p. 860-866, 2014.

CEPAL - Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2014). **Los pueblos indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos.** Santiago, Chile: CELADE (Centro Latino Americano de Demografía).

CIMI. Conselho Indigenista Missionário. **Violência contra os povos indígenas no Brasil – Dados de 2015.** Relatório. Disponível em:< https://cimi.org.br/pub/relatorio/Relatorio-violencia-contra-povos-indigenas_2015-Cimi.pdf>. Acesso em 10 de maio de 2019.

CORPUZ, Victoria Tauli. Reflexões sobre o Papel do Forum Permanente sobre Questões Indígenas das Nações Unidas em relação aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **SUR**. v. 7, n. 12, Jun. 2010, p. 83-97.

COSTA, F. A. S. et al. Práticas populares em saúde indígena e integração entre o saber científico e popular: revisão integrativa. **Sanare (Sobral)**, v. 15, p. 112-119, 2016.

DE FREITAS, Andrea Cristina Martins. La experiencia de Democracia Participativa en Porto Alegre. In: **Democracia Participativa y Desarrollo Humano** - Instituto Internacional de Sociología Jurídica, 2005, Oñati. Democracia Participativa y Desarrollo Humano. Oñati - Guipuzcoa - España: Instituto Internacional de Sociología Jurídica. v. I.

CRESTANI, Dinamir A. & OLIVEIRA, Celmar. Políticas públicas permanentes no Brasil: realidade ou ficção? **Rev. Elet. Cient. UERGS**, v.4, n.2(Número Especial), p.176-197, 2018. Disponível em:<
<http://revista.uergs.edu.br/index.php/revuergs/article/view/987>>. Acesso em 25 de jan. de 2019.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: Universidade de Brasília, 2001.

FERNANDES, Fernando Roque. Cidadanização e etnogêneses no Brasil: apontamentos a uma reflexão sobre as emergências políticas e sociais dos povos indígenas na segunda metade do século XX. **Estudos históricos**, v. 31, p. 71-88, 2018.

FERREIRA, Luciane Ouriques. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.20, n.1, jan.-mar. 2013, p.203-219.

FRANCO NETO, J. V.; STOFEL, N. S. Doença de índio e doença de branco: área de conflito e de intermedicalidade no parque indígena do xingu. In: Francisco Vanderlei Ferreira da Costa; João Veridiano Franco Neto. (Org.). **Multiverso indígena: abordagens transdisciplinares**. 1ª ed.Salvador/BA: Empresa Gráfica da Bahia (EGBA), 2014, v. 1, p. 53-93.

GALLOIS, Dominique Tilkin. Terras ocupadas? Territórios? Territorialidades? In: Fany Ricardo. (Org.). **Terras Indígenas & Unidades de Conservação da Natureza**.

1ed.São Paulo: Instituto Socioambiental, 2004, v. , p. 37-41.

_____. KLEIN, Tatiane e DAL' BO, Talita Lazarin. Povos Indígenas, Políticas Multiculturais e Políticas da Diferença. **Rev. Cult. e Ext. USP**, São Paulo, n. 15, p.31-48, mai. 2016.

GASPARDO, Murilo. et al. Cidadania ativa: entre a democracia participativa e a prática do controle social no município de Franca-sp. **Revista de Estudos Jurídicos Unesp**. Ano 19 n. 30, p.1-20, ago-dez, 2015.

_____. M. Democracia participativa e experimentalismo democrático em tempos sombrios. **Estudos Avançados**, v. 32, p. 65-88, 2018.

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

HEIDEMANN, I. T. S. B. et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da Carta de Ottawa em produção científica. **Ciência, Cuidado e Saúde (Online)**, v. 11, p. 613-619, 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/273417618_Promocao_da_saude_e_qualidade_de_vida_concepcoes_da_Carta_de_Ottawa_em_producao_cientifica>. Acesso em 18 de mar de 2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://bit.ly/2p9rlhn>>. Acesso em 27 de nov. 2018.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Atlas Nacional Digital do Brasil 2016**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/atlas_nacional/>. Acesso em 14 de abr. de 2019.

LACERDA, Léia Teixeira; FIGUEIRA, Kátia Cristina Nascimento; PINTO, M.L. Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis no Currículo das Escolas dos Povos Indígenas da Região Pantaneira Sul-Mato-Grossense. In: Celi Corrêa Neres; Eliane Greice Davanço Nogueira. (Org.). **Itinerários/diálogos sobre Formação de Professores e Diversidade**. 1 ed. Campo Grande: Editora Seriema, 2016, v. 1, p. 1-12.

LAMY, Marcelo; HAHN, Milton Marcelo; MENEZES ROLDAN, Rosilma. O Direito à saúde como direito humano e fundamental. **Revista Em Tempo**, [S.l.], v. 17, n. 01, p. 37 - 60, nov. 2018. ISSN 1984-7858. Disponível em: <<https://revista.univem.edu.br/emtempo/article/view/2679>>. Acesso em: 10 de mar. 2019.

LANGDON, E. J. Saúde e povos indígenas: os desafios na virada do século. In: **Congresso Latinoamericano De Ciencias Sociales Y Medicina**, 5., 1999, Ilha de Maguerita, Venezuela. Anais eletrônicos. Disponível em: <http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/Margsav.htm#_ftn1>. Acesso em: 18 dez. 2018.

_____. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 33-51.

_____. 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.

_____. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência e Saúde Coletiva** (Impresso), v. 19, p. 1019-1029, 2014.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975.

LORENZO, C.. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. *Bioética* (Brasília) (Cessou em 2006. Cont. ISSN 1983-8042 **Revista Bioética** (Impresso), v. 19, p. 329-342, 2011.

LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 15(Suplemento):145- 176, 2005.

LUCIANO, Gersem dos Santos (org.). **O índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos Indígenas de hoje**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria da Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006.

MACHADO, Cristiani Vieira. O SUS e a privatização: tensões e possibilidades para a universalidade e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, pe00116218, 2018.

MALUCELLI, Daniele; Sarde Neto, Emílio. Construção da seguridade social indígena? Políticas de saúde, assistência social e previdência. **Humanidades em perspectivas**, v. 3, p. 171-184, 2018.

MARTINS, André Luiz. Dissertação: **Política de Saúde Indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena**, 2013. UNB. Brasília. 126 f.

MENDES, Augênio Vilaça. **O futuro dos sistemas universais de saúde: o caso do Sistema Único de Saúde**. 1. ed. Brasília: Conass, 2018. v. 500. 116p.

MENDES, I.A.C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. Ribeirão Preto-SP: **Revista Latino-americana de Enfermagem**, mai-jun, 12(3):447-452, 2004 (Editorial).

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, ABRASCO, 1996. 267p.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2010.

MORAES, Júlia Thais. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e sua efetivação no estado de Mato Grosso Sul: análise no Funcionamento, ações e serviços. **Revista Juris** UniToledo, Araçatuba, SP, v. 03, n. 04, p.191-203, out./dez. 2018.

MOTA, Sara Emanuela de Carvalho. Dissertação **A atenção diferenciada no âmbito do subsistema de atenção à saúde indígena: um estudo de caso no Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia**, 2017. UFBA. Salvador/BA.179 f.

_____.NUNES, Mônica . Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. **Saude e Sociedade**. v. 27, p. 11-25, 2018.

MÜLLER, Águeda. **Capítulo 2. La salud, um derecho humano**. El derecho de la salud e los derechos humanos. 2014.

MURRIETA, Julio R. **Democracia y participación política de los pueblos indígenas en América Latina**. Paris: UNESCO, 2003.

NAÇÕES UNIDAS. 2009. **State of the World's Indigenous Peoples**, Nova Iorque.

_____. **Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos Indígenas**. Disponível em:<http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_pt.pdf.> Acesso em 9 nov. 2018.

_____. **Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural, 2001**. Disponível em: <https://globalherit.hypotheses.org/3723>> Acesso em 9 nov. 2018.

OLIVEIRA FILHO, J. P.; BARCELLOS, D. ; JARDIM, D. F. . Cidadania e globalização: povos indígenas e agências multilaterais. **Horizontes antropológicos** (UFRGS. Impresso), Porto Alegre, v. 6, n.1, p. 125-141, 2000.

OLIVEIRA, L. S. S.. Um panorama sobre recursos humanos em saúde indígena. **Nursing** (São Paulo), v. 8, p. 103-108, 2005.

OLIVEIRA FILHO, J. P. O nascimento do Brasil: revisão de uma paradigma historiográfico. **Anuário Antropológico**, v. 1, p. 11-40, 2010.

_____. Sem a tutela, uma nova moldura de nação: o pós-constituição de 1988 e os povos indígenas. Brasileira: **Journal for Brazilian Studies**, v. 5, p. 200-229, 2016.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Convenção sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes [Convenção 169]**. 27 jun. 1989. Disponível em: <<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convds.pl?C169>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud**. Genebra: OMS; 1978. Disponível em:<<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.> Acesso em: 10 dez. 2018.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Estratégias de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**.Genebra: Organização Mundial da Saúde. 2002.

_____. Organización Mundial De La Salud. **Documentos Básicos**. 48.^a edición. 2014.

PATEMAN, Carole. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PEDRANA, L.; LENY Alves Bonfim Trad ; Garnelo, L. P. ; Torrente, M. O. N. ; Mota, Sara . Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. **Revista Panamericana De Salud Publica** (PRINT) v. 42, p. 1-5, 2018.

PEREIRA, N. M. F. S. ; AGUIAR, J. C. de. A legitimidade democrática das políticas envolvendo comunidades tradicionais: os desafios do sistema político tradicional em uma sociedade multicultural. **Amazônica: Revista de Antropologia** (ONLINE), v. 9, p. 338-361, 2017. Disponível em:<
<https://page.ucb.br/bc/producao.lista?all=&tip=TeS&id1=101&id2=M&pqn=31>>.
Acesso em 28 mar. 2018.

PINHEIRO, F. T. S. et al. Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde: da gênese à crise contemporânea. **Sanare revista de políticas públicas**, v. 17, p. 82-90, 2018.

PIRES, Roberto. A participação social no nível nacional: desafios a um projeto inacabado. In: Leonardo Avritzer. (Org.). **Experiência democrática, sistema político e participação popular**. 1ed.São Paulo: , 2013, v. 6, p. 35-46.

REIS, Roberta Aguiar Cerri; ALBERTONI, Lucas. Questões epidemiológicas e desafios no atendimento aos chamados povos isolados. Uma experiência de contato com os Korubo. **Amazônica: Revista de Antropologia**, v. 9, p. 808-831, 2018.

ROCHA, D. F; PORTO, M. F. S.; PACHECO, T. A luta dos povos indígenas por saúde em contextos de conflitos ambientais no Brasil (1999-2014). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 383-392, 2019.

SANTOS, Lenir. SUS-30 anos: um balanço incômodo? **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):2043-2050, 2018.

SCOPEL, Daniel; DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva; LANGDON, Esther Jean. A cosmografia Munduruku em movimento: saúde, território e estratégias de sobrevivência na Amazônia Brasileira. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, v. 13, p. 89-108, 2018.

SILVA, E. C. A.. Povos Indígenas no Brasil e a questão da terra. **Revista de Políticas Públicas e Segurança Social**, v. 1, p. 182-196-182, 2017.

SOUZA Filho, C. F. M. 2012. **O Renascer dos Povos para o Direito**. Curitiba: Editora Juruá.

SOUZA LIMA, A. C. S. Sobre indigenismo, autoritarismo e nacionalidade: Considerações sobre a constituição do discurso e da prática da "proteção fraternal"

no Brasil. In: OLIVEIRA, João Pacheco de (Org.). **Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil**. Rio de Janeiro: Marco Zero: Ed. UFRJ, 1987. p. 149-204.

TEIXEIRA, C. C.. Autonomia em Saúde Indígena: sobre o que estamos falando?. **Anuário Antropológico**, v. 2009, p. 99-128, 2010.

_____. SIMAS, D. H.; AGUILAR, N. Controle Social Na Saúde Indígena: Limites E Possibilidades Da Democracia Direta. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, p. 97-115, 2013.

_____. Participação social na saúde indígena: a aposta contra a assimetria no Brasil? **Amazônica: Revista de Antropologia** (Online), v. 9, p. 716-733, 2017. Disponível em: < <https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/5672>>. Acesso em 15 ago.2019.

URQUIDI, Vivian; TEIXEIRA, Vanessa; LANA, Eliana. Questão Indígena na América Latina: Direito Internacional, Novo Constitucionalismo e Organização dos Movimentos Indígenas. **Cadernos PROLAM/USP**, v. 1/ano7, p. 199-222, 2008.

WEISS, M. C. V.; CORREA, M. L. M.; REIS, A. F. C. . Contradições do Modelo de Gestão Em Saúde Indígena. **Revista de Administração Política**, v. 9, p. 163-178, 2016.

WENCZENOVICZ, Thaís Janaina. Saúde Indígena: reflexões contemporâneas. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 7, p. 63-82, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa Charter for Health Promotion**. 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>>. Acesso em 02 dez.2018

YAMAMOTO, Renato Minoro. Povos Indígenas brasileiros: sua explicação para as doenças e a lógica do tratamento realizado. In:____(org.). **Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde; FUNASA, 2004. P.09-10

ANEXO A

Eixos temáticos e subeixos que orientaram as discussões nas Conferências Locais de Saúde

l) Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde

- Implantação de farmácias vivas e hortos de plantas medicinais;
- Práticas de cura e autocuidado com especialistas tradicionais;
- Identificação e notificação dos tratamentos tradicionais;
- Articulação da biomedicina com a medicina tradicional, respeitando os itinerários terapêuticos.

A PNASPI aponta que a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência de conhecimentos e tecnologias da biomedicina para esses povos, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligadas ao processo saúde-doença. Pelo contrário, os sistemas tradicionais indígenas de saúde estão no centro das práticas de cura e autocuidado (no sentido individual e coletivo) e protagonizam os itinerários terapêuticos percorridos pelos povos indígenas. Nesse sentido, destaca-se a urgência da articulação entre a biomedicina e a medicina tradicional, a partir do estabelecimento de espaços de comunicação e troca de saberes, da promoção do uso de remédios e tratamentos tradicionais, assim como a projetos comunitários de fortalecimento de saberes e práticas tradicionais. As terapias tradicionais indígenas estão intimamente ligadas a elementos da natureza, em particular árvores, plantas, ervas, cipós, etc. Há povos que coletam na mata o que precisam para fazer seus remédios, outros cultivam suas plantas sagradas. A política precisa atender a diversidade dos contextos em que vivem os povos indígenas no Brasil.

É importante fazer a notificação dos atendimentos realizados com os especialistas tradicionais, dando visibilidade e proporcionando a inclusão dessas práticas para se construir um modelo de atendimento intercultural. Tais práticas precisam ser identificadas e notificadas no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) como os demais atendimentos, realizados pelas equipes de saúde. O que se deseja com isso é uma simetria médica e a interação entre práticas tradicionais e a biomedicina, que resulte no fortalecimento dos sistemas tradicionais de saúde e que evite a substituição desses sistemas pela biomedicina como está acontecendo hoje.

Questões Orientadoras:

1. Qual a importância do uso de remédios e tratamentos tradicionais (fitoterápicos) para sua família e comunidade? O que a comunidade pode fazer para fortalecer essas práticas?
2. O SASI/SUS deve incentivar o uso regular de remédios/práticas tradicionais?
3. Como as notificações dos tratamentos tradicionais devem ser registradas?
4. O que é preciso fazer para que o SUS dialogue com os sistemas tradicionais indígenas?
5. Como integrar as práticas de saúde ocidentais e as medicinas tradicionais indígenas com as ações de média e alta complexidade executadas pelo SUS?

II) Modelo de atenção e organização dos serviços de saúde

- Atenção diferenciada;
- Indígenas em diferentes contextos: aldeados, contexto urbano, isolados e de recente contato, e em situações de vulnerabilidade;
- Criação de novos distritos;
- Média e alta complexidade;
- Produção de conhecimento;
- Sistema de informação e monitoramento das ações de saúde.

Passados dezesseis anos da aprovação da atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002), pode-se registrar avanços com relação a algumas diretrizes, ao mesmo tempo em que se observa também que muitos e grandes desafios ainda persistem, os quais exigem uma ação efetiva dos governos federal, estaduais e municipais no campo específico da saúde, bem como no campo de outras políticas públicas. A saúde dos 896 mil indígenas, pertencentes a 305 etnias e que falam 274 línguas (Censo IBGE 2010), é determinada pelas suas condições de vida, sendo resultante direta ou indiretamente da regularização de suas terras e situação social.

Destaca-se a importância de que a atenção à saúde considere as demandas e particularidades dos vários contextos em que vivem os povos indígenas no Brasil: aldeados, contexto urbano, isolados e de recente contato, e em situações de vulnerabilidade. Deve-se criar modelos de vigilância sanitária e monitoramento demográfico para os povos em isolamento voluntário e de recente contato, através de ações interinstitucionais e qualificação de equipes de saúde. A prevenção de doenças e agravos que vêm do contato, tendo como prioridades às ações de imunização, é uma meta importante. Em caso de quebra do isolamento ou surto deve-se elaborar e executar planos de contingência de saúde.

Nos casos de povos indígenas em situação de conflitos de terra, que vivem em acampamentos, impossibilitados de construir aldeias, a SESAI deve organizar serviços sanitários e articular com outras instituições ações necessárias para garantir a integridade física desses grupos, a promoção e proteção à saúde e a prevenção de doenças. Esses povos, habitantes de territórios tradicionais que foram invadidos por agentes da colonização, vivem em um contexto no qual são constantemente marginalizados pela negação de seu direito à terra. Isso tem sido utilizado pelo Estado como justificativa para sua omissão na oferta de serviços públicos, como educação, saúde e segurança, para esses povos.

Indígenas que vivem em contextos urbanos também possuem suas especificidades étnicas e socioculturais que devem ser respeitadas em seu cotidiano nas cidades, sobretudo em relação ao acesso a serviços de saúde diferenciados que atendam tais especificidades. O atendimento diferenciado e específico, neste caso, é de responsabilidade dos municípios nos quais eles residem, o que não vem acontecendo. A articulação do SASI/SUS com outras instâncias do SUS, particularmente no que se refere ao acesso aos serviços de média e alta complexidade, é de fundamental importância para a garantia da atenção integral aos povos indígenas. Vale ressaltar que esses serviços devem estar adequados para atender às necessidades desses povos. Sabe-se que essa articulação com outras instâncias do SUS depende da participação efetiva dos DSEI/SESAI nos espaços de articulação e pactuação, mas também envolve uma efetiva responsabilização dos

municípios e estados para com seus deveres na atenção à saúde dos povos indígenas.

Processos de etnogênese, determinações judiciais, aumento da população, dispersão geográfica, e determinantes culturais têm aumentado significativamente a demanda por ações e serviços de saúde em algumas regiões. Isso requer uma reflexão sobre a necessidade de criação de novos distritos.

O aprimoramento da política de atenção à saúde indígena também compreende a produção de conhecimento sobre as ações, serviços e práticas de saúde/cuidado, principalmente no âmbito das práticas tradicionais, que se desenvolvem nesse campo. Por isso, é importante assegurar meios para que essa produção de conhecimento resulte no aprimoramento da atenção à saúde dos povos indígenas.

Os dados que são produzidos durante as ações e serviços prestados pelo SUS e pelo SASI/SUS aos povos indígenas devem se transformar em informações para o monitoramento e a avaliação da situação de saúde e, conseqüentemente, para a gestão adequada dos recursos e serviços prestados. Justamente por isso devem ser integrados. Assim, é de fundamental importância que os sistemas de informação utilizados no SUS e o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI/SUS) estabeleçam espaços de comunicação.

Questões Orientadoras:

1. O que você entende por atenção diferenciada?
2. De que forma o SUS deve garantir a atenção à saúde dos indígenas em contexto urbano?
3. Como você avalia o atendimento do SASI/SUS para os povos indígenas isolados e de recente contato?
4. Como você avalia o atendimento do SASI/SUS para os povos indígenas em situação de vulnerabilidade (povos em conflito de terra, em acampamentos, etc.)?
5. Existe necessidade de criação de novos DSEI? Se sim, quais justificativas devem ser utilizadas?
6. O DSEI (e os polos base) tem dificuldades na articulação e no acesso aos gestores dos municípios e estados. Como essas dificuldades podem ser minimizadas?
7. Os serviços de saúde do SUS (hospitais, UBS, CAPS, CEO, Policlínicas, UPA's) não estão adequados para atender as especificidades dos povos indígenas (recursos humanos, infraestrutura, alimentação...). O que deve ser feito para adequar esses atendimentos?
8. O SIASI não conversa com os demais sistemas de informação do Ministério da Saúde. Você acha importante que seja feita a interação entre o SIASI e os outros sistemas? Por quê?

III) Recursos humanos e gestão de pessoal em contexto intercultural

- Força de trabalho para atuar em contexto intercultural;
- Educação permanente para AIS e AISAN, e profissionais da saúde indígena;
- Condições adequadas de espaço físico, logística e insumos para garantir a qualidade do desenvolvimento do trabalho;
- Saúde do trabalhador.

Após o estabelecimento do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas identifica-se até o momento que a composição das equipes carece de categorias profissionais em alguns contextos específicos que não tem alcançado respostas de modo satisfatório somente com a contribuição das categorias iniciais. Desse modo, a inserção de novas categorias profissionais para garantir uma atenção básica de qualidade aos povos indígenas, que em várias situações vai além dos parâmetros da atenção básica no SUS, é algo que precisa ser debatido.

Além disso, a experiência até agora acumulada, revela o desafio de minimizar a alta rotatividade, mantendo trabalhadores qualificados e motivados ao trabalho na atenção à saúde indígena. Isso se desdobra, pelo menos, em dois pontos a serem discutidos: a garantia de condições de trabalho adequadas ao profissional da saúde indígena e o estabelecimento de seleção apropriada, preparação, qualificação e avaliação permanente da força de trabalho, considerando a particularidade e os desafios do contexto e atividades do cotidiano.

O Agente Indígena de Saúde (AIS) e o Agente Indígena de Saneamento (AISAN) são trabalhadores estratégicos para o alcance de uma atenção à saúde alinhada às especificidades socioculturais e epidemiológicas do território, por isso o processo de qualificação deve acontecer de forma permanente e satisfatória. Atualmente em diversos distritos esses trabalhadores têm sido subaproveitados em ações que não condizem com suas atribuições, atuando sem supervisão, sem acompanhamento e sem avaliação por parte das equipes que eles compõem.

Observa-se também a urgência de qualificar os profissionais de saúde dos municípios e estados para que estejam preparados a atender os povos indígenas, uma vez que ainda existem casos de preconceito e o racismo institucional. Essa qualificação pode ser feita pelos profissionais da saúde indígena e pelos próprios indígenas que detêm o conhecimento no assunto em parceria com os estados e municípios.

Aliadas a essas questões está a garantia da saúde do trabalhador, que algumas vezes são afetados por escalas de trabalho que excedem o tempo regulamentar adequado ao bom rendimento do profissional, ou ainda devido a situações que podem envolver diversos tipos de assédio e violência.

Questões Orientadoras:

1. A força de trabalho existente no seu DSEI é adequada e suficiente (categoria e quantidade) para a SESAI cumprir sua missão institucional?
2. Os critérios de seleção estão adequados para a contratação de recursos humanos?
3. Qual a importância da educação permanente para qualificação dos trabalhadores?
4. As condições de trabalho são adequadas ao rendimento do trabalhador?
5. O que pode ser feito para melhorar as condições de trabalho?
6. Quais cuidados com a saúde do trabalhador devem ser garantidos pela SESAI/MS?
7. O tempo de permanência dos profissionais nas comunidades atende a demanda dos profissionais, das comunidades e da gestão?

IV) Infraestrutura e Saneamento da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - Infraestrutura dos estabelecimentos da saúde indígena;

- Saneamento dos territórios indígenas (água, esgoto, resíduos sólidos).

As condições de saneamento em áreas indígenas, o abastecimento de água potável e as estruturas físicas dos estabelecimentos de saúde do SASI/SUS têm influência direta na melhoria da qualidade de vida dessas comunidades. A precariedade das condições sanitárias na maioria das terras indígenas é fator de grande relevância no agravamento das causas de doenças e mortes, especialmente da mortalidade infantil. É urgente se efetivar ações de saneamento e abastecimento de água de boa qualidade nessas localidades e dar prioridade à reforma e construção de estabelecimentos de saúde e de sistemas de fornecimento de água onde for necessário.

Como as características geográficas e ambientais são diversas, é necessário o desenvolvimento de estratégias para solucionar os problemas de saneamento e abastecimento de água em terras indígenas que sejam adequados às realidades locais e que tenham a participação efetiva dos povos indígenas, e para a elaboração de projetos de edificações de saúde. O abastecimento de água em muitas regiões é precário, algumas vezes até inexistente: falta água e/ou falta água de qualidade, sendo necessário que a SESA/MS garanta esse abastecimento.

A promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena é uma das diretrizes da PNASPI. As mudanças ambientais e climáticas, o crescimento populacional, os impactos dos grandes empreendimentos e aumento do consumo de produtos industrializados têm contribuído para o acúmulo de resíduos sólidos (lixos) sem destinação adequada, causando danos ao meio ambiente.

Questões Orientadoras:

1. A infraestrutura dos estabelecimentos de saúde é adequada as especificidades do seu território distrital?
2. Quais medidas devem ser adotadas para que a infraestrutura esteja de acordo com as especificidades do seu distrito?
3. As ações e estruturas de saneamento (esgoto, resíduos sólidos, drenagem) atendem às demandas do seu território distrital?
4. Como está a qualidade da água no seu território?
5. Como está o abastecimento de água no seu território?
6. Existe articulação interfederativa nas ações de saneamento e edificação no seu território?

V) Financiamento

- Utilização do PAB Fixo e demais recursos dos municípios no atendimento diferenciado a indígenas, especialmente em contexto urbano;
- Aumento orçamentário e financeiro da saúde indígena;
- Estratégias para qualificar a gestão e aumentar a capacidade de execução orçamentária;
- Critérios de distribuição dos recursos orçamentários e financeiros;
- Política de assistência farmacêutica.

Há uma população indígena considerável em centros urbanos e que estão fora do atendimento do SASI/SUS. Os municípios brasileiros com presença de indígenas têm o valor de seus recursos, entre eles o PAB Fixo, calculado contabilizando essa população. O PAB Fixo é a quantia destinada à execução das ações de atenção básica que é transferida mensalmente aos municípios, de acordo com seu número de habitantes. Entretanto, não existe uma aplicação desses recursos que atenda de forma adequada e diferenciada aos indígenas que vivem em contexto urbano nem complementarmente às ações de atenção básica dentro dos territórios de acordo com a PNASPI.

A necessidade de criação de novos distritos, o aumento populacional, a extensão territorial e a dispersão populacional, a ausência ou deterioração das edificações de saúde e a necessidade de investimento em saneamento são fatores determinantes para a ampliação de dotação orçamentária e financeira para o SASI/SUS. Por outro lado, é crucial qualificar a gestão, observando os critérios já existentes para nomeação dos gestores do SASI/SUS, e também contratar profissionais da área meio de modo a garantir a plena e efetiva execução orçamentária da SESAI.

É necessário que os Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI) elaborados pelos distritos e aprovados pelo controle social assumam o protagonismo no que tange à distribuição orçamentária e financeira para os distritos. O critério de distribuição baseado na dotação orçamentária e financeira em contraste com a capacidade de execução financeira dos anos anteriores nos distritos cria distorções que precisam ser superadas entre a expectativa gerada pelo planejamento, a dotação orçamentária e financeira e a capacidade de execução dos distritos.

A atenção básica prestada no âmbito do SASI/SUS ultrapassa a que é prestada no SUS e por isso é necessário que a relação de medicamentos que o SASI/SUS pode adquirir seja ampliada, ao mesmo tempo é preciso que se viabilize a transferência de recursos para que a SESAI possa adquirir os medicamentos necessários e os dispensar para as UBSI de acordo com as prescrições das contra-referências e a morbidade da população. Por outro lado, é necessário o empenho institucional da SESAI para a implantação de um modelo farmacêutico alicerçado no uso de medicamentos fitoterápicos de modo a fortalecer a prática de aplicação de terapêuticas naturais, que em grande parte são oriundos dos próprios saberes tradicionais dos povos indígenas.

Questões Orientadoras:

1. O recurso do PAB Fixo referente a população indígena é aplicado em ações de saúde específicas para esta população?
2. Os recursos financeiros destinados à assistência farmacêutica (municípios, estados e governo federal) são aplicadas de forma equânime para a população indígena?
3. Você acha que os municípios da área de abrangência do seu DSEI devem atender de forma diferenciada os indígenas que vivem em contexto urbano?
4. Quais as medidas que devem ser implantadas pelos gestores municipais para atender de forma diferenciada os indígenas em contexto urbano?
5. O teto orçamentário e financeiro do seu DSEI atende as demandas de saúde da população assistida?
6. Quais as medidas e critérios devem ser adotados pela SESAI na distribuição orçamentária e financeira entre os distritos?

7. Quais as medidas devem ser adotadas pela SESAI para garantir o acesso dos indígenas aos medicamentos de média e alta complexidade?

VI) Determinantes Sociais de Saúde

- Regularização e proteção das terras indígenas, e reconhecimento dos territórios indígenas em contexto urbano;
- Cuidados ambientais, áreas degradadas, e faixa de proteção das Terras Indígenas;
- Sustentabilidade familiar;
- Segurança alimentar e nutricional;
- Suicídio, alcoolismo e dependência química.

Para os povos indígenas a saúde das pessoas está invariavelmente ligada à saúde da terra. Bem-viver e saúde estão ancorados na terra e nos territórios, dentro e fora de contexto das terras indígenas. O Ministério da Saúde/SESAI deve, por isso, articular suas políticas com outros Ministérios, como da Justiça, Meio Ambiente, Agricultura, Desenvolvimento Social, entre outros. Práticas colonialistas e diversos empreendimentos vêm causando impactos negativos permanentes na vida das comunidades indígenas. As matas de muitas terras indígenas estão escassas de fauna e flora, e suas fontes de águas estão comprometidas por poluição e alterações na frequência e volume de chuvas. Cuidados ambientais, recuperação de áreas degradadas e a efetivação de faixas de proteção às Terras Indígenas integram as políticas públicas oficiais e devem ser considerados na atenção à saúde dos povos indígenas.

A política de segurança alimentar e nutricional deve ser baseada nas especificidades culturais e garantir a criação de soluções locais que contribuam para a superação dos fatores de vulnerabilidade que acarretam níveis inaceitáveis de nutrição em diversas comunidades indígenas. A introdução de alimentos industrializados na última década tem causado um aumento exagerado nos casos de diabetes e hipertensão, e até desnutrição. Essa política tem um forte caráter interinstitucional, pois requer a mobilização de uma rede de iniciativas governamentais e comunitárias que sejam capazes de produzir resultados sustentáveis. Uma iniciativa importante seria implantar programas de agricultura familiar indígena, com acompanhamento de técnicas sustentáveis e extensão rural, respeitando as práticas tradicionais indígenas, em parceria com os órgãos governamentais e não governamentais do setor.

As pressões negativas na vida dos povos indígenas causam desestruturação social e familiar que podem se traduzir na prevalência de alcoolismo, e dependência química ou mesmo em casos que são classificados como suicídios, embora essas ocorrências possam não ser entendidas como suicídio na cosmovisão desses povos. Esses agravos são complexos e as formas de enfrentá-los têm sido inadequadas e ineficientes. Há pouco conhecimento acadêmico e institucional sobre as doenças de cunho metafísico entre os povos indígenas e isso deve ser considerado, sendo necessário a produção de tais conhecimentos de modo a orientar programas e políticas nessa área.

Questões Orientadoras:

1. Existem ações conjuntas entre a SESAI e outros órgão governamentais (como a FUNAI e outros) voltadas às comunidades indígenas? Se sim, quais são essas ações?
2. Que medidas devem ser tomadas através de políticas públicas para resolver os problemas ambientais em terras indígenas?
3. As ações realizadas pelo SASI/SUS na vigilância alimentar e nutricional tem atendido as necessidades das comunidades indígenas? Se não, quais as deficiências existentes?
4. Que medidas interinstitucionais devem ser adotadas para garantir a segurança alimentar e nutricional para os povos indígenas?
5. Quais fatores produzem insegurança alimentar e nutricional entre os povos indígenas?
6. Quais medidas interinstitucionais devem ser adotadas para resolver os problemas relativos ao suicídio, alcoolismo e outras drogas para os povos indígenas?

VII) Controle Social e Gestão Participativa

- Controle Social e Gestão Participativa;
- Instâncias de Controle Social da Saúde Indígena: FPCondisi, CONDISI, CLSI e CISI;
- Independência política do controle social (SESAI, DSEI, Polo Base e políticos locais);
- Educação permanente dos conselheiros da saúde indígena.

A abertura política na década de 1980, após um longo período de ditadura, possibilitou novo ordenamento político, jurídico e social. A Constituição de 1988 deu legalidade ao surgimento de novas organizações da sociedade civil e balizou o caminho para a institucionalização do controle social como importante ferramenta de gestão do Estado com a participação popular organizada na forma de diversos conselhos. Nesse quadro surgiram vários movimentos e organizações que através da educação formal e não-formal, procuraram conscientizar os indivíduos da sua condição enquanto sujeitos de direitos e conseqüentemente de deveres.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 foi um dos maiores marcos institucionais da saúde no país. A Reforma Sanitária inserida em seu bojo rendeu ao país a universalidade do direito à saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído posteriormente pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90. A Comissão Intersectorial da Saúde Indígena (CISI), criada pela Resolução 011/91 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi uma importante instância de articulação da política de saúde para os povos indígenas e tem por missão assessorar o CNS nas suas deliberações referentes às ações de saúde para a população indígena em todo território nacional. Quando foi criada, a CISI era a única instância a nível nacional que acompanhava as discussões sobre a saúde indígena.

Nove anos depois da criação do SUS foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) pela Lei 9.836/1999 para atender às especificidades da população indígena nas aldeias. Esse subsistema, assim como o SUS, foi criado com a garantia da participação e controle social, através dos conselhos locais, conselhos distritais e das conferências nacionais de saúde indígena. Sendo os

conselhos locais instâncias propositivas e de acompanhamento e planejamento das ações de saúde e os conselhos distritais e conferências são instâncias deliberativas.

Em 2006, a partir de forte mobilização dos povos indígenas foi criado o Fórum de Presidentes de CONDISI, colegiado composto pelos presidentes dos 34 CONDISI, para atuar na articulação política das ações de saúde junto ao nível central.

O controle social precisa estar relacionado com a gestão dos serviços de saúde, mas mantendo independência política das coordenações dos distritos e da secretaria de saúde indígena. O financiamento das ações do controle social é responsabilidade da SESAI e os gestores devem zelar pela independência política dos conselhos locais, distritais e do fórum. A atuação efetiva e construtiva do controle social depende em grande parte de uma educação permanente que possibilite uma visão crítica dos programas e ações de saúde, bem como das decisões da gestão, e que inclua discussões democráticas sobre as conquistas e desafios da política de atenção aos povos indígenas. À SESAI cabe garantir que essa educação permanente seja efetivada e não sofra interrupções administrativas; para isso é necessário que se crie parâmetros pedagógicos, que observem e reconheçam as especificidades étnicas, níveis diferentes de escolaridade, conhecimento e experiência dos conselheiros, em um programa nacional de educação permanente para o controle social.

Questões Orientadoras:

1. Quais os critérios para ser presidente do CONDISI?
2. O seu DSEI promove formação para conselheiros da saúde indígena? Se sim, com qual frequência?
3. O que precisa ser feito para fortalecer e aprimorar o controle social na saúde indígena?
4. Como está a relação dos Conselhos Locais (CLSI) e CONDISI com os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde? O que pode ser feito para melhorar?
5. Como está a relação dos Conselhos Locais (CLSI) e CONDISI com as organizações indígenas? O que pode ser feito para melhorar?
6. De que forma a educação permanente para o controle social pode acontecer junto às comunidades e conselhos de saúde indígena?
7. Como deve se dar a relação dos FPCONDISI com o Conselho Nacional de Saúde (CNS)?

ANEXO B

Propostas aprovadas nas Conferências Locais do Polo Base Passo Fundo/RS

Eixo Temático I - Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde:

- 1- Fomentar a formação de profissionais em medicina tradicional.
- 2- Garantir financiamento para criar bancos de sementes regional e/ou local e cultivar horto florestal dentro da aldeia, com sistematização desses dados.
- 3- Incluir na terapêutica o tratamento através da prática tradicional indígena, dando conhecimento aos profissionais da EMSI e regulamentar essa prática (identificar e notificar), respeitando a CF que garante o reconhecimento da forma de organização dos indígenas e seus costumes.
- 4- Fomentar a produção de medicamentos homeopáticos a partir das plantas medicinais, em parceria com outras instituições.
- 5- Adequar as instituições de saúde que recebem indígenas para que eles possam fazer uso da medicina tradicional e manter seus costumes.
- 6- Resgatar o uso de plantas medicinais nas comunidades indígenas, garantindo financiamento permanente para manutenção dessa prática.
- 7- Adequar a estrutura nas UBSI para manipulação/preparo das ervas e armazenamento.
- 8- Garantir a participação dos kofas (velhos) nas EMSI, objetivando a continuidade da medicina tradicional indígena.
- 9- Oportunizar na média e alta complexidade as práticas tradicionais da cultura indígena.
- 10- Incluir práticas tradicionais indígenas na rotina das EMSI, através da participação dos Kujãs, Pajés, Parteiras, benzedeadas.
- 11- Fomentar e financiar o Encontro de Kujãs.
- 12- Garantir recurso financeiro para formação da equipe de saúde com conhecimentos tradicionais específicos da etnia Guarani.
- 13- Garantir recursos para o fortalecimento dos Karais e para construção de casas de cerimonias tradicional (guaranis).

Eixo Temático II- Modelo de atenção e organização dos serviços de saúde:

- 1- Criar um DSEI no RS e/ou transferir a sede do DSEI para o RS (devido o número de população, questões logísticas e a proximidade da gestão com as comunidades indígenas).
- 2- Fortalecer a comunicação e os vínculos com as demais instituições e órgãos que trabalham com as populações indígenas.
- 3- Melhorar articulação entre SESAI, município e coordenadoria, quanto a exames e consultas especializadas garantindo o encaminhamento e o atendimento qualificado.
- 4- Assegurar atendimento diferenciado para indígenas que estão no contexto urbano.
- 5- Criar casa de apoio (CASAI) no DSEI-ISUL, para melhorar as acomodações e alimentação dos pacientes em trânsito.
- 6- Revisar incentivos financeiros disponibilizados, considerando que o orçamento não atende as necessidades e demandas existentes.
- 7- Garantir a oferta de serviços públicos de saúde como também educação e segurança de povos indígenas em situações de conflitos de terra, assim como atender as suas especificidades (alimentação, infraestrutura e recursos humanos).
- 8- Garantir equipe volante de saúde em terras em processo de retomada, a fim de terem acesso à assistência de saúde.
- 9- Criar espaços de saúde para atendimento das comunidades que vivem em acampamento e são atendidas por equipe volante.
- 10- Garantir atendimento em hospitais, centros odontológicos, clínica, CAPS, de forma diferenciada.
- 11- Criar de espaços diferenciados voltados para o atendimento das populações guaranis.
- 12- Garantir atendimento humanizado, respeitando a cultura, idioma, mantendo referência e contra referência dos pacientes.
- 13- Criar de cota específica aos indígenas em atendimento especializado e exames gerais.

Eixo Temático III- Recursos humanos e gestão de pessoal em contexto intercultural:

- 1- Garantir formação profissional voltada para atuação no SASI-SUS
- 2- Garantir a educação permanente dos profissionais da EMSI, nas diferentes esferas do governo.

- 3- Construir um espaço cultural nas comunidades indígenas para realização de atividades coletivas e aproximação da EMSI com a comunidade local.
- 4- Garantir a contratação de profissionais terceirizados necessários para que o trabalho das EMSI seja adequado (motoristas, profissional de limpeza).
- 5- Criar vaga específica para contratação de sábios indígenas para atuarem junto a EMSI, garantindo o resgate e fortalecimento cultural e a medicina tradicional.
- 6- Garantir condições de trabalho adequadas para os profissionais.
- 7- Ampliar a contratação profissional (incluindo especialistas) para as EMSI e garantir benefícios para os trabalhadores (ex.: plano de saúde, vale transporte, vale alimentação, insalubridade), com pagamentos sem atraso.
- 8- Qualificar os profissionais de saúde dos municípios para atender os indígenas.
- 9- Adquirir meios de transportes para AIS e AISAN.
- 10- Garantir contratação de profissional para realizar plantão e atendimento de urgência dentro da comunidade indígena.
- 11- Garantir a contratação de profissionais indígenas por processo seletivo, garantindo a prioridade para atuação dos indígenas.
- 12- Realizar concurso público para profissionais de saúde indígena.
- 13- Viabilizar a contratação de profissionais para atuarem nas aldeias Guaranis, onde ainda não há estes profissionais.
- 14- Garantir a supervisão do CONDISI e das lideranças indígenas na contratação e desempenho dos profissionais, priorizando pessoas com conhecimento das culturas e costumes dos povos indígenas.
- 15- Garantir a contratação de profissionais por critérios técnicos, em processo seletivo simplificado, priorizando os profissionais indígenas capacitados e substituindo profissionais não indígenas quando houver indígenas com a formação requisitada, em todas as instâncias da SESAI.

Eixo Temático IV - Infraestrutura e Saneamento:

- 1- Garantir os contratos de manutenção e consertos de equipamentos e das UBSI instaladas.
- 2- Garantir a construção e manutenção das redes de esgoto e dos módulos sanitários existentes.
- 3- Garantir a construção de lixeiras nas comunidades e articular com os municípios para realizarem a coleta de forma contínua.

- 4- Garantir o abastecimento e a qualidade da água.
- 5- Criar uma planejamento nacional de saneamento, com metas e objetivos claros.
- 6- Garantir aquisição e entrega de caixa d'água para abastecer todas as residências.
- 7- Implantar atividades de prevenção de zoonoses nas aldeias.
- 8 - Melhorar o acesso às aldeias, garantindo a manutenção adequada das estradas.
- 9- Garantir acesso à água potável, energia elétrica e saneamento básico.
- 10- Construir novas UBSI e adequar as unidades existentes.
- 11- Garantir recursos suficientes para perfuração de poços artesianos assim como aquisição de material para consertos.
- 12 Garantir aos AIS e AISANs os EPIs necessários para exercer a função.
- 13- Construção de novas unidades de saúde em locais que ainda não possuem espaço para o atendimento de saúde.
- 14- Garantir projeto de saneamento básico para todas as comunidades indígenas, independente da situação de regularização das terras indígenas.

Eixo Temático V - Financiamento:

- 1- Garantir o fornecimento dos medicamentos para além da lista RENAME.
- 2- Garantir a contratação de manutenção e conserto de equipamentos da UBSI.
- 3- Fornecer serviços de especialidades odontológicas, raio-x, confecção de próteses dentárias e tratamentos oftalmológicos.
- 4- Garantir a contratação de exames e consultas de média e alta complexidade.
- 5- Aumentar o teto orçamentário dos Distritos para atender todas as demandas de saúde da população indígena.
- 6- Criar o Pab fixo para SESAI administrar.
- 7- Responsabilizar os municípios pelos indígenas não aldeados, para que estes sejam atendidos pelo município.
- 8- Assegurar que o recurso municipal seja também investido nos indígenas que residem no município, incluindo no plano municipal de saúde.
- 9- Qualificar gestores para um melhor gerenciamento dos recursos, conforme as especificidades de cada local.
- 10- Garantir o fornecimento de insumos da assistência farmacêutica municipal para as comunidades indígenas.

- 11- Garantir que o recurso do PAB Fixo recebido pelo município seja utilizado para compra de medicamentos, exames e procedimentos também para os indígenas.
- 12- Garantir que 1% do PIB seja destinado à atenção da saúde indígena.
- 13- Garantir que seja criado um SISREG indígena para agilizar a marcação de consultas especializadas.
- 14- Reajustar os valores dos recursos de saúde, para as populações Indígenas nas três esferas governamentais.
- 15- Criação de um recurso financeiro fixo específico para a saúde indígena, para além da atenção básica, com objetivo de fornecer consultas e suprimentos não abrangidos pela atenção primária (assistência farmacêutica mais complexa, prótese ocular e odontológica, suplementação nutricional, especialidades de média e alta complexidade).

Eixo Temático VI - Determinantes Sociais de Saúde:

- 1- Elaborar projetos sociais, articulados juntamente com a Funai e os municípios, com finalidade de aquisição de maquinários e insumos necessários para o plantio e cultivo agrícola, piscicultura e preservação do meio ambiente nas terras indígenas.
- 2- Aumentar recursos e renovar convênios que viabilizem a cesta básica mensal para as comunidades indígenas.
- 3- Realizar ações intersetoriais conjuntas entre todas as esferas do governo com objetivo de aproximar educação, saúde e programas sociais dentro das terras indígenas.
- 4- Maior vigilância e controle dos órgãos externos frente às irregularidades.
- 5- Política de articulação para preservação e tratamentos de rios e nascentes.
- 6- Estabelecer parcerias com EMATER, FUNAI, CIMI, CEPI para fornecer insumos para a produção de alimentos de subsistência, apicultura e piscicultura.
- 7- Garantir parcerias com instituições (FEPAM) para fiscalizar água e agrotóxicos em mananciais.
- 8- Fortalecer o conhecimento sobre as materias primas de artesanato e resgate de comidas típicas (alimentação saudável).
- 9- Criar uma política de incentivo ao lazer e esporte dentro das comunidades e criar estratégias de autonomia financeira.
- 10- Reconhecer, regularizar e proteger os territórios indígenas.

- 11- Introduzir nas universidades a cadeira de saúde indígena, pelo fato dos alunos conhecerem a diversidade desta população.
- 12- Criar uma cooperativa com auxílio de recursos municipais, estaduais, federais para fomentar o artesanato indígena.
- 13- Garantir medidas e recursos para a conservação e preservação da flora e fauna original.
- 14- Garantir o auxílio às comunidades que não possuem acesso à água potável.
- 15- Fomentar atividades para prevenir o suicídio (equipe de saúde, escola, poder público, lideranças indígenas, psicólogos).
- 16- Garantir rede de assistência à prevenção do alcoolismo, tabagismo e drogas.
- 17- Resgatar a agricultura familiar e fomentar para que esta permaneça nas comunidades Indígenas.

Eixo Temático VII - Controle Social e Gestão Participativa:

- 1- Garantir o fortalecimento do controle social.
- 2- Promover capacitação permanente para os Conselheiros.
- 3- Valorizar o Conselho Local que tem atuação constante com a EMSI e com a comunidade.
- 4- Garantir articulação entre o conselho municipal e conselho local.
- 5- Melhorar a relação entre os conselhos de saúde indígena (CLSI, CONDISI,).
- 6- Garantir com municípios e estados a participação ativa dos conselhos locais de saúde indígena e fortalecimento do controle social indígena.
- 7- Realizar reuniões periódicas com o presidente do CONDISI para fortalecer e aprimorar o controle social na saúde indígena.
- 8- Maior integração da SESAI com os demais órgãos federados.
- 9- Maior participação de conselheiros do CONDISI em processo de demarcação de áreas indígenas.
- 10- Regulamentar e legitimar os conselhos locais de saúde.
- 11- Garantir que o presidente do CONDISI possua conhecimento representativo do SUS e legislações pertinentes, sendo ele trabalhador ou usuário indígena.
- 12- Fomentar que os CLSI sejam mais atuantes e trabalhem juntamente com as lideranças para discutir demandas da saúde indígena.
- 13- Garantir que seja respeitada as propostas do FPCONDISI (Fórum Permanente de Presidentes de CONDISI), com os representantes do Conselho Nacional e que

seja garantida uma cadeira para o FPCONDISI participar das discussões com o Conselho Nacional e que todas as demandas discutidas pelo fórum sejam respeitadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

14- Garantir maior número de vagas para os Guaranis no conselho distrital interior sul.

15- Garantir a participação dos indígenas nos conselhos/conferências municipais, estaduais e nacional de saúde, através da criação de um dispositivo legal.

16- Garantir que a prestação de contas do DSEI seja acessível nas comunidades locais.

17- Reestruturar as vagas dos conselheiros distritais – CONDISI.

18- Garantir a participação dos caciques nas conferências de saúde, independente de ser delegado.