

CAMILLA DE OLIVEIRA MARNÉ PSCHISKY

**OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS KAIOWÁ E GUARANI EM MATO
GROSSO SUL: DA ASSISTÊNCIA ESPORÁDICA À ASSISTÊNCIA SISTEMÁTICA
(1910 A 2013).**

DOURADOS-MS, 2014

CAMILLA DE OLIVEIRA MARNÉ PSCHISKY

**OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS KAIOWÁ E GUARANI EM MATO
GROSSO SUL: DA ASSISTÊNCIA ESPORÁDICA À ASSISTÊNCIA SISTEMÁTICA
(1910 A 2013).**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em História.

Área de concentração: História Indígena.

Orientador: Prof. Dr. Levi Marques Pereira

DOURADOS-MS, 2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

P974s	<p>Pschisky, Camilla de Oliveira Marné. Os sistemas de atenção à saúde dos Kaiowá e Guarani em Mato Grosso do Sul: da assistência esporádica à assistência sistemática. (1910 a 2013). / Camilla de Oliveira Marné Pschisky. - Dourados, MS: UFGD, 2014. 197f.</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Levi Marques Pereira. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal da Grande Dourados.</p> <p>1. Índios Kaiowá/Guarani– história. 2. Processos de Transição. 3. Assistência à Saúde Indígena. I. Título.</p> <p>CDD –980.41</p>
-------	--

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central – UFGD.

©Todos os direitos reservados. Permitido a publicação parcial desde que citada a fonte.

**OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS KAIOWÁ E GUARANI EM MATO GROSSO SUL: DA ASSISTÊNCIA ESPORÁDICA À ASSISTÊNCIA SISTEMÁTICA
(1910 A 2013)**

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA – PPGH/UFGD

Aprovada em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Presidente e orientador:

Dr. Levi Marques Pereira (UFGD) _____

2º Examinador:

Dr. Thiago Leandro Vieira Cavalcante (UFGD) _____

3º Examinador:

Dr. Edemilson Antunes de Campos (USP) _____

Dedico esta pesquisa a todos os que posso
considerar meus,
com toda gratidão e amor.

AGRADECIMENTOS

A palavra agradecimento no dicionário significa: ato de agradecer; expressão com que se agradece; gratidão, reconhecimento. Desta forma, quero começar mostrando a minha gratidão a Deus, por ser meu alento e minha fortaleza em todos os momentos, por ser a força na minha fraqueza, por ser a alegria na minha tristeza, por ser o alívio na minha dor, por ter me possibilitado a conclusão da etapa final desta dissertação.

Gostaria de expressar a minha eterna gratidão ao meu amado esposo Anderson Pschisky que, nesses cinco anos de casados, tem sido um grande incentivador, sendo colaborador na construção da dissertação e nas etapas do mestrado. Esteve sempre presente, participou de aulas, digitalizou e esteve comigo nas entrevistas, foi meu motorista e ainda contribuiu lendo e debatendo as ideias do trabalho. Minha gratidão será eterna; seu compromisso, amizade e amor foi/é um grande presente para mim.

Também sou grata aos meus pais Nanci e Washington pelo incentivo de sempre e amor incondicional. Obrigada, mãe, por sempre acreditar em mim e fazer-me acreditar em mim mesma; obrigada, pai, por se tornar um grande amigo; o tempo e o perdão foram perfeitos para nossa relação. Estendo o agradecimento aos meus irmãos, pois agora eu tenho dois e lhes amo muito: Luis Augusto (35) e Cayke (6); aos meus sobrinhos e demais familiares – da família Oliveira, que é enorme, da Marné, nem tanto assim, e da Pschisky, que roubei para mim.

Gostaria de expressar a imensa gratidão aos que contribuíram para este trabalho antes de ele iniciar no PPGH/UFGD. Desta forma, quero agradecer ao Prof. Levi que, antes de se tornar orientador deste trabalho, contribuiu para minha formação enquanto Assistente Social na saúde indígena, nas inúmeras capacitações e eventos em que foi consultor para qualificação dos profissionais em saúde indígena. É uma honra ter sido orientada pelo Prof. Levi, pela pessoa simples que ele é, de grande coração e com um conhecimento imensurável sobre a população kaiowá da região. Obrigada pela compreensão dos momentos difíceis e quase impossíveis de se imaginar, obrigada por ter caminhado comigo e me ajudado a crescer um pouquinho mais.

Quero agradecer ao Didio - Diógenes Cariaga - pelo compartilhamento de material para estudar para a prova e pelo incentivo dado, bem como pela disponibilização de material sobre saúde indígena; à Estela Scandola e à Viviane Scalon pelo incentivo e por acreditarem na minha capacidade. Expresso minha gratidão (*in memoriam*) ao prof. Antônio Brand - o qual

conheci em um evento na Câmara de Amambai, e que, assim como o Levi, o encontrei em outros eventos - que foi grande incentivador da minha caminhada ao mestrado, meu muito obrigada. Nessa tessitura, agradeço ao Dr. Zelik Trajber, que me estimulou, com sua coragem e dedicação, durante os encontros que tivemos, ao logo dos anos em que trabalhei na saúde indígena, para eu fazer mestrado, e aqui está o resultado.

Quero agradecer imensamente a todos os indígenas com quem trabalhei durante todos esses anos e que caminharam comigo contribuindo para que eu pudesse compreender um pouco sobre a população kaiowá e guarani, as suas tensões internas e os seus aspectos culturais. Ensinaram-me a interlocução na garantia e defesa intransigente dos direitos humanos, fazendo-me compreender o papel ético-político da profissão em contexto cultural diferente, do qual se originou a questão social, como manifestação da exploração capital X trabalho. Sendo assim, agradeço ao Conselho Local de Saúde Indígena - CLSI e a todos os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), nas pessoas de Idevar Chamorro, Estanislau Lopes, Luis Lopes, Crecência Martins, Vânia Mendes e Janete.

Agradeço também, ao Lico Nelson e, em especial, ao Fernando da Silva Souza, que contribuíram como interlocutores deste trabalho. Estendo meus agradecimentos ao Walter Martins, Rubens Aquino, a Elda Aquino e ao Ismael Morales, pessoas com quem sempre pude conversar na terra indígena Amambai.

Nesse embalo gostaria de externar meus agradecimentos ao David Pereira (ex chefe da CASAI e Polo Base de Amambai), ao José Wilson (ex chefe da CASAI de Dourados e atual chefe da CASAI e Polo Base de Amambai) interlocutor da pesquisa, à Maria Paulina, interlocutora da pesquisa e à Fabiane Vick, grande amiga com quem compartilhei vários anseios e dúvidas sobre as atividades efetivadas, visando promover um trabalho intercultural em saúde indígena. Agradeço à equipe do DSEI-MS na pessoa do Newton que disponibilizaram as informações de saúde. Nesse sentido externo meus agradecimentos a todas as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena - EMSI do Polo Base de Amambai.

Quanto à UFGD, quero agradecer a todos os que contribuíram para eu conseguir finalizar as disciplinas, pois tive algumas dificuldades por vir de outra carreira acadêmica (Serviço Social). Sendo assim, estendo meus agradecimentos aos professores Eudes Fernando Leite, Eliazar João da Silva, em especial ao professor Antônio Dari Ramos, pela disciplina com foco na temática indígena. Ao Cleber agradeço por sua disposição em me ajudar prontamente em todas as inúmeras solicitações que precisei fazer. Aos companheiros da turma 2012, em especial à Marina Santos, Cryseverlin Santos, Vânia Lopes, Cassia Queiroz da Silva e Anderson de Freitas os que mais me aturaram durante esse período.

Expresso a minha gratidão à equipe do Centro de Documentação do Museu do Índio no Rio de Janeiro - Elena, Ivone, Rodrigo e Eduardo - que me receberam com muito carinho e disponibilidade em contribuir com minha pesquisa.

Por último e não menos importante, gostaria de agradecer aos professores Thiago Cavalcante e Edmilson Campos, pela valiosa colaboração prestada no processo de qualificação; e, mais uma vez, a minha gratidão ao professor Levi, que aceitou o desafio de orientar uma Assistente Social aspirante à historiadora, e as inúmeras contribuições à pesquisa. Tenho certeza de que o trabalho ganhou novas dimensões com a colaboração de todos, expresso aqui a minha imensurável gratidão.

Meu muito obrigada a todos! Valeu!

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar,
não seremos capazes de resolver os problemas causados
pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

PSCHISKY, Camilla de Oliveira Marné. **Os sistemas de atenção à saúde dos Kaiowá e Guarani em Mato Grosso do Sul: da assistência esporádica à assistência sistemática (1910 a 2013)**. 2014. Dissertação (Mestrado em História) - Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2014.

RESUMO

Esta dissertação é o resultado da pesquisa histórica que analisa os processos de transição da assistência à saúde prestada para as populações indígenas kaiowá e guarani no Estado de Mato Grosso do Sul. A pesquisa, permeada na interdisciplinaridade entre antropologia e história, tem como objetivo identificar as modificações quanto à atenção à saúde indígena, durante os processos de transição do SPI para FUNAI, da FUNAI para FUNASA e da FUNASA para SESAI; problematizar as consequências sociais e culturais dos modelos de atenção à saúde que foram criados durante o período a ser investigado; verificar a importância da 8ª CNS para o Movimento Sanitário Indigenista e compreender o momento sociopolítico no qual essas transições ocorreram. O processo da pesquisa foi dividido entre pesquisa bibliográfica e documental e coleta de dados de campo, através da interlocução com profissionais de saúde indígenas e não indígenas. Para o primeiro processo da pesquisa utilizei autores como Egon Schaden; Bartomeu Melià, Grunberg & Grunberg; Levi Pereira, Antônio Brand e Thiago Cavalcante que abordaram diferentes aspectos da organização, parentesco, territorialidade kaiowá e guarani. Para a história da assistência à saúde indígena utilizei autores como Esther Langdon, Dina Costa e Luiza Garnelo. Foi possível analisar que a assistência à saúde prestada pelo SPI (1910-1967) e FUNAI (1967-1999) foi esporádica, enfrentou a falta de suporte técnico e financeiro o que resultou em baixa qualidade do serviço ofertado. A assistência à saúde vinculada ao SUS, por meio da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, passou a ser de responsabilidade da FUNASA em 2000. No período em que a saúde indígena esteve sob responsabilidade da FUNASA (2000-2010), houve um avanço significativo no serviço prestado, porém com dificuldades de atendimento específico, uma vez que o SUS prioriza as ações de saúde voltadas para as áreas urbanas. Em 2010 iniciou o processo de transição para SESAI, que formalmente foi concluído em janeiro de 2012, porém até o presente momento vem enfrentando inúmeros problemas para sua efetivação.

Palavras-chave: Kaiowá e Guarani, Saúde Indígena, Processo de transição, FUNAI/FUNASA/SESAI.

PSCHISKY, Camilla de Oliveira Marné. **The systems of attention to health of Kaiowá and Guarani tribes in Mato Grosso do Sul: from sporadic assistance to systemic assistance (1910 a 2013)**. 2014. Dissertation (Master Degree in History) – Human Sciences College/Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2014.

ABSTRACT

This dissertation is the result of a historical research which analyses the transition processes of health assistance provided to the indigenous population of kaiowá and guarani in the State of Mato Grosso do Sul, Brazil. The research, permeated in interdisciplinarity between Anthropology and History, has its goal to identify the modifications about the attention to the indigenous health during the transition processes from SPI to FUNAI, from FUNAI to FUNASA and from FUNASA to SESAI; problematize the social and cultural consequences of attention models to health which were created during the period to be investigated; to verify the importance of the 8th CNS to the Indigenous Sanitary Movement and to comprehend the sociopolitical moment in which these transitions occur. The process of the research was divided between bibliographic and documental research and data collection in field, through interlocution with Indigenous Health professionals and not indigenous themselves. To the first process of the research I read authors like Egon Schaden; Bartomeu Melià, Grunberg & Grunberg; Levi Pereira, Antônio Brand and Thiago Cavalcante who approached to different aspects of the organization, kinship, kaiowá and guarani territoriality. To the history of assistance to indigenous health I read authors like Esther Langdon, Dina Costa and Luiza Garnelo. It was possible to analyze that assistance to health provided from SPI (1910-1967) and FUNAI (1967-1999) was sporadic, it faced the lack of technical and financial support which resulted in low quality of the offered service. The assistance to health linked to SUS by the National Politics of Attention to the Indigenous Populations Health passed to be held from FUNASA in 2000. In the period of time that the indigenous health was under FUNASA responsibility (2000-2010) there was a significant advance in the services provided by it, although with a lot of difficulty of a specific care, once SUS takes as priorities the actions of health turned to the urban areas. In 2010 it began the process of transition to SESAI which was formally concluded in January, 2012, however till this present moment it still faces numerous issues to its effectiveness.

Keywords: Kaiowá and Guarani, Indigenous Health, Transition Process, FUNAI/FUNASA/SESAI.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Terra Indígena Amambai	40
Figura 2 - Terra Indígena Limão Verde	40
Figura 3 - Terra Indígena Jaguarý	41
Figura 4 - Localização da cidade de Dourados	42
Figura 5 - Terra Indígena Panambizinho	44
Figura 6 - Distribuição dos DSEIs na FUNASA	92
Figura 7 - Estado de Mato Grosso do Sul e etnias atendidas na FUNASA.....	94
Figura 8 - Organização DSEI e Modelo Assistencial na FUNASA	96
Figura 9 - Quantitativo das unidades básicas dentro das terras indígenas em 2001 e 2009	98
Figura 10 - Organização DSEI e Modelo Assistencial na SESAI	105
Figura 11 - Distribuição dos DSEIs na SESAI	106
Figura 12 – Estado de Mato Grosso do Sul e a atuação do SASI-SUS	106
Figura 13 - Matéria do jornal O Progresso	110

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - População por TI identificada e delimitada após 1980	45
Gráfico 2 - Determinantes Sociais de Saúde em comunidade indígena	47
Gráfico 3 - Recursos Humanos por vínculo empregatício na FUNASA	95
Gráfico 4 - Totais de Recursos Humanos atuando na saúde indígena DSEI MS 2001 e 2009	96
Gráfico 5 - Cobertura vacinal em crianças > 5 anos	99
Gráfico 6 - Cobertura Vacinal população adulta (10-59 anos)	99
Gráfico 7 - Sistema de vigilância alimentar e nutricional indígena de Mato Grosso do Sul (2002-2009)	100
Gráfico 8 - Evolução das principais causas de óbitos por causa externa (2007-2009)	100
Gráfico 9 - Evolução do estado Nutricional entre < de 5 anos (2002-2013)	107
Gráfico 10 - Total de casos de violência em 2013	108

Gráfico 11 - Taxa de sífilis em gestantes (2008-2013)	108
--	-----

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 - I Encontro Intercultural	148
Fotografia 2 - I Encontro Intercultural	148

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Reservas indígenas demarcadas criadas entre 1915 e 1928	33
Tabela 2 - Situação das terras indígenas Kaiowá e Guarani em Mato Grosso do Sul	35-36
Tabela 3 - Situação das terras indígenas em Amambai e Dourados	37
Tabela 4 - Projeção de crescimento populacional	38
Tabela 5 - Projeção da quantidade de hectares por família em reservas entre 1991 a 2031 ...	38
Tabela 6 - Incidência da tuberculose e número de casos novos por polo base (Amambai e Dourados) no ano de 2013	47
Tabela 7 - Número de casos de Sífilis (adquirida+gestante) e de Sífilis Congênita diagnosticados no DSEI-MS (Amambai e Dourados) em 2013	48
Tabela 8 - atividades de educação em saúde e distribuição de preservativos	48
Tabela 9 - Total de casos de violências e suicídio por Polo Base em 2013	48
Tabela 10 - Resultado do tratamento da Tuberculose em Grupos Indígenas	60
Tabela 11 - Estabelecimento de Saúde - Missão Evangélica Caiuá	66
Tabela 12 - Projeto VIGISUS III	90
Tabela 13 - Estabelecimentos de assistência à saúde indígena	94
Tabela 14 - Programa DST/HIV/AIDS/HEPATITES	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- I CNPSI** - 1ª Conferência Nacional de Saúde do Indígena
- II CNSPI** - 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas
- III CNSI** - 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena
- IV CNSI** – 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena
- 5ª CNSI** - 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena
- AIS** - Agente Indígena de Saúde
- AISAN** - Agente Indígena de Saneamento
- BIRD** - Banco Interamericano de Desenvolvimento
- CASAI** - Casa de Saúde Indígena
- CIMI** - Conselho Indigenista Missionário
- CISI** - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
- CLSI** - Conselho Local de Saúde Indígena
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- CNDSS** – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
- CORE** - Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde
- COSAI** - Coordenação de Saúde do Índio
- CONDISI** - Conselho Distrital de Saúde Indígena
- DATASUS** - Departamento de Informática
- DESAI** - Departamento de Saúde Indígena
- DENERu** - Departamento Nacional de Endemias Rurais
- DSEI** - Distrito Sanitário Especial Indígena
- EMSI** - Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
- EVS** – Equipes Volantes de Saúde
- FNS** – Fundação Nacional de Saúde
- FNSI** – Fórum Nacional de Saúde Indígena
- FSESP** - Fundação Serviços de Saúde Pública
- FUNAI** - Fundação Nacional do Índio
- FUNASA** - Fundação Nacional de Saúde
- GT** - Grupo de Trabalho
- Ha** - Hectare
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NEPPI – Núcleo de Estudos e Pesquisas das Populações Indígenas / Universidade Católica
Dom Bosco

NISI – Núcleo Intersetorial de Saúde Indígena

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não-governamental

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PI – Posto Indígena

PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SASI - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIASI – Sistema de Informações sobre Atenção à Saúde Indígena

SICONV – Sistema de Convênios do Governo Federal

SPI – Serviço de Proteção ao Índio

SPILTN – Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais

SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSA – Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas

VIGISUS – Projeto de Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

TI – Terra Indígena

UAE – Unidade de Atendimento Especial

SUMÁRIO

Lista de Ilustrações	11
Lista de Abreviaturas e Siglas	15
INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO 1	
CARACTERIZAÇÃO HISTÓRICA E ETNOGRÁFICA DOS KAIOWÁ E GUARANI NA REGIÃO DE AMAMBAI	28
1.1 A População Kaiowá e Guarani no Brasil	28
1.2 Os Kaiowá e Guarani em Mato Grosso do Sul	29
1.3 Os Povos Indígenas nos Municípios de Amambai e Dourados	36
1.3.1 Município de Amambai	38
1.3.1.1 As Terras Indígenas no Município de Amambai	39
1.3.2 Município de Dourados	41
1.3.2.1 As Terras Indígenas no Município de Dourados	43
1.4 Transformações no Ambiente e na Sociedade Kaiowá e Guarani a Partir da Ocupação da Região Pelas Frentes de Expansão Econômica	44
1.5 Saúde Entre os Kaiowá: Relação entre Alma, Corpo e Espírito	49
CAPÍTULO 2	
CONTEXTO SOCIOECONÔMICO E HISTÓRICO DOS PROCESSOS DE TRANSIÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA DO SÉCULO XX E INÍCIO DO SÉCULO XXI	55
2.1 O serviço de saúde do SPI	55
2.2 A Missão Evangélica Caiuá - Contextualização História	61
2.2.1 A Missão Evangélica Caiuá e a Assistência à Saúde	64
2.3 A conjuntura política dos processos de transição	67
2.3.1 Da década de 1910 a 1960	67
2.3.2 As implicações do neoliberalismo na política pública de saúde a partir de 1970 aos dias atuais	71
CAPÍTULO 3	
FUNAI, FUNASA E SESAI: A TRANSIÇÃO PARA CONSTITUIÇÃO DE UM SISTEMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	76
3.1 Da FUNAI à FUNASA: da assistência esporádica à saúde à Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas	76
3.1.1 Diretrizes e propostas de intervenção	90
3.1.2 Descrição das unidades que estruturaram a FUNASA	93
3.1.3 A FUNASA no Estado de Mato Grosso do Sul	94
3.1.4 Indicadores de saúde na FUNASA	98
3.2 Da FUNASA à SESAI: um processo de transição em curso e problemático	101
3.2.1 A SESAI e as dificuldades para estruturação da saúde indígena	109
3.3 As conferências de saúde e o controle social	116

3.3.1 As Conferências Nacionais de Saúde Indígena no âmbito da FUNASA	116
3.3.2 A SESAI e a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena	119
3.3.3 Controle Social e Saúde Indígena.....	122

CAPÍTULO 4

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AS TRANSFORMAÇÕES NO SISTEMA DE ATENDIMENTO

4.1 Assistência à Saúde Indígena durante a FUNAI	129
4.2 Saúde Indígena na FUNASA.....	134
4.3 Processo de Transição FUNASA para SESAI	138
4.4 Interculturalidade e Saúde Indígena	141
4.4.1 A contribuição do Agente Indígena de Saúde para o desenvolvimento da interculturalidade em saúde	149
4.4.2 Saúde Indígena e Neopentecostais	150

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....

REFERÊNCIAS

ANEXOS

INTRODUÇÃO

Meu interesse em estudar sobre saúde indígena se deu quando conheci o município de Amambai, em Mato Grosso do Sul, para fazer prova do concurso para Assistente Social, que assumi em 2007. Ao mudar da cidade do Rio de Janeiro para Amambai, fui descobrindo as diferenças culturais e as contradições desse município que tem, ao seu redor, três terras indígenas - TI: Amambai, Limão Verde e Jaguary. A TI Amambai foi a primeira reserva criada pelo SPI, em 1915.

Logo de início consegui observar o preconceito exacerbado que existe no município contra a população indígena, principalmente pelo processo de territorialização (OLIVEIRA J, 2001), bem como por informações sem fundamentos sobre a população indígena. Por exemplo: o fato de as mulheres indígenas terem muitos filhos é atribuído ao incentivo do governo, pois afirmam que a mulher indígena recebe dinheiro por cada filho até que estes completem 18 anos¹.

A primeira vez que entrei em uma terra indígena foi em agosto de 2007, quando o CRAS – Centro de Referência de Assistência Social - realizava um curso de produção de sabão líquido na Escola Estadual Indígena Mbo'eróy Guarani Kaiowá, na TI Amambai. Fiquei encantada com a língua, então aproveitei a oportunidade para conhecer algumas palavras e para fazer muitas perguntas. Com um sotaque carioca ainda bem carregado, negra e de cabelo crespo, também fui motivo de alguns questionamentos; o primeiro foi como fui 'parar' em Amambai.

Como funcionária da Prefeitura de Amambai, estive cedida para a SESAI, de outubro de 2007 até fevereiro de 2011. O fato de me cederem para SESAI permitiu-me manter um convívio prolongado e criar vínculos pessoais existentes até hoje. Posso dizer que tive o privilégio de aprender a "olhar" e a "ouvir" (OLIVEIRA R, 1998); com isso pude observar a realidade das comunidades e conhecer parte de sua cotidianidade (NETO e CARVALHO, 2010), seus problemas, suas dificuldades e expectativas. Todos sempre tiveram muita paciência em me ensinar e responder aos meus inúmeros questionamentos, mesmo os que pareciam sem lógica.

¹ A mulher indígena não tem "incentivo" do governo pelos filhos que tem, mas recebe o salário maternidade por 4 meses, pelo INSS, quando se insere como trabalhadora de atividade rural, pois é um direito de toda mulher que trabalha em atividade rural para subsistência própria. O documento de atividade rural para população indígena é expedido pela FUNAI.

Particpei de encontros, colóquios e seminários relacionados aos Direitos Humanos e Direitos das Crianças e Adolescentes, bem como de reuniões, com a presença do presidente do CONDISI² - Fernando da Silva Souza - e o ex Chefe do DSEI - Nelson Carmelo Olazar, sobre as reformas recentes da saúde indígena, culminando no processo de transição da FUNASA³ para SESAI.

Como Assistente Social estava vinculada ao Programa de Saúde Mental, realizando trabalho socioeducativo, por meio de orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias, obtidos através de visita domiciliar, grupo com jovens e grupo com mulheres, conversando sobre diversos temas de interesse comum.

Para Mioto (2009, p.502), as práticas socioeducativas estão inseridas no âmbito dos processos socioassistenciais, que “[...] se estruturam sobre dois pilares. Um relacionado à socialização de informações e outro referente ao processo reflexivo desenvolvido na trajetória da relação estabelecida entre profissionais e usuários”. A socialização das informações é um componente fundamental para a viabilização de direitos que “se apresentam como uma ação de fortalecimento do usuário para acessar esses direitos e para mudar a sua realidade” (MIOTO, 2009, p.502).

Portanto, como para a maioria dos pesquisadores, meu interesse começou pelo estranhamento e posteriormente pelo engajamento, participação e conhecimento. Eu vivi tão intensamente que um dia cheguei a pensar que não saberia ser assistente social se não fosse na saúde indígena. Grande engano meu, mas foi a grande paixão proporcionada pelo trabalho na saúde indígena que me fez pensar assim, apesar de seus inúmeros problemas sem fim.

Sendo assim, devido ao trabalho profissional realizado (2007-2011), bem como pelo período acadêmico, no qual realizei todos os meus estágios vinculados à política de saúde, estudando sobre a Reforma Sanitária e o seu legado para a constituição do SUS e da Política de Saúde Mental, e também pela contrarreforma do Estado e seus impactos na efetivação de

² *Sobre a grafia do Conselho Distrital de Saúde Indígena.* A sigla utilizada na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, para designar Conselho Distrital de Saúde Indígena foi CDSI, mas, atualmente, a sigla é CONDISI, que eu adoto durante toda discussão sobre o Conselho Distrital de Saúde Indígena. A utilização nas citações foram grifadas para identificar que foram substituídas.

³ *Sobre a grafia da Fundação Nacional de Saúde.* A Fundação Nacional de Saúde foi criada a partir da fusão entre a FSESP - Fundação de Serviços de Saúde Pública e a SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública. Inicialmente sua sigla era FNS, em 1999, tendo sido criado o Subsistema de Saúde Indígena, passando ser responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde, a sua sigla passou a ser FUNASA. Desta forma, antes de 1999, quando eu falo sobre a Fundação Nacional de Saúde, utilizo a sigla FUNASA, que também foi alterada nas citações curtas e longas. A utilização nas citações foram grifadas para identificar que foram substituídas.

políticas públicas, interessei-me em estudar sobre a política de saúde indígena durante a pós-graduação *lato sensu*, na qual iniciei os estudos sobre a assistência à saúde prestada à população indígena, apenas para contextualização histórica da FUNASA. Pelo material encontrado, surgiu o interesse por estudar os processos de transição na assistência à saúde prestada para a população indígena.

A pesquisa intitulada "Os Sistemas de Atenção à Saúde dos Kaiowá e Guarani no Mato Grosso Sul: da Assistência Esporádica à Assistência Sistemática (1910 A 2013)", inicialmente estava intitulada "Transformações no Sistema de Atenção à Saúde dos Kaiowá e Guarani no Município de Amambai, MS (1910 A 2012)".

Após as contribuições realizadas pelo Prof. Thiago Cavalcante, optei por modificar o título da dissertação, ganhando novas dimensões, tendo em vista que a pesquisa traz conteúdos em nível nacional, estadual e, por último, focando em dois municípios, Amambai e Dourados. Os motivos desta escolha são simples: 1- são os municípios com maior população indígena; 2- os interlocutores da pesquisa residem nesses dois municípios; 3- por terem terras indígenas criadas até 1928; e 4- pela sede da Missão Evangélica Caiuá ser em Dourados e sua primeira extensão ter sido Amambai, implementando ações de saúde nesses dois municípios.

A substituição do título não modificou o objeto proposto para a pesquisa, que apresenta o processo histórico da assistência à saúde prestada à população indígena da década de 1910 a 2013. Durante esse período houve vários atores atuando na saúde indígena, tais quais: a Missão Evangélica Caiuá, instituição não governamental religiosa que atua na região desde 1928 até os dias atuais numa articulação público-privada; o Serviço de Proteção ao Índio – SPI; a Fundação Nacional do Índio - FUNAI; Prefeituras Municipais; a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA; e a Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI.

O recorte temporal proposto inicialmente era de 1967 a 2012, período no qual a FUNAI assumiu a saúde, posteriormente passando para a FUNASA, até a transição oficial da FUNASA para SESAI. Porém ao encontrar obras com informações importantes, inclusive documento de contratação de indígena ainda no período do SPI, o recorte temporal foi estendido, considerando 1910, pela criação do SPI, a 2013 por conta da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 02 a 06 de dezembro de 2013, primeira conferência promovida pela SESAI.

Desta forma, apresento a assistência à saúde prestada pelo SPI, cujas ações estavam ligadas à transformação moral e, conseqüentemente, cultural dos indígenas. No Estado de Mato Grosso do Sul, a assistência à saúde foi executada, desde 1928, pela Missão Evangélica

Caiuá e, como política de governo, idealizada e executada por Noel Nutels, a partir da década de 1950. Com a extinção do Serviço de Proteção ao Índio, a FUNAI importou seu modelo de assistência, o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas – SUSAs.

A assistência durante o período em que a FUNAI foi responsável, também era esporádica, pois se dava através das EVS – Equipes Volantes de Saúde - em regiões endêmicas e, após um determinado período, a equipe se deslocava para outra região. A modificação da assistência esporádica em assistência sistemática teve início com a FUNASA e permanece com a SESAI.

A partir da década de 1970, os movimentos sociais impulsionaram um marco significativo para o setor saúde, destinado à população indígena, pois, concomitante com o Movimento da Reforma Sanitária, se faziam presentes militantes dos direitos à saúde das populações indígenas. Desta forma, consubstanciada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), em 1986, foi realizada a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, na qual foram elencadas algumas reivindicações, tais como a criação de uma secretaria vinculada ao Ministério da Saúde, a qual foi instalada oficialmente em 2010, porém sua efetiva implementação ainda está em curso, havendo reivindicações por melhorias na política de saúde indígena em todo o Estado brasileiro.

Outro tema discutido na I CNPSI, e que ainda é motivo de discussão, é a garantia da participação indígena, através de suas organizações, na formulação das políticas de saúde: no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações, além do respeito à dignidade, aos hábitos e práticas tradicionais das populações indígenas, cujas solicitações até o presente ainda são latentes.

Quanto à participação da população indígena, no discurso formal, se dá através do controle social. O controle social das políticas de saúde, bem como das demais políticas públicas, visam uma participação democrática e paritária de usuários, trabalhadores e gestores, objetivando o exercício da cidadania; porém, o controle social é um espaço de tensão entre as demandas reais dos usuários e das instituições.

Quanto ao respeito aos hábitos e práticas tradicionais, é uma proposição formal permeada por um arcabouço legal, do qual o Brasil é signatário, como a Constituição Federal, a Convenção 169 da OIT, as estratégias da OMS para implementação e valorização da Medicina Tradicional que delineiam as ações de saúde para toda a humanidade; assim como pela PNASPI e pelas avaliações internacionais da saúde indígena, implementadas com o financiamento do BIRD, por meio do Projeto Vigisus I, II e III. Falar em respeito aos hábitos

e práticas tradicionais ainda é algo incipiente e não abarca a totalidade das práticas tradicionais em saúde indígena. É possível afirmar que a assistência à saúde indígena teve avanços significativos, porém também entraves e tensionamentos e, na atual conjuntura com a SESAI, o SASI (Subsistema de Atenção à Saúde Indígena) apresenta mais entraves do que avanços.

A pesquisa deixou algumas lacunas, tendo em vista que o período estudado foi extenso, com muitos apontamentos a serem feitos e que na dissertação por conta do tempo de construção do texto, não deu conta de analisar em profundidade. Temas como interculturalidade em saúde, controle social indígena tiveram alguns apontamentos e breve reflexão. Espero que esta pesquisa possa estimular outros caminhos de pesquisa em saúde indígena avançando nas discussões contidas neste trabalho.

Aspectos metodológicos

A pesquisa está voltada para a história do presente, pautada na etno-história, como método interdisciplinar de pesquisa em que a antropologia tem algo a contribuir para a disciplina histórica e o inverso é igualmente válido (SAHLINS, 1988). De acordo com Cavalcante (2013), a etno-história é o melhor caminho para se compreender os povos de culturas não-ocidentais a partir de uma perspectiva histórica. Com relação ao método interdisciplinar etno-histórico, Cavalcante (2013, p. 361) considera que este

[...] representa uma porção de liberdade metodológica que propicia ao pesquisador partir de um problema que se quer analisar e é o problema que determina as fontes e o método que se quer utilizar e não o inverso. Isso porque os métodos devem estar a serviço da pesquisa e não o inverso.

Por conta própria, acrescenta-se também, que as teorias devem estar a serviço da pesquisa e não o inverso. Evidentemente que isso não equivale a dizer que vale tudo, antes disso, o pesquisador que adere a essa prática metodológica precisa adquirir certo grau de domínio das metodologias e teorias das diferentes áreas envolvidas (ROJAS, 2008).

A pesquisa, permeada na interdisciplinaridade entre antropologia e história, tem como objetivo: analisar as transformações do sistema de atenção à saúde dos Kaiowá e Guarani, buscando identificar as modificações quanto à atenção à saúde indígena, durante os processos de transição do SPI para FUNAI, da FUNAI para FUNASA e da FUNASA para SESAI; problematizar as consequências sociais e culturais dos modelos de atenção à saúde que foram criados durante o período a ser investigado; verificar a importância da 8ª CNS para o Movimento Sanitário Indigenista; bem como compreender o momento sociopolítico no qual essas transições ocorreram.

O processo da pesquisa foi dividido em dois momentos: a) pesquisa bibliográfica e documental e b) coleta de dados de campo, através da interlocução com profissionais de saúde indígenas e não indígenas.

a) A pesquisa bibliográfica e documental

A pesquisa documental foi dividida em duas partes: uma, especificamente, sobre a população kaiowá e guarani junto com o processo de territorialização da região de Amambai e Dourados; a outra sobre o processo histórico de assistência à saúde indígena, vinculada aos avanços da política pública de saúde.

Sobre a etnografia kaiowá e guarani, os principais autores foram Pereira, Brand, Melià, Cavalcante e Aquino. Esses autores trabalham a etnografia que aborda a constituição histórica da etnia kaiowá e guarani, a organização social das famílias kaiowá e guarani no período, bem como dados etnográficos que tratam sobre educação, parentesco e processo de territorialidade na história presente.

A segunda frente de pesquisa documental foi realizada essencialmente na Internet, principalmente na base *scielo*. Encontrei alguns documentos importantes que não estão disponíveis em acervo digital e nem disponível para venda. Durante a pesquisa documental percebi que, para obter mais informações sobre a assistência à saúde durante as primeiras décadas pesquisadas, seria necessário pesquisar documentos no Museu do Índio.

Para a pesquisa no Museu do Índio, foi feito, primeiramente, um levantamento do conjunto de documentos existentes no acervo bibliográfico e arquivos. Como o Museu estava passando por reformas, no mês de junho de 2013 foi possível pesquisar apenas os documentos do arquivo, o bibliográfico apenas poderia ler, porém não poderia fazer reprodução dos textos. O conjunto de documentos acessados, além de artigos, teses e capítulos de livros, foram revistas e manuais.

b) A coleta de dados e retorno ao campo, através da interlocução com profissionais indígenas e não indígenas e outros atores.

Os pesquisadores utilizam a entrevista como um instrumento para acessar a memória (LE GOFF, 1988), sobre acontecimentos vividos (POLLAK, 1992) para um tema específico: no meu caso, saúde indígena. Sendo assim, a pesquisa de campo se deu por meio da história oral, que é também história de vida (POLLAK, 1992). Realizei entrevistas individuais para verificar como os profissionais indígenas e não indígenas de saúde percebem e analisam os processos de transição da atenção à saúde indígena entre SPI/FUNAI/FUNASA/SESAI. As entrevistas individuais e abertas foram realizadas com membros do Conselho Distrital de

Saúde Indígena, residentes em Dourados, bem como com pessoas que vivenciaram esse processo nas aldeias Amambai e Limão Verde, as duas terras indígenas que ficam no município de Amambai.

A primeira dificuldade encontrada foi conseguir conciliar a agenda dos interlocutores com a minha. No período em que iniciei as entrevistas eu estava trabalhando 40 horas por semana. A última entrevista, eu só consegui realizar em junho de 2014, próximo à finalização do trabalho. A segunda dificuldade, e talvez a mais penosa, foi a transcrição das entrevistas, porque, por mais que tenha programas para nos auxiliar nesse procedimento, demanda muito tempo, e às vezes não conseguimos identificar algumas palavras dos entrevistados e encontramos problemas com o programa utilizado.

A escolha dos interlocutores da pesquisa não foi aleatória: eu já havia trabalhado com todos, menos com Lico Nelson, porém já o conhecia. Portanto, parte da experiência de cada um com a assistência à saúde indígena já era do meu conhecimento.

A técnica de enfermagem Maria Paulina, foi a primeira pessoa com quem conversei, ela foi transferida da FUNAI para FUNASA, sendo a única técnica de enfermagem em Amambai, no período em que a FUNAI foi responsável pela saúde indígena. Maria Paulina é de São Paulo e começou a trabalhar com saúde indígena em Mato Grosso, na década de 1980 com a criação do Núcleo da FUNAI em Amambai, em 1987, quando foi transferida para o município, trabalhando na Equipe Volante de Saúde.

A segunda entrevista foi com Lico Nelson, indicado por Levi Marques Pereira. Lico Nelson foi monitor de enfermagem contratado pela FUNAI. No início da década de 1990, ele aderiu ao Plano de Demissão Voluntária, deixando de ser funcionário da instituição. Lico foi criado na Missão Evangélica Caiuá, já residiu na TI Amambai, atualmente reside na TI Limão Verde, município de Amambai. É rezador e uma liderança influente na TI e na região.

A terceira entrevista foi realizada com José Wilson Domingues, funcionário da SESAI que passou pelos dois processos de transição da assistência à saúde indígena, da FUNAI para FUNASA e da FUNASA para SESAI. É de Minas Gerais, reside em Mato Grosso do Sul desde 1991, foi para Amambai com a criação do Núcleo da FUNAI no município, sempre trabalhou na parte administrativa. Foi chefe das CASAIs de Amambai e de Dourados e atualmente é chefe do Polo Base de Amambai e da CASAI (funcionam no mesmo prédio).

A quarta entrevista realizada foi com Fernando da Silva Sousa, indígena terena, presidente do CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena do Estado -, membro do CNS – Conselho Nacional de Saúde - e funcionário da UFGD desde 1995, foi auxiliar de

enfermagem, formado em Administração pela UNIGRAN, cedido para o município de Dourados para tratar de assuntos indígenas. Ele vem acompanhando o atual processo de transição como colaborador das discussões e dos Grupos de Estudos para a criação e efetivação das SESAI.

A quinta e última entrevista foi realizada com o Dr. Zelik Trajber, médico pediatra, de São Paulo. Sua graduação começou na Santa Casa de São Paulo, mas, por motivos políticos durante a ditadura militar, teve de se ausentar do país e terminou sua graduação na Universidade de Havana, Cuba. Retornou ao Brasil em 1980, já graduado, e fez sua revalidação na USP. Até 2000 trabalhou em hospitais e consultórios, quando veio para o Mato Grosso do Sul onde está até hoje.

A dissertação –

A dissertação apresenta quatro capítulos. No primeiro faço uma breve contextualização histórica dos Kaiowá e Guarani utilizando o recorte etnográfico. Desta forma, caracterizo a população kaiowá e guarani de Mato Grosso do Sul, os povos indígenas na região de Amambai e Dourados e as transformações no ambiente e na sociedade kaiowá e guarani a partir da ocupação da região pelas frentes de expansão econômica. Neste capítulo trabalhei apenas com fontes documentais. Os principais autores utilizados foram Melià, Grünberg e Grünberg (2008), através da etnografia que aborda a constituição histórica da etnia kaiowá e guarani, bem como a organização social das famílias kaiowá e guarani no período. Outros autores foram Pereira (1999, 2007), Brand (1997, 2008), Cavalcante (2013) e Aquino (2012).

O segundo capítulo apresenta a contextualização socioeconômica e histórica da assistência à saúde indígena no final do século XX e início do XXI. Neste capítulo trabalho com fontes documentais, dialogando com fontes orais oriundas das entrevistas. Dentro deste capítulo apresento as principais epidemias que atingiram as populações indígenas. A que gerou o início de um modelo de atenção à saúde, na segunda metade do século XX, foi a tuberculose, da qual o médico sanitarista Noel Nutels, vinculado ao SPI, foi o precursor. Também abordo outras iniciativas de atenção à saúde, como as da Missão Evangélica Caiuá. Ainda dentro deste capítulo contextualizo os processos socioeconômicos e históricos regionais e suas implicações nas políticas públicas de saúde.

O terceiro capítulo trata especificamente dos processos de transição da assistência à saúde destinada à população indígena. O primeiro ponto aborda o processo de transição da FUNAI à FUNASA. A FUNAI importou o modelo de assistência utilizado pelo SPI para tratar endemias, por meio de visitas esporádicas. Para chegar na atenção à saúde, como um subsistema do SUS executado pela FUNASA, houve intensos processos transitórios entre as duas instituições, bem como a articulação das duas instituições como prestadoras de assistência à saúde. Apenas com a criação de um subsistema indígena, vinculado ao SUS – Sistema Único de Saúde -, a assistência à saúde ganha caráter de política. O último processo – que considero ainda em curso - é o processo de transição da FUNASA para SESAI. Este processo teve início no ano de 2010, através da Portaria 3841 de 7 de dezembro. Nesta portaria, o então Ministro da Saúde determina que o processo de transição seja feito em 180 dias, posteriormente prolongado até o final de 2011 e ainda não concluído de fato. Neste capítulo, trabalho a História do tempo presente, consubstanciada em fontes documentais e orais.

No quarto e último capítulo é apresentada a coleta de dados, que foi realizada através das entrevistas, trabalhando com os métodos da história de vida, pela observação participante, pelo contato e convívio com os profissionais e a população estudada, e pelo vínculo que mantive ainda enquanto funcionária. Este capítulo possibilita apresentar as percepções dos profissionais de saúde sobre as transformações no sistema de atendimento por meio de profissionais indígenas e não indígenas. Também faço uma breve reflexão sobre interculturalidade e saúde indígena, entre os conceitos de medicina tradicional e medicina ocidental, bem como a interlocução dessas medicinas, visando ofertar um serviço de saúde mais humanizado em todos os níveis de atenção em saúde: a básica, de média e alta complexidade. Entendendo interculturalidade como interlocução, articulação entre modelos distintos de atenção à saúde, também faço uma breve análise sobre os neopentecostais e saúde indígena.

As entrevistas realizadas não contemplaram o recorte de gênero, tendo em vista que os profissionais da época da FUNAI eram, em sua maioria, do sexo masculino, na região, de acordo com Lico Nelson. A inserção de mulheres indígenas é recente e se deu junto com a criação da FUNASA, principalmente com AIS – Agente Indígena de Saúde.

CAPÍTULO 1

CARACTERIZAÇÃO HISTÓRICA E ETNOGRÁFIA DOS KAIOWÁ E GUARANI NA REGIÃO DE AMAMBAI

Este capítulo aborda a conformação histórica dos Kaiowá da região, bem como a constituição das terras indígenas e o desenvolvimento populacional e econômico da região de Dourados e Amambai após a Guerra da Tríplice Aliança contra o Paraguai ou Guerra do Paraguai, como é mais conhecida no Brasil. Os principais autores que tematizaram as discussões desse capítulo foram Melià (2008), Pereira (1999, 2002, 2004, 2007), Brand (1997) e Cavalcante (2013).

1.1 A população Kaiowá e Guarani no Brasil

Os povos Guarani no Brasil são divididos em três etnias com fortes vínculos históricos e culturais que, após grande processo de “confinamento⁴” ou “aldeamento⁵ compulsório⁶”,

⁴ De acordo com Brand (1997), o confinamento foi o processo realizado pelo SPI de recolhimento forçado, através das demarcações de terra com o objetivo de liberar o restante das terras para serem transferidas a particulares, através de títulos de propriedade, destruindo territorialidades históricas.

⁵ De acordo com Cavalcante (2013, p.50), “[...] no Brasil, em decorrência da situação de contato entre os povos indígenas e o Estado nacional, o termo [aldeia] passou a ser utilizado para designar locais de maior concentração de indígenas, sendo que prevaleceu a ideia de que tais famílias vivem em forma de vilarejo sob a liderança de um cacique. Tal modelo, no entanto, não é válido para todos os povos indígenas, inclusive para os Kaiowa e Guarani, o que pode gerar problemas interpretativos a depender do emprego do termo. Os aldeamentos indígenas foram espaços delimitados pelo Estado e administrados por este ou por ordens religiosas no intuito de reunir os indígenas para atividades civilizatórias, reserva de mão de obra e para a liberação de terras para a colonização. Portanto, a existência de tais espaços deu ao termo aldeia uma forte carga colonialista”. Garnelo (2002, p.13) correlaciona o termo aldeia às práticas de descimentos forçados dos indígenas feitas pelos missionários no período colonial e que hoje é utilizado para designar agrupamentos residenciais indígenas ou conjuntos de agrupamentos articulados. Ainda conforme Cavalcante (2013, p.51), “[...] esses conjuntos também correspondem a uma unidade sociopolítica local ou a uma família extensa”. Diante de tais esclarecimentos, utilizarei o termo *terra indígena* para designar as terras demarcadas e reconhecidas pela FUNAI.

⁶ De acordo com Mura (2006), o aldeamento compulsório foi o processo, que subtraía significativos espaços de ocupação exclusiva aos Guarani, a fim de “aldear” e assimilar os índios. O principal objetivo era o de liberar espaços para colonos. O processo de aldeamento visava também controlar os índios, submetendo-os às lógicas de desenvolvimento norteadas pela ideologia positivista do órgão. Pensava-se que o estilo de vida indígena, tido como arcaico, estava destinado a desaparecer e, era, portanto, necessário integrar os indígenas na estrutura produtiva do Estado, na qualidade de trabalhadores nacionais.

continuam sobrevivendo. São eles: Os Mbya; os Paĩ Tavyterã no Paraguai, ou Kaiowá como são conhecidos no Brasil e, por último, os Guarani Nandeva como são conhecidos no Brasil, ou simplesmente Guarani como se autodenominam.

Há, contudo, diferenças nas formas linguísticas, costumes, práticas rituais, orientação religiosa, organização política e social, assim como formas específicas de interpretar a realidade vivida e de interagir, segundo as situações, em sua história do passado e do presente.

Este estudo aborda mais a história dos Kaiowá, tendo em vista ser a população predominante nos municípios abarcados pelo estudo.

1.2 Os Kaiowá e Guarani em Mato Grosso do Sul

No Brasil, o processo de transformação da relação da população Kaiowá⁷ e Guarani com seu território teve início logo após o fim da Guerra da Tríplice Aliança contra o Paraguai – Guerra do Paraguai (1864-1870), também conhecida como a Grande Guerra. Segundo autores como Pereira (2007) e Azevedo, *et all* (2008), a partir dessa guerra iniciou-se, no sul do então Estado de Mato Grosso, um processo de ocupação dos locais tradicionalmente ocupados pelos Guarani. De acordo com Brand (1997, p.60),

Com o final da Guerra do Paraguai, uma nova comissão de limites percorreu a região ocupada pelos Kaiowá/Guarani, entre o rio Apa e o salto de Sete Quedas, em Guaíra, terminando seus trabalhos em 1874. O provisionador desta comissão era Thomás Larangeiras. Este percebeu a grande quantidade de ervais nativos existentes nesta região e também a abundante mão-de-obra pós-guerra disponível.

Em 1870, com o final da Guerra do Paraguai, não houve de imediato um tratado de paz entre os países envolvidos (Paraguai, Brasil e Argentina). As negociações foram estorvadas pela recusa da Argentina em reconhecer a independência do Paraguai. A questão de limites entre o Paraguai e a Argentina foi resolvida através de longa negociação entre as partes. O Brasil assinou um tratado de paz em separado com o Paraguai, em 9 de janeiro de 1872, obtendo a liberdade de navegação no rio Paraguai. Foram confirmadas as fronteiras reivindicadas pelo Brasil antes da guerra. O reconhecimento da independência do

⁷ No Paraguai os Kaiowá são conhecidos como Paĩ Tavyterã, De acordo com Melià, Grünberg e Grünberg (2008), os Paĩ Tavyterã atuais, como etnia específica dentro do grupo Guarani, podem se considerar descobertos no período da história colonial, nas décadas de 1750 e 1760. De acordo com os estudos etnográficos no Paraguai, os Paĩ Tavyterã são descendentes dos Caaguá do século XVIII, descendentes dos Itatín dos séculos XVI e XVII. Sobre esse assunto ver (MELIÀ, GRÜNBERG e GRÜNBERG, 2008, p.32).

Paraguai pela Argentina só foi feito na Conferência de Buenos Aires, em 1876, quando a paz foi estabelecida definitivamente (WIKIPEDIA, 2014).

Após oito anos, em 1882, Laranjeira, através do Decreto de nº 8799, obteve do Governo Federal o arrendamento das terras da região para a exploração da erva-mate nativa, porém sem o direito de impedir a colheita da mesma erva por parte dos moradores locais. O que, anos depois, com as sucessivas concessões, é modificado. “Em 1892, fundou a Cia Matte Laranjeira, resultante da composição com os Murtinho” (BRAND, 1997, p.60).

A partir de 1889, com a criação da República Federativa, “as terras devolutas, incluindo as terras ocupadas pela população indígena, passaram ao domínio do Estado, [...], conforme Decreto n.7.712, de 20 de novembro de 1889” (BRAND e ALMEIDA, 2010 p.1). Com este decreto de 1889, o Estado passou a possuir poder de decisão sobre as terras, incluindo as que os indígenas ocupavam.

Esse processo dizimou grande parte da população, dispersou as comunidades e reduziu de forma drástica o tamanho de seus territórios. Assim, o povo Guarani se encontrava longe de seus *tekoha*, confinado em pequenas porções. De acordo com Pereira (2014), etimologicamente, a palavra *Tekoha* é composta pela fusão de *teko* - sistema de valores éticos e morais que orientam a conduta social, ou seja, tudo o que se refere à natureza, condição, temperamento e caráter do ser e proceder kaiowá - e *ha* - sufixo nominador que indica local ou ação que se realiza.

Assim, *tekoha*, numa acepção mais dura, pode ser entendido como o lugar (território), no qual uma comunidade kaiowá (grupo social composto por diversas parentelas) vive de acordo com sua organização social e seu sistema cultural (cultura). O *tekoha* é reconhecido na etnografia kaiowá como a unidade básica da organização social. No *tekoha*, as relações entre parentelas são marcadas por dilemas irreconciliáveis entre exclusividade x mutualidade, entendimento x hostilidade, aproximação x repulsa (PEREIRA, 2014, p.55).

Cavalcante (2013) citando (SUSNIK, 1979-1980, p. 19) ressalta que a formação e a duração dos *tekoha* desencadeavam intensa disputa entre os líderes de *te'yi* – os *tuvicha*, em busca do estatus de *tuvicha ruvicha* – equivalente a líder do *tekoha*. Esse status normalmente era ocupado pela liderança que reunia maior prestígio político e religioso. Essas disputas provocavam fricções intercomunitárias que podiam ocasionar a saída de famílias extensas que preferiam se associar a outro *tekoha* ou mesmo o surgimento de novos *tekoha*. Para a autora, essa característica teve consequências negativas quando os Guarani receberam o impacto da colonização ibérica. Os espanhóis se aproveitavam dos conflitos internos para se aliarem com

alguns grupos guarani em oposição a outros e, com isso, em longo prazo, provocavam o enfraquecimento de todos. A autora concluiu que a tradição de organização social guarani estruturava-se no nível da família extensa, ali é que havia o estreitamento das relações de reciprocidade. Em relação à solidariedade no nível do *tekoha*, sempre pairava certa dúvida e desconfiança devido à falta de uma estruturação sociopolítica mais sólida.

Um *tekoha*, portanto, é formado por grupos macro familiares que são determinados por relações de afinidade e/ou consanguíneas. Pereira (1999, p.99) afirma que “[...] a formação de um *tekoha* implica na reunião e cooperação entre várias parentelas – *te’yi*, aliadas ou aparentadas [...]”. O *tekoha*, de acordo com Pereira (1999, p. 96), é considerado “[...] a unidade básica da organização social [...]”. Para Dacome (2007, p.23), “[...] representa mais do que uma unidade político-religiosa, pois também agrega toda uma condição ambiental responsável pela subsistência de uma determinada comunidade [...]”.

As terras indígenas vêm sendo “[...] fortemente marcadas pelos rumos da exploração econômica [...]” (AZEVEDO, et. al, 2008, p. 11), primeiramente com exploração da erva mate pela Companhia Matte Laranjeira⁸, que tinha concessão exclusiva sobre os ervais, de 1880 até 1920, quando o SPI começou o processo de demarcação. As concessões feitas à Companhia atingiram em cheio o território dos Kaiowá e Guarani, tendo em vista que, com as ampliações sucessivas da Companhia, a mesma teve o direito de expulsar estranhos que se estabeleciam nas terras. De acordo com Brand (1997, p. 61),

A área de concessão foi sendo sucessivamente ampliada, sempre com o apoio de políticos influentes como Murtinho e Antonio Maria Coelho. Com a República, as terras devolutas passaram para a responsabilidade das Constituições dos Estados, o que favoreceu os interesses da Cia Matte Larangeiras. Desta forma, o Decreto nº 520, de 23/06/1890 ampliou os limites da posse da Cia Matte Larangeiras e deu-lhe o monopólio na exploração da erva-mate nativa da região abrangida pelo arrendamento. Finalmente, através da Resolução nº 103, de 15/07/1985, a Companhia conseguiu a maior área arrendada, tendo ultrapassado os 5.000.000 ha, “tornando-se um dos maiores arrendamentos de terras devolutas do regime republicano em todo o Brasil para um grupo particular” (ARRUDA, 1986, p. 218).

A partir das primeiras décadas do século XX, tendo a Cia Matte Laranjeira perdido os direitos à exploração exclusiva sobre os ervais, “[...] abriram-se espaços para a colonização da faixa fronteira, passando colonos procedentes do sul do país a ocupar porções de terras onde viviam os índios [...]” (MURA, 2006, p. 81).

⁸ "O Decreto nº 520, de 23/06/1890, ampliou os limites da posse da Cia. Matte Laranjeira e deu-lhe o monopólio na exploração da erva-mate em toda a região, que compreendia o território de ocupação tradicional dos Kaiowá e Guarani" (AZEVEDO, et al, 2008, p. 11).

Posteriormente “foram gradativamente atingidos pelas frentes de expansão pastoril e agropecuária” (PEREIRA, 2007, p. 3-4), no final do século XIX, início do século XX, que “[...] se instalaram nas regiões de campos entre Amambai, Ponta Porã e Bela Vista [...]” (AZEVEDO, *et al*, 2008, p.11).

Em 1910 foi criado o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPI/ITN), pelo Decreto nº 8.072, subordinado ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio (MAIC). De acordo com Lima, citado por Brand e Almeida (2010, p. 2),

sob a ótica do MAIC havia uma grande solidariedade sobre as formas de pensar o meio rural e os índios, como matéria de intervenção governamental, voltada para uma pedagogia para o progresso do campo, a partir da invenção do atraso em que se encontraria o mundo rural no Brasil.

Os objetivos que nortearam a criação desse órgão foram colocar as populações indígenas sob o poder estatal, por meio da tutela, “[...] prometendo assegurar-lhes assistência e proteção, tornando efetiva e segura a expansão capitalista nas áreas onde havia conflitos entre índios e fazendeiros [...]” (BRAND e ALMEIDA, 2010, p. 2). Ao prestar assistência aos índios, o governo brasileiro reforçou a política de definir um lugar para o índio.

Percebe-se, portanto, que a atuação do Serviço de Proteção ao Índio - SPI acabava por produzir no Estado de Mato Grosso a liberação de terras para a colonização do interior do país e o avanço agropastoril. De 1915 a 1928, o SPI “[...] demarcou oito reservas indígenas destinadas a abrigar a população guarani e kaiowá que vivia no que hoje é o sul de Mato Grosso do Sul, quais sejam: Amambai, Dourados, Caarapó, Porto Lindo, Taquaperi, Sessoró, Limão Verde e Pirajuí [...]” (CAVALCANTE, 2013, p. 84).

De acordo com Brand e Almeida,

O SPI, ao iniciar o processo de demarcação de terras para os Kaiowá e Guarani na região, parece prender-se ao que dispõe a Lei 725, de 24 de setembro de 1915, através da qual, ao mesmo tempo em que se renova o arrendamento de ervais nativos à Cia. Matte, libera-se a venda a terceiros de até dois lotes de terras de três mil e seiscentos hectares cada um. São, inicialmente, reservadas para usufruto dos Kaiowá e Guarani um total de três áreas de terras: Reserva Indígena Benjamin Constant, município de Amambai, através do Decreto de nº. 404, de 10 de setembro de 1915, com 3.600 ha, a Reserva Indígena Francisco Horta, município de Dourados, através do Decreto nº. 401, de 3 de setembro de 1917, com 3.600 ha e Reserva Indígena José Bonifácio, município de Caarapó, através do Decreto nº. 684, de 20 de novembro de 1924, com 3.750 ha (BRAND e ALMEIDA, 2010, p. 4).

As terras demarcadas até 1928 não possuíam o território que a elas seria destinado, como se pode ver na tabela abaixo:

TABELA 1 - Reservas Indígenas demarcadas criadas entre 1915 e 1928						
Terra Indígena	Grupo étnico	Município	População	Área (ha)	Área em posse dos indígenas (há)	Hectares por família – média de 5 pessoas
Amambai	Kaiowa	Amambai	7.934	2.429	2.429	1,53
Dourados	Guarani / Kaiowa e Terena	Dourados / Itaporã	11.880	3.474	3.474	1,46
Caarapó / Te'yikue	Guarani / Kaiowa	Caarapó	5.200	3.594	3.594	3,45
Porto Lindo / Jacarey	Guarani	Japorã	4.242	1.649	1.649	1,94
Taquaperi	Kaiowa	Coronel Sapucaia	3.180	1.777	1.777	2,79
Sassoró / Ramada	Kaiowa	Tacuru	2.300	1.923	1.923	4,18
Limão Verde	Kaiowa	Amambai	1.330	668	668	2,51
Pirajuí	Guarani	Paranhos	2.184	2.118	2.118	4,84
Totais			38.525	17.632	17.632	2,82
Dados fornecidos pela FUNAI, população estimada a partir do Censo populacional de 2010 e do SIASI – Sistema de Informações sobre Atenção à Saúde Indígena da SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena, Ministério da Saúde. Os dados refletem a situação até fevereiro de 2013.						

Fonte: CAVALCANTE, 2013, p. 89

De acordo com Pereira (2007, p. 6), “[...] a situação de reserva, imposta pelo SPI a partir de 1928, altera profundamente o padrão tradicional de assentamento das parentelas e aldeias”. Assim, passa a descaracterizar as terras indígenas de seu componente indispensável, de que se trata de terras de ocupação tradicional. Pereira (2007, p. 4) ainda afirma que o cenário político em Mato Grosso do Sul, “[...] sempre foi marcado pela hegemonia dos interesses dos grandes proprietários de terras. Isto teve implicações diretas no modo como os espaços das reservas foram concebidos”.

Nesse sistema de aldeamento compulsório, o SPI criou a figura do capitão que era indicado para o cargo pelo Chefe de Posto da própria instituição. De acordo com Pereira (1999, p. 118), o capitão

[...] reflete a situação de ‘índio aldeado’, sob a tutela do Estado, através da presença do chefe do posto indígena. [...] É uma espécie de *mburuvicha* geral para fins específicos, normalmente oriundo da parentela – *te'yi* - mais importante, com a qual desenvolve uma relação especial de clientelismo e apoio mútuo.

Sua incumbência era de manter a ordem interna, mediar às relações com os índios

[...] e cuidar para que todos se envolvessem nas atividades planejadas pelo órgão indigenista ou por outras agências indigenistas associadas aos objetivos do órgão indigenista oficial. O capitão e seus auxiliares estavam imbuídos de uma autoridade considerada fundamental para que o Chefe de Posto assegurasse o cumprimento de suas ordens (PEREIRA, 2007, p. 11-12).

Ademais de todo o processo de espoliação das terras indígenas, o SPI firmou entendimento de que os índios que estavam residindo fora das aldeias, em outras modalidades de assentamento, “[...] eram ‘índios desaldeados’, atribuindo-se a tarefa de aldeá-los, ou seja, transferi-los para dentro das reservas demarcadas” (BRAND E ALMEIDA, 2010, p. 9).

A exploração econômica dessa região continuou sendo marcada por inúmeras transformações. Como dito anteriormente, a exploração econômica começou com a erva-mate, posteriormente com a implantação dos projetos agropecuários dentro da política da “marcha para o Oeste”. De acordo com Brand (1997, p. 73), através do decreto-lei nº 3059, foram criadas as colônias agrícolas nacionais, “[...] buscando incorporar novas terras e aumentar a produção de alimentos e produtos primários necessários à industrialização, a preços baixos”. De acordo com Lenharo (1986b: 47), citado por Brand (1997, p. 74),

A ocupação dos espaços ditos vazios significava não simplesmente a ocupação econômica da terra, transformada em geradora de riquezas, mas, através de “métodos cooperativos”, a estratégia era armar um cerco ao latifúndio, de fôlego longo. Apoiar a pequena propriedade de modo a que ela, lentamente, corresse a velha ordem latifundiária e, aos poucos, instaurasse a nova realidade agrícola que o desenvolvimento industrial do país exigia.

A implantação das colônias, de acordo com o mesmo autor,

[...] trouxe, para os Kaiowá, problemas bem diversos daqueles criados com a Cia Matte Larangeiras. A Cia Matte Larangeiras interessava-se somente pelos ervais nativos localizados dentro da terra dos Kaiowá e pela mão-de-obra necessária para a exploração da mesma erva. Confrontavam-se eles, agora, com colonos em busca de propriedades. Portanto, o conflito entre as comunidades indígenas e a CAND foi imediato e total (BRAND, 1997, p. 75).

Além disso, a implantação dessas colônias em áreas de terras indígenas kaiowá e guarani marcou, como afirma Brand (1997), o início de uma difusa e complicada luta dos índios pela manutenção e recuperação de sua terra, negando-se a deixar suas terras, que foram vendidas pelo governo a colonos. Entre as décadas de 1950 a 1970, “período, também, de implantação das fazendas, inúmeras aldeias kaiowá/guarani foram destruídas e seus moradores dispersos. Famílias extensas foram desarticuladas” (BRAND, 1997, p. 90).

Nesse processo de desenvolvimento econômico e de colonização da população indígena, as décadas de 1970 com a soja e a de 1980 com a cana de açúcar correspondem ao processo de mecanização das terras. Com a liberação de terras, “os Guarani são percebidos pelos novos colonizadores como importante reserva de mão-de-obra nas diversas etapas dessa exploração regional” (AZEVEDO, *et all*, 2008, p. 11).

Devido à utilização da mão de obra indígena, faz-se imprescindível considerar que a manutenção de milhares de famílias indígenas, que se tornaram cada vez mais dependentes do trabalho assalariado nas usinas, “coloca o desafio de encontrar outras formas de sustentabilidade econômica para as comunidades indígenas no Mato Grosso do Sul” (AZEVEDO, *et all*, 2008, p.13), principalmente pelo seu atual processo de mecanização.

Como apresentado acima, depois das primeiras reservas criadas no período de 1915 até 1928, de 1929 até 1980 o Estado ficou ausente no processo de demarcação de terras. A partir da década de 1970, de acordo com Cavalcante (2013, p. 94),

[...] as demandas pela demarcação de terras indígenas começaram a se tornar cada vez mais evidentes e o governo federal não pôde mais continuar ignorando-as. Organizados politicamente e com a ajuda de alguns apoiadores, os Guarani e Kaiowá passaram a pressionar o governo federal para que este cumprisse com sua função de demarcar as terras indígenas em conformidade com o que estava previsto na legislação nacional.

As reivindicações indígenas sobre a demarcação de terras surtiram efeitos, entretanto os resultados foram pontuais e a luta indígena pela demarcação de terras ainda persiste. Na tabela a seguir são apresentadas as terras indígenas, do estado de Mato Grosso do Sul, em situação de estudo, delimitadas e declaradas.

Terra Indígena	Etnia	Município	Superfície (Ha)	Fase Do Procedimento	Modalidade
Amambai-pegua	Guarani Kaiowá	Ponta Porã	0,0000	Em Estudo	Tradicionalmente Ocupada
Apapegua	Guarani Kaiowá	Ponta Porã	0,0000	Em Estudo	Tradicionalmente Ocupada
Brilhante-pegua	Guarani Kaiowá	Paranhos	0,0000	Em Estudo	Tradicionalmente Ocupada
Dourados-Amambai-pegua	Guarani	Amambai, Dourados, Naviraí	0,0000	Em Estudo	Tradicionalmente Ocupada
Guyraroká	Guarani Kaiowá	Caarapó	11.440,0000	Declarada	Tradicionalmente Ocupada
Iguatemi-pegua	Guarani Kaiowá	Sete Quedas, Iguatemi	0,0000	Em Estudo	Tradicionalmente Ocupada
Iguatemi-pegua I	Guarani Kaiowá	Iguatemi	41.571,0000	Delimitada	Tradicionalmente Ocupada
Jatayvari	Guarani	Ponta Porã	8.800,0000	Declarada	Tradicionalmente

Tabela 2 - Situação das terras indígenas Kaiowá e Guarani em Mato Grosso do Sul					
Terra Indígena	Etnia	Município	Superfície (Ha)	Fase Do Procedimento	Modalidade
	Kaiowá				Ocupada
Ñandéva-pegua	Guaraní	Japorã	0,0000	Em Estudo	Tradicionalmente Ocupada
Panambi - Lagoa Rica	Guarani Kaiowá	Douradina, Itaporã	12.196,0000	Delimitada	Tradicionalmente Ocupada
Potrero Guaçu	Guarani Nhandeva	Paranhos	4.025,0000	Declarada	Tradicionalmente Ocupada
Sombreiro	Guarani Nhandeva	Sete Quedas	12.608,0000	Declarada	Tradicionalmente Ocupada
Taquara	Guarani Kaiowá	Juti	9.700,0000	Declarada	Tradicionalmente Ocupada
Urucuty	Guarani Kaiowá	Amambaí	0,0000	Em Estudo	Tradicionalmente Ocupada
Ypoi / Triunfo	Ñhandeva	Paranhos	0,0000	Em Estudo	Tradicionalmente Ocupada
Yvy-Katu	Ñhandeva	Paranhos	9.494,1636	Delimitada	Tradicionalmente Ocupada

Adaptado da FUNAI – situação em junho de 2014

Até aqui foi apresentada a contextualização histórica de ocupação do território kaiowá e guarani, bem como a utilização da mão-de-obra indígena de um modo geral. À frente é feita a contextualização histórica dos povos indígenas na região de Amambai e Dourados.

1.3 Os povos indígenas nos Municípios de Amambai e Dourados

A escolha das cidades de Amambai e Dourados, no estado de Mato Grosso do Sul, para o estudo das transições da atenção à saúde indígena, se deve por vários fatores: as Terras Indígenas de Amambai e Dourados são as mais populosas, forçando com que as intervenções na saúde sejam as de maior amplitude devido aos problemas de saúde que grandes populações apresentam; pela história da Missão Evangélica Caiuá na área da saúde, tendo sua base alocada inicialmente em Dourados, começando sua intervenção no período do SPI (1928), que perdura até hoje, como é analisado no próximo capítulo, dentre outros fatores.

Na tabela que se segue, a partir dos dados da FUNAI e dados adaptados de Cavalcante (2013), podemos constatar que tanto em Amambai como em Dourados, a luta pela demarcação de terras, consubstanciada a legislação nacional, é uma luta contemporânea e conflituosa nessas regiões entre os latifundiários e as populações indígenas. Há nesses municípios terras regularizadas, demarcadas até 1928, e terras em fase de estudo.

Tabela 3 - Situação das terras indígenas em Amambai e Dourados						
Terra Indígena	Etnia	Município	Superfície (Ha)	Fase do Procedimento	Modalidade	Observação
Aldeia Limão Verde	Guarani Kaiowá	Amambaí	668,0796	Regularizada	Tradicionalmente ocupada	Reserva indígena criada pelo SPI pelo decreto estadual 825/1928, com 900 ha. Trata-se de área com solo bastante arenoso e infértil. Teria sido destinada aos índios em substituição a Reserva de Amambai titulada em favor de particular.
Amambai	Guarani Kaiowá	Amambaí	2.429,5454	Regularizada	Tradicionalmente ocupada	Reserva criada pelo SPI pelo decreto estadual 404/9015 com 3600 ha, mas logo houve uma redução. Em 1926 o governo concedeu título definitivo de uma parte da área a um particular
Dourados	Guarani Kaiowá Terena	Dourados Itaporã	3.474,5957	Regularizada	Tradicionalmente ocupada	Reserva criada pelo SPI pelo decreto estadual 401/1917, com 3.600 ha.
Dourados Amambai peguá	Guaraní	Amambai Dourados Naviraí	0,0000	Em Estudo	Tradicionalmente ocupada	
Jaguari	Guarani Kaiowá	Amambaí	404,7055	Regularizada	Tradicionalmente ocupada	
Panambi-zinho	Guarani Kaiowá	Dourados	1.272,8035	Regularizada	Tradicionalmente ocupada	
Urucuty	Guarani Kaiowá	Amambaí	0,0000	Em Estudo	Tradicionalmente ocupada	

Adaptado de (CAVALCANTE, 2013, p. 95-97) com dados da FUNAI – situação em junho de 2014

A regularização da terra indígena reconhecida como tradicionalmente ocupada implica diretamente na organização social, política, econômica e, inclusive, na questão da saúde.

Amambai tem 2.429,5454 ha, com uma população atual de 7.934 habitantes, para um total de 1,53 ha por família. A projeção populacional para 2031, juntamente com a projeção da quantidade de hectares por família, é de 13.434 pessoas, alocadas em 0,90 ha por família.

Tabela 4 - Projeção de crescimento populacional						
Reserva Indígena	População					
	1991	2001	2008	2011	2021	2031
Amambai	2.416	5.106	7.108	7.934	10.694	13.434
Dourados	6.300	9.090	11.036	11.880	14.670	17.460

Adaptado de (CAVALCANTE, 2013, p. 92)

O município de Dourados segue a mesma lógica, Dourados tem uma área de 3.474,5957 ha, para uma população de 11.880 pessoas, para um total de 1,46 ha por família. A projeção populacional para 2031, juntamente com a projeção da quantidade de hectares por família é de 17.460 pessoas, alocadas em 1,00 ha por família.

Tabela 5- Projeção da quantidade de hectares por família em reservas entre 1991 a 2031						
Reserva Indígena	População					
	1991	2001	2008	2011	2021	2031
Amambai	5,03	2,35	1,71	1,53	1,14	0,90
Dourados	2,80	1,91	1,57	1,46	1,18	1,00

Adaptado de (CAVALCANTE, 2013, p. 92)

1.3.1 Município de Amambai

O Município de Amambai está localizado no sul da região Centro-Oeste do Brasil, Mesorregião do Sudoeste de Mato Grosso do Sul, da Microrregião de Dourados e próximo da fronteira com o Paraguai. Localiza-se a 359 km de Campo Grande, capital do estado, sendo asfaltados os acessos de Ponta Porã a Amambai (93 km), de Caarapó a Amambai (77 km) e de Dourados a Amambai (123 km).

A povoação dessa região intensificou-se com o fim da Guerra do Paraguai e com a exploração dos ervais pela Companhia Matte Laranjeira, logo depois com a exploração da madeira. Com o fim do ciclo da madeira, por volta de 1905, os gaúchos, sabendo que as terras dessa região eram semelhantes às da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina,

mudaram-se para lá, instalando nesta região diversas caravanas formadas por gaúchos e estrangeiros (BRAND e ALMEIDA, 2010).

Amambai inicialmente recebeu denominação de Paz Nhú Vera e depois Patrimônio da União, que foi posteriormente batizada de Vila União. Nessa época, Amambai pertencia ao distrito de Ponta Porã. Mais tarde, os serviços geográficos opinaram que fosse trocado o nome do lugar. Entre as ideias apresentadas surgiu Ervanópolis, Valenciópolis e Amambai. Considerando-se a originalidade e eufonia lingüística, os serviços geográficos optaram por Amambai. Amambai ganhou sua emancipação político-administrativa em 28 de setembro de 1948, pelo Decreto Lei nº 131 (LEVANDOWSKI, *et all.*, 2008).

A partir de sua emancipação política, Amambai iniciava uma nova vida administrativa, sendo Sidney Batista seu primeiro prefeito. Fez-se dona de todo sul de Mato Grosso de Sul e passaram a depender de Amambai os distritos de Iguatemi, Tacuru, Coronel Sapucaia e Paranhos. A emancipação do Município foi uma grande vitória para o povo da região. Sua cooperação a favor da região motivou a criação do município de Iguatemi, que mais tarde desmembrou-se de Amambai, bem como o de Sete Quedas, Paranhos, Tacurú e Coronel Sapucaia.

Atualmente, de acordo com os dados do IBGE a população do município é de 35.133 pessoas, em 2011, o que o coloca em 12º lugar no Estado, apresentando uma densidade de 8,360 hab/km².

1.3.1.1 As terras indígenas no Município de Amambai

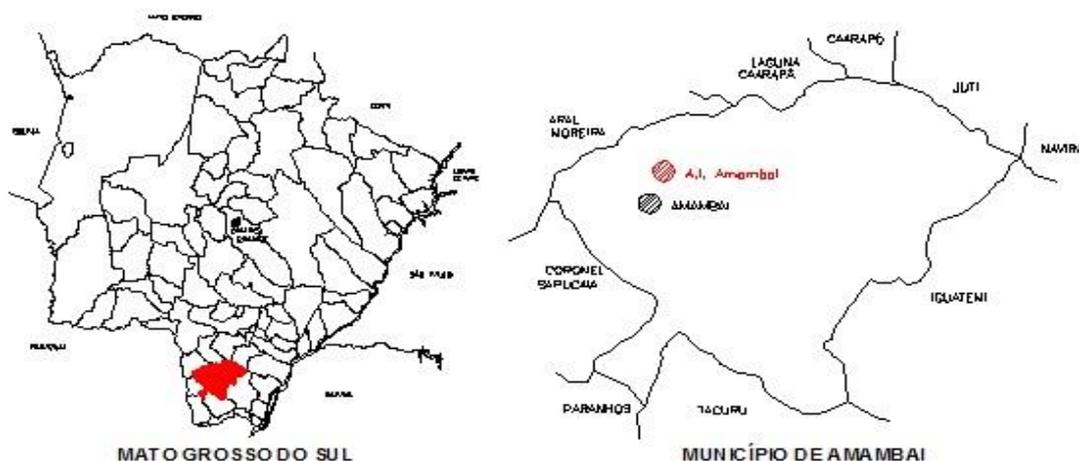
O Posto Indígena Benjamim Constant, no município de Amambai, conhecido hoje como Terra Indígena Amambai, foi criado pelo Decreto 404, de 15 de setembro de 1915. “Embora devesse ser demarcada com 3.600 ha, resultou em apenas 2.429 ha, devido a negociações realizadas pelo SPI com posseiros locais.” (MURA, 2006, p. 81). Somente a Reserva Indígena Francisco Horta e a Reserva Indígena José Bonifácio conseguiram preservar quase na sua totalidade, a superfície padrão.

Atualmente, no Município de Amambai, encontram-se três terras indígenas, a Terra Indígena Amambai, Limão Verde e Jaguari, como nas figuras a seguir.

A Terra Indígena Amambai localiza-se na porção sul do estado de Mato Grosso do Sul, “entre os paralelos 23°02’37”S e 23°06’07”S e os meridianos 55°09’10”WGr e

55°13'36"WGr, inserida em terras do Município de Amambai. Tem uma área de 2.429,5454 ha” (NEPPI, 2013).

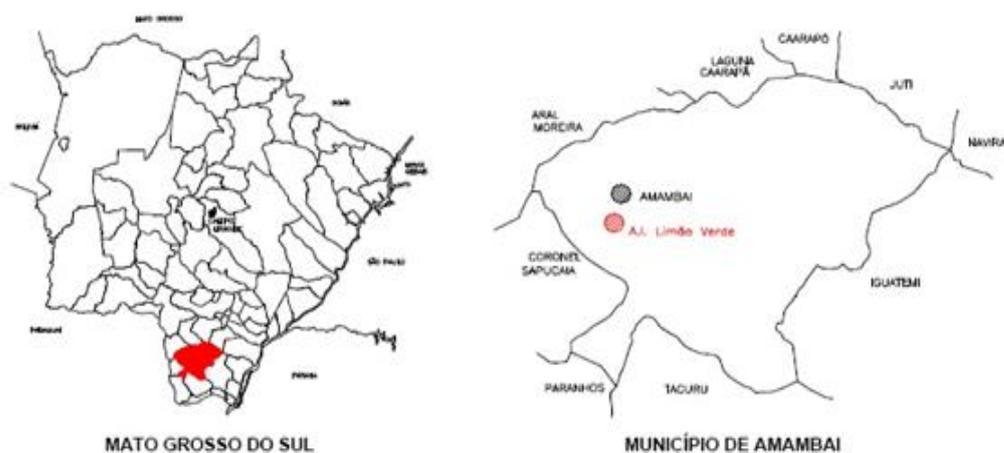
Figura 1



Fonte: NEPPI UCDB, 2013

A Terra Indígena Limão Verde localiza-se também na porção sul do estado de Mato Grosso do Sul, “entre os paralelos 23°09'07,5”S e 23°11'34,3”S e os meridianos 55°11'02,8”WGr e 55°13'00,8”WGr, inserida em terras do Município de Amambai. Tem uma área de 668,0796 ha” (NEPPI, 2013).

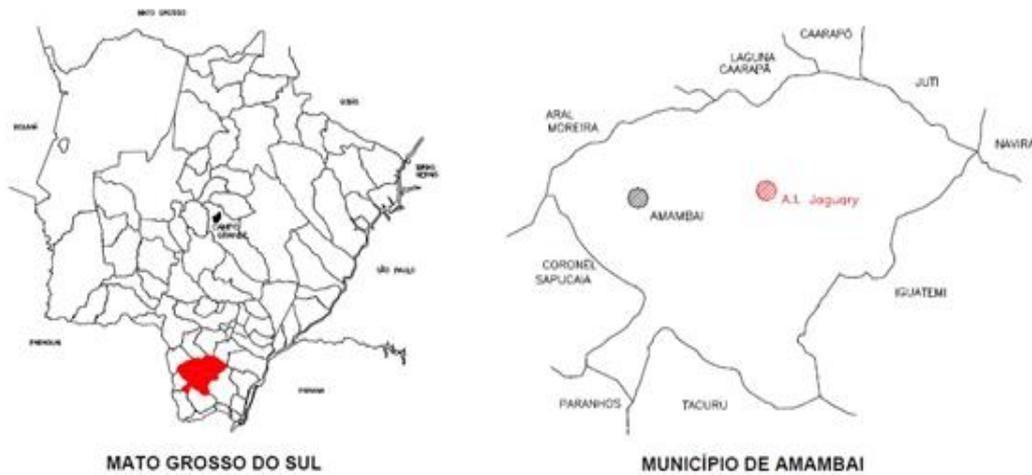
Figura 2



Fonte: NEPPI UCDB, 2013

A Terra Indígena Jaguarí localiza-se também na porção Sul do Estado de Mato Grosso do Sul e tem uma área de 469 ha.

Figura 3



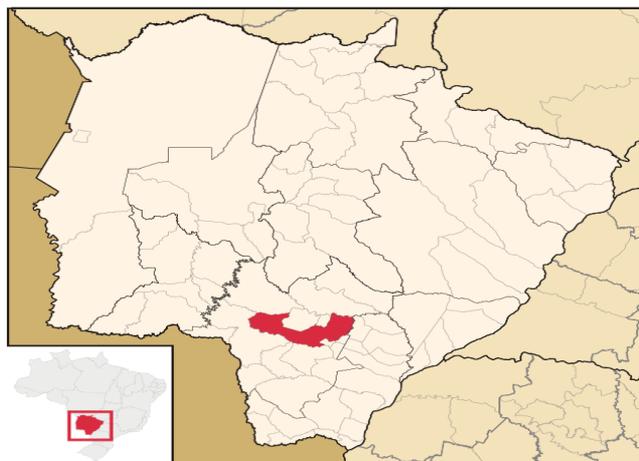
Fonte: NEPPI UCDB, 2013

1.3.2 Município de Dourados

Dourados está localizado no estado de Mato Grosso do Sul. O município é parte integrante da Mesorregião do Sudoeste de Mato Grosso do Sul e da Microrregião de Dourados, próximo à Serra de Maracaju e na bacia do Rio Paraná. Situa-se próximo à divisa com o estado do Paraná e próximo à fronteira com o Paraguai (cerca de 120 km). Localiza-se na latitude de 22°13'18.54" Sul e longitude de 54°48'23.09" Oeste. Está a uma distância de 235 km da capital estadual (Campo Grande).

O município faz divisa ao norte, com Itaporã, Douradina, Maracaju e Rio Brillhante; ao sul, com Ponta Porã, Laguna Carapã, Caarapó e Fátima do Sul; ao leste, com Deodópolis; e a oeste, com Ponta Porã.

Figura 4



Fonte: WIKIPEDIA, 2014

Como anunciado no tópico anterior, em 1870, com o término da Guerra do Paraguai, iniciou-se uma ocupação por não indígenas mais efetiva nessa região, que foi percorrida também pelos espanhóis e bandeirantes em busca de riquezas naturais. Em 1884 formou-se o povoado de São João Batista de Dourados, próximo ao Rio Dourados.

Pela Lei nº 658, de 1914, Dourados é elevado a distrito do município de Ponta Porã, e sua abrangência incluía os dois distritos policiais existentes na época (que foram criados em 1910). Foi aí que surgiu o Distrito de Paz. Nessa época, algumas pessoas já haviam fixado residência com suas famílias na região. Pelo decreto estadual nº 30, de 20 de dezembro de 1935, o município de Dourados foi oficialmente criado, sendo desmembrado de Ponta Porã, em 22 de janeiro de 1936. Seu primeiro prefeito nomeado foi João Vicente Ferreira.

Assim como Amambai, Dourados também teve parte do seu povoamento devido à ação da Companhia Matte Laranjeira S/A, que deteve o monopólio da exploração dos ervais em toda a região, entre os anos de 1882 e 1924. Entre 1893 e 1895 ocorreu a vinda de gaúchos, fugitivos na sua maioria, das consequências da revolução federalista, no Rio Grande do Sul. Mais tarde, nos anos 1970, mais uma leva chega à região, em razão dos preços baixos das terras.

Em 1943, pelo Decreto nº 5.941, foi criada a Colônia Nacional Agrícola de Dourados – CAND,

[...] instalada em janeiro de 1944, mas de fato implantada em 20 de julho de 1948. O decreto previa que deveria ser demarcada uma área não inferior a 300.000 hectares. Efetivamente foram demarcados 409.000 hectares, na região da bacia dos Rios Brilhante e Ivinhema, nas proximidades do atual município de Dourados (CAVALVANTE, 2013, p. 160).

Nessa época, de acordo com Cavalcante (2013, p.160), o Estado, por meio do governo de Getúlio Vargas "[...] promoveu o esbulho da maior parte das terras que então eram ocupadas por indígenas nessa região". Com a CAND, Dourados recebeu um fluxo grande de migrantes e imigrantes.

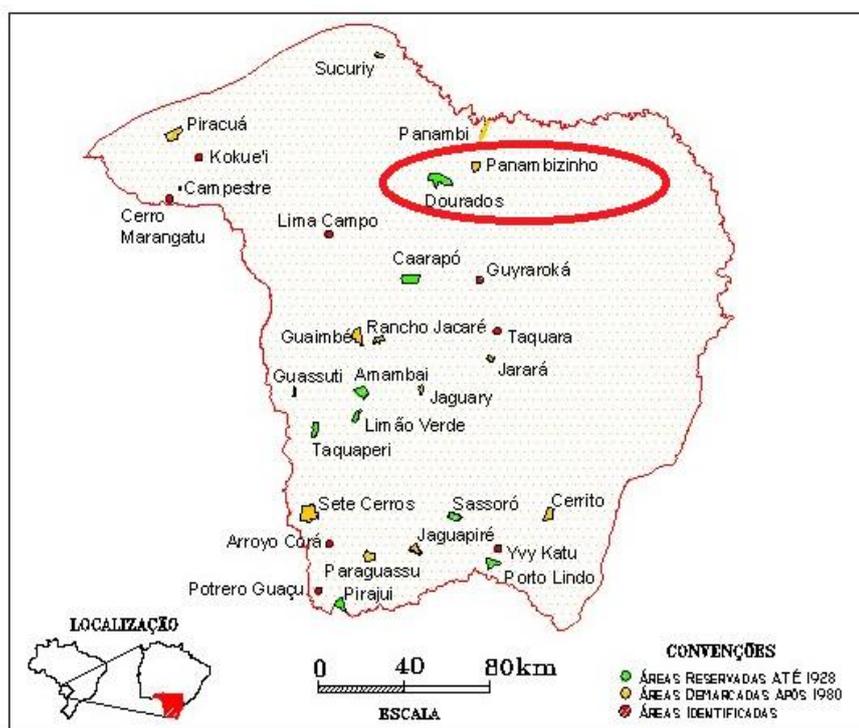
Como fruto da resistência dos indígenas frente ao avanço da CAND, "[...] surgiram duas aglomerações que recentemente foram reconhecidas como terras indígenas, sendo Panambizinho, no município de Dourados e Panambi - Lagoa Rica, nos municípios de Douradina e Itaporã" (CAVALCANTE, 2013, p. 160).

Atualmente o município de Dourados é o mais populoso do interior do estado e está entre os 140 maiores do Brasil. Pelos dados do IBGE Dourados tem uma população estimada, em 2013, de 207.298 habitantes, com uma densidade demográfica de 50,777 habitantes por quilômetro quadrado.

1.3.2.1 As terras indígenas no Município de Dourados

O município de Dourados tem duas terras indígenas, a reserva indígena conhecida como Dourados e a Panambizinho. A reserva indígena conhecida como Dourados foi criada em 1917, pelo Serviço de Proteção ao Índio, por meio do decreto estadual nº 401, chamada de Posto Indígena Francisco Horta Barbosa. Pelo que consta nesse documento, a segunda reserva criada pelo SPI, deveria ter uma área de 3.600 ha, porém a sua área total ficou de 3.474 ha. É importante ressaltar que, no município de Dourados, a TI Dourados foi criada no período do SPI, fazendo parte das oito reservas indígenas criadas até 1928. A terra indígena Panambizinho, foi reconhecida como terra tradicionalmente ocupada por indígenas no período pós 1980.

Figura 5



Fonte: Geoprocessamento do Programa Kaiowá/Guarani, NEPI, UCDB (2005), grifo meu

A história de Panambizinho⁹ enquanto terra apresenta um processo longo, desde a década de 1940, com a criação da CAND.

Situada em uma das regiões mais valorizadas e também mais produtivas do estado, a possível demarcação de terras indígenas levou a uma forte mobilização dos colonos atingidos. Contaram com o apoio de ocupantes de cargos públicos e entidades classistas dos ruralistas, além do previsível apoio da imprensa regional (CAVALCANTE, 2013, p. 212).

1.4. Transformações no ambiente e na sociedade kaiowá e guarani a partir da ocupação da região pelas frentes de expansão econômica

No Brasil, de acordo com os dados do IBGE 2010, existem 43.401 índios da etnia Kaiowá, sendo 21.847 homens e 21.554 mulheres. Da etnia Guarani 7.500 sendo 3.743 homens e 3.757 mulheres; da etnia Mbya 8.026, dos quais 4.045 são homens e 3.981 são mulheres e Ñandeva 8.596, sendo 4.352 homens e 4.244 mulheres. Cavalcante (2013, p.84), analisando os dados do IBGE, da SESAI e da FUNAI estima que "[...] a população Guarani e Kaiowá que vive em áreas de reservas indígenas, terras indígenas e acampamentos em Mato

⁹ Sobre esse assunto ver (CAVALCANTE, 2013).

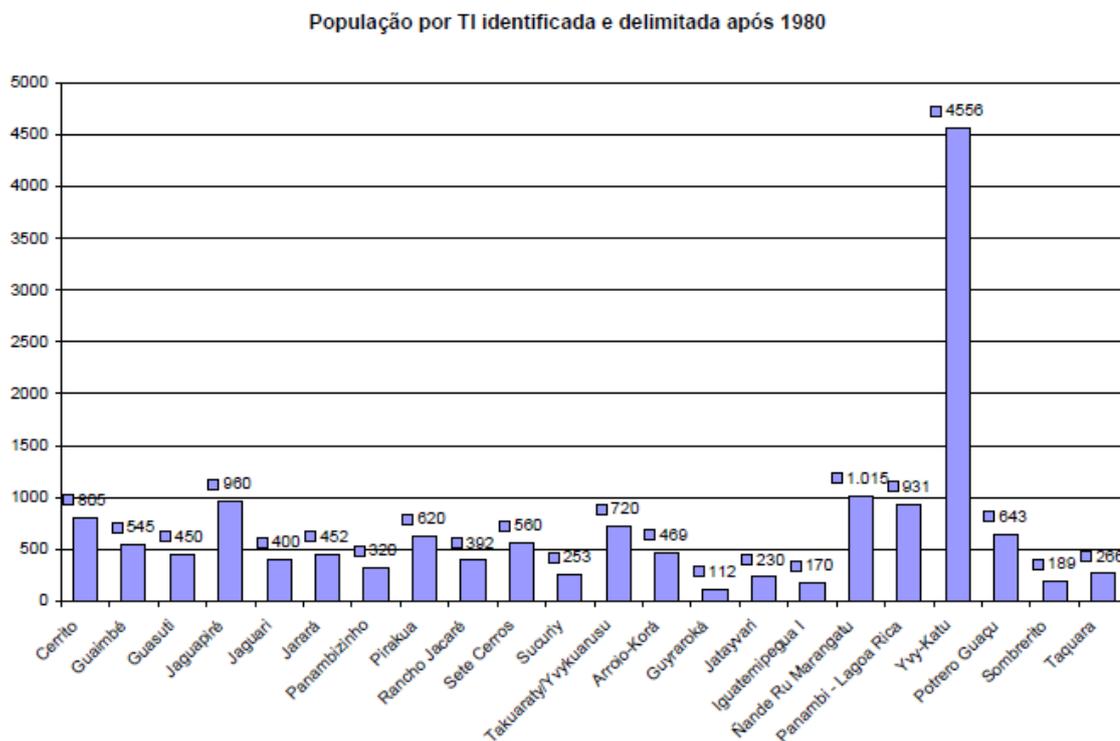
Grosso do Sul seja de 51.801 indivíduos, desses 2.630 vivem em acampamentos, 38.525 em reservas indígenas criadas pelo SPI e 10.646 em terras indígenas demarcadas após 1980".

Os dados do IBGE 2010 revelam que o Estado de Mato Grosso do Sul é o segundo mais populoso em relação à população indígena, com 77.025, dos quais 15.867 estão fora das terras indígenas, ficando para trás apenas do Amazonas. No Estado do Mato Grosso do Sul reside cerca de 80% do total da população Guarani do Brasil.

Segundo Cavalcante (2013, p.104), após 1980, a quantidade de hectares que estão de fato sob o usufruto indígena são

[...] apenas 30.415 hectares, ou seja, somente 22,02% das áreas reconhecidas estão efetivamente na posse dos indígenas, os outros 77,98% até o momento continuam sendo *terras de papel*. Todavia, apesar de não estarem sob usufruto indígena, estas áreas são computadas nos tão falados 12,64% do território nacional que atualmente são ocupados por terras indígenas, percentual este que frequentemente alimenta a retórica dos grupos contrários ao reconhecimento de novas terras indígenas.

As terras indígenas reconhecidas pós 1980 (CAVALCANTE, 2013) foram Cerrito, Guaimbé, Guassuti, Jaguapiré, Jaguari, Jarará, Panambizinho, Pirakua, Rancho Jacaré, Sete Cerros, Sukuri'y, Takuaraty/Yvykuanusu, Arroio-Korá, Guyraroká, Jatayvari, Iguatemipegua I, ÑandeRu Marangatu, Panambi - Lagoa Rica, Yvy-Katu, Potrero Guassu, Sombreiro e Takuara. De acordo com o gráfico abaixo segue as terras reconhecidas pós 1980 juntamente com a porção de terras a elas destinadas.



Fonte: Cavalcante (2013, p. 102)

Com isso, grande parte da população concentra-se em territórios insuficientes para garantir a sua sustentação sociocultural, bem como econômica, tendo em vista que esses espaços apresentam elevadas taxas demográficas, o que propicia precárias condições de sobrevivência. Desta forma, as relações sociais para se produzir um bom viver, é a articulação da prática religiosa, política, social, cultural e econômica. Essas dimensões são indissociáveis.

De acordo com Aquino (2012, p.28), a concentração em territórios insuficientes trouxe

sérias consequências como: doenças, superpopulação, morte, fome, miséria, desestrutura familiar, perda de sua cultura e língua, além de muitas outras mortes, de acordos com os mais velhos. Os conhecimentos tradicionais ficaram mais difíceis de ser praticados, porque os espíritos que fortalecem os rituais sagrados ficaram no lugar onde a maioria praticava por muito tempo os seus rituais. Quando a FUNAI juntou todas as famílias em um único lugar, tudo mudou! E as crianças são as que mais sofreram nesse cercamento. Foram privadas e reduzidas de seus espaços de aprendizado, pois eles nunca tiveram limites nem fronteiras para passear eram livres como pássaros.

Nessas áreas onde há maior concentração da população é onde as famílias indígenas enfrentam as maiores dificuldades, por conta da degradação de seu meio ambiente que acarreta modificações na economia interna.

A falta de trabalho leva os homens a procurarem trabalho fora dos territórios demarcados, principalmente nas destilarias, passando vários meses longe de suas famílias o que prejudica a organização social e cultural, causando desestruturação familiar, pois na cultura guarani a responsabilidade de educar os filhos é dividida entre os pais e os mais velhos, com a saída dos homens, as mulheres ficam sem recursos para a educação e manutenção dos filhos (DACOME, 2007, p.29).

A mão de obra utilizada no corte da cana de açúcar afeta, de maneira drástica, as populações indígenas do município de Amambai, Dourados e adjacências. Os índios que vão para as usinas sucroalcooleiras em busca de melhores condições para sobreviverem, deixam as suas famílias nas comunidades sem a presença da figura do homem e sem substituto para o exercício do seu papel.

No que se refere aos desafios atuais sobre a saúde, de acordo com o Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os povos indígenas no Brasil, principalmente “[...] os Guarani-Kaiowá de Mato Grosso do Sul, que vivem uma situação de extrema restrição territorial, com graves consequências sobre a situação alimentar [...]” (RELATÓRIO, 2008, p.123), apresentam um quadro de saúde “[...] complexo e dinâmico diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais” (RELATÓRIO, 2008, p.121). Quando falamos em Determinantes Sociais de Saúde em comunidade indígena, englobamos as políticas setoriais de saneamento, educação, habitação, emprego, serviços de saúde, demarcação de terras, alimentação e práticas tradicionais, conforme mostra o gráfico abaixo:



Fonte: BRASIL, 2013

Desta forma, de acordo com Aquino (2012, p.45), podemos concluir que

O principal problema atual é a falta de terra por estarmos vivendo num espaços muitos delimitados da reserva que tornam nosso transitar em grandes desafios. Sem esse espaço sagrada não há vida na terra, e nem podemos continuar a viver e sobreviver, e sem ela a nossa cultura e nossa tradição se enfraquecerão (sic).

Seguem abaixo indicadores atuais de saúde indígena dos municípios de Amambai e Dourados, disponibilizados pelo DSEI-MS:

Tabela 6 - Incidência da tuberculose e número de casos novos por polo base no ano de 2013

	Incidência de Tuberculose	Casos novos de Tuberculose
Amambai	357	45
Dourados	169	24

Fonte: Adaptado do DSEI-MS, 2014

A tuberculose, desde o período colonial (COSTA et all, 1988), tem forte incidência entre as populações indígenas no Mato Grosso do Sul, principalmente em Amambai, ficando abaixo apenas de Tacuru no quesito incidência de Tuberculose, com 719. Para novos casos não houve nenhum município com maior índice.

A tabela abaixo mostra um quadro alarmante quanto a doenças sexualmente transmissíveis, com o quantitativo de mulheres diagnosticadas com sífilis na gestação e com sífilis congênita, que é a transmissão da sífilis para o bebê, com graves consequências, tais

como: abortamento, natimortalidade, nascimento prematuro, recém-nascido com sinais clínicos de *Sífilis Congênita* ou, mais frequentemente, bebê aparentemente saudável que desenvolve sinais clínicos posteriormente. O tratamento é simples e efetivo, mas o companheiro também precisa fazer o tratamento.

Tabela 7 - Número de casos de Sífilis (adquirida+gestante) e de Sífilis Congênita diagnosticados no DSEI-MS em 2013

Polo Base	Sífilis (adquirida+gestante)	TOTAL	
		Sífilis Congênita	
Amambai	38	8	
Dourados	6	-	
Fonte: Adaptado do DSEI-MS, 2014			

A tabela a seguir mostra dados sobre as atividades de educação em saúde e distribuição de preservativos, uma proposta efetiva para diminuição dos índices de doenças sexualmente transmissíveis:

Tabela 8- atividades de educação em saúde e distribuição de preservativos

Polos	2013	
	DESCRIÇÃO	
	Ativ. Ed. DST	Dist. Preservativos
Amambai	625	12.262
Dourados	0	4.000
Total	625	16.262
	Em pessoas	Em unidades
Fonte: Adaptado de DIASI/DSEI-MS, 2014		

Os dados da tabela abaixo referem-se aos casos de violência e suicídio:

Tabela 9 - TOTAL DE CASOS DE VIOLÊNCIAS E SUICÍDIO POR POLO BASE EM 2013

POLO BASE	CASOS DE VIOLÊNCIA	CASOS DE SUICÍDIO
Amambai	288	13
Dourados	132	18
TOTAL	420	31
Total de violência e suicídio		451
Fonte: Adaptado de DIASI/DSEI-MS, 2014		

1.5. Saúde entre os Kaiowá: relação entre alma, corpo e espírito

Os Kaiowá têm dois conceitos de alma: a alma espiritual (*ñe'ẽ, ayvu*) - e a alma do corpo (*ã, ang, angue*). A primeira se manifesta através da palavra e toma seu lugar no corpo da mulher no momento da concepção (*oñapykano*). Durante a vida do homem essa alma fica na garganta, por isso que as doenças na garganta ou apenas dor de garganta é considerado muito perigoso para os kaiowá. A alma espiritual precisa ser descoberta pelo *tesapys* e depois passada à criança, logo depois que a criança pronuncia suas primeiras palavras.

Para Melià e o casal Grumberg (2008), o *ñe'ẽ* parece estar relacionada com sangue e leite materno, por isso que as transfusões de sangue só são possíveis entre parentes sanguíneos; o mesmo acontece com o aleitamento materno, a criança que perde sua mãe só pode ser amamentada por parente de sangue.

Há também três aspectos distintos da alma/espírito (*ñe'ẽ*) *tyke'yra, tyke'y mirĩ e tyvy mirĩ*. Se há falta de uma delas, o homem corre perigo de perder-se ou ser furtado por um espírito maligno, ou também por seres que aparecem em sonhos (*los pytumbory*) e *lhe* falta ânimo. As pessoas ficam debilitadas e só o *mba'ekuaa*, o médico, mediante rezas, pode liberar a alma ou indicar-lhe o caminho de volta. Uma ausência prolongada tem como consequência a morte. Quando a pessoa morre, o *ñe'ẽ* translada para o paraíso.

Já a alma do corpo se manifesta durante a vida, na sombra:

[...] es designada con la palabra *ã*. Se nos explicó este concepto, poniendo como ejemplo a aquellos Paĩ que se civilizaran y ya no viven más según el paĩ rek; son solamente paĩ ra'anga, sombras de Paĩ, pues perdieron su alma espiritual y no pueden volver más al paraíso de los Paĩ. Al morir el *ã* se torna *angue*, queda en la tierra y puede incorporarse en un animal. Los *angue* o animales poseídos por un *angue* constituyen un peligro para las almas, especialmente de parientes y amigos del difunto, porque los quieren seducir y llevárselos consigo (MELIÀ, GRÜMBREG e GRÜMBERG, 2008, p. 171)

Para Schaden, entre os Kayowá de Amambai, fala-se muito de morte por feitiço, nesse sentido

Se tiende a acusar en este sentido a la persona que haya hecho la última visita al enfermo. Se venga de la víctima por medio de prácticas de contra-hechizo. [...] Para neutralizar el contra-hechizo, el matador desenterra el cadáver o pedazo de él, tirándolo al río. [...] se quita un mechón de cabellos del difunto y se toma una víbora a la que se hace morder varias veces el mechón de cabellos; en una fogata junto a la sepultura, se quema viva la víbora, que se entierra con el difunto. Si el autor de la muerte no consigue desenterrar el difunto y lanzarlo al agua, morirá, 'porque la víbora es venenosa (SCHADEN, 1998, p.156).

Entre 1949 e 1951, o antropólogo Egon Schaden esteve nas terras indígenas de Dourados e Amambai, além de outras que este trabalho não contempla, realizando trabalho de campo, que publicou no livro "Aspectos Fundamentais da Cultura Guarani", apesar de ser

orientado pelo paradigma da aculturação¹⁰, que atualmente perdeu seu valor enquanto teoria norteadora das reflexões acerca do mundo kaiowá e guarani. No entanto, de acordo com Cavalcante (2013, p.190),

[...] a etnografia nela contida a transforma em leitura obrigatória não só para o conhecimento da história dos estudos sobre povos de língua guarani, mas também porque fornece dados etnográficos e reflexões etnológicas ainda muito valiosas. Tal avaliação ganha peso, sobretudo quando se leva em conta o fato de que na última metade do século XX ocorreram rápidas transformações no contexto local das aldeias guarani e kaiowá de Mato Grosso do Sul.

Continuando a discussão sob os aspectos que Egon Schaden (1998) traz sobre a medicina tradicional, o autor afirma que uma das forças mais destrutivas na sociedade kaiowá é a constante suspeita de práticas de magia negra no meio do grupo:

No hay mucha exageración en la afirmación de que el miedo de volverse víctima de prácticas de esa clase es preocupación cotidiana de todo Guaraní. Algunos grupos de la actualidad alcanzan en este sentido, en ciertas épocas, un estado de profunda exasperación colectiva, en que todos se creen amenazados por todos, situación que se explica en gran parte por la crisis aculturativa y, en especial, por el estado de **deprivation** y de miseria, como por las deplorables condiciones de salud en que viven.

Las prácticas de magia negra entre los Guaraní son encaradas como técnicas racionales con vistas a determinado fin, no habiendo en ellas nada de místico, ni de sobrenatural, a no ser en lo referente al origen de ciertos poderes. Y no se debe olvidar que esos indios en general se distinguen de sus vecinos [...] Me parece esclarecedora a este respecto la sencilla explicación dada por el Capitán Alerto, jefe Kayowá de Amambay, cuando recordaba que había gente - se refería por cierto a civilizados - que no cree en magia negra. Argumentaba en contrario, afirmando que existe hechizo contra todo; así, contra los pajaritos, el bodoque, contra el mono, el cuatí y otros animales, la flecha. Contra el tatú, el mundé. Explicación, pues, de carácter francamente naturalista y tecnicista. En general, el rezador tiende - consciente o inconscientemente - a estimular las ideas y preocupaciones relativas a la magia negra en el seno del grupo. Cuando no sea por otro motivo, puede serlo, por ejemplo, para encontrar y presentar razones satisfactorias que expliquen la falta de éxito en sus métodos de cura, me decía José Bourbon Catalán, famoso curador de Amambay, que sus pacientes mueren solamente cuando son alcanzados por hechizo; en un caso de esos, habría necesidad de atrapar al hechicero para deshacer el hechizo, tarea de la que se debería encargar no él, sino el capitán de la aldea. (SCHADEN, 1998, p. 155).

A pessoa mais temida ente os Paĩ é o feiticeiro (*paje vai/mohãý járy*) que pode tanto ser homem quanto mulher: ele consegue um objeto que, por meio mágico, introduz no corpo

¹⁰ "Atualmente, consideram-se equivocados os pensamentos e teorias baseadas nas ideias de perdas culturais ou aculturação. As culturas são entendidas a partir de seu dinamismo. O fato de não ser igual ao que eram alguns anos atrás não significa que não sejam elas mesmas, pois assim como os indivíduos mudam sem deixar de ser quem são, as culturas mudam sem que desapareçam, alias a mudança é condição para sua permanência. Nesse sentido, inegavelmente, por várias razões históricas, inclusive em decorrência do contato com os não indígenas, as culturas guarani e kaiowa passaram por inúmeras transformações. As relações econômicas certamente se alteraram, assim como as modalidades de territorialização e mesmo aspectos podem ser identificados de maneira muito semelhante ao encontrado no passado. O uso da língua guarani e a manutenção das práticas da religião guarani e kaiowa pela maioria da população são exemplos importantes observados na totalidade desses grupos em Mato Grosso do Sul". (CAVALCANTE, 2013, p. 191)

da pessoa cuja morte pretende causar. "El paje vai puede ser visto por el enfermo en el sueño o en una alucinación, muchas veces como perro que busca moderle" (MELIÀ, GRUMBREG e GRUMBERG, 2008, p. 172).

Quando trabalhei na saúde indígena, dois Agentes Indígenas de Saúde - AIS tentaram suicídio e narraram o ocorrido como o descrito por Melià. Para eles foi como se tivessem um sonho, um animal corria atrás dele e esse animal os seduziam a cometer suicídio. Esses dois viveram para contar a história. Um médico chegou à casa de uma indígena, minutos após ela ter se pendurado por um cadarço, o médico conseguiu impedir o suicídio. Essa mulher tinha vários problemas com álcool e tinha duas crianças pequenas, seu marido trabalhava na usina, ficava pouco tempo em casa. A história que contou foi que viu um animal que lhe dizia que os filhos dela iam ser mais bem cuidados se ela se matasse.

Para Schaden, entre os Kaiowá predomina a ideia de que as enfermidades corroboram com as más intenções das pessoas conhecedoras e portadoras de recursos mágicos.

La aparición de una epidemia o incluso de una serie de casos de enfermedades en la misma aldea y en corto espacio de tiempo puede, por eso, ocasionar considerables consecuencias sociales, generar la desconfianza, la desunión o hasta enemistades y luchas abiertas en el seno del grupo local, poniendo en acción fuerzas destructivas de la vida social existentes en estado latente. Es posible afirmar incluso que el sentido místico de solidaridad, el cual, si bien no une a toda la tribu, ni siempre a los individuos de determinada tribu, vuelve cohesionada la población de las diferentes aldeas, raramente sufre solución de continuidad que no sea por la atmósfera de inseguridad y descontento que domina a todos en situaciones de esa naturaleza (SCHADEN, 1998, p. 154).

As enfermidades mais perigosas que podem afetar toda a comunidade são as enviadas por Deus (*Ñandejára mba'asy*), especialmente as epidêmicas, e para combatê-las é preciso restabelecer o *teko porã* através das rezas. Existem rezas para fazer o mal e reza para desfazer o efeito maléfico da reza má. "*En opinión de los indios, los 'rezos para hacer el mal' no constituyen aún hechizo. Me dijeron que el 'hechizo' propiamente dicho es mohã vai hecho con restos de comida (cáscara de banana, de naranja, etc.), y de acción más lenta. No me quisieran enseñar la técnica*" (SCHADEN, 1998, p. 156).

Para Melià e o casal Grumberg (2008), os médicos-rezadores precisam ser especialistas na relação entre a alma e corpo. *Ñande Ru* é o único que pode se comunicar diretamente com os *tupãnguéry* para encontrar a causa da enfermidade e pode encontrar o objeto maligno que causa a doença e morte por feitiçaria. Mais frequentes que os verdadeiros *ñande ru* são os *mba'ekuaa*, rezadores que têm conhecimento das ervas medicinais - *pohã ñana*, para aplicar na comunidade. Na realidade, os Kaiowá consideram as pessoas mais velhas como *mba'ekuaa*.

Os autores Brand e Vietta (2004, p.235) afirmam que os rituais, que a princípio deveriam ser cotidianos, ocorre com pouca frequência, atraindo um pequeno número de pessoas, geralmente ligadas ao núcleo familiar do rezador.

Para Schaden (1998), as doenças podem ser originadas por qualquer corpo estranho, substâncias venenosas ou por qualquer forma prejudicial para a saúde, como consequência de magia negra, na qual o rezador só pode desfazer se encontrar o responsável, ou por via natural, que se dá pela conjunção de condições adversas ou por manifestações de certas divindades, podendo ser removida com ervas medicinais e auxílio de cerimônias religiosas.

Doldán (2009) corrobora com essa ideia, dizendo que as doenças para os Guaraní se classificam em dois grandes grupos: *Ñandejára mba'asy* - enviada por Deus, por meio de causas físicas ou naturais. "*En estos casos los curadores indígenas (Ñande Ru, Ñande Sy) tienen mejor predisposición para aceptar la colaboración de la Medicina Oficial*" (DOLDÁN, 2009, p. 87).

No segundo grupo, as doenças enviadas por "*payé vai*" (DOLDÁN, 2009, p. 87), que são doenças causadas pela desarmonia entre o paciente e o ambiente social. Doldán não atribui essa desarmonia à feitiçaria e, sim, a "*conflictos inter-personales, inter-familiares o inter-grupales, envidia, violación de tabúes, etc.;*" (DOLDÁN, 2009, p. 87). Para este autor, quando as doenças são circunstâncias desse grupo, somente os "*Ñande Ru y Ñande Sy pueden administrar el tratamiento eficaz, ya que los doctores no entienden esta clase de enfermedad*". De acordo com Doldán (2009, p.88-89),

Los pacientes interpretan el poder del payé en una de las tres siguientes formas:

-Ya como un maleficio que ordena una persona para anular a un rival en el amor, a un competidor en los negocios o a un adversario político. En ocasiones lo hace para castigar un deslealtad o una traición.

-Ya como un hechizo para obtener los favores de una mujer o de un hombre esquivos.

-Ya como un talismán para protegerse de los peligros: es el mba'e katu [...].

Para Melià, Grumberg e Grumberg (2008), o diagnóstico é feito analisando-se os sintomas e conversando com os doentes e sua parentela; podem ser parentes distantes, porque leva em consideração os antecedentes traumáticos tais como: sustos, encontros com espíritos malignos, etc.. Em todos os casos existe uma comunicação plena entre paciente e médico até chegar a um diagnóstico aceito. No tratamento usa-se uma variedade de plantas e seus derivados e também aplicam-se secreções humanas, como saliva, leite materno, óleo, especialmente para "*unciones y fracciones*". Também consideram importante a maneira como

o paciente se alimenta junto com os remédios, tendo em vista que os remédios são considerados delicados e não podem ser misturados com certas comidas. Ainda no tratamento

Se aplican también masajes por pellizco y por frotamiento, fricciones con sustancias farmacológicas, curas exsudativas con mucho abrigo e ingestión de té caliente, y se sopla sobre las partes enfermas con humo de tabaco, conjuntamente con explicaciones sugestivas (MELIÀ, GRUMBERG E GRUMBERG, 2008, p. 173).

De acordo com Doldán (2009), os quadros clínicos que conseguiram constatar entre os Guarani, atribuídos ao *paje vai*, foram tuberculose, depressão e estado terminal por câncer. Nesse sentido, Brand e Vietta (2004, p.235) afirmam que

[...] os Kaiowá e os Guarani acreditam que a proliferação e o surgimento de inúmeras doenças, entre as quais incluem o feitiço, a violência e o suicídio, indicam o desequilíbrio da sociedade, em face das inúmeras mudanças, e fazem uma distinção entre o potencial apresentado pelos ñanderu, no passado e no presente para controlar a sua incidência.

A morte para os Paĩ é a última e mais difícil prova da sua vida na terra que, em geral, é considerada como prova para a alma e preparação para a vida verdadeira na morada dos deuses (paraíso, 'terra sem males'). Desta forma,

Es en ese momento de la muerte cuando la solidaridad y corresponsabilidad social de los Paĩ nos parece más fuertemente visible. Toda la comunidade, en especial los parentes más cercanos y los viejos, participan y coadyuvan en la preparación del individuo para la muerte. Le acompañan con rezos, le cuentan de las bellezas de su futura vida y de los parientes ya muertos, con quienes se van a encontrar otra vez; hasta se les pide a veces llevar saludos a las almas de parientes difuntos. [...] Después de la muerte, los parientes del difuntos suelen alejarse por algún tiempo de su propia casa, si ésta cerca de la casa del difunto. Esta misma solía ser abandonada completamente y quemada. La razón es que se teme la vuelta de una de las almas del difunto, el angue, el alma que se manifiesta durante la vida en la sombra y que puede llamar el alma de cuerpo. Al morir, esta alma se queda en la tierra y puede incorporarse en algún animal y/o tornarse espíritu maligno que desea llevarse al alma de sus parientes y amigos para no estar solo. La que se traslada al paraíso y nunca muere es el alma espitural, ñe'ë que durante la vida se manifiesta en la palabra o através del hablar y tiene su asiento en la garganta (MELIÀ, GRUMBERG E GRUMBERG, 2008, p. 180-181)

Corroborando com essa ideia, Schaden (1998, p. 161-162) diz que um dos assuntos mais difíceis entre os Guarani é o que se refere à morte e às práticas funerárias, por conta do medo dos mortos. A morte mais temida é a morte da alma, que ameaça o morto e as pessoas "*infelices que se encontraren sobre la Tierra cuando ésta sea destruida*".

Nesse sentido, podemos afirmar que a condição de saúde, não é apenas a ausência de doença. A condição *sine qua non* de saúde se dá pela articulação da mente, corpo e espírito e são consubstanciadas entre si. Desta forma podemos dizer que, para o Kaiowá, "o corpo é são quando a mente é sã" (MURA e SILVA, 2012, p. 143).

A seguir começo a abordar as transições da assistência à saúde indígena, do SPI/FUNAI, da FUNAI/FUNASA e da FUNASA/SESAI. O próximo capítulo trata, além da assistência prestada pelo SPI e Missão Evangélica Caiuá, a contextualização socioeconômica e histórica desses processos.

CAPÍTULO 2

CONTEXTO SOCIOECONÔMICO E HISTÓRICO DOS PROCESSOS DE TRANSIÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA DO SÉCULO XX E INÍCIO DO XXI

Neste capítulo abordo o contexto socioeconômico e histórico no qual se deram os processos de transição da assistência à saúde criada no SPI, até a criação de uma política de saúde destinada à população indígena, vinculada ao sistema de saúde em vigência nacional. Dentro desse contexto, é importante abordar as epidemias que atingiram as populações indígenas, bem como os serviços incipientes de saúde, como os do SPI e da Missão Evangélica Caiuá.

2.1 O serviço de saúde do SPI

No Brasil do século XIX havia muitas doenças, tanto nas áreas urbanas como rurais, a febre amarela, malária, sarampo, doença de chagas e varíola estavam por toda parte e a organização do sistema de saúde era precária e não atendia às necessidades da maior parte do país. Oliveira (2011, p. 33) afirma que as medidas mais comuns tomadas por autoridades locais, uma vez que a teoria dos miasmas prevalecia, eram: a purificação do ar, limpeza de ruas e casas e evitar águas estagnadas.

[...] um dos responsáveis pela transmissão de doenças junto à população indígena, como no caso dos padres jesuítas José de Anchieta e Manoel de Nobrega, que eram tuberculosos, transmitindo a doença e provocando um grande número de óbitos entre os índios, por outro, as missões religiosas tornaram-se associadas ao processo de pacificação, as principais responsáveis pelos cuidados com a assistência médico-sanitária dos povos indígenas, desde o século XVI até o início do século XX (CHAVES, 2006, p. 29).

A história da Saúde Pública no Brasil tem sido marcada por reorganizações administrativas desde a criação da primeira organização Nacional de Saúde Pública em 1808. “A situação dos índios e demais populações que habitavam as áreas rurais do país, sobretudo em regiões mais afastadas, enfrentavam um problema comum: a insipiente oferta de recursos, profissionais e instituições ligadas ao atendimento à saúde” (OLIVEIRA, 2011, p. 41).

No que se refere à assistência à saúde da população indígena, percebo o mesmo processo de sucessivas reorganizações a partir do século XX, tendo em vista que, “[...] desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos por missionários de forma integrada às políticas de governo” (BRASIL, 2004, p. 113).

De acordo com Chaves (2006), do século XVI até o início do século XX, as missões religiosas eram as principais responsáveis pelos cuidados com a assistência médico-sanitária dos povos indígenas, bem como foram os principais responsáveis pela transmissão de doenças.

No início do século XX, a questão indígena tornou-se assunto de interesse no cenário brasileiro devido aos contatos conflituosos e violentos com os povos nativos, ocasionando massacres e disseminação de doenças transmissíveis, resultando em elevado índice de mortalidade. Desta forma, é possível afirmar que a questão indígena tornou-se assunto de interesse nacional, diretamente relacionada ao processo de expansão econômica (OLIVEIRA, 2011).

Em 1907, o Coronel Candido Rondon passou a desenvolver um trabalho com o lema: ‘Morrer, se necessário for, matar nunca’. Com esse trabalho conseguiu mostrar a necessidade de um serviço de âmbito nacional que prestasse assistência ao índio. Para Rondon, o índio era visto “como um indivíduo que estava num estágio infantil de desenvolvimento humano, necessitando de proteção e cuidados especiais por parte do Estado para sua evolução e integração à sociedade nacional” (CHAVES, 2006, p. 29).

Devido ao trabalho realizado, em 1910, sob a direção de Rondon, houve a criação do Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPI/ITN) através do decreto nº 8.072/1910, ligado ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio. A partir de 1918, o SPI/ITN passou a ser designado Serviço de Proteção ao Índio (SPI).

O SPI foi o primeiro órgão oficial a se responsabilizar pela assistência à população indígena. Segundo Chaves (2006, p. 30), “[...] o SPI estava imbuído de uma ideologia protecionista que transformou em um verdadeiro aparelho do poder tutelar ao longo dos anos, respaldado pela ideia da incapacidade civil relativa dos índios”.

O SPI em seus primeiros anos de existência organizava inspetorias para criar Postos de Atração, de acordo com Oliveira (2011, p. 41),

Quando havia recursos a viagem era acompanhada por um médico da região contratado pelo SPI para atender às necessidades imediatas dos índios. Muitas vezes os doentes eram levados para hospitais locais. Havia grande dificuldade neste aspecto, pois, além da falta de verbas para contratar um número de médicos que pudessem dar conta de atender todas as inspetorias do país, também não era fácil transportar os índios às cidades. [...] Outro problema era a escassez de

medicamentos e falta de recursos para transportar vacinas para regiões distantes dos grandes centros.

De acordo com Oliveira (2011, p. 53), para o SPI, adoecer significava estar impossibilitado de realizar os trabalhos propostos, bem como “[...] evidenciava que o Serviço deveria agir para evitar esta situação, e logo, as práticas culturais indígenas foram vistas como um fator que contribuía para a proliferação das doenças”.

Durante a década de 1940, o SPI, através do Dr. Herbert Serpa, elaborou um esboço para o Serviço Médico e Sanitário do SPI, contendo algumas sugestões para o serviço, tais como: criar um plano de trabalho; analisar o contexto epidemiológico, orientando que “[...] houvesse médicos chefiando sedes, médicos regionais que chefiariam enfermeiros que atuariam em postos como “vetores” das práticas higiênicas” (OLIVEIRA, 2011, p. 78) além de capacitação etnográfica para os médicos previamente, antes que os mesmos fossem trabalhar nas áreas indígenas. Também foi proposto

[...] a existência de 9 profissionais: um médico chefe geral e outros chefes regionais (uma para cada inspetoria) que deveriam circular pelos postos e realizar um levantamento acerca das condições sanitárias e da higidez dos índios. Deveriam também prestar atendimentos durante suas visitas. Sugeriu que estes médicos fossem acompanhados por um corpo técnico de enfermeiros. [...] o SPI deveria construir enfermarias, ou aproveitar as já existentes. O mesmo se aplicaria ao envio de medicamentos e equipamentos. Sugeriu também a requisição de 3 médicos sanitários, para auxiliar nos trabalhos de forma mais eficaz e colaborar com um levantamento epidemiológico e nosológico. O Serviço Médico e Sanitário deveria estar subordinado à Seção de Estudos e à SOA (Seção de Orientação e Assistência) e as despesas (incluía em anexo uma tabela de custos dos profissionais indicados e dos medicamentos, instrumentos e equipamentos) ficariam a cargo do SPI com as verbas de auxílio aos índios e do próprio Posto (OLIVEIRA, 2011, p. 79).

Essas sugestões visavam

[...] em princípio remover os conflitos possíveis de compreensão ou incompreensão entre os doentes e o médico, entre os usos e tratamentos dos índios e dos civilizados, entre as práticas fetichistas, em geral, dos índios, e as ciências dos civilizados, suficientemente racionais porém, inaceitáveis pelos índios (OLIVEIRA, 2011, p. 78).

Os projetos do Dr. Herbert Serpa não saíram do papel, os indígenas continuaram assistidos pelo SPI por meio de algumas enfermarias improvisadas, ou por hospitais das cidades mais próximas, ou recebendo visitas muito esporádicas de médicos contratados pelo Serviço. De acordo com documento da FUNASA (BRASIL, 2004, p. 113), em relação à assistência à saúde da população indígena, “[...] mesmo após a criação do SPI, não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática, restringindo-se a ações emergenciais ou inseridas em processos de ‘pacificação’”.

Durante as primeiras décadas de atuação do SPI, apesar ter criado mais de 67 postos administrativos e ser responsável pela assistência à saúde, “[...] o SPI não tinha uma estrutura organizada e abrangente de assistência à saúde” (CONFALONIERI, 1989, p.442). Portanto, não possuía um programa estruturado de ações de saúde e tampouco uma equipe própria de profissionais. Diante disso, “[...] sua atuação concentrava-se no atendimento às emergências no caso de epidemias de doenças transmissíveis ocasionadas pelos contatos dos índios com os não índios” (CHAVES, 2006, p.32).

Desta forma, como afirma Costa (1987, p.391), é possível perceber que

A assistência à saúde dos grupos indígenas foi sempre desorganizada e esporádica. Mesmo com a criação do SPI não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática à população. As informações disponíveis sobre condições de saúde vieram de relatos de missionários e de médicos participantes de expedições. Somente na década de 50 criou-se o SUSAS.

O atendimento à saúde através de um serviço organizado e sistematizado só veio a existir em 1952, com a criação de unidades volantes, com caráter voluntário, para tratar da alta incidência de tuberculose, com o médico sanitário Noel Nutels. De acordo com Oliveira (2011), em 1953 o SPI criou um plano de saúde que não saiu do papel, assim como as sugestões do Dr. Serpa. O Plano propunha a manutenção de uma farmácia e ambulatórios em cada posto, assinatura de contrato com médicos para que visitassem os postos pelo menos duas vezes ao mês. Desta forma,

[...] A saúde dos índios permanecia tematizada na documentação e negligenciada na prática. Contudo, essa era a realidade da maior parte da população brasileira. O discurso científico da higienização, da necessidade do tratamento das doenças e sua profilaxia legitimava a ação da medicina oficial, que continuava servir aos interesses do sistema vigente no sentido de mapear e conhecer as populações e suas práticas, controlar e inculcar comportamentos desejados e preparar a população para o trabalho e consequentemente para o progresso do país (OLIVEIRA, 2011, p. 87).

Em 1956, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA¹¹) tendo como objetivo, através desse trabalho, levar “[...] ações de saúde aos índios e as populações rurais de difícil acesso” (COSTA, 1987, p. 392). Após a criação do SUSA, “[...] o trabalho se ampliou para os povos indígenas do sul do mato grosso, e da área do Rio Negro (Amazônia)” (COSTA, 1987, p. 393).

De acordo com Costa (1987, p. 393), Nutels defendeu uma ação “[...] principalmente em relação à prevenção das doenças infecciosas, impediria a grande mortalidade que

¹¹ "O SUSA foi criado com o objetivo de prestar serviços aos índios e as populações de difícil acesso. Foi ligado administrativamente ao SNT, apesar de não restringir suas ações ao controle da tuberculose. Contou também com o apoio da FAB até 1964, que criou o Correio Aéreo Sanitário, ligado ao Correio Aéreo Nacional, transportando material e as equipes de saúde" (COSTA, 1987, p. 393).

normalmente se verificava entre os indígenas quando entram em contato com as frentes de expansão”.

Em 1958, o SUSA passou a contar com a sua própria equipe, composta de médicos, odontológicos e operadores de RX, estendendo a assistência às populações indígenas do sul de Mato Grosso, do Rio Negro, Amazônia, e populações rurais de difícil acesso. Desenvolveram ações de vacinação (inclusive BCG oral), testes tuberculínicos, cadastro torácico, extrações de dentes, atendimentos de clínica médica, inquérito epidemiológico e tratamento de parasitoses, além de educação sanitária.

Em 1961, no SPI foi criada a Seção de Assistência à Saúde Indígena – SASSI - que ficava responsável por mediar e articular acordos, convênios, campanhas, contratação de médicos e envio de medicamentos e equipe aos postos para realizar exames e atendimento aos índios. Em 1965, o SPI firmou convênio com o SUSA, a fim de ampliar os serviços implantados pelo SUSA nas demais aldeias da região com a contratação de mais profissionais de saúde, capacitados pelos padrões técnicos da Campanha Nacional de Controle da Tuberculose.

Em 1964, o médico Arlindo Dafico Crispim elaborou um Plano de Organização do Serviço de Saúde do SPI, que foi enviado pela Diretoria do Serviço ao Ministério da Agricultura. Na proposta, o SPI deveria comprometer-se com o atendimento médico, odontológico, aplicação de vacinas e medidas profiláticas.

O Plano de Crispim requeria: um avião para o SPI, viabilização de convênios com hospitais das cidades próximas aos postos indígenas, e verbas para que houvesse a contratação de um médico e um dentista por inspetoria pelo valor de 10 salários mínimos para o primeiro e 9 para o segundo e um enfermeiro para cada Posto recebendo provisões de 2 a 6 salários mínimos. Acrescentava ainda a necessidade de recursos para contratação de equipe administrativa (escriturários e almoxarifes), compra de medicamentos e materiais (equipamentos médicos e odontológicos) (OLIVEIRA, 2011, p. 92-93).

O SPI, nos últimos anos de atividades, através da SASSI, chegou a firmar Campanha para Erradicação da Malária, para tratamento da tuberculose que incluía exames e vacinações e tratamento das verminoses. De acordo com Oliveira (2011) e Canfalonieri (1989), os últimos anos do SPI foram marcados por frequentes denúncias de superfaturamento na aquisição de medicamentos e outros produtos e distribuição de medicamentos fora de validade.

De acordo com Costa, Miranda e Hautequestt (1988), no Estado de Mato Grosso do Sul, o SUSA acompanhou três etnias no tratamento à tuberculose: Terena, Kadiwéu e Kaiowá. Os Kaiowá, dentre as três etnias era os apresentavam maior taxa de incidência e a

maior proporção de tratamentos mal sucedidos. Esse acompanhamento iniciou no período do SPI e finalizou no período da FUNAI, conforme mostra a tabela abaixo:

Tabela 10 - Resultado do tratamento da Tuberculose em Grupos Indígenas

Grupos Indígenas	Cura		Abandono		Óbito		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Terena (1966 a 1980)	261	89,7	13	4,5	17	5,8	291	100
Kaiowá (1966 a 1980)	499	76,1	120	20,3	21	3,6	590	100
Kadiwéu (1966 a 1980)	32	80,0	6	15,0	2	5,0	40	100

Fonte: Adaptado de Costa, Miranda e Hautequestt, 1988.

No contexto político dos últimos anos do SPI, é importante destacar que, em nível internacional, a OIT criou a Convenção 107, de 1957, baseada na ideologia assimilacionista e integracionista. Foi ratificada pelo Brasil em 1966 e que conduziria a ações realizadas pela FUNAI, como explicitadas no próximo capítulo.

Sobre as ações de saúde, a Convenção nº 107 de 1957, em seu art. 20, traz o seguinte:

1. Os governos assumirão a responsabilidade de colocar serviços de saúde adequados à disposição das populações interessadas.
2. A organização desses serviços, será baseada no estudo sistemático das condições sociais, econômicas e culturais das populações interessadas.
3. O desenvolvimento de tais serviços acompanhará a aplicação de medidas gerais de progresso social, econômico e cultural.

No período do SPI a assistência à saúde apresentou avanços, tais quais: envio de medicamentos e equipe aos postos para realização de exames e tratamento de doenças como a tuberculose, malária e sarampo, porém permaneceu esporádica, perpetrada pelo modelo “campanhista”. Suas ações foram mais focadas no Parque Xingu, local que recebeu maior quantitativo de expedições. Contudo, como mostrado na tabela acima, a equipe do SUSA fez diagnóstico e tratamento de tuberculose em três povos indígenas no estado de Mato Grosso do Sul.

Na região cone sul de Mato Grosso do Sul, a Missão Evangélica Cuiá supriu, em parte, a falta do atendimento contínuo e permanente, principalmente em Dourados, como veremos a seguir.

2.2 A Missão Evangélica Caiuá - Contextualização Histórica

Gonçalves (2009), em sua dissertação de mestrado, realizou um estudo aprofundado sobre a criação e implantação da Missão Evangélica Caiuá em Dourados, bem como sobre o protestantismo no início do século XX. O autor afirma que o protestantismo buscava maior espaço e visibilidade na sociedade brasileira, ficando atento aos discursos e às preocupações que permearam o cenário político do Brasil em fins da década de 1920, como as ideias de civilização e progresso, impregnadas do positivismo.

Nesse sentido, intelectuais protestantes construíram um conjunto de ideias que visavam convencer a todos de que o protestantismo representava o que havia de melhor em termos religiosos na direção de uma “civilização”, tal como se poderia verificar nos países de formação protestantes (SANTOS, 2006, p. 193, apud, GOLÇALVES, 2009, p. 161), [sendo o protestantismo associado à civilização e a modernidade, ideia advindas de nações mais prósperas, cujo protestantismo se conformava a base política e econômica de países como Inglaterra e Estados Unidos].

Gonçalves (2009, p. 166) afirma que, sendo assim, a dimensão patriótica do serviço missionário estava baseada na compreensão de que as igrejas protestantes brasileiras seriam coparticipantes no projeto de construção da nacionalidade, na medida em que se tornassem mais identificadas com esse projeto.

No contexto da década de 1920 surgiu a Missão Evangélica Caiuá. Gonçalves (2009) afirma que a instalação da missão entre os índios Caiuá de Dourados foi precedida de viagens exploratórias ao sul do então Estado do Mato Grosso, pelos missionários Maxwell e Nélon de Araújo. A Missão Evangélica Caiuá foi criada em 1928 pelo missionário Albert Maxwell, inicialmente em parceria com a Igreja Presbiteriana do Brasil, com a Igreja Presbiteriana Independente e com a Igreja Metodista, responsáveis pela realização de trabalhos evangelísticos, assistenciais, educacionais e também na área da saúde.

Ao estabelecer um trabalho missionário no período do SPI, havia uma orientação com a qual as igrejas precisavam se atentar, levando em consideração:

[...] a Abordagem Industrial e Econômica – essa estratégia teria como objetivo, sobretudo, através da disseminação de fundamentos do Evangelho, transformar indígenas nômades em grupos com residência fixa. A fixação dos indígenas deveria ter em vista a introdução de novos valores e hábitos, principalmente, os relacionados ao trabalho; [...] A abordagem educacional – qualquer estação missionária protestante deveria desenvolver atividades educacionais com dois objetivos principais: (1) desenvolver em suas mentes as grandes verdades cristãs e um novo conceito de vida (2) incorporá-las [mente] na vida cidadã. Sabe-se que o estabelecimento de escolas entre grupos indígenas também foi uma prática extremamente utilizada por missões religiosas, bem como pelo Estado; [...] A abordagem médica – a preocupação com atividades voltadas à saúde dos indígenas concorria com a afirmação de Frederico Hoehne de que os missionários deveriam ter em mente o auxílio às condições materiais e de vida dos índios. Além disso, a oferta

do saber médico foi entendida como elemento indispensável para a atuação missionária, uma vez que funcionaria como elemento de aproximação entre os religiosos e os indígenas, bem como poderia contribuir para que os métodos de cura praticados pelos próprios índios caíssem em descrédito. Essa estratégia poderia também funcionar como um instrumento de aproximação com elementos não indígenas que porventura habitassem nas proximidades dos indígenas. Seu avanço em direção à civilização deve ser dirigido cientificamente por uma política profilática altamente organizada, para proteger o complexo da missão e os índios da ancilostomíase, malária, verminoses intestinais, sarampo, varíola, tuberculose, doenças venéreas e outras, para poupar as crianças, que morrem em grande quantidade. As estações missionárias devem ser grandes centros de atividade médica, até mesmo exercendo uma grande influência entre os colonizadores em volta (CHRISTIAN WORK IN SOUTH AMERICA, vol. I, 1925, p. 191) [e por último] A Abordagem Social – A atuação das missões protestantes entre os índios deveria trabalhar em duas direções: (1) Ajudar o governo na ocupação de estações onde os pioneiros conflitavam com os índios, de forma que: (2) as estações missionárias auxiliassem na solução de problemas relacionados à situação de exploração, na qual os índios foram submetidos por comerciantes perspicazes e extrativistas (CHRISTIAN WORK IN SOUTH AMERICA, vol. I, 1925, p. 192, apud GONÇALVES, 2009, p. 141-143).

Após a confirmação do sustento para os missionários, a primeira equipe a ser enviada para o atual Mato Grosso do Sul, através da criação da Associação Evangélica de Catequese dos Índios do Brasil – AECI, foram enviados:

[...] reverendo Alberto Sidney Maxwell, missionário norte-americano; missionária Mabel Davis Maxwell, esposa do reverendo Maxwell; Néelson de Araújo, missionário médico, membro da Igreja Metodista de Juiz de Fora (MG); Esthon Marques, missionário professor e dentista, muito provavelmente membro da Igreja Presbiteriana Independente de Campinas; João José da Silva, missionário agrônomo, Guilhermina Alves da Silva, missionária professora, ambos membros da Igreja Presbiteriana de Lavras (MG). Acompanhou o referido casal o filho Erasmo, ainda criança.

[...] Essa equipe de missionários estabeleceu-se na Vila de Dourados no início do mês de abril de 1929, pondo em marcha um conjunto de ações referentes à instalação e organização da Missão Caiuá, ao conhecimento do “campo de trabalho” e ao estabelecimento dos primeiros contatos com as comunidades indígenas e a população não-índia do lugar (GONÇALVES, 2009, p. 151-152).

Como observado, os planos da Missão para evangelizar os índios estavam diretamente relacionados à formação profissional dos membros da equipe. O reverendo Alberto Maxwell era ministro da Igreja Presbiteriana do sul dos Estados Unidos e missionário da Missão Leste do Brasil. “[...] Cada um dos integrantes da equipe se tornou responsável pela direção da atividade da sua competência, que, junto com as outras atividades, visava atrair o indígena para uma relação de proximidade com os missionários, de forma a propiciar a evangelização” (GONÇALVES, 2009, p. 180).

Desta forma, a 'civilização' que a Missão desejava alcançar, se daria tão somente se os índios adotassem novos costumes e práticas relacionadas à saúde, ao trabalho e, sobretudo, às crenças. Através dos missionários agrônomos, os índios receberiam instruções sobre os métodos agrícolas. Com o missionário médico, foram adotados novos métodos preventivos e

de cura no processo saúde-doença, "considerados mais eficazes que as formas tradicionais de tratamento de doenças, geralmente, ministradas por líderes religiosos indígenas". (GONÇALVES, 2009, p. 181).

Com os missionários educadores investiu-se na alfabetização em Português, "[...] por ser a língua nacional o veículo facilitador de comunicação e transmissão de saberes do mundo dos não-índios. Por último, o ensino dos valores cristãos protestantes seria realizado através das leituras bíblicas, dos cânticos, como também das orações e das devoções" (GONÇALVES, 2009, p. 181).

Diante deste contexto, já nos primeiros meses de instalação em Mato Grosso (do Sul), alguns missionários empreenderam visitas às terras indígenas localizadas no entorno de Dourados, como as de Caarapó e Amambai. "Essas viagens de exploração do campo missionário possibilitaram aos missionários obter maior conhecimento sobre as dificuldades a serem vencidas e as estratégias a serem desenvolvidas no projeto de evangelização" (GONÇALVES, 2009, p. 178).

Essas viagens possibilitaram a expansão das atividades da Missão Evangélica Caiuá, diretamente relacionadas à demanda no atendimento à educação e à saúde. O reverendo Albert Maxwel, ainda na década de 1930, iniciou uma extensão da missão, em Amambai e na década de 1950, em Caarapó. No decorrer da década de 1960, a missão abriu um campo missionário em Tacuru, na terra indígena Sassoró; em Jacareí, na terra indígena Porto Lindo e em Coronel Sapucaia, na terra indígena Taquapery (BRAND e VIETTA, 2004).

De acordo com Brand e Vietta,

[...] na década de 1950, o reverendo Euládio Valentim lança as bases dos trabalhos da missão em Caarapó, representando a segunda extensão [...]. O critério, segundo o reverendo Benedito, foi sempre a ausência de outras instituições atendendo os índios e as demandas nos campos da saúde e educação. O reverendo Eugênio afirma que os trabalhos se iniciaram, em Caarapó, exatamente tendo em vista o atendimento à saúde, pois o número de doentes entre a população kaiowá e guarani na região era muito alto, em decorrência das epidemias. Inicialmente o atendimento era feito através de equipes volantes, enviadas de Dourados, mas, com a sedimentação do trabalho, a Missão Evangélica Caiuá sentiu necessidade de fixar uma equipe de missionários no local (BRAND e VIETTA, 2004, p. 228-229).

A missão, de acordo com Gonçalves (2009), no que se refere aos indígenas, contribuiu para a criação da imagem do índio pobre, miserável e pecador, constantemente explorado pelo homem branco. Assim, os indígenas eram apresentados como pobres patrícios que se acham numa condição de carência de recursos materiais como alimento, roupas e medicamentos, e tal condição era associada à consequência da ausência da fé cristã. É neste contexto, de

ausência do Estado, que a Missão ganhou espaço e implementou uma assistência à saúde com o objetivo de evangelizar e tornar os índios ‘civilizados’.

2.2.1 A Missão Evangélica Caiuá e a Assistência à Saúde

De acordo com Oliveira (2011), em algumas regiões do país, como Dourados e Amambai, as doenças dos índios eram tratadas por missionários. A partir de 1940, muitas aldeias receberam pastores de igrejas evangélicas pentecostais que passaram a atuar nos postos com consentimento dos encarregados do SPI.

Em alguns Estados, de acordo com Oliveira (2011, p. 81), era uma relação conflituosa, sendo materializado em jornais publicando acusações de ambos os lados.

Uns privilegiavam os trabalhos das missões, outros garantiam espaço ao SPI para defender-se. Rondon, em nome do SPI e CNPI, frequentemente apontava que a educação oferecida pelos religiosos era precária, que os padres falhavam em não ensinar aos índios os trabalhos com a terra, criticava a obrigatoriedade dos indígenas a participarem das cerimônias religiosas, denunciava que não forneciam terras suficientes para a reprodução da vida indígena e que a submissão a estas instituições causava dependência econômica dos índios em relação às missões que agiam de maneira assistencialista. Os missionários por sua vez denunciavam maus tratos aos índios por parte dos funcionários do Serviço. [...] Por outro lado, a ação missionária muitas vezes preenchia lacunas que a ação do Serviço não alcançava como no caso da assistência médica aos índios. Muitas missões possuíam enfermarias bem equipadas, profissionais da saúde e alguns chegaram a construir hospitais, particularmente os salesianos que atuavam na região do Mato Grosso e Amazonas desde 1914 e ali construíram diversas escolas, enfermarias e hospitais. Por outro lado havia acusações de que certas missões desviavam as verbas garantidas pelo governo para a assistência aos índios, para adquirir terras e atender outros interesses econômicos.

Em se tratando da Missão Evangélica Caiuá, as atividades de assistência à saúde indígena também foram apresentadas como um dos canais para o ensino do Evangelho, juntamente com a educação e pregação do evangelho. Ao médico da missão "[...] convinha ministrar ao corpo dos índios o cuidado da ciência médica enquanto que o Evangelho lhes redimia a alma. Assim, ao desenvolver suas atividades, a Missão proporcionaria aos indígenas os benefícios materiais, temporais e, sobretudo, da salvação de suas almas" (GONÇALVES, 2009, p. 183).

Na vicissitude da assistência à saúde como mecanismo de evangelização, Brand e Vietta (2004, p. 228) dizem que a assistência à saúde sempre atraiu muitos índios para o conjunto dos trabalhos realizados pela missão, no qual se inclui a evangelização. Até certo ponto, afirmam os autores, "[...] o hospital e a distribuição de remédios permitiram, ainda,

uma relação de troca entre a missão e seus congregados e são vistos dessa maneira, no início criaram um centro de atendimento à saúde".

O trabalho da missão na área da saúde se deu/dá de várias formas: nos seus primórdios, com atendimento ambulatorial; depois com a criação do hospital na sede (1963), que atende exclusivamente a população indígena. Fernando de Souza (2013), presidente do Conselho Distrital Indígena – CONDISI - e membro da Igreja Presbiteriana, fala um pouco da missão:

Na missão eles tinham uma equipe mais ou menos estruturada né, montava-se ambulatório, era grande e ali tinha equipes de profissionais das igrejas que vinham para cá fazer um trabalho evangelístico e ao mesmo tempo eles tinham disponibilidade para fazer essa parte da saúde. Tinha médico, tinha enfermeiro, tinha dentista, tinha essa equipe básica aí, então eles vinham de outras regiões do país. Vinham de São Paulo, Minas, Rio, inclusive dos Estados Unidos que tinha os profissionais que vinham pra fazer esse trabalho evangelístico e aí como montaram um laboratório e já casava essas três coisas: Educação, saúde e evangelismo.

Portanto, podemos observar que o estudo de Gonçalves (2009) e a experiência vivida por Souza são complementares no que diz respeito à essência do trabalho da missão: utilizar-se da educação e da saúde para evangelizar, uma vez que, nesta região, as ações de saúde do SPI eram esporádicas.

Além das atividades que a missão desenvolvia com o intuito de evangelizar, na década de 1960, a missão "[...] tinha ganhado permissão pelo [Serviço de Proteção ao Índio] - SPI para atender toda a região ocupada pelos índios Kaiowá e Guarani, indicando ter o SPI transferido suas responsabilidades no atendimento dessa população à missão" (BRAND E VIETTA, 2004, p. 229). Desta forma, quando a Missão Evangélica Unida quis se instalar na região, coube a Missão Evangélica Caiuá a destinação de áreas para se instalarem. Tal fato mostra como o Estado sempre deixou nas mãos de terceiros as ações que não consideram essenciais para o desenvolvimento econômico do país.

Atualmente a missão tem convênio com o SUS – Sistema Único de Saúde, como ONG sem fins lucrativos, que presta serviços na área da saúde indígena. A mesma se inclui no chamado terceiro setor, participando da relação público/privado, contratando, através de recurso federal, seu quadro de profissionais para trabalhar na saúde indígena no estado de Mato Grosso do Sul.

Seguem abaixo informações contidas no DATASUS, a respeito do convênio existente com a Missão Evangélica Caiuá, para o Hospital e Maternidade Porta da Esperança.

Tabela 11- Estabelecimento de Saúde - Missão Evangélica Caiuá					
Estabelecimento de Saúde					
Nome:		CNES:		CNPJ:	
MISSAO CAIUA		2371332		03747268000180	
Nome Empresarial:		CPF:		Personalidade:	
MISSAO EVANGELICA CAIUA		--		JURÍDICA	
Logradouro:		Número:		Telefone:	
ROV DOURADOS ITAPORA		02		(67) 3421 4197	
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:	UF:	
C P 04	ZONA RURAL	79804970	DOURADOS - IBGE - 500370	MS	
Tipo Estabelecimento:	Sub Tipo Estabelecimento:	Esfera Administrativa:		Gestão:	
HOSPITAL GERAL		PRIVADA		MUNICIPAL	
Natureza da Organização:			Dependência:		
ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS			INDIVIDUAL		
Número Alvará:	Órgão Expedidor:		Data Expedição:		
00012533	SMS		08/06/1998		

Adaptado de (DATASUS, 2014)

Dentro dos convênios realizados, a missão possui também um convênio para o desenvolvimento de programa voltado para a promoção, vigilância proteção e recuperação da saúde indígena, como consta no SICONV. Segue abaixo informações retiradas do *site*, com acesso liberado.

Nem todos os convênios são exclusivos para o município de Dourados, nem só para Mato Grosso do Sul, pois a Missão Evangélica Caiuá passou a desenvolver programas voltados para a promoção, vigilância, proteção e recuperação da saúde indígena em outros Estados como Minas Gerais e Paraná.

Sobre a Missão, no período da FUNASA e da SESAI, Trabjer (2014) traz a seguinte colocação, de acordo com a sua vivência:

[...] Agora, por que Missão? A Missão está implantada na região a mais de 80 anos com ação nas aldeias, e não é exclusivamente aqui em Dourados. Tem em Amambai, em Tacuru e em todo lado. E ela serviu como um bonde auxiliar no momento em que precisavam contratar RH. Já estava implantada dentro das aldeias. Foi feito convênio de prestação de serviços, beleza. No momento em que você põe uma instituição religiosa, lógico que ela vai preferencialmente vai dar oportunidade pra quem? Já tive grandes discussões, eles sabem minha posição. Não quero que misture proselitismo religioso com saúde, mas fazem, e vão continuar fazendo. Enquanto o Estado não assumir a sua função de forma responsável, vai ter que delegar pra alguém. Dentro da delegação de função pra Missão, da mesma forma que delegou pra Missão Evangélica Caiuá, aqui em Mato Grosso do Sul, delegou pra um montão de ONG's e Universidades no resto do país. [...]. Se teve uma coisa que a gente cobrou desde o início, foi a prestação de contas. Então eu não vou entrar em outras discussões, aqui, enquanto houve um controle por parte do órgão gestor, que era a FUNASA, por parte do Conselho Distrital de Saúde Indígena, que todo ano acompanhava essa prestação de contas e havia uma interlocução réplica entre esses distintos pilares, a coisa andou. E a gente não tem conhecimento de desvios por parte da Missão, fora o privilégio em contratar seus irmãos de fé, do mesmo jeito eu não posso dizer que eu não fui contratado.

Pela visão de Trajber, é possível observar que a Missão Evangélica Caiuá tem, desde sua criação, em 1928, um fim evangelístico, utilizando-se das ações de saúde, bem como da escola para anunciar o evangelho cristão. Mas, independentemente de discordar ou concordar com tal finalidade, a Missão, na área da saúde, tem cumprido com o seu papel na contratação de recursos humanos, apresentando a prestação de contas para o CONDISI. Cabe ressaltar que Trajber (2014) se envolveu com o controle social desde 2001, fazendo parte do CONDISI como representante dos trabalhadores da saúde (25%), como veremos mais adiante.

2.3. A conjuntura política dos processos de transição

2.3.1 Da década de 1910 a 1960

A medicina brasileira, nos primeiros anos da República, sofreu influência do positivismo. Segundo Comte, a medicina não era apenas uma ciência de teorias abstratas, mas um instrumento para instituir a moral desejada. De acordo com Oliveira (2011, p. 34), “[...] isto significava que a medicina deveria estar associada diretamente à sociologia e conseqüentemente ao poder público e seria capaz de colocar em vigor as atribuições destas duas ciências”.

Desta forma, observa-se que as discussões sobre a eugenia¹² permeavam os primeiros anos da República brasileira e, sobretudo, condenavam a população do país à inferioridade. Sobre a questão da eugenia, Oliveira (2011, p. 35) afirma que

[...] se por um lado a mestiçagem poderia ser a solução para que chegássemos ao tão sonhado progresso e civilização, por outro aparecia, neste contexto, algo capaz de redimir a população e curá-la deste fardo: as políticas de saúde e saneamento. Os cientistas deste período, particularmente os médicos e sanitaristas, passaram a

¹² De acordo com Mai e Angerami (2014, p. 253), “[...] a eugenia era considerada a chave magna da regeneração humana, estando os seus desígnios relacionados ao “estudo e applicação das questões da hereditariedade, descendencia e evolução, bem como as questões relativas às influencias do meio, economicas e sociais; está dentro da sua esphera investigar o papel representado pela educação, costumes, emigração, immigração, mestiçagem, e todos os demais factores que atuam sobre os nossos semelhantes – com o fito não só de derivar novos conhecimentos e de abrir outros campos de investigação, como de estabelecer valiosos ensinamentos e regras praticas para a regeneração contínua da especie”(5). Do ponto de vista prático, a eugenia constituía uma verdadeira arte ou ‘hominicultura’, que se propunha ao grande ‘ideal eugênico’ de aperfeiçoar as qualidades e reduzir ao mínimo as imperfeições humanas. Cultivar os bons espécimes, segundo as regras mendelianas da hereditariedade, indicava que o único caminho para o melhoramento genético da humanidade era o ‘recurso eugênico’, que consistia na multiplicação das famílias eugênicas e na restrição paulatina e progressiva das não eugênicas [...]”.

identificar o problema do atraso do país não somente pelo determinismo racial, mas sim pelas enormes distâncias geográficas que possibilitavam o isolamento de determinados grupos e a inoperância das políticas públicas, que os condenava a uma situação de atraso e debilidade física causada pelas endemias. Assim, a medicina tornava-se capaz de instrumentalizar o governo para atingir o progresso e o desenvolvimento sugerido e seria igualmente capaz de transformar essas pessoas, índios, negros, sertanejos, ou quem quer que fosse, em mão de obra.

Na década de 1910 (BRASIL, 2004) já havia sido criado o Instituto Soroterápico Federal, cujo objetivo era fabricar soros e vacinas contra as pestes, realizar pesquisa e qualificar recursos humanos. Também já havia sido criado o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção, criado pela Reforma Oswaldo Cruz. Por meio desta reforma, instituiu-se a obrigatoriedade de vacinação antivariólica, bem como a Fundação Oswaldo Cruz.

A política de saúde avançava e se institucionalizava na medida em que a mesma consubstanciava-se nas políticas de desenvolvimento do Estado, uma vez que a medicina higienista estava associada ao paradigma da ordem e progresso, por influência positivista de Comte. Desta forma, é possível afirmar que

[...] a medicina no Brasil até os anos 30 estava muito ligada ao poder público tanto na prática como no discurso sanitário, o que ligava as políticas de saúde mais a estratégias de normatizações e controle social do que a práticas de medicalização, atendimento clínico e hospitalar (OLIVEIRA, 2011, p. 56).

O discurso eugênico esteve presente ao longo da história do Brasil corroborando com os padrões de dominação,

[...] e embasava ações como controle reguladores dos processos biológicos, normas para casamentos, imigração, educação das crianças, padrões de habitação e a disseminação de valores e padrões morais que interessavam ao Estado. A escola passava, desta forma, a ser um instrumento de divulgação de verdades científicas que não deveriam ser questionadas, mas sim obedecidas (OLIVEIRA, 2011, p. 56).

Durante o período de 1910 a 1920 (BRASIL, 2004) foram criadas uma série de medidas para erradicar a febre amarela e reduzir o índice de morte dos operários, recomendando exames médicos periódicos; também foram criados o Serviço da Quinina Oficial, voltado para o tratamento da malária, bem como o Serviço de Profilaxia Rural, a Reforma Carlos Chagas criando o Departamento Nacional de Saúde Pública “visava incorporar o saneamento rural, a propaganda sanitária e a educação higiênica como preocupações do Estado” (LIMA e PINTO, 2014).

Durante os anos de 1930, a medicina/sanitarismo continuava como o principal vetor de transformação da população brasileira, sendo criado, neste mesmo período, o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Ainda durante esse período, “[...]o foco das preocupações de Vargas estava nos movimentos sociais acompanhados pelo fantasma do

comunismo. Por isto, havia necessidade de controlar as classes trabalhadoras e o espaço geográfico pouco povoado do país” (OLIVEIRA, 2011, p. 57).

No âmbito da ação do SPI, tal objetivo não se concretizou da maneira desejada. “Uma das razões estava no pouco peso político que o SPI possuía neste período, resultando, sobretudo, na redução das verbas destinadas aos seus trabalhos [...]” (OLIVEIRA, 2011, p. 57) e o órgão tampouco era visto como uma instituição relevante.

É importante lembrar que de 1910 a 1930 vivíamos o período da História Brasileira conhecido como a Política do Café com Leite, efetivada pelo pacto entre os estados de São Paulo e Minas Gerais, em uma República oligárquica, de base latifundiária, baseada na monocultura do café. A exportação do café "era fonte de renda e de riqueza" (HOLANDA, p. 129) para o Brasil. Nesse período iniciou-se a organização da classe operária como movimento reivindicatório.

Durante os anos que correram às décadas de 1930 a 1945 (BRASIL, 2004), com a ascendência do Estado Populista e o processo de industrialização, foi criado o Instituto de Patologia Experimental do Norte - IPEN que, em 1940, passou a se chamar Instituto Evandro Chagas (IEC); também foi criado o Serviço de Malária do Nordeste - SMN, que funcionou até 1941, quando o mosquito foi erradicado.

O governo de Getúlio Vargas, de 1937-1945, implementado por golpe de Estado, instaurou o regime chamado de Estado Novo, com ideais nacionalistas, passou por crise econômica advinda da crise mundial gerada pela Segunda Guerra Mundial. Durante esse período iniciou um movimento chamado Marcha para Oeste. De acordo com Chaves (2006), esse movimento visava garantir a integridade e soberania nacional, na tentativa de evitar a exploração do território brasileiro por estrangeiros.

No nacionalismo do Estado Novo a capacidade da medicina em normatizar os comportamentos tornou-se uma aliada, e a propaganda nacionalista e populista de Getúlio contava com cartilhas e vídeos que incluíam conselhos médicos de profilaxia que abordavam questões comportamentais que visavam materializar a moral desejada (OLIVEIRA, 2011, p. 55).

A Marcha para o Oeste movimentou-se por questões políticas, tais como a ocupação e proteção do Brasil Central; interiorização da capital (nesse período, a capital do Brasil era o Rio de Janeiro); construção de rotas aéreas pelo interior, ligando o sul e o norte do país, acesso rodoviário e ferroviário e reorganização agrária, devido a inúmeros conflitos em torno da ocupação das terras. As questões econômicas pautavam-se na busca de novos recursos agrícolas e industriais; de minérios e exploração de riquezas; integração do Brasil Central aos

meios de produção; fixação da mão de obra proveniente da cultura cafeeira e alternativa de novas áreas para cultivo. Para legitimar o movimento, de acordo com Chaves (2006, p. 33),

[...] foram criadas a Expedição Roncador-Xingu (Portaria nº 77/1943) e a Fundação Brasil Central (FBC) (Decreto-Lei nº 5.878/1943), em 1943. Esta última, chefiada pelo Ministro João Alberto Lima de Barros, era subordinada diretamente à Presidência da República e possuía relativa autonomia, com subvenções particulares para realizar abertura de estradas, colonização organizada do solo e povoamento das áreas do Brasil Central e Ocidental. A Expedição Roncador-Xingu, chefiada pelo Coronel Flaviano de Matos Vanique, era administrativamente subordinada à FBC, tendo o objetivo de mapear as regiões do Rio Xingu e seus afluentes.

A Expedição Roncador-Xingu partiu de Goiás até a Serra do Roncador. Alguns dos enfoques da política de povoamento dos sertões adotados pela Fundação Brasil Central¹³ eram a preocupação com a assistência médica, educação e melhores condições de moradia dos sertanejos, como um artifício para atraí-los e fixá-los na região. Forneciam-lhes casas, energia elétrica e água potável. Além disso, a Fundação possuía um Departamento Médico-Sanitário com o objetivo de realizar um minucioso estudo sobre a situação sanitária das populações sertanejas. As ações preventivas voltavam-se, prioritariamente, para o controle da malária, verminoses, leishmaniose e desnutrição.

A década de 1940 foi marcada pela criação dos sindicatos dos médicos, conselhos de medicina e associação médica brasileira, pela realização da I Conferência Nacional de Saúde - CNS, realizada em 1941, bem como pela criação da SESP (Serviço Especial de Saúde Pública),

[...] o que não significava que o Brasil se desvinculava da influência norte americana, uma vez que em 1948 o governo de Dutra lançava o Plano Salte, que tinha como carro chefe a saúde dos brasileiros, cujos programas eram parcialmente financiados pelos EUA. O Plano incorporava e criava serviços, como o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) que levava para distantes regiões do país testes, medicamentos e vacinas, inclusive para os indígenas (OLIVEIRA, 2011, p. 57).

Nos anos que seguiram (1946-1964) instituiu-se um governo democrático que terminou em 1964 com o Golpe Militar. Durante esse período seguiu avançando a política pública de saúde. Em 1950 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 2004; OLIVEIRA, 2011). Em 1953, houve a criação do Ministério da Saúde - MS. Em 1956, no governo desenvolvimentista de Juscelino Kubitschek, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais - DENERu, com o qual o SPI firmou acordo. O DENERu incorporou em seu departamento os programas existentes no Departamento

¹³ Os planos da FBC eram ambiciosos, estavam previstas construções de ferrovias, campos de pouso, organização de transporte fluvial, instalação de serraria mecânica, edificação de estaleiro para construção de embarcações, funcionamento de uma escola para ensinar o trabalho sugerido, promoção de centros agrícolas. Paralelamente empenhavam-se nos estudos de cartografia e aerofotogrametria (OLIVEIRA, 2011).

Nacional de Saúde e da Divisão de Organização Sanitária, órgãos pertencentes ao Ministério da Saúde. Em 1960, a SESP foi transformada em fundação, passando a ser chamada de Fundação Serviço Especial de Saúde Pública - FSESP.

É importante lembrar que o Brasil estava influenciado pelas discussões internacionais realizadas pela Organização Mundial de Saúde. A questão das doenças estava, naquele momento, tematizada a partir do quanto inviabilizavam o crescimento econômico mundial, tornavam-se custosas para o Estado e tornavam-se indicadores de pobreza.

Em 1964, com o Golpe Militar, iniciou-se um Estado autoritário, antidemocrático e burocrático. Esse período ficou conhecido como do 'Milagre Brasileiro', devido à concentração de riqueza. Após 10 anos da ditadura militar houve o aprofundamento da dívida externa, aumento da taxa de desemprego e elevação da taxa inflacionária. Foi o período em que, na saúde pública, privilegiou-se o setor privado, já iniciando um processo de privatização estatal, na qual o Estado passou a se articular com os interesses do capital internacional via indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares. Veremos o aprofundamento da privatização estatal no tópico a seguir.

2.3.2 As implicações do neoliberalismo na política pública de saúde.

A conjuntura política da década de 1970 é consubstanciada ao início da ditadura militar (1964), período na História econômica brasileira conhecida como Milagre Econômico, perdurando até 1974. A política de saúde, nesse período,

[...] desenvolve-se com base no privilegiamento do setor privado, articulada às tendências da política econômica implantada. Suas principais características foram: a extensão da cobertura previdenciária, a ênfase na prática médica curativa orientada para burocratização do setor, a criação do complexo médico-industrial e a diferenciação de atendimento à clientela (BRAVO e MATOS, 2004).

A década de 1970 é marcada pelo avanço do setor privado na saúde. A Lei nº 6.168/1974, que criou o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS, permitiu o investimento no setor privado, com recursos provenientes da Loteria Federal, Caixa Econômica Federal, de dotações orçamentárias da União e recursos de origem interna ou externa procedentes de repasses ou financiamentos.

Segundo Bravo (2004, p. 32), “[...] o movimento sanitário, que vem sendo construído desde meados dos anos 70, conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado”. Para o

fortalecimento do setor público, o movimento articulava práticas de saúde e teorias com as dimensões políticas, econômicas e ideologias, numa luta contra-hegemônica ao modelo privatista, incluindo a participação comunitária, o planejamento participativo, bem como a extensão da cobertura e hierarquização dos serviços. Portanto, a preocupação central do movimento era

[...] assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. Como fundamentos dessa concepção, destacam-se: melhor explicitação do interesse público, democratização do Estado, criação de uma esfera pública com controle social. Outros aspectos significativos da proposta são: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade das ações (BRAVO, 2001, p. 199).

Em 1975 aconteceu a V Conferência Nacional de Saúde – CNS, focalizando o sistema nacional de saúde, o programa de saúde materno-infantil, o sistema de vigilância epidemiológica e a extensão das ações de saúde às populações rurais. Em 1977 aconteceu a VI Conferência Nacional de Saúde - CNS, cuja principal reivindicação foi a interiorização das ações de saúde e saneamento do Nordeste, como resultado da criação do Sistema Nacional de Saúde, em 1975, e do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste - PIASS, em 1976. A VII Conferência Nacional de Saúde - CNS aconteceu em 1980, sendo convocada em 1979. As Conferências eram convocadas pelo Presidente e pela Lei nº 378/1937, elas deveriam acontecer a cada dois anos.

Em se tratando da contrarreforma da política pública de saúde brasileira, não podemos deixar de demarcar suas implicações, nos marcos da Reforma Sanitária, a partir da década de 1980, momento em que a saúde deixou de ser apenas interesse corporativo dos *lobbies* privatistas, como também das lutas sindicais, e passou a assumir uma dimensão política, vinculada à democracia. Desta forma, a

Reforma Sanitária se torna um marco nacional, adotando com significativa amplitude pelos mais variados segmentos da sociedade e, certamente, como um instrumento tático de mobilização social em torno de uma reestruturação do setor saúde (AMARANTE, 1995, p. 92).

Nesse período, década de 1980, o principal debate se dava em torno da saúde como direito social e dever do Estado, bem como a reestruturação da saúde através do que se preconizava no SUS. Segundo Bravo,

A década de 80, no Brasil, foi um período de grande mobilização política, como também de aprofundamento da crise econômica que se evidenciou na ditadura militar. Nessa conjuntura, há um movimento significativo na saúde coletiva, que também ocorre no Serviço Social, de ampliação do debate teórico e da incorporação

de algumas temáticas como o Estado e as políticas sócias fundamentadas no marxismo (BRAVO, 2004, p. 32).

Esse debate tornou-se mais rico com a VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS, em 1986, um ano após o início da Nova República (1985). A VIII CNS é considerada “o marco histórico mais importante da trajetória da política pública de saúde nesse país” (BRAVO, 2004, p.32), pois a saúde passou a ser definida como produção das condições objetivas de existência, sendo esta uma dimensão essencial para uma qualidade de vida através do desenvolvimento socioeconômico e pessoal. Afirmando a nova definição de saúde, o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, estabelece que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Sua significação não se restringiu ao novo conceito de saúde, mas por ter também introduzido a sociedade no debate da saúde. Desta forma, a questão da saúde ultrapassou a análise setorial, propondo não somente a criação do SUS, mas o movimento de Reforma Sanitária. A saúde passa, então, a ser entendida como um direito humano fundamental e, sobretudo, atributo de cidadania que emerge da luta que os homens travam para sua emancipação.

Segundo Almeida, a conjuntura sócio-política e econômica, que percorreu o período do avanço das propostas neoliberais, possibilitou uma “dinâmica economicista y restrictiva” (2005, p. 276) na América Latina, cuja consequência incidiu nas “condiciones de vida en general, y de salud [...], profundizandolas desigualdades ya preexistentes y generando mayor pobreza” (ALMEIDA, 2005, p. 276).

Portanto, o impacto da contrarreforma do Estado na política pública de saúde está imerso nas propostas de reformulação e de desenvolvimento do setor econômico e social, bem como no campo das políticas públicas setoriais para a criação

[...] de nuevos modelos de reorganización de sistemas de protección social y por la redefinición de paquetes de beneficios y servicios, revitalizando falsos y viejos enfrentamientos, como público versus privado, Estado versus mercado (ALMEIDA, 2005, p. 285).

De acordo com Almeida, ainda a partir da década de 1990, a agenda do Banco Mundial precisou ajustar “los gastos en salud a las necesidades macroeconómicas preconizadas por los procesos de estabilización” (ALMEIDA, 2005, p. 281), que se davam pela “[...] disminución del papel del Estado y la superioridad del mercado en el financiamiento y en la provisión de servicios de salud” (ALMEIDA, 2005, p. 281). O Banco

Mundial suavizou algumas de suas diretrizes político-ideológicas, “[...] definiendo prioridades según principios de costo-efectividad y focalización en los más pobres [...]” (ALMEIDA, 2005, p. 281), adotando uma política compensatória.

Na década de 1990, o projeto hegemônico é o privatista, vinculado ao mercado e,

[...] está pautado na política de ajuste neoliberal que tem como principais tendências: a contenção de gastos com a racionalização da oferta, a descentralização com a isenção de responsabilidade do poder central e a focalização (BRAVO, 2001, p. 200).

A década de 1990 é considerada como a década em que a conjuntura neoliberal foi implementada com maior efervescência no Brasil, assumindo, de fato, um modelo de reestruturação da economia, conforme problematizado no item anterior. Portanto, o que vem ocorrendo desde então, é

[...] um processo de ‘universalização excludente’, ou seja, ao mesmo tempo que o acesso aos serviços de saúde tornou-se universal, sem o requisito do vínculo empregatício, houve, com a precarização dos serviços de saúde da rede pública, a ‘expulsão’ das camadas médias e do operariado melhor remunerado, os quais passaram a recorrer à rede privada da saúde por meio de convênios com cooperativas médicas e /ou seguradoras privadas. Nesse contexto, abre-se a oportunidade de expansão dos serviços de saúde privados, enquanto o Estado os reduz (CORREIA, 2005, p. 34).

Na conjuntura neoliberal, a tarefa do Estado “[...] consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado” (BRAVO, 2001, p. 200). Isso permitiu o chamamento do setor privado à responsabilidade do social, mostrando o setor público como ineficiente, incapaz de alocar recursos suficientes para as demandas que lhe é exigido, e porque não consegue atingir os objetivos propostos pela política pública de saúde.

Sendo assim, o *projeto de saúde articulado ao mercado* ou a *reatualização do modelo médico-assistencial privatista* tem como objetivo a ampliação da privatização, seguro privado, descentralização dos serviços e, como afirma Almeida (2005, p. 282), “reestructurar el mix público-privado”.

O projeto de saúde articulado ao mercado baseia-se em uma concepção individualista e fragmentada da realidade, promovendo o sucateamento dos serviços e o aumento da pauperização da população via altas taxas de desemprego, “[...] desfiliação social, miséria e os sinais de má qualidade de vida e de violência social, gerando aumento na incidência de estresses, ansiedades, fobias sociais, quadros de dependência química etc.; [...]” (BRASIL, 2005, p. 29), aplicando uma democracia eminentemente restrita.

Dentro dessa conjuntura econômica permeada pelas limitações do estado neoliberal, é que foram construídas as políticas de atendimento à saúde indígena, as quais não ficaram imunes aos impactos da contrarreforma do Estado, bem como sua articulação à lógica do mercado, discutidas adiante.

Diante desse contexto foi criado o Projeto VIGISUS – Projeto de Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, do Banco Mundial, com financiamento do BIRD, em 1998, visando “financiar a área de Saúde do Índio, em particular a implantação do Subsistema de Saúde do Índio do SUS, após anos de processo de luta política dos setores indígenas e indigenistas, é inestimável” (VERANI, 2012, p. 11).

Desta forma, é importante ressaltar que a construção e implementação da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi efetivada com financiamento do Banco Mundial, através do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde no Sistema Único de Saúde - VIGISUS I, de 1998 a 2004; VIGISUS II, de 2004 a 2008; e VIGISUS III, iniciado em 2010.

No próximo capítulo veremos o subcomponente B do Projeto VIGISUS I e II, que se refere à saúde indígena, bem como os entraves e avanços sobre as políticas de atendimento à saúde indígena, diante das limitações do Estado neoliberal.

CAPÍTULO 3

FUNAI, FUNASA E SESAI: A TRANSIÇÃO PARA CONSTITUIÇÃO DE UM SISTEMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Este capítulo aborda a assistência à saúde prestada à população indígena pelas instituições referidas no título deste trabalho e são analisados os processos de transição e em que conjuntura eles aconteceram. O processo de transição da FUNAI/FUNASA foi permeado por idas e vindas e, em determinado período, executado concomitantemente pelas duas instituições. Esse processo foi longo, durante os anos de 1990, durando cerca de oito anos. Envolveu outras instituições, como a SUCAM e a FESP, até que a FUNASA assumiu, de fato, a responsabilidade pela assistência à saúde, ganhando desta forma o caráter de política pública de saúde sistemática, ao se vincular ao SUS – Sistema Único de Saúde, como um subsistema do mesmo.

O processo de transição da FUNASA para a SESAI é um processo ainda não finalizado. A solicitação para criação de uma secretaria especial dentro do Ministério da Saúde é feita desde a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio - CNPSI. A FUNASA, desde sua criação até o ano de 2008, em um espaço conflituoso, buscou efetivar a política pública de saúde de forma diferenciada. A SESAI foi criada em 2010 e o que compete a saúde indígena, teve sua transferência para SESAI oficialmente em dezembro de 2011, mas vem enfrentando diversos problemas para execução do subsistema, como veremos a seguir.

3.1 Da FUNAI à FUNASA: da assistência esporádica à saúde à Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Segundo Chaves (2006), em 1967, com a promulgação da nova Constituição Brasileira, houve reestruturação no Ministério da Saúde, quando a SUSA (Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas) passou a ser denominada UAE (Unidade de Atendimento Especial) com o objetivo de dar continuidade ao combate de tuberculose.

A organização do setor de saúde específico e de modelo de assistência (as equipes volantes de saúde) baseado na experiência do SUSA foi liderada por Noel Nutels e pelo Dr. José Antônio N. de Miranda. É necessário notar-se que esse modelo completava-se com a permanência nas áreas indígenas onde funcionavam os postos

indígenas (PIN), de um auxiliar de enfermagem que desenvolvia as ações curativas emergenciais e garantia a continuidade de tratamentos prolongados (VERANI, 2012, p.2-3).

O SPI era composto por 344 Postos Indígenas - PI, 292 enfermarias, cerca de 1500 funcionários nos PI, 32 CASAIs - Casa de Saúde do Índio, além de 44 unidades administrativas regionais (OLIVEIRA J, 2001). Nesse mesmo ano (1967) houve a extinção do SPI, sendo criada em seu lugar a FUNAI, que no campo da saúde contou com o apoio do UAE

[...] criou a Divisão de Saúde e as Equipes Volantes de Saúde (EVS) em cada Delegacia Regional, que realizavam visitas periódicas às áreas indígenas. Além disso, foram construídas, em todo o país, 32 Unidades Diferenciadas de Saúde Indígena, com o objetivo de assistir aos indígenas quando necessitavam vir às cidades para tratamento de saúde (Casa do Índio) (CHAVES, 2006, p. 38).

De acordo com a Lei nº 5.371/67, a FUNAI tinha por finalidade estabelecer as diretrizes e garantir o cumprimento da política indigenista; gerir o Patrimônio Indígena, no sentido de sua conservação, ampliação e valorização; promover a prestação da assistência médico-sanitária aos índios; exercitar o poder de polícia nas áreas reservadas e nas matérias atinentes à proteção do índio, dentre outros.

Durante a década de 1970 recrudesceram as dificuldades para a execução das atividades da UAE, até sua extinção na década de 1980, bem como a desestruturação da Divisão de Saúde da FUNAI. Em 1973 foi criada a lei nº 6.001, de 19 de dezembro, conhecida como Estatuto do Índio. Essa lei ainda em vigor, embora esvaziada pela Constituição, tinha por objetivo trazer para o plano formal a prática pretensiosa do governo de integrar o índio à sociedade, pretendendo a assimilação do índio a sociedade não indígena.

Desta forma, a lei tinha por pressuposto prestar assistência aos índios e às comunidades indígenas ainda não integradas à comunhão nacional, bem como respeitar, no processo de integração do índio à comunhão nacional, a coesão das comunidades indígenas, os seus valores culturais, tradições, usos e costumes e utilizar a cooperação, o espírito de iniciativa e as qualidades pessoais do índio, tendo em vista a melhoria de suas condições de vida e a sua integração no processo de desenvolvimento.

No que se refere à saúde, o Estatuto do Índio, por meio do Art. 54, afirma que os índios tinham direito aos meios de proteção à saúde, facultados à comunhão nacional, ou seja, as mesmas políticas, programas e projetos deveriam também ser destinados às populações indígenas. Porém, no que diz respeito à infância, à maternidade, à doença e à velhice, às populações indígenas deveria ser assegurada especial assistência dos poderes públicos, em estabelecimentos a esse fim destinados.

As ações de saúde perpetradas pela FUNAI permaneceram com o conceito integracionista até a sua transição para FUNASA, que veremos mais à frente. Durante a década de 1970, concomitante com a ideologia integracionista, havia um processo de articulação nacional chamado Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira,

[...] como parte desse movimento, constituiu-se, nos anos 80, o Movimento Sanitário Indigenista, também composto por profissionais de diferentes áreas, que militavam pelos direitos das populações indígenas, entre eles o direito à saúde (CHAVES, 2006, p. 40).

Em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS). Foi um evento fundamental para a reformulação da Política Nacional de Saúde, ao aprovar as diretrizes básicas da reforma sanitária brasileira a ser implementada com o SUS (Sistema Único de Saúde). Essa conferência foi uma etapa importante de um processo de articulação do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, iniciado nos anos 1970.

Como parte deste movimento, constituiu-se o Movimento Sanitário Indigenista, que possibilitou a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (I CNSPI), a qual ocorreu concomitante com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, merecendo destaque, pois revelou que o Movimento Sanitário Indigenista buscava espaço dentro do movimento de luta pela Reforma Sanitária. A I CNPSI foi realizada nos dias 27 a 29 de novembro de 1986, em Brasília.

O Relatório Final reproduzido pela Revista Saúde em Debate, em janeiro de 1988, afirma que a I CNPSI constituiu-se num momento em que o Estado, pela primeira vez, reuniu representantes de vários povos indígenas, órgãos públicos, sociedade civil organizada, para discutir Diretrizes relativas à Saúde do Índio. Desta forma reconheceu-se e recomendou-se a participação dos povos indígenas em todas as etapas de elaboração das políticas para os indígenas, tais como na formulação e no planejamento das ações e dos serviços de saúde, na sua implantação, execução e avaliação.

Ao conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde - completo estado de bem estar físico, mental e social - no que tange a saúde indígena, de acordo com Relatório Final, agregaram-se questões como autonomia e forma de ocupação do território,

[...] posse territorial e o uso exclusivo pelas nações indígenas dos recursos naturais do solo e subsolo [...] cidadania plena, assegurando todos os direitos constitucionais, seja reconhecida como determinante do estado de saúde; [...] acesso das nações indígenas às ações e serviços de saúde, bem como sua participação na organização, gestão e controle dos mesmos, respeitadas as especificidades etnoculturais e de localização geográfica, é dever do Estado (1988, p. 60).

As principais reivindicações da I CNPSI foram: 1) gerenciamento das ações e serviços de atenção à saúde por responsabilidade de um único órgão, criando-se uma agência

específica para tal fim, com representação indígena; 2) a vinculação da agência com o ministério responsável pela coordenação do sistema único de saúde, de modo a integrar o sistema específico de saúde para os índios ao sistema nacional; 3) execução das ações de saúde ao nível primário de atenção deve ser de responsabilidade da agência, bem como a integração com os demais níveis de atenção do SUS.

Nesta primeira conferência também foi reivindicado o respeito e o reconhecimento das formas diferenciadas dos povos indígenas no cuidado com a saúde; ao nível local, da atenção primária à saúde, respeitando as especificidades etnoculturais dos povos envolvidos; articulação com serviços de maior complexidade a nível regional, para a referência e a contra-referência; universalização em relação à cobertura das populações indígenas; garantia do direito de ter acompanhantes ao doente internado.

Quanto à política de recursos humanos, as reivindicações foram pautadas na admissão de profissionais através de concurso; existência de um plano de cargos e salários; estímulo à formação de pessoal em saúde, nas próprias comunidades envolvidas, dos diversos níveis (agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, etc.); e garantia de vagas para pessoas indígenas em Universidades Públicas brasileiras, nos cursos de formação de saúde, à semelhança dos convênios de cooperação internacional já em prática.

O GT reunido nessa I Conferência constatou que a FUNAI não tinha condições de garantir a integridade física das populações indígenas. Como alternativa, “[...] apontou-se a necessidade da demarcação das terras, garantindo bem estar bio-psico-social dessa população e a integração da saúde indígena ao SUS” (CHAVES, 2006, p. 41).

De acordo com Confalonieri (1989, p. 445), o relatório final da ICNPSI,

[...] apontou diretrizes relativas à questão da organização, pelo poder público, dos serviços de saúde para as comunidades etnicamente diferenciadas. Dentre elas destacam-se a participação de representantes indígenas na formulação de políticas e execução das ações e serviços; a criação de uma agência específica para assuntos de saúde indígena no âmbito do ministério responsável pela coordenação do SUS e o desenvolvimento de estratégias de atenção primária a nível local que respeitem as especificidades etnoculturais.

Um dos princípios básicos do SUS é a descentralização da execução das ações de saúde para os municípios. A municipalização radical das ações de saúde, segundo Chaves (2006), poderia colocar os povos indígenas à mercê das variações políticas locais, na medida em que era notório o preconceito e não aceitação da população indígena por parte de muitos municípios. “Dessa forma, seria muito difícil que o governo local investisse na atenção à saúde dessa população, mesmo que esta fosse maior que a população não indígena”

(CHAVES, 2006, p. 42). Neste sentido, Confalonieri, (1989, p. 445) também trata a municipalização como algo a ser questionável, tendo em vista que as populações indígenas,

[...] em geral são parcialmente toleradas ou mesmo rechaçadas pela população regional, e pode-se prever a incapacidade do Poder Municipal em reconhecer a situação cultural especial dos grupos tribais bem como de preparar adequadamente quadros para o atendimento, em função de conflitos decorrentes da não-assimilação¹⁴ étnica, de preconceitos e de disputas fundiárias.

Para a solução ao dilema da ‘descentralização sem municipalização’ da saúde indígena, foi pensada a ‘Distritalização Diferenciada que “[...] surge como alternativa para garantir o acesso real dos índios aos serviços e a equidade no atendimento, pressupostos para um Sistema de Saúde socialmente justo [...]” (CONFALONIERI, 1989, p. 446), por meio da criação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Para Confalonieri (1989, p. 445),

[...] a distritalização diferenciada – dar-se-ia através da criação de áreas especiais de saúde (Distritos Sanitários) que englobem apenas comunidades indígenas, segundo critérios geográficos, demográficos e culturais a serem especificados. O que confere um caráter especial a estas áreas, além das barreiras linguísticas, é a necessidade de se organizarem os sistemas locais de saúde de modo a permitir: 1) a manutenção complementar das práticas tradicionais de cura; 2) o treinamento especial dos profissionais de saúde não-índios com base em conhecimentos etnológicos; 3) o estabelecimento de formas diferenciadas de articulação com as diferentes instâncias de gestão do SUS.

Os DSEI, de acordo com Chaves, “compreenderiam exclusivamente as áreas indígenas, ultrapassando muitas vezes os limites geográficos de municípios, diferenciando-se dos distritos comuns do SUS” (CHAVES, 2006, p. 42). Diante deste contexto,

[...] a I CNSPI propôs a criação de um Subsistema de Saúde Indígena para atender às especificidades etnoculturais, com representação indígena que pudesse participar da formulação da política de saúde para essa população, bem como do planejamento, da implantação, execução e avaliação das ações e serviços de saúde a ela prestados (CHAVES, 2006, p. 42).

A participação comunitária é uma das premissas básicas para o melhor controle e planejamento dos serviços,

[...] torna-se especialmente importante para os Distritos Sanitários Indígenas na medida em que os membros da comunidade conduzem o processo de integração das práticas da medicina oficial aos valores culturais do grupo, o que reforçaria a sua autoestima e autodeterminação (CONFALONIERI, 1989, p. 446).

Após as discussões da I CNPSI, a FUNAI permaneceu como a instituição responsável pela execução das ações de saúde para as populações indígenas vivendo em terras indígenas. No ano de 1987, por meio da Portaria MINTER/GM nº 99/1987,

¹⁴A discussão sobre assimilação foi realizada, quando da discussão sobre a criação do SPI e da FUNAI e seus ideais evolucionistas baseados no positivismo comteano, posição política que ainda estava impregnada nas discussões para a criação de uma política de saúde efetiva para a população indígena.

No ano de 1990 foi sancionada a lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, conhecido como SUS - Sistema Único de Saúde. Seus principais princípios são a universalidade - a saúde como política pública passa a ser direito de todos, cabendo ao Estado assegurar este direito; a integralidade - atendendo todas as necessidades dos cidadãos, integrando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; e a equidade - que se sobrepõe ao princípio da igualdade, pois o princípio da igualdade exclui os desiguais e o da equidade garante tratar desigualmente os desiguais, visando promover o acesso universal à saúde. Mais tarde, esses princípios se fazem presentes na formulação da Lei Arouca – Lei nº 9.836/99, como veremos adiante.

A partir da fusão da FSESP com a SUCAM¹⁵ (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública), por meio da Lei 8029/90, autorizou-se a criação da FUNASA¹⁶ (Fundação Nacional de Saúde), que dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração Pública Federal, em seu artigo 14, como segue abaixo:

[...] Art. 14. É o Poder Executivo autorizado a instituir a Fundação Nacional de Saúde (**FUNASA**), mediante incorporação da Fundação Serviços de Saúde (FSESP) e da Superintendências de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), bem assim das atividades de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvidas pela Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev). (Redação dada pela Lei nº 8.101, de 1990) (Renumerado do art 11 pela Lei nº 8.154, de 1990)

§ 1º As atribuições, os acervos, o pessoal e os recursos orçamentários da FSESP, da SUCAM e os da Dataprev relativos às atividades de informática do SUS deverão ser transferidos para a (**FUNASA**), no prazo de noventa dias contados da data de sua instituição. (Redação dada pela Lei nº 8.101, de 1990)

§ 2º A Fundação Nacional de Saúde poderá contratar empregados, sob o regime da legislação trabalhista, por tempo determinado, para atender a necessidade temporária e excepcional dos serviços de combate a epidemias e endemias, mediante prévia autorização da Secretaria de Administração Federal.

§ 3º Os servidores atualmente em exercício na Superintendência de Campanhas de Saúde Pública poderão optar pela sua integração à Fundação Nacional de Saúde no prazo de noventa dias da data de sua constituição. Caso não manifestem essa opção, aplicar-se-á o disposto na lei que resultou da conversão da Medida Provisória nº 150, de 1990.

§ 3º Os servidores atualmente em exercício na SUCAM e os que exerçam atividades relativas ao SUS, na Dataprev, poderão optar pela sua integração à (**FNS**), no prazo de noventa dias da data de sua instituição. Caso não manifestem essa opção, aplicar-se-á: (Redação dada pela Lei nº 8.101, de 1990)

a) aos servidores em exercício na SUCAM, o disposto no art. 28 da Lei nº 8.028, de 12 de abril de 1990; (Incluído pela Lei nº 8.101, de 1990)

b) aos servidores em exercício na Dataprev, o disposto na legislação aplicável ao pessoal da empresa. (Incluído pela Lei nº 8.101, de 1990)

¹⁵ A SUCAM foi legítima herdeira de um dos mais antigos modelos de organização de ações de saúde pública do Brasil, denominado sanitismo campanhista. Esse modelo teve como premissa a revolução pasteuriana (alusão ao cientista Frances Louis Pasteur) e foi implementado pelo médico-sanitarista Oswaldo Cruz, na primeira década do século XX (BRASIL, 2004, p. 58).

¹⁶ Primeira sigla utilizada para referir-se à Fundação Nacional de Saúde foi FNS, o que hoje conhecemos como FUNASA. Utilizo FUNASA conforme nota explicativa nº 3.

§ 4o À Funasa, entidade de promoção e proteção à saúde, compete: (Incluído pela Lei nº 12.314, de 2010)

I - (VETADO) (Incluído pela Lei nº 12.314, de 2010)

II - fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças; (Incluído pela Lei nº 12.314, de 2010)

III - formular e implementar ações de promoção e proteção à saúde relacionados com as ações estabelecidas pelo Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental. (Incluído pela Lei nº 12.314, de 2010) (grifo meu).

A autorização para instituir a Fundação Nacional de Saúde em 1990, não significou sua implementação de imediato, tanto que em 1991 foi realizada a transferência da responsabilidade pela saúde indígena da FUNAI para a FSESP¹⁷ (Fundação Serviços de Saúde Pública) proposta pelo Decreto nº 23/91, que definiu o modelo de organização dos serviços de saúde indígena sob a forma de “Distritos Sanitários de Natureza Especial”, com base nas recomendações da I CNSPI.

A FESP tinha sob sua responsabilidade o “Programa Nacional de Imunizações (PNI), o Plano de Ação para Erradicação da Poliomielite, o Programa Nacional de Zoonoses, o Sistema de Vigilância Epidemiológica, o Sistema de Informações sobre Mortalidade e o Sistema de Laboratórios de Saúde Pública” (BRASIL, 2009, p. 8), além do Programa de Autossuficiência Nacional em Imunobiológicos. Em 1991 por meio do Decreto nº 100, de fato instituiu-se a Fundação Nacional de Saúde, por meio da fusão entre a FESP e da SUCAM, como previsto na Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990.

A Fundação Nacional de Saúde, em 1991, passou a assumir funções de gestão da saúde indígena, por meio da Coordenação de Saúde do Índio (COSAI). Foram criadas Equipes de Saúde do Índio (ESAI) na estrutura das Coordenações Regionais dos estados onde havia população indígena, por meio da descentralização da Fundação Nacional de Saúde. Segundo Chaves (2006, p. 44), a COSAI, “só obteve seu orçamento próprio em 1992, fato que dificultou a operacionalização das ações de saúde junto às populações indígenas, até mesmo as de caráter emergencial”.

Dentre as atribuições da COSAI, está a de

[...] definir critérios, em co-gestão com o Departamento de Saúde da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), para elaboração de projetos específicos e de caráter estratégicos, destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, de acordo com as peculiaridades étnicas e culturais que caracterizam os povos indígenas (BRASIL, 2004, p. 114).

Durante o ano 1991 também houve a criação da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio - CISI, instituída pelo Conselho Nacional de Saúde - CSN. O CISI tinha como objetivo

¹⁷ A FESP por meio do Decreto nº 23/91, **art. 5º**, encarregou-se da coordenação dos projetos, tanto na fase de elaboração, quanto na de execução, enquanto não fosse instituída a Fundação Nacional de Saúde, de que trata o artigo 11 da Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990.

“assessorar o CNS na formulação de princípios e diretrizes voltadas para a Política Nacional de Saúde Indígena” (CHAVES, 2006, p. 44). A criação da CISI, segundo a autora, representou um significativo avanço para a política de saúde das populações indígenas.

Em 1992 foi realizada a 9ª Conferência Nacional de Saúde. Nessa conferência, o Movimento Sanitário Indigenista e representantes indígenas se fizeram representar em vários grupos de trabalho,

[...] conseguindo que a plenária final aprovasse o Modelo de Atenção à Saúde Indígena Diferenciado, a Moção de Apoio à Criação dos (DSEI) e a indicação para a realização da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (CHAVES, 2006, p. 45).

No ano de 1993 foi realizado o I Fórum Nacional de Saúde Indígena (I FNSI), “[...] com o objetivo de propor e subsidiar a definição de diretrizes para uma política de saúde indígena a ser desenvolvida de forma integrada pela **(FUNASA)** (sic) e pela FUNAI e com a participação de representações indígenas” (CHAVES, 2006, p. 45, grifo meu), tendo em vista que havia uma relação conflituosa entre as duas instituições de disputa pela coordenação da assistência à saúde. Em relação à questão indígena, enquanto a Fundação Nacional de Saúde “[...] possuía um corpo técnico preparado para trabalhar com as questões de saúde pública, não tinha a experiência que a FUNAI possuía para trabalhar com a complexidade da saúde indígena” (CHAVES, 2006, p. 45).

A II CNSPI, parte integrante da IX Conferência Nacional de Saúde, foi convocada pelo Ministério da Saúde, realizada de 25 a 27 de outubro de 1993, em Luziânia – GO. De acordo com o Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas - II CNSPI, a FUNAI não tinha verba nem possibilidade de contratação de pessoal, devido ao Regime Jurídico Único, o que contribuía para que a mesma carecesse de recursos para preparação do pessoal, conservação de equipamentos, suprimento mínimo e deslocamento das Equipes Volantes de Saúde, base do seu modelo de assistência 'campanhista' à saúde dos povos indígenas. Já a FUNASA possuía experiência em lidar com a diversidade cultural, condição para a participação de indígenas nos seus quadros e em suas políticas locais; contava com recursos financeiros, equipamentos e insumos.

De acordo com o relatório final, contou com a participação de 200 delegados, indígenas e não indígenas. Teve como objetivo a definição das diretrizes da Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas e a atualização das recomendações da I CNSPI, em conformidade com o processo de consolidação do SUS e incorporação de um subsistema diferenciado de saúde para os povos indígenas. Lembrando que o SUS foi instituído pela Lei nº 8080/90 e a Lei 8142/90 regulamentou os conselhos de saúde e as conferências de saúde.

Desta forma, a II CNPSI buscava instituir os princípios do SUS dentro da política de saúde indígena, tais quais: descentralização, universalização, equidade e participação comunitária, de acordo com suas especificidades socioculturais e sanitárias. O entendimento da II CNPSI para o princípio da universalidade baseava-se no enfoque diferenciado, tratando adequadamente povos diferentes; já para o princípio da descentralização, que no SUS pauta-se na municipalização, pensava-se que o mesmo deveria ser concebido, "[...] no caso das populações indígenas, de acordo com os preceitos constitucionais relativos aos direitos indígenas, que definem a responsabilidade indelegável da União na sua assistência. Assim, a responsabilidade da saúde indígena deve ser do nível federal" (RELATÓRIO da II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, 2010).

As principais diretrizes da II CNSPI foram: O modelo assistencial para atenção à saúde indígena, tendo como base o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Os DSEI serão formados com base em projeto elaborado junto com as comunidades, sob a supervisão dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISI) e com consultores técnicos, se necessário, que definirão as atribuições de cada entidade envolvida. O Distrito Sanitário Especial Indígena deve ser caracterizado por:

Base territorial definida por critérios étnicos, geográficos, epidemiológicos e de acesso aos serviços; controle social da rede distrital exercido através dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (**CONDISI**) [...]. Ter comando único técnico e/ou executivo, com gerente designado pelo Conselho Distrital. As Casas do Índio são componentes indissociáveis do Distrito Sanitário Especial Indígena e/ou gerencia regional, sendo ligadas aos seus conselhos E/ou NISI. O custeio das ações e recuperação das casas do Índio deve ficar garantido no planejamento e programação dos DSEI e/ou NISI. As gerencias regionais do Sistema de Atenção à Saúde Indígena devem ser indicadas pelos NISI e/ou (**CONDISI**). O MS deve estabelecer quotas específicas de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) para internação de pacientes indígenas na rede do SUS. A distribuição deve obedecer as necessidades epidemiológica locais e ser de pleno conhecimento das comunidades indígenas, estabelecendo formas de controle da emissão das mesmas pelos NISI e/ou DSEI. (RELATÓRIO da II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, 2010, grifo meu).

O entendimento que a II CNPSI teve a respeito do processo saúde-doença dos povos indígenas é que o mesmo

[...] é resultado de determinantes socioeconômicas e culturais, como integridade territorial, a preservação do meio ambiente, preservação dos sistemas médicos tradicionais – da cultura como um todo – também da autodeterminação política e não apenas da assistência médico-sanitária (RELATÓRIO da II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, 2010).

Assim como a I CNPSI, a II CNPSI considerara, de fundamental importância, o conhecimento e respeito às medicinas tradicionais para a formação de recursos humanos, a

fim de que se busque "[...] estratégias de mudança na postura etnocêntrica e estritamente tecnológica dos profissionais de saúde em todos os níveis" (RELATÓRIO da II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, 2010), até então aplicável às ações de saúde.

Sendo assim, a II CNSPI

[...] teve como objetivo definir as diretrizes da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, a atualização das recomendações da I CNSPI e o delineamento do Subsistema Diferenciado de Saúde Indígena centrado nos Distritos Sanitários e no controle social, por meio dos Conselhos Distritais e Locais de saúde indígena (CHAVES, 2006, p. 46).

Algumas diretrizes ao longo dos anos permaneceram sendo discutidas e debatidas, ainda sem uma resposta, como é o caso do concurso público para efetivar a diretriz dos recursos humanos. Na II CNPSI, além de discutir a forma de ingresso no trabalho com a saúde indígena, também foi discutido o perfil do profissional e a condição de trabalho. O Agente Indígena de Saúde foi um tema discutido, a sua inserção na saúde por meio de escolha coletiva da comunidade, sem exigência de escolaridade. O sistema tradicional também foi motivo de debate, recomendando que as ações de saúde não se limitem apenas ao atendimento médico e incluam troca e repasse de conhecimentos básicos para a comunidade.

Em 1994, de acordo com Brasil (2004, p. 115), o Decreto 1.141/94, na prática “devolviam à Funai a coordenação geral das ações de saúde” para as populações indígenas. O artigo 11 deste decreto trata exclusivamente das ações de saúde para as comunidades indígenas, afirmando que estas ações destinam-se ao alcance do equilíbrio biopsicossocial e dar-se-ão para valorizar e complementar as práticas da medicina indígena.

De acordo com Brasil (2004, p. 115), por meio da Resolução da CIS nº02 de 1994, que aprovou o “Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio”

[...] atribuía à Funai/MJ a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes e, ao Ministério da Saúde, as ações de caráter preventivo, como imunizações, saneamento básico, formação de recursos humanos e controle de endemias. Desde então, a Funasa e a Funai dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando cada uma delas, a executar as ações, de forma fragmentada e, muitas vezes, conflituosa. Tanto a Funai quanto a Funasa já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não-governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, não definiam claramente objetivos e metas a serem alcançados e indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena.

No mesmo ano foi criado o Projeto de Lei nº 4.681/94 que dispõe sobre as condições e funcionamento de serviços de saúde para as populações indígenas, encaminhado às diversas comissões. Esse Projeto de Lei foi criado a partir do documento final da II CNSPI, pelo Deputado Federal Sérgio Arouca, visando garantir um subsistema de saúde indígena em todo território nacional, financiado pela União, vinculado ao Ministério da Saúde, garantindo a

saúde indígena de forma descentralizada, como preconiza o SUS, através dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena - DSEI. Esse projeto de Lei também contemplava a participação da população indígena nos órgãos colegiados, os conselhos de saúde, como segue abaixo:

Art. 1º - Esta Lei regula, em todo território nacional, as ações e serviços de saúde voltadas para o atendimento das populações indígenas,

Art. 2º - Compete privativamente à União legislar sobre as populações indígenas de acordo com o Art. 22 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988. Isto se aplica às leis que regulamentarão a organização e o funcionamento de serviços de saúde voltadas para o atendimento dos povos indígenas, coletiva ou individualmente.

§ 1º - A União terá a competência de estruturar e pôr em funcionamento um subsistema de atenção à saúde indígena em todos os seus aspectos.

§ 2º - Este subsistema de atenção à saúde indígena será componente, do Sistema Único de Saúde - SUS, tal como foi definido na Constituição Federal e nas Leis nº 8.080, 1990 e nº 8.142 1990, funcionamento em perfeita integração com o mesmo.

§ 3º - Caberá a União, com seus recursos próprios, financiar o subsistema de atenção à saúde das populações indígenas

§ 4º - Estará vinculada ao Ministério da Saúde, a atenção à saúde indígena, que será responsável pela sua coordenação e integração ao SUS e articulação com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

§ 5º - O órgão responsável pela Saúde Indígena, vinculada ao Ministério da Saúde, deve ter níveis de gerência nacional regional e distrital e autonomia de gestão administrativa, orçamentária e financeira.

§ 6º - Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações, desde que sob a coordenação e supervisão do Ministério da Saúde.

Art. 3º - Deverá obrigatoriamente se levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena deve se pautar por uma abordagem diferenciado e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

Art. 4º - O subsistema de atenção à saúde indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º - este subsistema terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º - O Sistema Único de Saúde servirá de retaguarda e referência ao subsistema de atenção à Saúde de indígena. Para isso, deverão ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS, nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar esta integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º - As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, a nível local regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Art. 5º - As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso.

§ 1º - Além desta participação nos organismos colegiados de saúde gerais, será criado, junto ao Ministério da Saúde, um colegiado específico para a saúde indígena.

Art. 6º - É o Ministério da Saúde, mediante Portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer as condições necessárias para a aplicação desta Lei.

Art. 7º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 8º - Revogam-se as disposições em contrário.

O Projeto de Lei ficou tramitando nas comissões entre 1994 a 1995, quando foi aprovado por unanimidade e sem emendas nas comissões de Defesa do Consumidor, Meio Ambiente e Minorias e de Seguridade Social e Família. Em 1995, o Projeto de Lei foi para a Comissão de Finanças e Tributação para exame de adequação orçamentária financeira. Nesta última comissão foi solicitada a adequação para não contrastar o Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Orçamento Anual.

Já em 1997, o Projeto de Lei nº 4.681/94 foi encaminhado novamente como Projeto de Lei da Câmara nº 63/97, o qual sofreu alterações na redação pela Comissão de Constituição e Justiça e de Redação, passando a apresentar a seguinte redação

Art. 1º Esta lei regula, em todo território nacional, as ações serviços de saúde voltadas para o atendimento das populações indígenas, coletiva ou individualmente, respeitados os seguintes princípios:

I - Fica instituído um subsistema de atenção à saúde indígena, componente do Sistema Único de Saúde - SUS, criado e definido nas Leis n.º 8.080, de 1990, e 8.142, de 1990, funcionando em perfeita integração com o mesmo;

II - Caberá a União, com seus recursos próprios, financiar o subsistema de atenção à saúde das populações indígenas;

III - O Sistema Único de Saúde - SUS, promoverá a articulação do subsistema ora instituído com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País;

IV - Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não governamentais poderão atuar completamente no custeio e execução das ações.

Art. 2º Deverá obrigatoriamente se levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena que deve se pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

Art. 3º O subsistema de atenção à saúde indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º O Sistema Único de Saúde servirá de retaguarda e referência ao subsistema de atenção à saúde indígena. Para isso, deverão ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS, nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar esta integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, a nível local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Art. 4º As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso.

Art. 5º O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de 90 (noventa) dias.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Finalmente o projeto foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado, em 1999, pelo então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso, constituindo-se na Lei nº 9.836/99, conhecida como Lei Arouca, que dispõe sobre as condições para a promoção,

proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tendo como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

A Lei nº 9.836/99 acrescentou dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que passou a vigorar acrescida do Capítulo V ao Título 11 - que trata do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

CAPITULO V - Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SUS)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações Indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei e pela Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso.

Somente após a assinatura do Decreto Presidencial nº 3.156/1999, a Saúde Indígena foi transferida para a FUNASA,

Para viabilizar essa gestão, foi atribuída à instituição a responsabilidade pela execução da atenção à saúde indígena em estreita articulação com a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), em parceria com estados e municípios, buscando garantir acesso das comunidades indígenas ao SUS; e foram definidos incentivos de atenção básica, hospitalar (Portaria nº 1163/1999). A partir desse momento foram criados os Distritos Sanitários, que totalizam hoje 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas articulados à rede local de saúde em quase todo o território nacional, exceto nos estados do Piauí e do Rio Grande do Norte (CHAVES, 2006, p. 50).

De 1994 com a Resolução nº02 da CIS até findar o processo de tramitação que constitui-se na Lei Arouca, a FUNAI foi responsável pela gestão da atenção à saúde destinada

aos povos indígenas. Na tessitura do processo de transição da FUNAI para FUNASA, estava presente o financiamento do Banco Mundial, por meio do VIGISUS I, para investimento na saúde através do subcomponente B, que trata especificamente da saúde indígena. A verba destinada pelo VIGISUS iniciou em 1998, já visando que a assistência à saúde passaria para FUNASA.

O projeto VIGISUS I financiou a criação do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - SIASI. Contratou 7.300 profissionais de saúde, capacitou 1.500 Agentes Indígenas de Saúde - AIS e construiu 52 postos de saúde. O projeto também financiou o estabelecimento de 34 DSEIs com treinamento e assistência técnica de suas respectivas governanças; reestruturação dos postos de saúde, provisão de equipamentos básicos, treinamento das equipes multidisciplinares de saúde indígena - EMSI e AIS, elevando a cobertura da atenção básica à saúde para aproximadamente 90% das comunidades indígenas (BRASIL, 2010).

Além disso, o projeto também apoiou a construção de Casas de Saúde Indígena - CASAI, e credenciou 320 hospitais de referência para o atendimento da demanda especializada com os outros níveis de proteção de saúde. O VIGISUS I financiou projetos de pesquisa nas áreas de medicina tradicional (plantas medicinais), práticas alimentares, uso abusivo de álcool e saúde materno-infantil, como também atividades para combater o alcoolismo e altas taxas de suicídio (BRASIL, 2010).

O Projeto VIGISUS I encerrou em 2004 e logo teve início o Projeto VIGISUS II, que encerrou em 2009, tendo como um dos principais aspectos a valorização das práticas tradicionais indígenas de saúde, o apoio ao estudo e propostas de intervenção nas áreas de segurança alimentar e alcoolismo. O VIGISUS I contou com US\$ 8 milhões de recursos entre 1999 a 2004. O VIGISUS II, entre 2004 e 2009, contou com US\$ 50,3 milhões, que foi dividido em quatro subcomponentes, sendo três voltados, exclusivamente, à saúde indígena: I – Fortalecimento da Capacidade Institucional, II – Ações Inovadoras de Saúde Indígena e III – Iniciativas Comunitárias Indígenas (BRASIL, 2010).

De acordo com o documento Projeto de Vigilância e Controle de Doenças (VIGISUS III. BRASIL, 2010), em 2010 iniciou o projeto VIGISUS III, última fase do projeto, visando apoiar a SESAI e a autonomia dos DSEIs, estabelecido pelo Decreto 6878/2009, conforme a tabela abaixo.

Tabela 12- Projeto VIGISUS III	
Projeto	Projeto de Vigilância e Controle de Doenças (VIGISUS III)
Objetivo	Aumentar os resultados em saúde das populações indígenas: <ul style="list-style-type: none"> • Incrementar a capacidade de gestão do sistema de vigilância (doenças de notificação e de não notificação) • Incrementar a capacidade de gestão descentralizada do Subsistema de Saúde Indígena. • Aumentar a qualidade da atenção básica e sua integração com o SUS.
Financiadores	República Federativa do Brasil Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD (BANCO MUNDIAL).
Co-Executores	Ministério da Saúde e Distritos Sanitários Especiais Indígenas.
Beneficiários	O Projeto beneficiará diretamente 565.982 indígenas que moram em aldeias que recebem a atenção do Subsistema de Saúde Indígena
Duração	5 anos
Valor do Projeto	US\$ 100.000,000
Valor do Financiamento	US\$ 100.000,000

Fonte: (BRASIL, 2010, p. 6)

No item que segue veremos a estrutura criada para atender as normativas da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, bem como os preceitos do SUS por meio das leis 8080/90 e a 8142/90, com financiamento do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento - BIRD.

3.1.1 Diretrizes e propostas de intervenção

De acordo com documento da FUNASA (BRASIL, 2004, p. 124), o novo Modelo de Atenção à Saúde Indígena

[...] tem como propósito garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de suas práticas curativas e o direito desses povos à sua cultura.

No processo de organização desse novo modelo de política de saúde indígena, a assistência em nível local passou a ser viabilizada pela elaboração de convênios entre a FUNASA com municípios, organizações não-governamentais (ONGs) indígenas e não indígenas e universidades. Desta forma percebemos que a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) prevê uma atuação coordenada entre os três níveis de

governo (federal, estadual e municipal), além da cooperação de outras organizações, no sentido de viabilizar as medidas necessárias ao alcance de seu propósito.

Foi estabelecida a forma de organização do Controle Social nos Distritos Sanitários, bem como a sua estrutura através da Portaria nº 852/1999 e, através da Portaria nº 48/1999, as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena foram oficializadas. O Decreto nº 3.156, de 27.8.1999, e essas portarias, juntamente com a Lei Arouca, levaram à atual configuração da Política Nacional de Atenção à Saúde do Povos Indígenas - PNASPI, cujo modelo de “[...] organização de serviços de saúde dos povos indígenas corresponde ao Subsistema de Atenção à saúde Indígena, no âmbito do SUS, caracterizando assistência diferenciada, regionalizada e hierarquizada” (BRASIL, 2004, p. 125).

Essa assistência dita diferenciada, de acordo com documentos da FUNASA, está diretamente relacionada ao respeito à cultura tradicional, bem como ser um sistema de saúde que trabalhe a interculturalidade. De acordo com os preceitos da interculturalidade¹⁸, observamos que o atendimento diferenciado ficou no plano do discurso formal, apesar de as recomendações da Organização Pan Americana de Saúde – OPAS - abordarem alguns princípios como: enfoque integral da Saúde; direito à autodeterminação dos povos (OIT 169); respeito e revitalização das culturas indígenas; reciprocidade das relações; direito à participação sistemática dos povos indígenas (Modelo de Gestão da Saúde Indígena, 2013). Sobre tais assuntos aprofundaremos mais adiante.

A FUNASA foi formada por 34 DSEIs¹⁹ localizados em diversas regiões do território nacional, exceto nos Estados do Piauí e do Rio Grande do Norte. Além dos DSEIs, foram criadas unidades como os Postos de Saúde, Polos-Base e as Casas de Saúde do Índio (CASAI), que eram estruturas de responsabilidade da FUNAI até 1999, quando tiveram suas atribuições transferidas para a FUNASA.

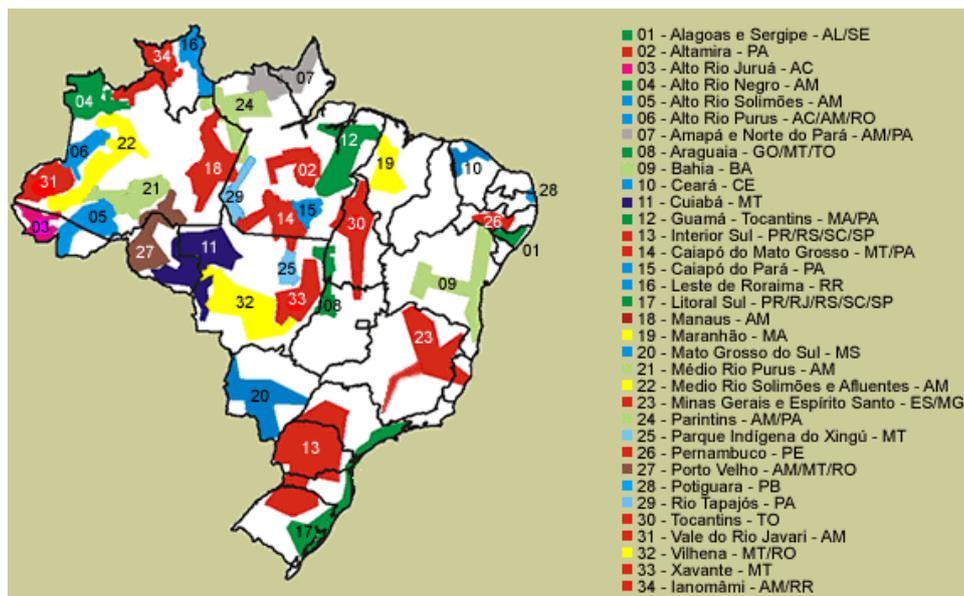
Para alcançar os objetivos da PNASPI, foram estabelecidas algumas diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas, entre as quais a atenção primária e os serviços de referência intencionavam preparar os recursos humanos para atuação em contexto intercultural; articulação dos sistemas tradicionais; promover monitoramento das ações; promoção do uso de medicamentos, controle social; dentre outros.

¹⁸ Pode-se pensar a interculturalidade como interação, *complementariedad* (LERIN, 2013) entre a medicina tradicional com a medicina ocidental, buscando estratégias para abordar a compreensão da medicina tradicional como produto da cultura indígena.

¹⁹ Os territórios distritais foram definidos num processo de construção com as comunidades indígenas, profissionais e instituições de saúde.

Os DSEIs, integrados aos princípios do SUS, formam organizados formalmente para atender às seguintes condições: os próprios conceitos de saúde-doença da população e os aspectos intersetoriais de seus determinantes; ser construído coletivamente e possuir instâncias de controle social em todas as esferas de gestão. Mais à frente trataremos das instâncias de controle social.

Figura 6



Fonte: (BRASIL, 2008).

Percebe-se que a PNASPI passou por mudanças significativas que ocorreram durante a implementação do Projeto VIGISUS I (1998-2004). O Projeto VIGISUS I foi um acordo financeiro realizado entre o Governo Brasileiro e o Banco Mundial em 1998, com o objetivo de “[...] fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, o Sistema de Controle de Doenças e apoiar a prevenção e controle de doenças para a população indígena” (BRASIL, 2010).

Portanto, foi por meio do Projeto VIGISUS I que a saúde indígena passou por mudanças no seu modelo de atenção, através da transferência de responsabilidade, incluindo infraestrutura e recursos humanos, da FUNAI para a FUNASA, Criação e financiamento dos DSEIs e apoiou a construção das CASAI.

3.1.2. Descrição das unidades que estruturaram a FUNASA

Os Polos-Base são unidades que funcionam como apoio estratégico para as Unidades Básicas de Saúde. Os Postos de Saúde ficam dentro das comunidades indígenas. São construídos de acordo com as necessidades de cada região, representando a porta de entrada na rede hierarquizada de serviços de saúde.

As atividades de atenção básica à saúde executadas nos postos de saúde são “[...] o acompanhamento de crianças e gestantes, imunização e o atendimento a casos de doenças mais frequentes, como infecção respiratória aguda, diarreia e malária” (BRASIL, 2009, p.34).

Os Polos-Base representam outra unidade de atendimento aos índios. Eles são a primeira referência para os Agentes Indígenas de Saúde (AISs) que atuam nas aldeias, tanto na atenção primária como nos serviços de referência. Cada Polo-Base cobre um conjunto de terras indígenas sendo estruturados como Unidades Básicas de Saúde, que “[...] contam com a atuação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) compostas, principalmente, por médicos, enfermeiros, nutricionistas, dentistas e técnicos de enfermagem, entre outros profissionais” (BRASIL, 2009, p.34).

O Polo-Base “[...] já tem sua localização geográfica definida e é articulada e incentivada a atender os indígenas, levando em consideração a realidade socioeconômica e cultural de cada povo” (BRASIL, 2009, p. 33).

As Casas de Saúde do Índio (CASAI) estão localizadas em diversos Estados. Nelas são executados os serviços de apoio aos pacientes indígenas encaminhados à rede do SUS. As CASAI foram instaladas e multiplicadas a partir da readequação das antigas Casas do Índio que pertenciam à FUNAI.

As CASAI, de acordo com documento da FUNASA (BRASIL, 2009, p. 35),

[...] têm condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes; prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia; marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar; providenciar o acompanhamento dos pacientes e o seu retorno às comunidades de origem.

Essas são as unidades que organizam os serviços de atenção à saúde dos povos indígenas em consonância com as diretrizes e princípios do SUS. Até 2010, a FUNASA dispunha de um total de 751 Postos de Saúde; 358 Polos-Base; 62 CASAI e 362 hospitais de referência credenciados para o atendimento de média e alta complexidade. Todas essas estruturas foram transferidas para a SESAI.

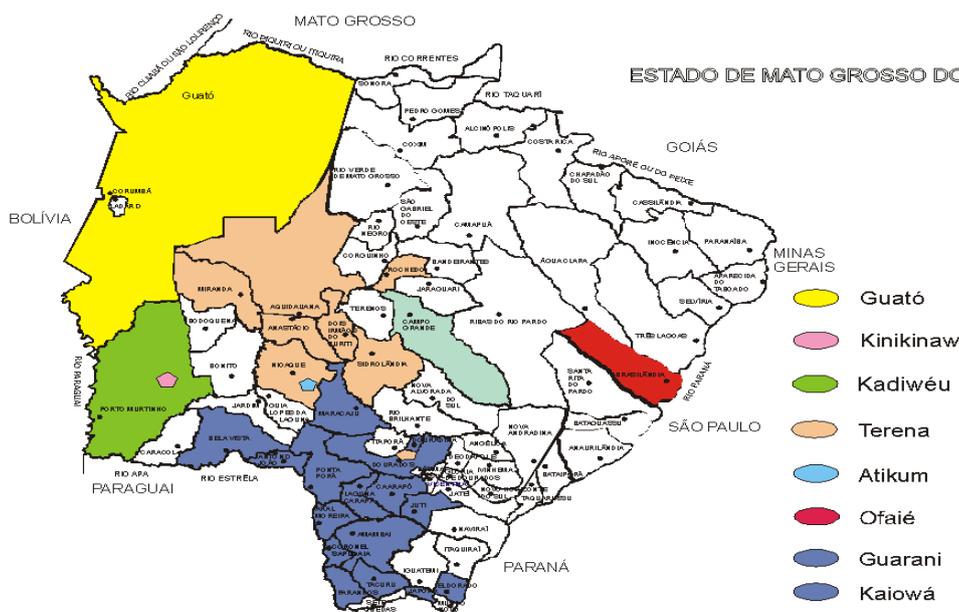
Tabela 13- estabelecimentos de assistência à saúde indígena					
Estabelecimentos de Assistência à Saúde Indígena	2006	2007	2008	2009	2010
Postos de Saúde	721	721	741	751	751
Polos Base	319	330	344	344	358
Casas de Saúde Indígena – CASAI	57	57	57	62	62
Hospitais de Referência Credenciados	359	364	362	364	362
Total	1.456	1.472	1.496	1.521	1.533

Adaptado de (BRASIL, 2010, p. 25).

3.1.3. A FUNASA no Estado de Mato Grosso do Sul

O Estado de Mato Grosso do Sul (MS) concentra a 2ª maior população indígena do país, com aproximadamente 77.025 indígenas, de acordo com censo demográfico do IBGE 2010, localizadas em 75 terras indígenas e distribuídas em oito etnias²⁰, por ordem de predominância, sendo elas: Kaiowá, Guarani, Terena, Kadiwéu, Kinikinaw, Guató, Ofaié e Atikun. Conforme a figura abaixo é possível identificar a predominância étnica de acordo com as regiões do Estado:

Figura 7



Fonte: Brasil, 2009.

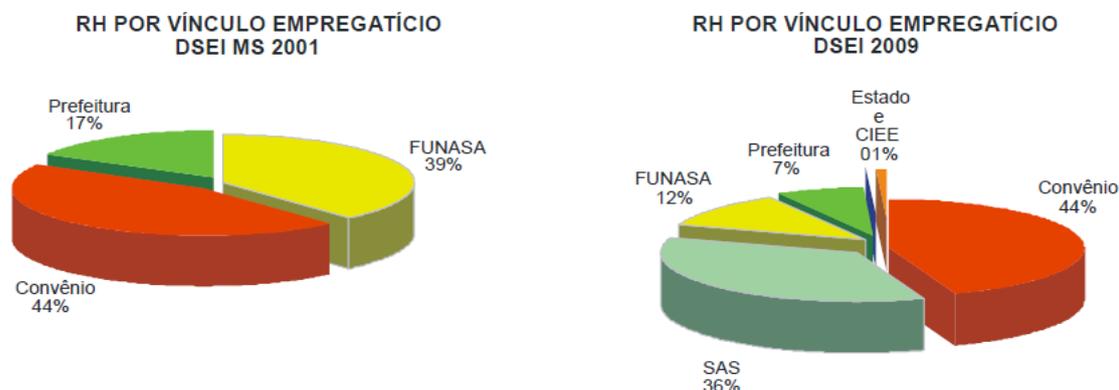
²⁰ Além das etnias que estão presentes na figura, em Mato Grosso do Sul existe os Camba-Chiquitano, sobre o assunto ver (SILVA, 2009).

O Distrito Sanitário Especial Indígena do Estado de Mato Grosso do Sul (DSEI-MS) iniciou o primeiro levantamento demográfico e epidemiológico nas aldeias do Estado entre 1999 e 2000. Em 2001 implantou-se a Equipe Multidisciplinar de Saúde, bem como os Programas.

O DSEI-MS encontra-se em Campo Grande, capital do estado, estava junto à sede da Coordenação Regional da FUNASA (CORE-MS), onde as informações epidemiológicas e administrativas são centralizadas, condensadas e analisadas, com o objetivo de organizar as ações em saúde direcionadas às aldeias.

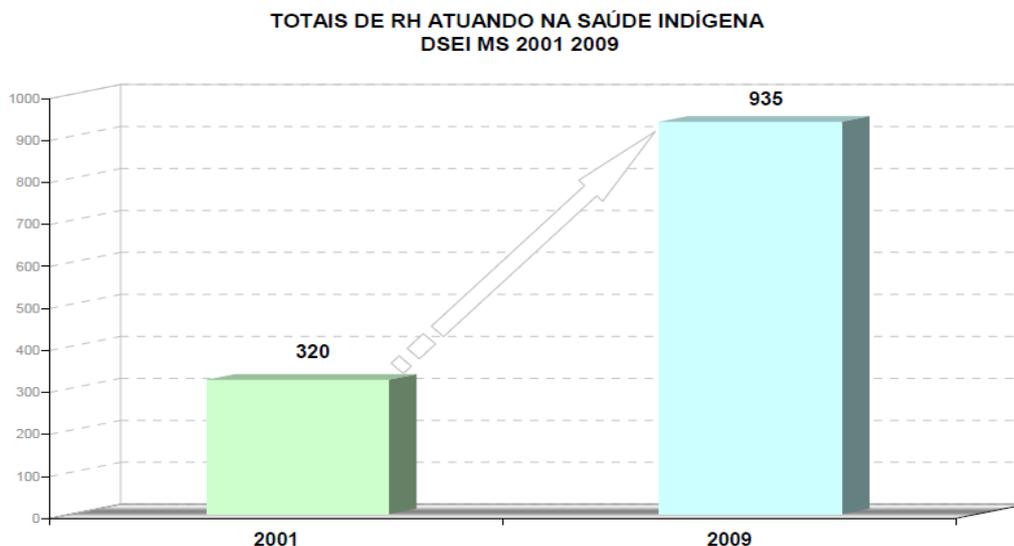
A CORE/DSEI-MS por meio da FUNASA atuava diariamente em 77 terras indígenas no estado de Mato Grosso do Sul. Os Polos-Base da FUNASA contavam com Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) “[...] que é composta por médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliar de enfermagem, agentes indígenas de saneamento (AISAN), agentes indígenas de saúde (AIS)” (SCOPEL, LANGDON, SCOPEL, 2007, p.53). Incluindo, a partir da Portaria nº 2.759 de outubro de 2007, profissionais de saúde mental (psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais), que realizam acompanhamento domiciliar nas diferentes áreas, atendimento ambulatorial e encaminhamento à rede de atendimento do SUS.

Existia sob a responsabilidade do DSEI-MS na FUNASA, três CASAs situadas em municípios (Campo Grande, Dourados e Amambai), dos quais dois centralizam os principais serviços de saúde do Estado, em média e alta complexidade, além de quinze (15) Polos-Base atuando em vinte e nove (29) municípios, que contemplam, aproximadamente, trinta e duas (32) EMSIs. O gráfico abaixo apresenta o RH por vínculo empregatício, mostrando que, das formas de ingresso na saúde indígena, 44% é por meio de convênio com a Missão evangélica Caiuá.



Fonte: BRASIL, 2009, p.17.

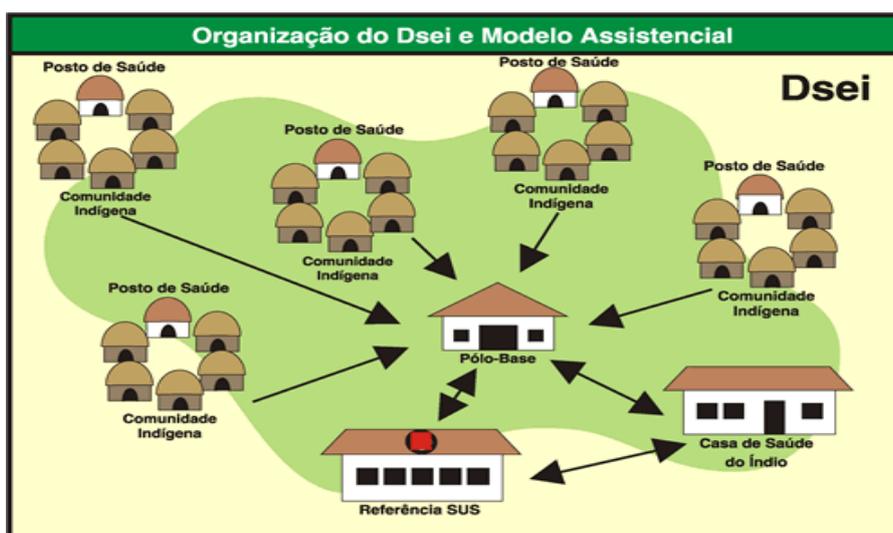
O gráfico a seguir mostra a evolução quanto aos recursos humanos vinculados à saúde indígena, tanto no DSEI, quanto nas EMSI.



Fonte: BRASIL, 2009, p. 18.

De acordo com o Relatório de Gestão 2007, o modelo de organização da Atenção Básica em Saúde contava com a estrutura básica nas aldeias: Postos de Saúde, Rádios de Comunicação, Viaturas e EMSI. Os Polos-Base funcionavam como estrutura gerencial local, com as CASAIs para servir de intermediação com os serviços de saúde do SUS e, por fim, as referências de média e alta complexidade, como mostra o esquema abaixo:

Figura 8



Fonte: BRASIL, 2010.

Ao DSEI-MS, segundo o documento citado acima, caberia: monitorar e manter atualizadas as informações referentes a todos os Programas de Saúde, bem como coordenar as ações das EMSI, visando o aperfeiçoamento dos índices de saúde e propor ações para solucionar os problemas identificados no atendimento, além de realizar análises epidemiológicas sobre os dados, com intuito de propor ações operacionais em curto, médio e longo prazos, entre outras ações.

É importante destacar que a FUNASA, no que se refere à atenção à saúde, foi responsável pela atenção básica ou primária dentro das terras indígenas, mas a atenção de média e de alta complexidade ficava sob responsabilidade exclusiva do SUS. Os encaminhamentos e os pedidos médicos eram encaminhados à central de regulação nos municípios, que possuem um número reduzido de vagas, insuficiente para atender toda a demanda.

Quando a população indígena é encaminhada para procedimentos, como exames, consultas, médicos especialista, o SUS, na maioria dos casos, não oferece atendimento diferenciado. De acordo com Paim *et all.* (2014, p. 24),

A prestação de serviços especializados no SUS é problemática, pois a oferta é limitada e o setor privado contratado muitas vezes dá preferência aos portadores de planos de saúde privados. A atenção secundária é pouco regulamentada e os procedimentos de média complexidade frequentemente são preteridos em favor dos procedimentos de alto custo. O SUS é altamente dependente de contratos com o setor privado, sobretudo no caso de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; apenas 24,1% dos tomógrafos e 13,4% dos aparelhos de ressonância magnética são públicos e o acesso é desigual. [...] A atenção terciária no SUS inclui alguns procedimentos de alto custo, realizados predominantemente por prestadores privados contratados e hospitais públicos de ensino, pagos com recursos públicos a preços próximos ao valor de mercado.

É sabido que o SUS é problemático para o atendimento dos cidadãos de um modo geral, para os níveis secundários e terciários e a quantidade de vagas é ínfima em relação à demanda. Visando garantir o atendimento diferenciado fora do subsistema que atende os indígenas foi criado, por meio da Portaria nº 645/GM de 27 de março de 2006, o Certificado Hospital Amigo do Índio, a ser oferecido aos estabelecimentos de saúde que fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para tanto, o Hospital precisa efetivar os seguintes critérios: garantia do Direito ao Acompanhante, Dieta Especial e Informação aos Usuários, respeitando as especificidades culturais dos povos indígenas: garantia do respeito à interculturalidade²¹ e valorização das

²¹ É válido observar o que essa lei entende por interculturalidade que, a meu ver, está sendo utilizada como sinônimo de diversidade cultural. Veremos sobre interculturalidade no 4º capítulo.

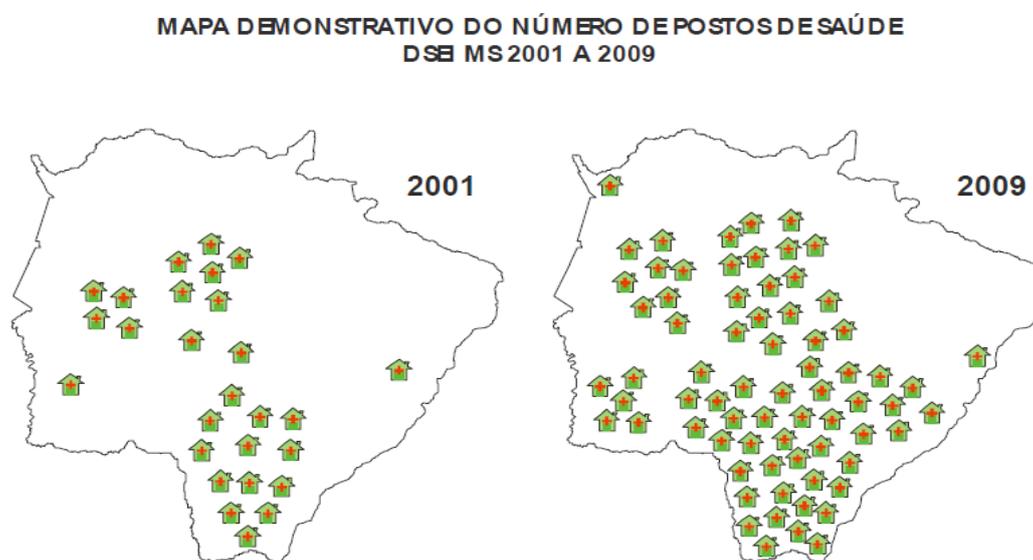
práticas tradicionais de saúde nos projetos terapêuticos singulares e na ambiência física; garantia de processo de Educação Permanente aos profissionais com respeito à interculturalidade e à valorização das práticas tradicionais de saúde, dentre outros.

Por meio do Certificado Hospital Amigo do Índio visa-se inibir as condições constrangedoras que a população indígena enfrenta fora do subsistema de atenção à saúde indígena.

3.1.4 Indicadores de Saúde na FUNASA

Como podemos observar na figura acima, sob a responsabilidade do DSEI fica o Polo-Base, que é referência para os postos de saúde que estão alocados dentro das comunidades indígenas, os Polos-Base e as CASAI. A figura abaixo mostra o quantitativo de unidades básicas dentro das terras indígenas em 2001 e em 2009.

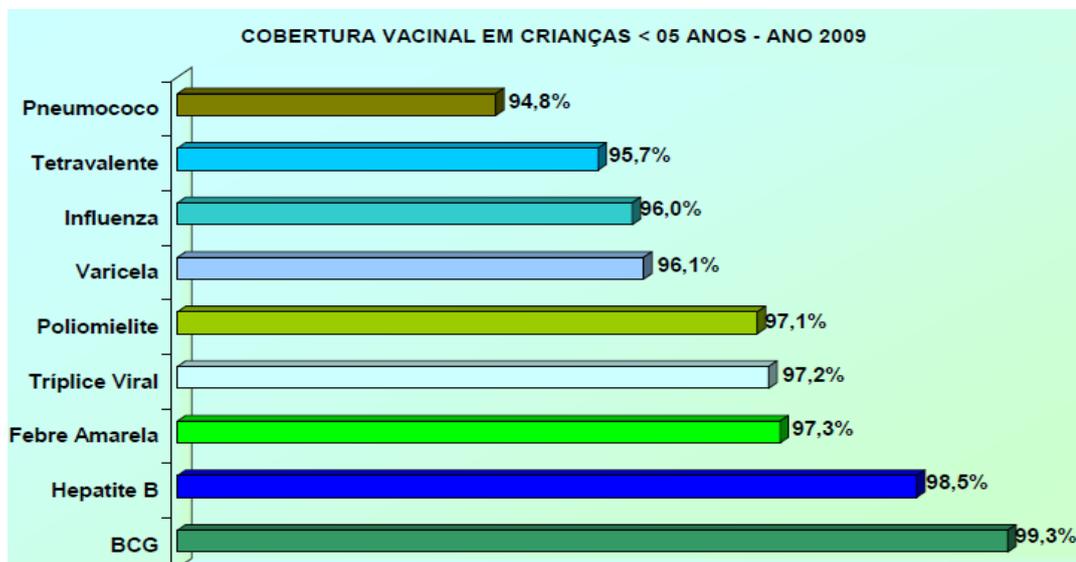
Figura 9



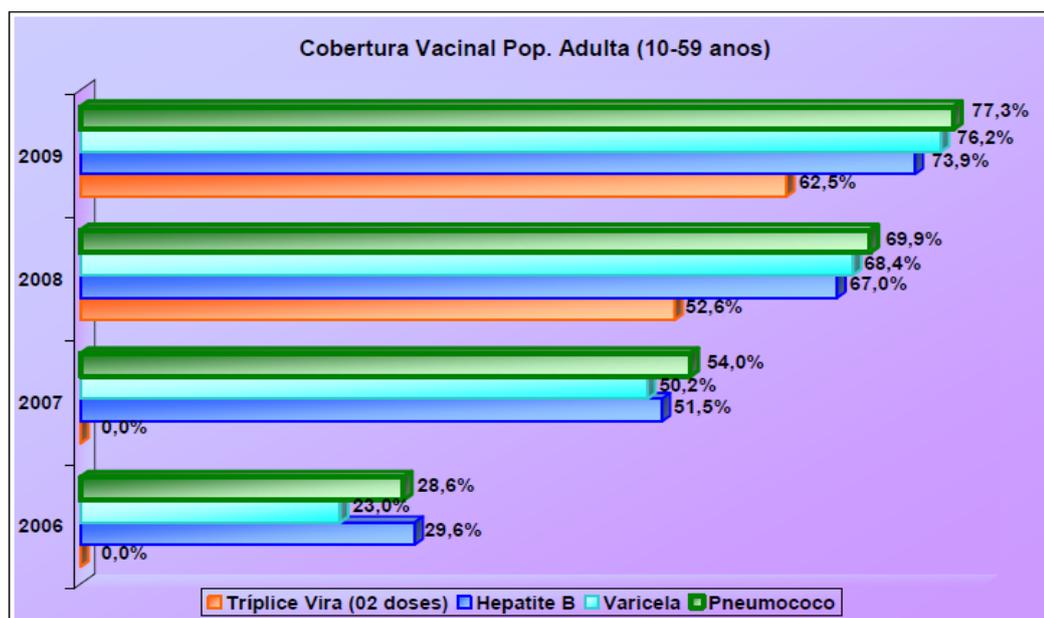
Fonte: BRASIL, 2009, p.18.

Alguns indicadores da saúde, no período da FUNASA, alcançaram quase 100%, como foi o caso das metas em cobertura vacinal em crianças de/com 5 anos. É importante ressaltar que as condicionalidades de saúde no Programa Bolsa Família contribuem para os índices de saúde das crianças e mulheres, principalmente as gestantes, na medida em que, para não

perder o recurso, levam os filhos para todas as campanhas vacinais e fazem preventivo e pré-natal.

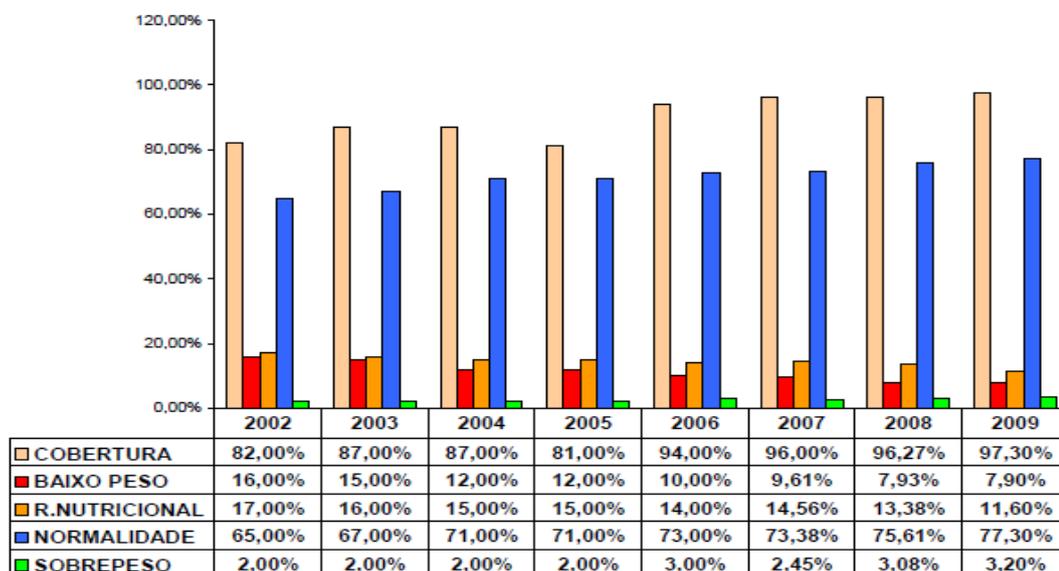


Fonte: BRASIL, 2009, p. 41.



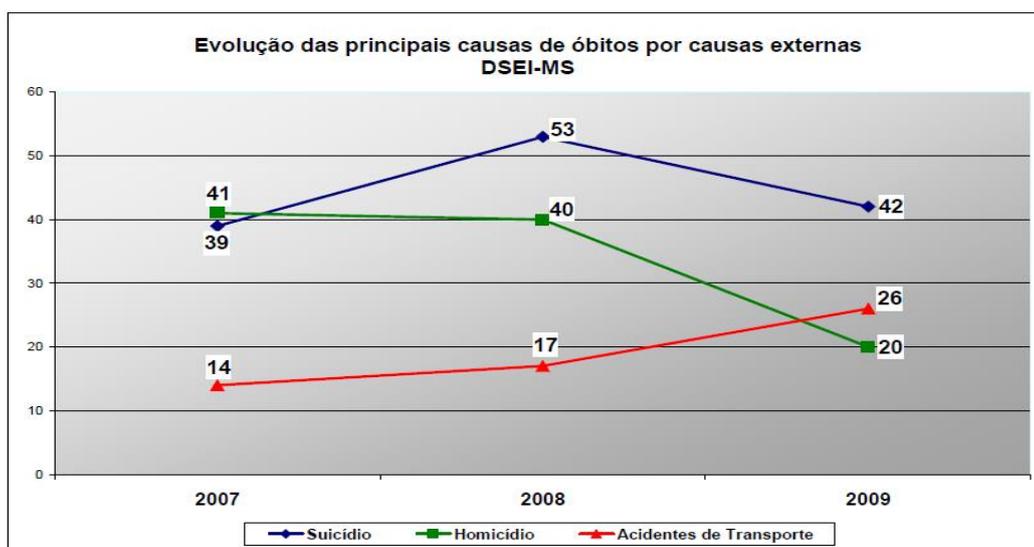
Fonte: BRASIL, 2009, p. 53.

SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL INDÍGENA DE MATO GROSSO DO SUL
PERFIL NUTRICIONAL E COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO 2002 A 2009
CLASSIFICAÇÃO DE ACORDO COM PADRÃO DE REFERÊNCIA NCHS - PERCENTIL (P/I)
POPULAÇÃO MENOR DE CINCO ANOS



Fonte: BRASIL, 2009, p. 43.

É possível observar que durante o período em que a FUNASA esteve à frente do Subsistema de Saúde Indígena, por meio dos indicadores de saúde, houve um avanço significativo em relação ao conjunto de ações de saúde vinculadas a outras políticas, como a cesta básica do Governo do Estado e o Programa Bolsa Família do Governo Federal, resultando no aumento da cobertura vacinal, diminuição dos riscos nutricionais e do baixo peso.



Fonte: BRASIL, 2009, p. 55.

Os índices de suicídio e homicídio tiveram um decréscimo de 2008 para 2009. Em 2008 teve um trabalho mais enfático nas atividades de grupo com jovens, discutindo diversas temáticas, o que pode ter auxiliado na diminuição da incidência de suicídios e homicídios.

3.2 - Da FUNASA à SESAI: um processo de transição em curso e problemático

O processo de transição da FUNASA para SESAI teve seu início por meio da edição da Portaria 1.235, de 19 de junho de 2008, que criou a Comissão de Estudo para elaboração de uma política de recursos humanos para a saúde indígena.

De acordo com Sousa (2013), no início de 2008, o governo recebeu e acatou a denúncia de que a FUNASA não estava atendendo de forma satisfatória todas as comunidades, principalmente aquelas de difícil acesso. Por isso, apresentou o Projeto de Lei 3.958, criando a Secretaria de Atenção Primária no Ministério da Saúde. Na mensagem do Projeto de Lei, transfere o DESAI - Departamento de Saúde Indígena - para esta Secretaria que, no âmbito do Ministério da Saúde, cuidaria de toda a atenção básica, em todo o território nacional.

Em setembro de 2008 houve a manifestação do Fórum de Presidentes do CONDISI e do Conselho Nacional de Política Indigenista – CNPI - contra esta proposta. A fala de Souza (2013) exprime o momento vivenciado:

[...] nós do movimento indígena nacional reprovamos essa medida, ou essa proposta do ministro, porque nós entendemos na ocasião que isso seria a municipalização da saúde indígena, ou seja, o governo estaria criando uma secretaria de atenção básica para todos os municípios, para todo o território nacional e estava transportando toda a saúde indígena da FUNASA para essa secretaria básica, era isso que dizia o projeto, no nosso entendimento, a FUNASA então deixaria de executar, levaria para essa secretaria e quem iria executar seriam esses municípios, e aí então eles estariam municipalizando de forma disfarçada a atenção à saúde indígena, aí imediatamente nós reagimos, eu fiz parte desse movimento que reagiu, convocamos vários movimentos em Brasília, várias reuniões com os ministros, presidente da república, mostrando que nós entendemos que aquilo seria um prejuízo para as nossas populações, tendo em vista que, sendo executada pelos municípios nós teríamos uma série de conflitos, porque o município não consegue atender nem os munícipes que moram na zona urbana e um outro fato negativo seria que boa parte dos municípios do território nacional há um conflito com os indígenas por questões territoriais, ou seja, boa parte dos gestores municipais, dos gestores estaduais e demais políticos querem ver os índios mais mortos do que com saúde, então tem uma série de prejuízos por conta desses conflitos territoriais e repudiamos esse projeto e passamos de forma conjunta a lutar e defender pela criação de uma secretaria especial de saúde indígena específica, ou então o fortalecimento da FUNASA.

É possível afirmar que a questão da municipalização da saúde indígena ainda é algo latente, mesmo após os debates, audiências públicas e conferências, instância máxima de participação democrática da população, a qual propõe, delibera e avalia a política de saúde indígena. No caso da responsabilidade do Estado quanto ao financiamento, coordenação e execução, há consenso entre os povos indígenas.

Através da Portaria nº 3.034 de 17 de dezembro de 2008, criou-se o Grupo de Trabalho – GT, para averiguar as denúncias do movimento Acampamento Terra Livre, destinado à Presidência da República. Segue abaixo a fala de Souza (2013) sobre essa denúncia

[...] houve uma reação do movimento indígena e isso foi em 2008, todo ano acontece uma mobilização nacional dos povos indígenas, geralmente essa mobilização se dá em Brasília, que nós chamamos de "Acampamento Terra Livre", que é o momento em que várias delegações e lideranças indígenas se deslocam até Brasília pra fazer uma avaliação das políticas aplicadas dentro das aldeias bem como mostrar para o estado brasileiro a questão da organização, da cultura, da expressividade do índio. E nesse evento que ocorreu em 2008 em Brasília o movimento indígena teve como pauta a precarização dos serviços disponibilizados pela FUNASA nas aldeias indígenas, e foi formulando uma denúncia junto ao Presidente da República, na época denunciando essa precariedade, o presidente, por sua vez, acata essa denúncia, recebe essa denúncia e solicita junto ao ministro da saúde providências para que sejam atendidas essas reivindicações dos movimentos indígenas que fora feita para ele no ano de 2008 pra melhorar essas políticas em todas aldeias do país.

Após a criação do GT, seus integrantes, instituídos pela Portaria Nº 3.035 de 17 de dezembro de 2008, visitaram as CASAI, DSEIs e Polos-Base, verificando as condições de vida das populações indígenas em todo o país, constatando a procedência das denúncias. De acordo com Trajber (2014),

[...] a primeira reunião de trabalho foi aqui em Campo Grande, juntando todo o Centro-Oeste, e ai foi dois ou três dias, não lembro mais quanto, de discussão, onde a gente foi pautando tudo o que precisaria para integrar essa Secretaria Especial. Da questão da estrutura, da questão dos profissionais, da questão do pessoal do quadro, fomos pontuando todas as dificuldades.

Após especulações sobre a municipalização da saúde indígena, na tessitura da criação da Portaria 2.656/2007, o governo cria a SESAI, através do Art. 6º do Decreto nº 7.336, de 19 de Outubro de 2010, dando o prazo de 180 dias para efetivar a transição entre a FUNASA e o Ministério da Saúde, passando a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - SASI - para o Ministério da Saúde.

Pelo Decreto nº 7.335 de 19 de outubro de 2010, a FUNASA recebeu novas competências por meio da criação do Departamento de Saúde Ambiental – DESAM, que passou a programar ações de saúde ambiental, no âmbito do Subsistema Nacional de

Vigilância em Saúde Ambiental, incluindo o controle de qualidade da água para consumo humano e a identificação dos fatores ambientais que determinam risco para a saúde.

De acordo com as portarias de transição, toda a estrutura da FUNASA relacionada à saúde e saneamento básico foi transferida para a SESAI. Isso significa que a infraestrutura material, bem como os recursos humanos são os mesmos com todos os problemas anteriores, ou seja, viaturas sucateadas, vínculo empregatício através de contrato realizado de forma terceirizada através de organizações não governamentais²².

Os funcionários efetivos também foram transferidos, e passaram a fazer parte do quadro de funcionários do Ministério da Saúde, porém, até junho de 2014, estavam recebendo a gratificação, porém não tiveram suas gratificações adequadas ao pleito dos funcionários efetivos. A Gratificação de Atividade em Saúde Indígena - GASI, é para todos os funcionários, tanto os efetivos como os contratados. Para Mato Grosso do Sul o valor é de R\$ 2.500,00 para nível superior e de R\$ 1.200,00 para nível intermediário.

Com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI - e a reformulação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI - passando diretamente para o âmbito do Ministério da Saúde, todas as ações de Atenção à Saúde Indígena, incluindo as de saneamento ambiental em terras indígenas, anteriormente sob a responsabilidade da FUNASA, permaneceram em processo de transferência para o Ministério da Saúde, formalmente até o final de 2011.

De acordo com o Relatório de Gestão do ano de 2010 (BRASIL, 2010), essa medida foi adotada para cumprir o disposto na Lei Sérgio Arouca, a qual estabelece que ações de saúde e saneamento em terras indígenas serão de competência da União e deverão ser desenvolvidas pela Administração Direta, de modo a atender às recomendações da auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) e à orientação do Ministério Público Federal. A SESAI, portanto, foi criada para atender a duas demandas, uma demanda expressa pela população indígena solicitando a extinção da FUNASA e outra para atender às recomendações do TCU.

A SESAI passou a coordenar e executar o processo de gestão do SASI em todo território nacional, tendo como missão principal a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas e exercer a gestão de saúde indígena, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde

²² As ONGs que firmaram convênio para executar ações complementares no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no exercício de 2014 foram: Associação Paulista Para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP - e Missão Evangélica Caiuá.

segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada DSEI, em consonância com as políticas e programas do SUS.

Portanto, de acordo com o Decreto 8.065/2013, art. 46, compete a SESAI planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da PNASPI, mediante gestão democrática e participativa, bem como coordenar o processo de gestão do SASI para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas, assim como planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes a saneamento e edificações de saúde indígena.

Coordenar a gestão sanitária implica em orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena, traçar o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada DSEI em consonância com as políticas e os programas do SUS e em observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais indígenas, bem como promover ações para o fortalecimento do controle social no SASI.

Ainda no Decreto nº 8.065/2013 consta as atribuições dos departamentos vinculados à estrutura da SESAI, tais quais: Departamento de Atenção à Saúde Indígena, Departamento de Gestão da Saúde Indígena e Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena. Ao Departamento de Atenção à Saúde Indígena compete planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as atividades de atenção integral à saúde dos povos indígenas, bem como apoiar as equipes dos DSEI no desenvolvimento das ações de atenção à saúde.

Ao Departamento de Gestão da Saúde Indígena compete: garantir as condições necessárias à gestão do SASI; promover o fortalecimento da gestão nos DSEIs; propor mecanismos para organização gerencial e operacional, bem como programar a aquisição e a distribuição de insumos. Ao Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena compete: planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes ao saneamento e edificações; a elaboração e implementação de programas e projetos de saneamento e estabelecer diretrizes para a operacionalização das ações de saneamento e edificações de saúde indígena.

Quanto ao Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI - por meio do Decreto 8.065/2013 compete:

Art. 50. Aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas compete:

I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar, avaliar e executar as atividades do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS, nas suas áreas de atuação, observadas as práticas de saúde e as medicinas tradicionais; e

II - desenvolver as atividades de execução orçamentária, financeira e contábil relativas aos créditos sob a gestão específica de cada Distrito Sanitário Especial Indígena.

Segue abaixo figura que explica a estrutura de referência e contra-referência dos DSEIs:

Figura 10

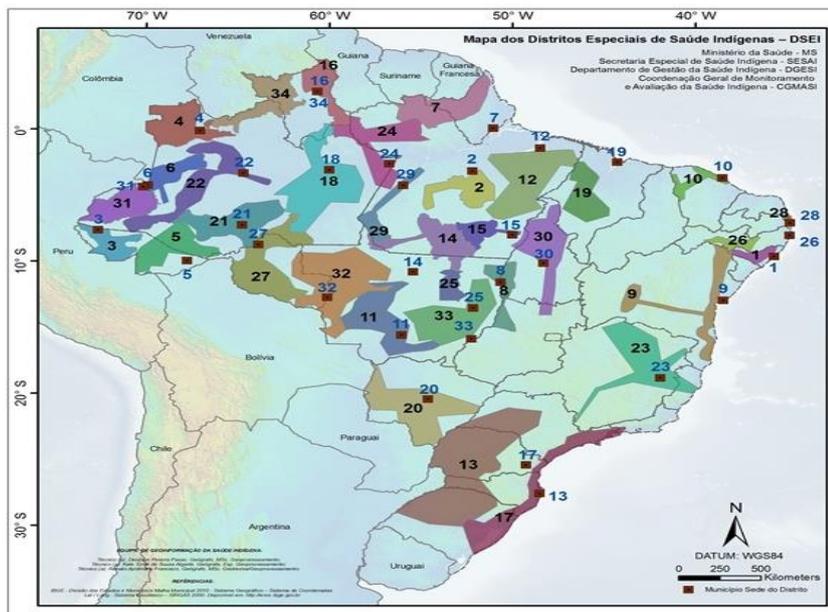


Fonte: SESAI/MS, 2013.

Como podemos observar nesta figura, quanto à referência e contra-referência não houve modificações em relação à estrutura que havia na FUNASA. As modificações ficaram por conta da Portaria nº 2.012, de 14 de setembro de 2012, que extinguiu o Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas - IAB-PI, de que trata a Portaria nº 2.656/GM/MS, de 17 de outubro de 2007. Além de extinguir o IAB-PI, regulamentou o Fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena, criado pela Portaria nº 1.163/GM/MS, de 14 de setembro de 1999, que passou a ser denominado Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI), permanecendo o incentivo para atenção de média e alta complexidade.

No que se refere ao quantitativo dos DSEIs no país, após a criação da SESAI não modificou, permanecendo com 34 em todo o país, como mostra a figura abaixo:

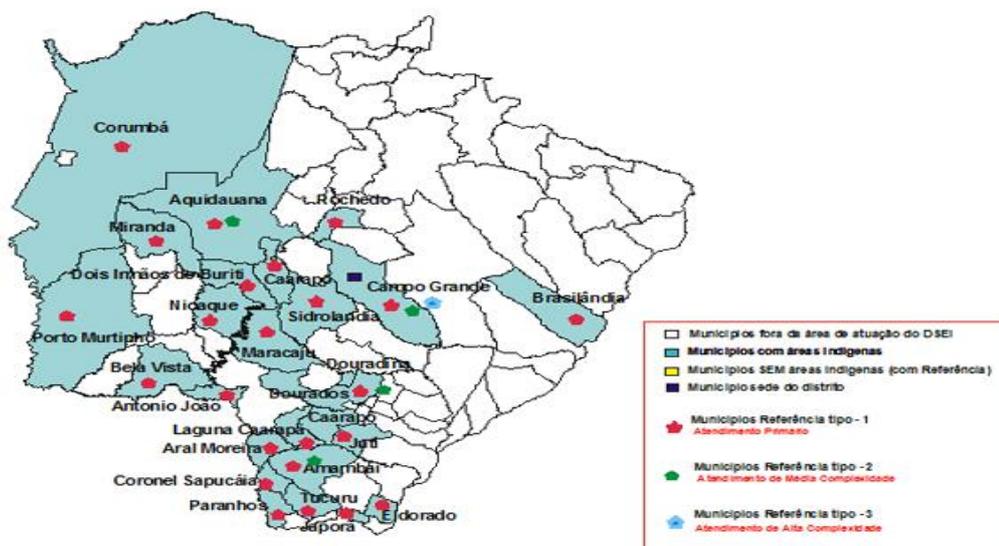
Figura 11



Fonte: SESAI/MS, 2013

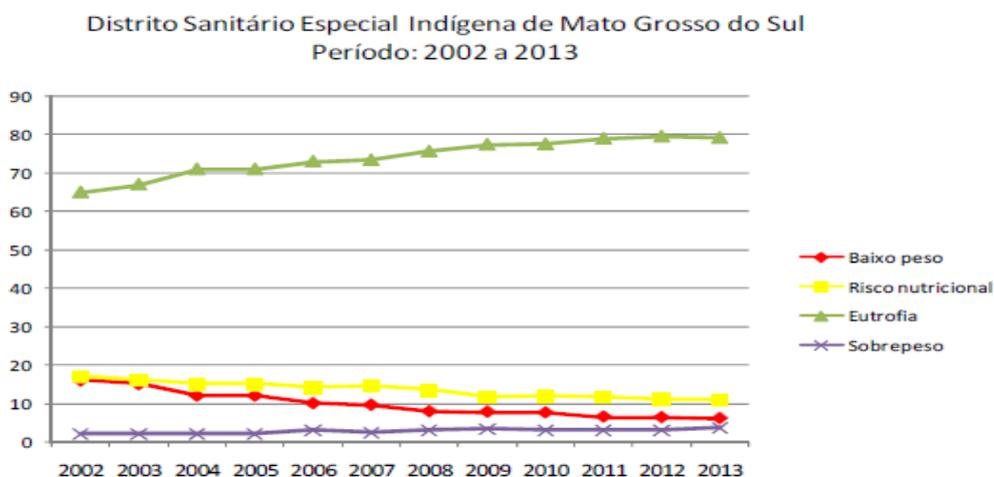
O DSEI Mato Grosso do Sul fica localizado na região do pantanal sul mato-grossense, próximo à divisa com o Paraguai e a Bolívia, atende a uma população de 77.025 indígenas, de acordo com censo demográfico do IBGE 2010. Conforme a figura abaixo, é possível identificar a predominância étnica de acordo com as regiões do Estado:

Figura 12



Fonte SESAI/MS, 2013

Seguem abaixo os índices atuais de saúde da SESAI. No caso do próximo gráfico, que trata exclusivamente da evolução nutricional, é possível observar que os índices de risco nutricional e baixo peso vêm decrescendo ao longo dos anos. Como citado anteriormente, esse decréscimo se deve às ações de saúde e ligados a outras políticas públicas, visando uma promoção integral da saúde em conjunto com os determinantes sociais para a saúde indígena. No gráfico abaixo vemos a evolução do estado nutricional entre menor de 5 anos: Índice peso por idade.



Fonte: CORE/DSEI/MS, 2014.

Quanto ao programa DST/HIV/AIDS/HEPATITES, o DSEI de Mato Grosso do Sul apresenta dados significativos, pois apresenta informações de crianças e jovens contaminados por doenças sexualmente transmissíveis. Em todos os casos mais mulheres contaminadas que homens.

Tabela 14- programa DST/HIV/AIDS/HEPATITES

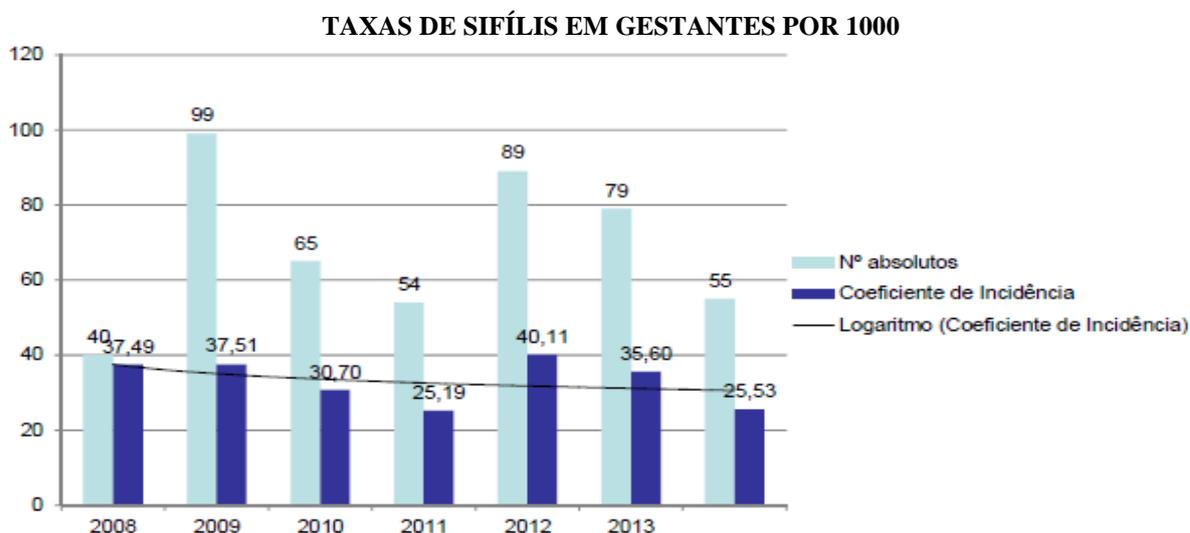
	DSEI MS - 2013 – Somatória dos Consolidados Mensais																		TOTAL
	<1 ano		1a4		5a9		10a14		15a19		20a29		30 a 49		50a59		>60 anos		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Cervicites	-	-	-	-	-	-	-	2	-	24	2	122	1	173	2	26	-	2	354
Tricomoníase	-	-	-	-	-	-	-	6	-	20	-	55	-	70	2	6	-	2	161
Outras DST não especificadas	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	2	32	-	54	-	8	-	4	108
Sífilis (adquirida + gestante)	-	-	-	-	-	-	-	1	-	12	3	51	2	8	-	1	-	-	78
HPV	-	-	-	-	-	1	1	3	-	10	1	13	-	19	-	3	-	1	52
Cervicite por Clamídia	-	-	-	-	-	-	-	1	-	8	-	11	-	3	-	-	-	-	23
Infecção gonocócica	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	5	-	1	-	-	-	-	-	8
Inf. Anogenital por Herpes	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	4
Donovanose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	2
Uretrites	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2
S.U.G.H>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Secreção uretral	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
TOTAL GERAL						2	1	15	3	79	15	285	5	329	4	44	-	9	794

Fonte: CORE/DSEI/MS, 2014.



Fonte: CORE/DSEI/MS, 2014.

Conforme salientado na introdução deste trabalho, fui Assistente Social na saúde indígena, e escrever sobre esses dados me faz rememorar situações que acompanhei nesse período. Uma delas é sobre o aumento da taxa de sífilis em gestante. Constatei que, em alguns casos, o companheiro da mulher trabalhava na usina, provavelmente sendo infectado na longa permanência longe de casa.



Fonte: CORE/DSEI/MS, 2014.

Apresentados alguns índices de saúde, veremos a seguir as dificuldades para estruturação da saúde indígena que permanecem até os dias atuais.

3.2.1 A SESAI e as dificuldades para estruturação da saúde indígena

Mesmo com todos esses anos de transição, ainda há reivindicações de melhorias na política de saúde indígena. Em matéria para O Progresso, em 16/03/2012, Fernando da Silva Souza, presidente do CONDISI e interlocutor desta dissertação, fala sobre a frota sucateada que a Saúde Indígena tem, com 10 viaturas paradas e, sem ambulância, índios acamados são transportados em carros comuns. A preocupação do presidente é que a população indígena está ficando sem respaldo na área de saúde e as equipes estão tendo dificuldades para atender dentro das aldeias.

Em relação às viaturas, o presidente diz que a comunidade aguarda a Prefeitura de Dourados comprar duas ambulâncias e 10 veículos que serão adquiridos com recursos da ordem de R\$ 1,8 milhão, repassados pelo Fundo Nacional de Saúde ao longo de, pelo menos, três anos (2009, 2010 e 2011).

Nesta mesma matéria, o jornal O Progresso procurou também o coordenador do DSEI, Nelson Olazar, que explicou que a Secretaria está com processos em andamento para a aquisição de materiais, equipamentos e reformas em postos de saúde. Em relação às viaturas, disse que a SESAI não está medindo esforços para consertar os veículos e que o processo está sendo rápido.

Em julho de 2012 foi realizada uma nova matéria no jornal O Progresso sobre a falta de insumos, medicamentos, viaturas e materiais para serviço, o que de acordo com o jornal, vem prejudicando o atendimento à população indígena, como podemos ver abaixo:

Figura 13

Crise na Saúde indígena gera protestos

Postos vão reduzir serviços pela metade a partir de amanhã e a medida pode se estender a todo o Estado

Hélio Ferra

Valéria Araújo

DOURADOS - A crise na saúde indígena gerou protestos ontem pela manhã em frente a sede da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) em Dourados. Com faixas e cartazes, o grupo denunciou a falta de insumos, medicamentos, veículos e materiais para os servidores. Amanhã haverá manifestações na Reserva de Dourados com a participação de indígenas de todo o Estado.

O objetivo é chamar a atenção do poder público em relação a problemática enfrentada. Depois de atendimentos em dias alternados, conforme ocorreu na semana passada, os postos de Saúde da Reserva Indígena passam a atender com 50% dos serviços. Isto significa metade de servidores, medicamentos, insumos e atendimentos disponibilizados à população. A comunidade pretende intensificar a onda de manifestações.

De acordo com o presidente do Conselho Distrital Indígena, Fernando de Souza, os postos de saúde estão atendendo no limite de insumos

de todos os tipos. No início do mês, lideranças e membros do movimento indígena de Mato Grosso, usuário do subsistema de atenção à saúde, representando mais de 70 mil índios, juntamente com os 700 profissionais de saúde de Mato Grosso do Sul, encaminharam carta à Presidência da República relatando a crise na saúde indígena do Estado. Além de outros problemas, o documento aponta a falta de irregularidade na distribuição de medicamentos, já que o volume disponibilizado não tem atendido a demanda.

"Geralmente o que é destinado aos postos não dá para o mês, o que deixa muitos índios sem determinados tipos de medicamento. Esta semana só vamos conseguir manter abertas as unidades porque a Sesai encaminhou um pouco de medicamentos, porém, na segunda-feira, os postos ficaram fechados", disse.

Faltam materiais, equipamentos e insumos para as equipes de saúde, fato que, segundo Fernando, vem prejudicando enormemente a qualidade dos serviços. "O serviço de limpeza das Unidades de

Saúde nas aldeias está sendo executado pelos agentes e profissionais de saúde. Também não há serviço de manutenção dos prédios e equipamentos como os polos base, Casas de Apoio Indígena (Casai), postos de Saúde e até materiais, que estão em péssimos estados de conservação", denuncia.

O relatório aponta ainda deficiências de viaturas para atender o Programa de Saúde Indígena, tendo em vista que as utilizadas pelas equipes de saúde e para o transporte de pacientes a maioria estão sucateadas sem as mínimas condições de utilização, oferecendo riscos aos pacientes e trabalhadores.

O problema é tão grave, segundo Fernando, que na última quinta-feira um paciente da Aldeia Panambizinho morreu devido a demora no socorro. "Um jovem de 29 anos começou a sentir dor forte no abdome e chamou a viatura da Sesai. Como há apenas uma para atender toda a extensão da aldeia à noite, o socorro chegou só depois de 4 horas. O paciente já estava com respiração ofegante e morreu antes de chegar no hospital", destaca, observando que apenas uma viatura está disponível no período noturno para a Reserva Jaguapitú,



Indígenas durante manifestação por melhorias na Saúde, ontem na Sesai de Dourados

Bororó e Panambizinho, com 13 mil índios.

No documento, as lideranças afirmam que além da falta de viaturas, não há serviço de higienização e de borracharia, sendo estes serviços realizados pelos motoristas com recursos próprios. São cerca de 25 viaturas oficiais da Sesai com documentação irregular e com licenciamentos atrasado, que estariam em plena atividade irregularmente. Em Dourados, todas as cinco unidades de saúde na Reserva vão atender em dias alternados a partir da próxima semana.

OUTRO LADO

O presidente da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), Nelson Olazar, explicou recentemente ao O PROGRESSO, via telefone, que desconhecia a falta de alimentos e materiais de limpeza na Casai. Reconheceu que faltam servidores no Estado mas anunciou a contratação de 80 para o MS. O processo está em andamento através de uma ação emergencial. Em relação aos insumos, ele explica que há barreiras em relação aos processos burocráticos que precisam ser cumpridos para

atender a lei o que demanda um tempo maior, mas que aos poucos tudo está sendo resolvido.

O presidente disse que já encaminhou projetos para a aquisição de subsídios para a Sesai em Brasília e que tão logo haja a aprovação deste documento é possível a abertura de licitação para o fornecimento de insumos diversos. Ele diz que o problema com os servidores se dá devido ao fato que é a primeira vez que a Sesai realiza este procedimento, inclusive com novas normas, já que antes isto era responsabilidade das prefeituras.

Como houve continuidade nos problemas de estruturação da SESAI, as manifestações e reivindicações continuaram em todo o país. Em 18 de outubro de 2012 foi realizada Audiência Pública sobre Saúde Indígena solicitada pelo Deputado Geraldo Resende. Nesta ocasião estavam presentes Jorge Oliveira Duarte - Marubo, representante do Conselho Nacional de Saúde - CNS e presidente do CONDISI do Alto Rio Purus - Acre e Fernando da Silva Souza, também representante do CNS e presidente do CONDISI de Mato Grosso do Sul. Nesta audiência, Duarte (2012) falou que a transferência da FUNASA para a SESAI vinha sendo protelada e sua efetivação se encontrava em uma situação caótica e precária em todas as regiões do Brasil, havendo várias denúncias sobre falta de medicamentos, de estrutura, de profissionais, de agilidade na gestão e nos processos licitatórios.

Duarte (2012) falou também que a SESAI foi criada em outubro de 2010, mas que a transição demorou muito, finalizando em dezembro de 2011. A partir de janeiro de 2012, a SESAI passou a assumir diretamente, na sua totalidade, a execução das ações de saúde indígena. No entanto, a SESAI ainda estava se estruturando internamente. Afirmou que o CONDISI estaria acompanhando o processo de convênio para contratação de recursos humanos, acompanhando os processos licitatórios para terceirização.

Duarte (2012) pontuou sobre as modificações que houve nesse processo, tais quais: na estrutura política, extinguindo-se o IAB-PI, o recurso fundo a fundo para os municípios; ocorreu a autonomia dos 34 DSEIS – cada distrito poderia fazer seus processos licitatórios (antes os processos eram feitos pelas coordenações regionais da saúde indígena). Desta forma, os coordenadores dos DSEIs passaram a ser autoridades no processo de gestão. Jorge afirmou que todas essas modificações não foram significativas, não supriu a assistência farmacêutica, pois tem CASAI sem condições de receber pacientes, as frotas estão sucateadas, faltam equipamentos.

No final de sua fala, Duarte (2012) solicitou mais agilidade nos processos administrativos com os quadros de servidores, afirmando que havia DSEI sem funcionários para agilizar a gestão da saúde indígena. Solicitou concurso público para a área meio e de gestão. Reclamou também que a equipe era mínima para atender as enormes demandas, por último, afirmou que o orçamento para a saúde indígena, de acordo com o levantamento feito pelos CONDISI, não era suficiente para atender as demandas dos 34 DSEIs, solicitando um aumento do recurso.

Após a fala de Duarte (2012), a palavra foi passada para Fernando da Silva Souza (2012), que fez um apanhado legal, iniciando sua fala com o art. 1º da Declaração Universal

dos Direitos Humanos, que assegura: “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade”. Afirmou, por meio do arcabouço legal, que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Prosseguindo em sua fala, Souza (2012) assegurou que a FUNASA acabou não conseguindo atender toda a demanda e que o sistema ora implementado busca adaptar a realidade das comunidades ao sistema de saúde, analisando que, desta forma, o modelo de saúde fere a Lei, pois é o sistema de saúde que precisa se adaptar à realidade das comunidades indígenas, mas essa adaptação não acontece no plano da prática. Souza assegurou que existem vários desafios para a SESAI e, se essa mudança não ocorrer, ela vai pelo mesmo caminho que a FUNASA.

Souza (2012) ainda asseverou que a SESAI precisaria superar os problemas vividos pela FUNASA, e que a SESAI não tinha direito de errar, porque conhece os problemas. Disse que a responsabilidade é do Ministério da Saúde, que precisa garantir equipe na aldeia, com medicamentos, insumos e com atenção básica, evitando atendimento de média e alta complexidade, que é bem mais difícil e bem mais traumático para quem está dentro das aldeias, tendo em vista que o atendimento de média e alta complexidade são realizados fora das comunidades indígenas.

Para Souza (2012), com a criação do subsistema deveria haver um atendimento diferenciado, mas que na ponta (execução dos serviços) não tem atendimento diferenciado. Nesse sentido, Souza questionou: Como faz para comprar combustível em um município que não tem posto de gasolina? Como faz para resolver isso? Precisa de uma legislação específica para que a SESAI possa executar, porque, se não, vai nadar, nadar e morrer na praia, como a FUNASA, pois as licitações demoram 30, 40, 60 dias e, nesse tempo, fica aguardando insumos para que as equipes possam adentrar nas aldeias.

Souza (2012) afirmou também que concurso público não iria resolver o problema da saúde indígena, e que o Brasil legal não é o Brasil real: “o concurso público é legal, mas não garante o perfil profissional; mede aspectos intelectuais, mas quem garante que os profissionais vão gostar dos patrícios?” Souza esclareceu que, em Dourados, 100% dos técnicos de enfermagem são indígenas, mas quem vai garantir que eles vão passar? Quem vai implementar os programas preconizados pelo SUS dentro das aldeias, quem tem maior confiabilidade das populações indígenas?

Por fim, Souza (2012) fez um apelo para que a Convenção 169 da OIT seja respeitada, garantindo-se que a população indígena seja previamente consultada, e que as discussões precisam ser ampliadas para além dos CONDISI. Assegurou ainda que, para as políticas sociais funcionarem, elas não podem vir prontas, precisam obedecer a realidade local.

Podemos observar na fala de Duarte (2012) e de Souza (2012) um consenso no que diz respeito ao sucateamento da saúde indígena, porém, houve um dissenso quanto à questão do concurso público. Para Duarte (2012) há necessidade de um concurso público para conseguir atender a demanda de recursos humanos, já para Souza (2012), o concurso público, nos moldes que o Estado oferece, não significa levar profissionais capacitados para atender a demanda específica da diversidade cultural das comunidades indígenas.

Das reivindicações feitas em 2012, a respeito das condições das viaturas, Dourados recebeu seis veículos novos em 2013 dos 18 adquiridos para Mato Grosso do Sul. Isso não significa que o problema das viaturas foi solucionado, pois são 18 novos veículos para 32 EMSI.

No ano de 2013, as reivindicações por melhorias na saúde permaneceram no cenário das mídias sul-mato-grossenses. Em maio de 2013, o jornal eletrônico Amambai Notícias cobriu a manifestação realizada na rodovia MS 386 (Rodovia Amambai - Ponta Porã) pelos indígenas da terra indígena Amambai, durante a qual distribuíram panfletos para os motoristas que trafegavam por lá.

De acordo com a matéria, o capitão da aldeia Amambai, Italiano Vasques, assegurou que a manifestação tinha como objetivo chamar a atenção das autoridades sobre a situação da saúde. O chefe do Polo da SESAI de Amambai, José Wilson, não quis se manifestar. Disse que encaminhou as reivindicações para o Distrito Sanitário Indígena, em Campo Grande, e para o gabinete da presidente da SESAI, em Brasília.

O jornal eletrônico disponibilizou o conteúdo do panfleto, que continha o seguinte comunicado:

Comunicamos a você motorista, caminhoneiro, usuário desta Rodovia que estamos numa manifestação pacífica, com intuito de chamar atenção do governo sobre o atendimento à saúde indígena no atendimento básico, média e alta complexidade. No âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde) foi criado subsistema para dar conta à diversidade, a complexidade, a demanda específica, respeito à cultura das populações indígenas. Esse subsistema já passou por três nomes estava ligado a FUNAI, depois FUNASA, hoje chama-se SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena) que fica em Brasília, SESAI por sua vez criou o DSEI (Distrito Sanitário Especial Indígena) que fica em cada estado do Brasil, o nosso em MS fica em Campo Grande, por sua vez distribuí o serviço via Polo Base nas regiões.

O DSEI foi criado para mais ágil o serviço de atendimento à saúde para a população indígena, que por meio deste mecanismo poderia chegar o mais rápido atendimento básico para os povos indígenas.

No início era tudo maravilha, quando ainda funcionava como FUNASA, criou-se SESAI, para ser autônomo, mas está retrocedendo.

Vejam os problemas abaixo:

- Espaço Físico dos Postos de Saúde nas aldeias prestes a desabar;
- Os postos de saúde encontram-se sem equipamentos e estruturas para profissionais trabalharem;
- As viaturas plantões caindo aos pedaços; colocando em perigo os pacientes, pois não possuem equipamentos adequados para carrega-los;
- Falta de cota de combustível para que os Polos bases realizem as suas atividades nas aldeias;
- NÃO HÁ MEDICAMENTOS NOS POSTOS DE SAÚDE;
- Falta canalização de água potável e tratada nas aldeias.

São inúmeros os problemas, que já foi solicitado e encaminhado pelos polos representantes das comunidades ao governo, mas nenhuma resposta foi dada. Enquanto a população passa por muitas dificuldades, principalmente quando se levam em conta o atendimento as crianças indígenas. E por esta razão é que está sendo feita está manifestação das comunidades indígenas reivindicando nossos direitos (AMAMBAl NOTÍCIAS de 23 de maio de 2013).

Em 2014, as reivindicações por melhorias na saúde seguiram, na grande assembleia dos Kaiowá e Guarani *Aty Guasu* realizada em 14 de fevereiro de 2014. O movimento *Aty Guasu* fez uma nota, visando destacar

[...] a situação de estado mísera e vulnerável de saúde de 46.000 mil Guarani e Kaiowá por falta de recursos e, sobretudo aplicação/administração inadequada do recurso pelos gestores locais da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). No último mês, todas as lideranças indígenas Guarani e Kaiowá juntamente com as comunidades do Mato Grosso do Sul se encontram em protestos e manifestação permanente pela melhoria de atendimento à saúde indígena. As demandas indígenas não estão sendo atendidas pelo Ministro da Saúde/Governo Federal, em decorrência disso, vários pacientes indígenas já faleceram, as crianças sofrem desnutrição, centenas de pacientes indígenas estão em estado mais vulneráveis que podem falecer em qualquer momento, em geral as assistências à saúde indígena foram e são abandonadas pelo Governo Federal, gerando um verdadeiro genocídio dos povos indígenas.

Diante do fato preocupante, os líderes indígenas reunidos no tekoha Apyka'i-Dourados, as lideranças indígenas do *Aty Guasu* juntamente com os conselheiros de saúde, os funcionários públicos da área de saúde indígena todos juntos avaliaram e deliberaram o recomeço de protesto, assim as comunidades e lideranças indígenas se encontrarão em protesto permanente no Estado de Mato Grosso do Sul, se manifestando nas rodovias, nas ruas, nas sedes dos Polos SESAI, nas aldeias, nos acampamentos indígenas, em uma só voz e grito, reivindicando a melhoria de atendimento à saúde indígena. À próxima semana haverá mais protesto e final de mês aumentará o protesto pela saúde indígena no Estado de Mato Grosso do Sul [...] (ATY GUASSU, 2014).

Em 13 de março de 2014, o jornal O Progresso, em mais uma matéria sobre a saúde indígena, afirma que a mesma continua em crise, apesar de a SESAI em Mato Grosso do Sul ter recebido R\$ 7 milhões este ano. O valor é referente à primeira parcela de um total de quatro, que juntas somam o valor de R\$ 28 milhões, previstos para 2014 no Estado. No ano passado, Mato Grosso do Sul teria recebido R\$ 22 milhões. Apesar dos repasses, as famílias indígenas padecem sem o mínimo de estrutura nas unidades de atendimento. São materiais básicos e medicamentos em falta nos postos de saúde da Reserva de Dourados, veículos

sucateados e parados no pátio da SESAI, desativação de serviços, como sala de vacina e leitos na CASAI e até mesmo falta de alimentos e materiais de higiene e limpeza.

De acordo com a matéria: Com R\$ 7 milhões na conta, Saúde Indígena continua em crise em MS do jornal O Progresso de 13 de março de 2014, recentemente a comunidade indígena denunciou que os servidores da CASAI estavam mantendo o serviço com o próprio salário. “Se não é a vaquinha dos funcionários, os pacientes ficam sem alimentação”, disse Fernando Souza, observando que 10 dos 29 leitos estão desativados no local.

Das denúncias e reivindicações que estiveram na mídia, a que segue refere-se a dados de mortalidade infantil do período de responsabilidade da SESAI, cujo índice, que durante o período da FUNASA vinha decrescendo, voltou a aumentar. Em matéria no jornal A Gazeta de Amambai: Cresce mortalidade infantil indígena em MS, a mesma afirma que houve um aumento de 43% no número de mortes de crianças de 1 a 4 anos em todo o Mato Grosso do Sul, entre os anos de 2011 e 2012. O jornal procurou a Secretaria Municipal de Saúde de Amambai para confirmar os dados de Amambai e, de acordo com a matéria, entre os anos de 2012 e 2013, foram contabilizadas 14 mortes de crianças até 1 ano de idade, seis em 2012 e oito em 2013 (A GAZETA NEWS de 03 de março de 2014).

O jornal procurou o secretário de saúde de Amambai, Pedro Humberto, que afirmou: “todos os registros de mortalidade infantil até 1 ano de idade em Amambai são de indígenas”. O secretário também informou que o índice de mortalidade infantil com até 1 ano de idade diminuiu significativamente de 2000 até 2010, caindo 14%, saindo de 22,7 por cada mil nascidos vivos para 19,4 para cada mil nascidos vivos (A GAZETA NEWS de 03 de março de 2014).

O Jornal A Gazeta informou também que procurou a direção da SESAI de Amambai para obter informações sobre os dados divulgados, e foram orientados a entrar em contato com a chefe do DSEI, Eliete Domingues, porém não conseguiram obter informações sobre tal assunto (A GAZETA NEWS de 03 de março de 2014).

Portanto, observa-se que a luta para a melhoria da saúde não findou com a criação da SESAI. As manifestações estão por todo lado, inclusive pelas redes sociais. A participação da população, usuários e trabalhadores da saúde indígena continuam reivindicando melhorias para execução de serviços, que envolve insumos, medicamentos, viaturas, ambulâncias adequadas para o transporte de pacientes, recursos humanos, vínculos empregatícios, dentre outros. Estas melhorias estão articuladas ao exercício da cidadania, à participação na fiscalização e monitoramento da saúde indígena, bem como às diretrizes amplamente

discutidas nas conferências de saúde. No tópico abaixo, veremos as conferências realizadas durante os períodos da FUNASA e da SESAI.

3.3 As conferências de saúde e o controle social

3.3.1 As Conferências Nacionais de Saúde Indígena no âmbito da FUNASA

A III Conferência Nacional de Saúde Indígena foi realizada em Luziânia, GO, de 14 a 18 de maio de 2001, oito anos após a II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, estando, portanto, com atraso de quatro anos. Cabe aqui ressaltar que, a partir da Lei 8.142/90, as conferências de saúde passariam a ser realizadas a cada quatro anos. Também é importante observar que esta conferência teve sua nomenclatura modificada de Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas – CNSPI - para Conferência Nacional de Saúde Indígena - CNSI.

A III CNSI teve como finalidade analisar os obstáculos e avanços do SUS, na implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e propor diretrizes para a sua efetivação. É importante ressaltar que o tema da III CNSI: Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção indígena, com controle social, foi o desdobramento da 9ª CNS.

Os princípios gerais da III CNSI estão pautados na diversidade cultural de cada povo indígena e em suas formas de vivenciar a saúde e a doença; que as ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde devem considerar a diversidade cultural e formas de vivenciar a saúde e a doença, dando prioridade as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças; bem como que

A saúde indígena está diretamente relacionada à garantia da demarcação, desnutrição e vigilância permanente das terras indígenas. O incremento demográfico dos povos indígenas, aliado às transformações decorrentes de um contínuo processo de redução territorial e degradação ambiental, exige a formulação e a execução de uma política de segurança alimentar, desenvolvimento sustentável e recuperação do meio ambiente nas áreas indígenas. O acesso a uma educação que contribua para a formação de uma consciência crítica sobre a sua situação atual diante do mundo é indispensável para que os povos indígenas sejam sujeitos da construção de seus projetos de futuro. A proteção do patrimônio cultural e dos processos de aproveitamento da diversidade biológica é condição para a afirmação da identidade étnica e fortalecimento da autoestima dos povos indígenas. A implantação de medidas e ações voltadas para o combate à discriminação e ao preconceito em relação aos povos indígenas, promovendo o reconhecimento e valorização da diversidade cultural na sociedade nacional e, especialmente entre os profissionais de saúde, determina as condições de vida e acesso da população indígena aos serviços

de saúde. As organizações indígenas têm um papel extremamente importante no processo de melhoria das condições de vida e de saúde, na implantação e implementação do modelo de atenção à saúde dos povos indígenas. O fortalecimento do controle social e a sua abrangência intersetorial sobre as diversas formas de relação que afetam os povos indígenas é fundamental para a implantação de uma política de atenção integral aos povos indígenas (Relatório Final da III CNSI, 2010).

Os nove eixos discutidos nesta conferência foram: Modelo de gestão e organização dos serviços, parcerias e articulação com o Sistema Único de Saúde - SUS; Vigilância em saúde; Estratégia de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis, A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS - e o alcoolismo: Direitos humanos e ética nas intervenções; Fortalecimento do controle social; Agentes Indígenas de Saúde: Formação, reconhecimento e inserção social; Desenvolvimento de recursos humanos para atuação em culturas diferenciadas; A hipermedicação e as práticas tradicionais; Ética em pesquisa, propriedade intelectual e patentes envolvendo povos indígenas e as comunidades indígenas; e Produção e comercialização de alimentos: as novas necessidades. O conjunto dos nove eixos produziram 157 propostas deliberadas pela III CNSI, escritos em 31 páginas (Relatório Final da III CNSI, 2010).

Parte das propostas da III CNSI permanece em discussão e algumas foram aprovadas recentemente como a autonomia dos DSEIs. O mecanismo de contratação de recursos humanos permanece em pleito e em discussão e tampouco se chegou a um consenso como veremos à frente.

A IV Conferência Nacional de Saúde Indígena - CNSI aconteceu no período de 27 a 31 de março de 2006, em Rio Quente, Goiás e é parte integrante da XII Conferência Nacional de Saúde. Cabe aqui lembrar que a IV CNSI aconteceu 20 anos após a primeira conferência, em 1986, trazendo, como novo, o subsistema de saúde indígena implementado através da FUNASA, em 1999, e a consolidação dos CONDISI e CLSI.

De acordo com o Relatório Final (2010), foram realizadas 206 conferências locais, 34 distritais, nas quais cerca de 12.000 pessoas participaram. Na conferência nacional teve a participação de 1.228 pessoas, das quais 800 eram delegadas, sendo 52% de representantes de usuários da saúde indígena, 27% de trabalhadores da saúde indígena e 21% de gestores e prestadores de serviço da saúde indígena. Foram 5.431 propostas apresentadas ao final das 206 conferências locais e 34 distritais, sendo aprovadas 479 propostas nos cinco eixos temáticos.

O tema central da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena - CNSI foi: “Distrito Sanitário Especial Indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições”. O tema contou com cinco Eixos Temáticos, que subdividiram-se em vários

subtemas, tais quais: 1- Direito à saúde;; 2- Controle social e gestão participativa; 3- Desafios indígenas atuais; 4- Trabalhadores indígenas e não-indígenas em saúde e 5- Segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável.

É importante aqui salientar que no ano seguinte à realização de IV CNSI, em 2007, realizou-se a 13ª Conferência Nacional de Saúde - CNS entre os dias 14 a 18 de novembro. Nesta conferência havia um pleito governamental para a extinção da FUNASA, como consta no relatório final da 13ª CNS, através da moção nº 013 repudiando a extinção da FUNASA e da moção nº 099 repudiando a Portaria nº 2.656/2007. Tal Portaria trata do recurso de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas - IAB-PI²³ e Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas - IAE-PI, como vemos abaixo:

Repudiamos as declarações mentirosas do Sr. Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, de que as comunidades indígenas estão sob influência de interesses particulares, contra a Portaria nº 2.656. Sabemos o que queremos e não precisamos ser instigados por terceiros. Somos contra entregar nossa saúde para quem não está acostumado a lidar com as nossas especificidades. Isso demonstra a total falta de compromisso com a saúde indígena, de pessoas que, isto sim, visam ao interesse e às vaidades pessoais, querendo implantar um novo modelo sem saber dos impactos sanitários que poderão ocorrer (Relatório Final da IV CNSI, 2010).

Por meio desta portaria iniciava-se, silenciosamente, a municipalização da saúde indígena, tendo em vista que os incentivos aos municípios não asseguravam melhoria no atendimento às comunidades indígenas, como podemos observar pelo inciso 7º do art. 3º:

§ 7º Os Municípios poderão estabelecer consórcio, na forma do disposto na legislação pertinente, em especial a Lei nº 11.107, de 2005, ou outros mecanismos legais em vigor, para o remanejamento de recursos, entre si, para execução de ações e serviços de atenção à saúde indígena, em especial nos casos em que as aldeias ou terras indígenas estejam situadas em mais de um Município, com a participação da FUNASA e do Controle Social Indígena (PORTARIA Nº 2.656/2007).

Assim como não asseguravam que as forças políticas e econômicas nos municípios, que fazem oposição aos direitos indígenas, respeitariam a sua diversidade étnica e cultural, e que continuariam buscando implementar uma política diferenciada como consta na Lei Arouca. Veremos a seguir o resultado do repúdio à Portaria nº 2.565/2007 e suas decorrências.

3.3.2 A SESAI e a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena

²³ A partir de 2005, os municípios que abrigam populações indígenas passaram a receber recursos financeiros voltados ao atendimento de qualidade a essas populações no nível domiciliar, ambulatorial e hospitalar, via Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS). Por outro lado, os hospitais vinculados à rede de serviços de saúde dos municípios com população indígena passaram a receber o IAPI (Incentivo para Atenção da População Indígena). Atualmente 30 hospitais são contemplados com esse incentivo. Referência p.16

Até o momento final da dissertação não estava disponível o relatório final da V CNSI. Tenho apenas o material de uma reportagem da revista Radis, feita por Ana Claudia Peres, e a apresentação da V CNSI feita pelo Ministério da Saúde, apresentada aos presidentes do CONDISI, cedida pelo Fernando da Silva Souza. A Radis convidou os três delegados da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO: Paulo Basta, Ana Lúcia Pontes e Maurício Leite que expuseram seu parecer quanto à 5ª CNSI.

A 5ª CNSI foi realizada de 02 a 06 de dezembro de 2013, em Brasília, com a presença de 1.209 delegados, com 34 etapas distritais e 306 etapas locais antecedendo a nacional. Nas 306 etapas locais estiveram presentes 23.000 participantes, abrangendo 2.142 diretrizes e 21.420 propostas. Nas etapas distritais estiveram 6.500 participantes, abrangendo 238 diretrizes e 1.190 propostas. Na etapa nacional, 1.907 participantes delimitaram 7 diretrizes e 453 propostas (RADIS, 2014).

A matéria considerou que a 5ª CNSI teve desafios demais e debates de menos para garantir a saúde de 305 povos indígenas, apesar dos números grandiosos, tendo 20 grupos de trabalho, 453 propostas para serem debatidas e 446 propostas aprovadas.

A 5ª CNSI teve como tema central “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS (SASI-SUS): direito, acesso, diversidade e atenção diferenciada”, dividida em quatro Eixos Temáticos: I – Atenção Integral e Diferenciada nas Três Esferas de Governo (gestão, recursos humanos, capacitação, formação e práticas de saúde e medicinas tradicionais indígenas); II – Controle Social e Gestão Participativa; III – Etnodesenvolvimento e Segurança Alimentar e Nutricional; e IV – Saneamento e Edificações de Saúde Indígena.

De acordo com a matéria

O problema verificado pelos delegados da Abrasco foi que, com uma estrutura que priorizou a agilidade em detrimento do debate, a etapa nacional da Conferência acabou limitando a participação e aprovando propostas contraditórias, como analisou o pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz) Paulo Basta. Pela metodologia da 5ª CNSI, os 20 Grupos de Trabalho funcionavam como mini plenárias e cada um deles tinha a robusta missão de, em três dias, votar as 453 propostas do Relatório Consolidado, fruto das 34 etapas distritais e 306 etapas locais que antecederam a nacional.

Assim, se uma proposta fosse aprovada em mais da metade dos GTs estaria automaticamente aprovada pela Conferência. Por outro lado, para ir a debate na Plenária Final e sofrer alteração total ou parcial, necessitava ter recebido destaque em pelo menos 11 dos 20 grupos. Isso justificaria, de acordo com os delegados da Abrasco, o baixo número de propostas levadas à plenária final: apenas 25 — dessas, 18 aprovadas com modificações, o que significa que a Conferência teve 95% de propostas aprovadas. “Mas isso teve um custo”, acrescentou Paulo à Radis. “Muitas das propostas que irão compor o relatório final são incompatíveis entre si, carecem de um amparo legal ou guardam inconsistências” (RADIS, 2014).

Um exemplo citado na matéria foi sobre os recursos humanos: passaram propostas contraditórias, tais quais: para processo simplificado de seleção com base em currículo, para incorporação direta dos funcionários que estão atuando nas organizações não governamentais com serviço público, para concurso temporário e para regime jurídico único. Como constatei na audiência pública, realizada anteriormente à 5ª CNSI, a questão da forma de ingresso de recursos humanos, conforme a fala de Marubo e de Souza, também não era consenso.

[...] De acordo com os delegados, a falta de debate prejudicou também os encaminhamentos em relação ao acesso à alta e média complexidade — nó atual do subsistema e pauta muito presente nas discussões do movimento indígena — ao aprovar propostas que atribuem à Sesai tarefas que não são de sua competência. “O modo como o evento foi estruturado impediu que fossem feitos os esclarecimentos necessários”, acrescentou o delegado da Abrasco.

Para a professora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) Ana Lúcia Pontes, parecia haver uma unidade entre os setores, quando na verdade o que ocorreu foi um aparente consenso. “As questões não foram amadurecidas como deveriam. E isso faz com que o relatório final perca um pouco o peso de diretriz”, pondera. “Se você aprova duas propostas com indicações distintas sobre uma mesma pauta, pode executar ou não executar a ação e isso vai ser referendado pelo relatório” (RADIS, 2014).

De acordo com a matéria, na cerimônia de abertura da conferência, a delegação do Mato Grosso do Sul, com mais de 100 pessoas, manifestou-se com faixas e palavras de ordem bem à frente a mesa de abertura, sendo aplaudido pela plenária, mas o grupo foi ignorado pelas autoridades. Para Maurício Leite, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), “o episódio pode funcionar como metáfora para a invisibilidade indígena no Brasil. A sensação é de que não houve efetiva abertura para o diálogo, mas um exercício retórico que limitava a participação” (RADIS, 2014).

Ainda durante a cerimônia de abertura, o então ministro da Saúde, Alexandre Padilha, assinou portaria que garante a participação de representantes indígenas em reuniões decisivas para a destinação das verbas do setor em estados e municípios. Mas o mais comemorado, de acordo com Paulo Basta, foi a portaria que autoriza a compra, pelos DSEIs, de todos os medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Renome), o que otimiza a oferta nas aldeias e cria grupo de trabalho para avaliação e elaboração de incorporação de novos medicamentos e insumos para atendimento à Saúde Indígena no SUS (RADIS, 2014).

Um dos apontamentos que a matéria traz e que considero importante trata-se da dinâmica que a Conferência teve, limitando os debates na plenária final. Pelo regimento, não era possível fazer qualquer contribuição às propostas, que depois de debatidas nos GT, iam prontas para a plenária final. As propostas só podiam ser aprovadas integralmente, ou com supressão de uma palavra, frase ou sentença ou ser excluída, não tinha a oportunidade de ser reformulada. Dessa forma, um dos delegados da ABRASCO, Paulo Basta, afirmou o seguinte:

Confesso que fiquei desanimado com o desenrolar da conferência. Participei, como delegado, da 3ª CNSI, em 2001, e a 4ª, ocorrida em 2006, acompanhei por meio do

movimento indígena e do relatório exaustivamente avaliado. Muitos dos pontos retornaram agora, na 5ª conferência. Dá a impressão de que não havia conhecimento do que tinha sido discutido antes. Ou seja, embora tenha havido expansão do financiamento na saúde indígena, as ações da ponta continuam precárias: faltam medicamentos, falta estrutura para posto de saúde, faltam profissionais, as crianças continuam adoecendo e morrendo, os indicadores de saúde têm melhora muito discreta, não têm ainda um impacto nas ações de saúde. Mas a luta continua e eu acho que ter trazido a discussão da estruturação do sistema para a população foi um ponto positivo. É importante as pessoas se sentirem empoderadas no sentido de demandar, de expressar suas necessidades. Esse espaço é válido, importante e positivo, mas é preciso avançar e ir além do lugar comum (RADIS, 2014).

Para Ana Lúcia Pontes, professora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) e delegada da ABRASCO:

Um dos objetivos do evento, teoricamente, é fazer uma análise da situação da saúde. E não houve um momento, de fato, de apresentação e discussão da situação dos povos indígenas, inclusive para direcionar o que é prioritário nas quase 500 propostas aprovadas. Por exemplo, algo que me surpreendeu foi um discurso muito presente no meu grupo de que “o SUS não é nosso parceiro” ou de que o SUS não nos pertence, o que tem a ver tanto com especificidades culturais e com vivências realmente negativas — já que não existem políticas que tentem combater o preconceito e a discriminação que os indígenas sofrem dentro dos serviços de saúde — quanto com uma falta de entendimento do que seja atenção diferenciada e o que de fato é função da SESAI. A saúde indígena está dentro do Sistema Único de Saúde e, portanto, teria um caráter de complementaridade. Ou seja, perdemos uma ótima oportunidade de fazer um bom debate sobre o tema na conferência e a questão não foi amadurecida como deveria. Esse é apenas um exemplo” (RADIS, 2014)

De acordo com a matéria, uma das palavras mais ouvidas na Conferência foi sobre a atenção de média e alta complexidade, pela SESAI, porém não houve esclarecimento sobre tais complexidades do SUS dentro da SESAI, tendo em vista que a SESAI, como Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - SASI, tem a responsabilidade de efetivar as ações de atenção primária. Para Maurício Leite, professor da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e também delegado da ABRASCO,

A sensação é que não houve efetiva abertura para o diálogo mas um exercício retórico que limitava a participação. Veja o episódio do protesto da delegação de Mato Grosso do Sul na abertura do evento. Embora aplaudidos pela plateia, eles foram solenemente ignorados pelas autoridades que continuaram com o protocolo sem interromper seus discursos ou fazer qualquer menção ao que estava acontecendo. Ou seja, as pessoas foram aplaudidas, mas sequer foram olhadas. Aquele episódio foi a metáfora da invisibilidade indígena no nosso país.

[...]

Apesar de todas as limitações, não acho que o modelo de conferências seja um modelo de participação esgotado, mas é necessário haver um esforço maior para que efetivamente se traduza num espaço de controle social. O entendimento de qualquer evento como esse leva tempo, precisamos digerir isso e entender os processos até para reverter o que houve de negativo. O que não foi discutido deve ser avaliado como lacuna, juntamente com os relatórios das conferências anteriores, e debatido coletivamente por trabalhadores, usuários, gestores, pesquisadores, todos nós, como membros da sociedade civil, e deve seguir como demanda para a próxima (RADIS, 2014).

Por meio da visão dos delegados da ABRASCO, para a RADIS é possível observar que a Conferência, como um espaço democrático de participação popular, para a construção, avaliação e efetivação de uma política pública, deixou a desejar enquanto espaço para o debate da política de saúde indígena, com tantas especificidades culturais que interferem na situação da saúde. Desta forma, é possível questionar que tipo de controle social existe na política de saúde indígena, um controle social formal ou de fato participativo e deliberativo? Veremos a seguir um pouco mais sobre o controle social.

3.3.3 Controle Social e Saúde Indígena

O Controle Social pressupõe o controle dos segmentos que representam a sociedade civil (que não é homogênea, mas espaço de lutas de interesses contraditórios (CORREIA, 2004)), sobre as ações do Estado e sobre o destino dos recursos públicos. É um espaço democrático do que é público e, "[...] apesar de suas contradições e fragilidades, tem sua importância, principalmente, num país como o Brasil, em que a cultura de submissão ainda está arraigada na maioria da população, e em que o que é público é tratado como posse de pequenos grupos privilegiados" (CORREIA, 2005, p. 41).

O Controle Social na Saúde foi formalizado pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que regulamentou o Conselho de Saúde e as Conferências de Saúde e, pela Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003 do Conselho Nacional de Saúde, que aprovou as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde.

No que se refere às Conferências de Saúde, são promovidas a cada quatro anos, com participação paritária (50% de entidades de usuários; 25% de entidades dos trabalhadores de saúde; 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos), para avaliar paulatinamente a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde em cada esfera de governo.

Quanto ao Conselho de Saúde, também terá participação paritária em cada nível governamental, com caráter permanente e deliberativo, atuando na formulação, proposição de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

A Resolução n.º 333/2003 reporta que o processo de descentralização da Política de Saúde tem determinado a ampliação dos Conselhos, que se estabelecem também em

Conselhos Locais e Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Esta resolução assegura que a participação da sociedade organizada propicia a interveniência na implementação da Política de Saúde por meio dos conselhos como instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da mesma.

No que se refere ao Controle Social da Política de Saúde Indígena, Garnelo (2012, p. 42) afirma que

O controle social é um importante elemento de gestão, pois representa um meio privilegiado de escuta das necessidades dos usuários de um sistema de saúde. Ele possibilita também a participação no planejamento, tomada de decisão e avaliação das ações de saúde desenvolvidas nas unidades de saúde e nos níveis mais centrais do processo de gestão. Nesse âmbito ele se mostra uma ferramenta de gestão ainda mais relevante, porque o SUS dispõe de pouco – ou nenhum – conhecimento acumulado sobre as adaptações necessárias nas rotinas de saúde, a fim de prover um atendimento adequado a grupos culturalmente diferenciados; assim, a participação de representantes indígenas no planejamento e avaliação das programações de atividades pode auxiliar no seu reordenamento, de modo a atender a tais especificidades.

Desta forma, a implementação dos Conselhos de Saúde no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SASI - deu-se de forma consubstanciada às normativas do controle social pelo SUS, criando o Conselho Distrital de Saúde Indígena - CONDISI - e o Conselho Local de Saúde Indígena - CLSI. Segundo as diretrizes de orientação da Política Nacional de Saúde Indígena, a composição dos membros no conselho deve obedecer a uma proporção de 50% de representantes indígenas, 25% de representantes institucionais e 25% de representantes dos profissionais que atuam no DSEI. O Controle Social também é exercido, de acordo com a PNASPI, nas Reuniões Macrorregionais; nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena; no Fórum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena e pela presença de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde.

Referente ao CLSI, a PNASPI propõe ser constituído paulatinamente pelos representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos Polos-Base, incluindo lideranças tradicionais, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros. No âmbito nacional, afirma que o Controle Social será exercido pelo Conselho Nacional de Saúde, assessorado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI. As Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas deverão fazer parte das Conferências Nacionais de Saúde e obedecerão à mesma periodicidade.

Apesar dessas recomendações iniciais, é possível observar que a participação efetiva dos CLSI redundou extremamente limitada, diferentemente da participação nos CONDISI, que possibilitou uma interveniência vertiginosa na Política de Saúde, efetivando suas

demandas como por exemplo, a Portaria nº 1.330, de 24 de junho de 2014, do Ministério da Saúde, que nomeou Hilário da Silva para exercer o cargo de Coordenador Distrital de Saúde Indígena, código DAS 101.4, nº 39.0205, do Distrito Sanitário Especial Indígena - Mato Grosso do Sul, da Secretaria Especial de Saúde Indígena.

No que se refere ao exercício do controle social, Correia (2005), ao analisar o controle social na saúde pública, pela visão Gramsciana de Estado Ampliado e classe subalterna, afirma que, para atingir os objetivos do controle social, precisa romper com inúmeras barreiras, tais quais: "[...] falta de informação dos conselheiros, [...], pouca transparência dos gestores no uso dos recursos, a manipulação dos Conselhos para legitimar gestões, pouca visibilidade (e publicidade) social das ações dos conselhos e cooptação de lideranças em troca de favores" (CORREIA, 2005, p. 40).

Corroborando com a análise de Correia, André Fernando Baniwa, ex-presidente do CONDISI de Rio Negro, afirma que

[...] o controle social é um espaço de dois poderes. Ali existe governo (representantes), prestador de serviço e representantes da sociedade. O governo tem sua estrutura de Estado e a realidade das comunidades gera problemas que são completamente diferentes daquilo que o governo quer fazer; diante disso essa estrutura se mostra fora da realidade.

Controle Social é um espaço onde o governo recebe informações sobre os problemas enfrentados pela sociedade e propõe recursos para resolvê-las. Daí tem sentido do controle social, porque somente assim os representantes têm possibilidade de acompanhar, monitorar os trabalhos de serviços prestados para ajudar a propor mudanças na forma de fazer as coisas, com mais resultados positivos. Não é só acompanhar, não é só fiscalizar, tem que estar junto para definir o que fazer. Porque o que me parece é que, ainda hoje, as pessoas não buscam este entendimento. Dizer que é do controle social é muito simples; mas se as pessoas não compreendem a profundidade do que é fazer controle social não têm como provocar uma mudança necessária em favor da sociedade que representam; isso porque quem está no controle social é representante, não pode falar só em seu nome. O mais comum é que sejam pessoas escolhidas para representar os interesses das comunidades. Muitos desses representantes não estão fazendo isso; não conseguem efetivar o objetivo de fazer controle social. Não é qualquer pessoa que consegue isso. Só é possível fazer isso quando você consegue enxergar exatamente as forças políticas dentro deste espaço do controle social e como elas atuam.

Essas forças estão dentro do município, do estado ou do governo federal, como é o caso do Ministério da Saúde, ou do Departamento de Saúde Indígena. Então, como é que funciona tudo isso? O que é que as pessoas envolvidas no controle social pensam? Alguns se preocupam com o bem estar da população. Outros não; na maioria das vezes os representantes do governo simplesmente defendem o Estado; não procuram entender o problema para a partir daí pensar solução utilizando ferramentas já existentes nas instituições públicas.

Muitos deles montam equipes para desenvolver os projetos de seu interesse, para conseguir dinheiro, e, alguns, para fazer campanha política no futuro. Esse é o tipo que quem faz controle social deveria combater sistematicamente, pois isso prejudica o serviço, os profissionais e, principalmente, quem recebe e usa o serviço de saúde nas comunidades. Há casos, algumas vezes, em que nós indígenas conversamos tanto com os gestores que acabamos nos envolvendo e somos conquistados para o lado deles. Aí já deixou de representar a base. Isso é um risco que acontece com a liderança, porque daí ela não vai conseguir fazer o controle social.

O ideal é fazer essas pessoas olharem para você, para seu povo, e trazê-las para seu lado; para trabalhar a favor da sociedade que você representa. Se não for assim, o controle social não funciona. Porque neste campo de força, muitas vezes, pessoas do governo chegam até a oferecer alguma coisa para você. Às vezes perguntam: “Tu estás precisando de alguma coisa? Eu posso pagar alguma coisa que tu estejas precisando aí?”. Quando eu era presidente do Conselho Municipal de Saúde recebi esse tipo de proposta de um prefeito. Ele me dizia: “Olha, eu posso pagar alguma coisa que o senhor esteja precisando!” Esse é um tipo de força muito forte. Não funcionou para mim, mas pode funcionar com outras pessoas.

Muitas vezes isso acontece com uma pessoa que tenta fazer mudanças. Aí vem o representante do governo e paga para ela. Ao aceitar isso essa liderança acaba diminuindo seu discurso, sua articulação e passa a ficar calada. Daí em diante, a força desse representante é não se meter; não se envolver com nada e isso já é força para o outro lado, para o lado dos que não têm interesse no bem estar da população. Uma vez que pagam um almoço para você, você já fica sensibilizado; pensa que aquela pessoa está ajudando. O cara deu gasolina ou alguma coisa e você pensa: “Poxa! Eu já estou conseguindo as coisas!”. Mas está completamente enganado!

A pessoa que faz o controle social tem que entender como funciona esse sistema; tem que se posicionar, tem que se manter firme, sem se envolver demais com o outro lado, senão não vai fazer nada. Hoje, eu observo que o controle social na parte da saúde indígena, tanto no DSEI, quanto no município, não está atuando como deveria. Mas o problema não é só esse envolvimento, tem outras coisas mais difíceis.

Para se criar essa mudança positiva, ou seja, para fazer funcionar a saúde indígena, é preciso também que o representante do controle social conte com alguns parceiros estratégicos, que sejam técnicos que conhecem como as coisas do governo funcionam; essa parte é geralmente difícil de fazer. Quer dizer, para você tomar uma decisão no controle social, para você bater exatamente onde está a raiz do problema; mas para fazer isso você tem que ter conhecimento do assunto e muitas vezes nós não temos; não somos formados para isso. Se a liderança tem só uma ideia genérica, não vai funcionar. Antigamente, quando tínhamos somente bandeiras de lutas muito gerais, isso podia acontecer, mas agora não é mais assim. A liderança tem que entender com detalhe como funcionam as áreas em que ela atua como representante. A pessoa tem que bater em cima do problema e criar estratégias e propostas que possam contribuir para resolver ele. Aí não tem como fugir; se você não conhecer o assunto não vai fazer nada.

Na minha experiência com saúde indígena e no município o que eu vi foi isso. Você fica pressionando, mas o gestor não muda. Ele continua defendendo o Estado e querendo deixar tudo como está. O gestor sempre quer mandar a origem do problema para longe: ele diz que o problema é o governo do estado, ou que o problema vem de Brasília; e que as coisas têm que ser feitas de tal forma porque essas pessoas de longe mandaram. Muitas vezes ele não percebe quanta coisa dá pra fazer ali mesmo no local, só melhorando o jeito de trabalhar. Na parte da saúde indígena, quando eu estava no CONDISI, várias vezes o gestor daquela época quis desistir, de tanto que a gente apertava e ele não sabia para onde fugir. Na época, quando o gestor chegou para anunciar que ia desistir, porque não aguentava mais, eu disse para ele: “É porque você tem o coração duro, seu pensamento é duro. Não estou pedindo para você sair, eu estou pedindo para você melhorar o trabalho. [...]Essas negociações são muito fortes. É a mesma história no caso das denúncias que a gente faz. Os desmentidos não vêm de Brasília. As denúncias são desmentidas aqui no mesmo espaço onde você faz documentos para denunciar o sistema. Só que é sempre dito que a origem do problema está em Brasília. Aí, você vai combater o discurso de Brasília e não vai funcionar, porque o problema está perto de você. Ou seja, o controle social também tem que trabalhar com investigação e encontrar onde está o problema. [...]

O conselheiro deve lembrar que a força está no lado do secretário de saúde do município, no prefeito, no governador, no secretário de estado, no presidente da FUNASA, na chefia do DSEI ou na coordenação técnica que está lá. Então, para lidar com isso, o conselheiro tem que entender direitinho como funciona o

subsistema de saúde indígena para tentar colocar as coisas para funcionar. E quem faz isso não pode, em nenhum momento, se sentir empregado daquela instituição. Ele tem que se sentir como representante da comunidade. Por mais que receba pagamento para estar no departamento de controle social, em nenhum momento ele deve ter este sentimento de que deve algo ao governo. O conselheiro tem que sentir que é representante de uma sociedade, porque senão nada vai mudar. Aí é que tem que entrar a firmeza da liderança que está no controle social (BANIWA, 2012, p. 218-221).

Percebemos, portanto, que o espaço do controle social é um espaço de tensão entre interesses conflitantes. A esse respeito, Trajber (2014) traz informações sobre sua participação no CONDISI de Mato Grosso do Sul: "[...] logo no primeiro ano [2001] comecei a me meter na história dos conselhos, cheguei já estava constituído o conselho, mas logo em seguida teve escolha de representantes de nível superior, aí já me meti e fiquei até hoje dentro do conselho".

De acordo com a fala de Trajber (2014) é possível inferir que o CONDISI de Mato Grosso do Sul foi extremamente participativo para a não municipalização da saúde indígena e vem atuando para que sejam discutidas, em nível nacional, as formas de contratação dos recursos humanos. Nesse sentido, ele afirma: "[...] já teve concurso em outras épocas, em alguns lugares e não resolveu nada [...]."

No que se refere a não municipalização e criação da SESAI, como parte da luta do CONDISI, Trajber (2014) fala:

[...] na 4ª conferência a FUNASA tinha problemas em vários estados, a gente mesmo fez uma proposta na época de uma criação de uma secretaria especial, mas a proposta foi derrotada na 4ª Conferência, decidiram que iam continuar na FUNASA, só que aquilo foi se aprofundando e politicamente decidiram dar um basta e propor a SESAI. Só que no início não foi essa proposta, decidiram criar uma secretaria no Ministério da Saúde que chamaram de Secretaria de Atenção Primária. Uma secretaria que cuidava de toda a atenção básica do País, inclusive a saúde indígena. No dia que a gente viu que saiu a proposta, estava eu e o Fernando, aí eu falei: Fernando, não tem como isso daí, se hoje está difícil da gente cuidar imagina dentro de uma secretaria que atende toda a atenção primária, não vamos nem ter com quem falar, são 5.500 municípios e a gente, não tem como. Já fizemos um documento e mandamos para todos os CONDISIS no país denunciando o que eles estavam fazendo e aí todo mundo detonou e começou a pedir de novo a tal da Secretaria Especial dentro do Ministério e aí criaram uma comissão, um grupo de trabalho pra discutir o que seria e como seria.

Portanto, falar em controle social é falar sobre espaço heterogêneo de lutas por interesses contraditórios, de articulação de interesses estruturalmente desiguais, de participação na gestão da política social, que apesar das barreiras enfrentadas é um espaço privilegiado para o exercício da cidadania e da participação democrática.

No quarto capítulo abordo a visão dos interlocutores do trabalho sobre os processos de transição da saúde indígena, sobre a medicina tradicional e a interculturalidade em saúde,

bem como a interconexão da medicina tradicional com a medicina ocidental e a intervenção neopentecostal na condição de saúde.

CAPÍTULO 4

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AS TRANSFORMAÇÕES NO SISTEMA DE ATENDIMENTO

Nos capítulos 2 e 3 foram abordadas as informações sobre a saúde nos órgãos do Governo que tiveram a responsabilidade de responder e atender a demanda por saúde e outras instituições que na ausência do Governo prestaram assistência à saúde, as quais, em alguns momentos, se articularam às entrevistas realizadas. Neste capítulo, apresento os dados coletados pelas entrevistas sobre a saúde, nos períodos estudados, pela visão de cada interlocutor, cujas informações são expostas por temas de relevância: assistência à saúde nos períodos da FUNAI, da FUNASA, da SESAI, medicina tradicional e interculturalidade.

Os interlocutores²⁴ deste capítulo foram: a técnica de enfermagem Maria Paulina, ela foi transferida da FUNAI para FUNASA, sendo a única técnica de enfermagem em Amambai, no período em que a FUNAI foi responsável pela saúde indígena; o monitor de enfermagem Lico Nelson, contratado pela FUNAI. No início da década de 1990, ele aderiu ao Plano de Demissão Voluntária, deixando de ser funcionário da instituição; o José Wilson Domingues, funcionário da SESAI que passou pelos dois processos de transição da assistência à saúde indígena, da FUNAI para FUNASA e da FUNASA para SESAI. Foi chefe das CASAIs de Amambai e de Dourados e atualmente é chefe do Polo Base de Amambai e da CASAI (funcionam no mesmo prédio); O Fernando da Silva Sousa, indígena terena, presidente do CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena do Estado -, membro do CNS – Conselho Nacional de Saúde - e funcionário da UFGD desde 1995, foi auxiliar de enfermagem, formado em Administração pela UNIGRAN, cedido para o município de Dourados para tratar de assuntos indígenas. Ele vem acompanhando o atual processo de transição como colaborador das discussões e dos Grupos de Estudos para a criação e efetivação das SESAI e o último foi o Dr. Zelik Trajber, médico pediatra, de São Paulo, de 1980 até 2000 trabalhou em hospitais e consultórios, quando veio para o Mato Grosso do Sul onde está até hoje.

²⁴ Os interlocutores foram apresentados mais detalhamento na introdução.

4.1 Assistência à Saúde Indígena durante a FUNAI

Para entender como foi a assistência à saúde destinada à população indígena, para além do que foi discutido até o terceiro capítulo, conversei com profissionais de saúde indígenas e não indígenas que trabalharam em algum dos períodos estudados. Lico Nelson começou a trabalhar na FUNAI em 1972. Lico Nelson começou como atendente de enfermagem na FUNAI e, de acordo com ele, para iniciar as atividades nas terras indígenas, fez um curso:

[...] nós fizemos curso, 30 dias de curso, foi em Dourados na missão, de Amambai foi 01 (um), eu, um da Taquaperi, um da Pirajuí. De dia estudava e a noite colocava em prática [...] Eu trabalhava em Amambai, eu comecei em Amambai contratado pela FUNAI, ali naquela época não tinha carro, não tinha nada [...] Naquela época fazia de bicicleta (NELSON, 2012).

Nessa época, de acordo com Lico Nelson, não tinha médico, quando precisavam de atendimento médico, os casos graves eram encaminhados para o hospital de Amambai ou para o hospital da Missão em Dourados; por isso, de acordo com o indígena, a FUNAI distribuía medicamento, material e vacina:

[...] a FUNAI põe tudo pra nós, medicamento, material, é, tudo medicamento, a vacina pro pessoal, pra criançada, e trabalhava sozinho, né. Se o paciente está meio grave, encaminha pro hospital aqui. No meu caso na aldeia é assim. De manhã tenho que preparar todo o medicamento e seringa, o estojo (NELSON, 2012).

Até 1987, quando o Núcleo da FUNAI^{de} Amambai foi implementado, com ele foi criado uma pequena equipe com técnico de enfermagem e motorista. Portanto, é possível perceber o modelo campanhista sanitário que a FUNAI desenvolvia. De 1972 até 1987 (15 anos) dentro das terras indígenas só existiam os atendentes de enfermagem. Lico Nelson trabalhou até 1996, quando aderiu ao processo de demissão voluntária. Segue sua fala sobre a adesão a esse processo:

[...] ai eu pensei bastante, meus patrícios foram judiados demais pela FUNAI já também né, ai eu pensei saí da FUNAI porque se eu trabalhava na FUNAI, se eu discuti com ele por causa das coisas, fica chato pra mim, aí eu tenho que sair da FUNAI pra corrigir a FUNAI também. [...]. Eu ainda não recebi tudo ainda, até agora, não sei, tenho que entrar na justiça por causa da carteira, não deu baixa ainda (NELSON, 2012).

Pela fala de Lico Nelson observa-se que ele trabalhou como atendente de enfermagem no período em que a FUNAI foi responsável, até que resolveu aderir ao processo de demissão voluntária.

Fernando principiou sua história na saúde indígena no início do ano 2000, quando foi dado início à discussão da organização de saúde dentro das comunidades indígenas, para

entender a lei que criou o subsistema em 1999. Sua participação nesse processo de construção deu-se também por meio da organização do controle social da saúde indígena, na qual participou como usuário. É importante ressaltar que o mesmo já trabalhou como profissional de saúde por 10 anos, no âmbito hospitalar. Segundo Fernando,

[...] toda essa bagagem de informação facilitou a fazer a discussão da política de saúde indígena que estava sendo implantado dentro do território nacional e eu comecei a trabalhar especificamente nessa discussão da política de saúde indígena por meio do controle social representando os usuários e isso me ajudou a fazer essa discussão (SOUZA, 2013).

Quanto à saúde indígena, é possível afirmar que a mesma vivenciou vários momentos: uma anterior às intervenções do Estado, que perdura até os dias atuais, com as diversas interferências culturais, que era e são feitas pelos pajés, rezadeiras e parteiras. As iniciativas do Estado começaram com a criação do SPI, quando, de acordo com Fernando Sousa, passou a ter uma “leve participação”. Posteriormente veio a FUNAI:

Ela [a FUNAI] organizava equipes, normalmente compostas por médicos, enfermeiros e dentistas e alguns atendentes de saúde, e fazia as campanhas dentro das aldeias. As equipes vinham, então, geralmente, uma vez por ano, eles montavam uma sede, um núcleo no centro da aldeia e pra lá, então, nossos pais, nossos avós nos levavam pra tomar vacina, fazer tratamento odontológico, mas na verdade o tratamento odontológico era só a extração, o dente estava estragado e o único tratamento disponível era a extração. Faziam radiografia, tirava uma chapa para ver se tinham algum problema pulmonar e as consultas médicas que tinham por meio dessas equipes. Essa equipe geralmente ficava uma semana dentro das aldeias, dependendo do tamanho dessa aldeia, geralmente era uma semana, fazia atendimento de toda a demanda que aparecia nessa unidade, era um ônibus, um caminhão e depois ia embora, e depois voltava quase um ano com uma nova equipe e fazia todo o atendimento novamente, nesse intervalo, nesse espaço, a população ficava novamente abandonada, não tinha nenhum tipo de atendimento, nenhum tipo de programa, na verdade, a FUNAI organizou, também, uma farmacinha básica nos postos da FUNAI, que era uma salinha lá com algumas estantes, algumas prateleiras e ali tinha algumas medicações básicas também, e nesse período também a FUNAI contratou o atendente de enfermagem que ficava nesses postos na sede da FUNAI, então quando a gente tinha algum problema, dor, febre, algum outro tipo de problema de saúde a gente ia com nossos pais, avós, a gente ia lá no posto da FUNAI, falava pro agente, olha estou com dor de cabeça, ou estou com febre e eles então davam a medicação ali disponível, inclusive medicações injetáveis, sem consulta médica, sem receituário e nem nada, dava aleatoriamente, automedicava as pessoas, e esse era o atendimento que a gente tinha. Nós, aqui no caso da aldeia de Dourados, nós tínhamos um privilégio, porque nós temos aqui em Dourados a Missão Caiuá, que também foi uma das pioneiras da década de 30 de 40 que começou a organizar um serviço ambulatorial de atendimento à saúde, então, nós, indígenas aqui do município de Dourados, das aldeias Jaguapirú, Bororó e das redondezas aqui, nós tivemos essa outra válvula de escape, quando não tinha nada aqui postinho da FUNAI, quando as equipes vinham aqui uma vez por ano, não estavam presentes e se a gente tinha algum problema de saúde nós também procurávamos atendimento no ambulatório da missão que dava também uma assistência básica, tendo em vista que é uma grande organização e que veio com um grande objetivo que é trabalhar a questão da educação, da saúde e da evangelização e eles acabavam, então, prestando esse atendimento, aí futuramente nasce o Hospital Porta da Esperança e aí nós aqui do município de Dourados tínhamos esse privilégio de sermos socorrido na ausência da FUNAI, na ausência do Estado, por esta instituição. Então essa é mais ou menos a história do início lá na década de 60, 70,

80 e até a década de 90, era dessa forma o atendimento disponibilizado para as populações indígenas da nossa região (SOUZA, 2013).

O atendimento era precário e demorado, como podemos observar na fala de Fernando, o atendimento odontológico não era para prevenir a extração do dente, pois quando a equipe chegava os dentes já estavam podres. Faziam o RX para monitorar e detectar novos casos de tuberculose. Ter o atendimento da Missão na área de saúde em Dourados, para Fernando era um privilégio, tendo em vista que outras comunidades não tinham esse apoio extra. O atendimento diário no PI era apenas para problemas simples de saúde e, para quase todo tipo de problema, aplicava-se *benzetacil* ou *penicilina*; para atendimento mais complexo, às vezes demorava de 10 a 15 dias, dependendo da distância da TI, como expõe Souza (2013):

Onde havia o posto da FUNAI, a família ou a liderança procurava a FUNAI na aldeia, ou às vezes ia na sede da FUNAI, que ficava na cidade, ou então em Ponta Porã e eles iam a pé, ou à cavalo ou ia de carroça, até essa sede da FUNAI, onde tinha um telefone, a FUNAI por sua vez ligava de Amambai ou de Ponta Porã para a Missão Caiuá aqui em Dourados, o administrador da Missão pegava, então, uma Toyota, eles tinham uma "toyotinha" velha, saía aqui de Dourados, ia até essa aldeia pra buscar esse paciente, então pegava, se encontrasse vivo, trazia para o hospital, internava e fazia o tratamento. O tempo que isso levava, dependendo da aldeia, era de cinco dias, seis dias, até dez dias nas aldeias mais distantes pro paciente chegar dentro do ambiente hospitalar aqui em Dourados. Quando não dava tempo, o paciente morria e as famílias sepultavam e acabava assim a história, sem registro nenhum. Então era dessa forma. Morreram muitas pessoas nessa época, não tinha registro, não tinha controle de nascimento, não tinha controle de óbito, era crítica a situação. Então era de 5 a 10 dias, era lá da Aldeia Taquaperi, por exemplo, ou lá da aldeia Japorã, então até a pessoa sair da aldeia, vir até Amambai, encontrar um telefone da FUNAI, ligar pra missão, a missão mandar a Toyota lá na Japorã e voltar, era 15 dias, de 10 a 15 dias. Mais perto de Amambai era 5 dias, naquela época não tinha asfalto, era estrada de chão. Se tivesse chovido a estrada ficava intransitável.

Maria Paulina, técnica de enfermagem, veio de São Paulo e iniciou seu trabalho como técnica de enfermagem na saúde indígena em Mato Grosso, mas foi transferida para Mato Grosso do Sul quando foi criado o Núcleo da FUNAI de Amambai, em 1987.

De acordo com essa técnica, no início não havia nenhuma equipe de assistência prestada pela FUNAI no município, havia somente ela e um atendente de enfermagem.

Não tinha equipe não, sabe quem era a equipe? A equipe era eu, o Miltinho, na época nós começamos a vacinar, aí o Miltinho fazia a carteirinha e eu vacinava, e a fila, ficava os meses inteirinho andando nessas aldeias, porque a única coisa que a gente atendia na área da saúde era a vacina. [...] O Miltinho já era atendente de enfermagem então eu fazia a vacina e ele fazia a carteirinha, mas antes disso a gente fazia uma reunião, porque estava iniciando, estava cru mesmo o negócio, então a gente fazia uma reunião em um barraco e reunia aquele pessoal, aqueles mais é, como que eu poderia dizer, **não é mais civilizado**, que era mais fácil de entender o que a gente iria explicar, porque as vezes o Miltinho não entendia o que falavam pra ele em português e ele passava em Guarani para as pessoas (grifo meu) (PAULINA, 2012).

É importante a fala de Paulina, que corrobora com a fala de Souza, de como as aldeias da região eram atendidas pela FUNAI na área da saúde com ações esporádicas, sem equipes de referência estruturadas com médicos, enfermeiras e dentistas.

Nesse ponto podemos voltar às ações da Missão que, na ausência do FUNAI, atendia nas terras indígenas apenas com a vacinação, como foi no período do SPI. Cabe aqui também falarmos sobre a visão que os profissionais tinham do índio, como um sujeito não civilizado, por não compreender o Português e as orientações de saúde que eram passadas.

No início atendiam a TI Amambai, depois as de Sassoró, Limão Verde, Sete Cerro, Pirajuí, Rancho Jacaré e Guaimbé. Mostrando como o atendimento era esporádico, segue relato abaixo:

[...] nós saíamos viajando com o Jipe que era SUCAN que cedia pra FUNAI porque a FUNAI só tinha um carro caindo aos pedaços e aí a gente ia viajar com esse Jipe, tinha vez que eu ficava só com o meu rosto de fora, colchão caia em cima da minha cabeça, panela. A gente sentava lá atrás, menina, mas a gente viajava, e nessa época quando eu era mais nova né, mas de vez em quando tomava uma injeçãozinha porque doía tudo, doía minha coluna tudo né, e nós fazia essas reuniões, explicava para os pais o que tinha que fazer, pegava as vacinas em Ponta Porã, todo o material de Ponta Porã e ia viajar para Bela Vista, Antônio João e Ivinhema, eram 22 aldeias que a gente viajava e ainda ia num lugar na beira da estrada que ia pra São Paulo, muitas vezes dormias nas escolas, na cidade, fazia comida no meio do mato. [...] Aí era de cada 2 meses voltava na aldeia, era a parte que a gente fazia. [...] Aí a gente ficava dois dias numa aldeia, três dias noutra, quatro dias, dependia do número vacinas, de pessoas que tinha para vacinar, mas era, olha, a gente pastava minha filha, era vacina, aí você dormia mal dormido, aí você se alimentava com a alimentação que a gente fazia ali mesmo, a gente não morria de fome, mas era assim né (PAULINA, 2012).

José Wilson sempre trabalhou na administração, tanto na FUNAI, como na FUNASA e na SESAI, em sua maior parte exercendo o cargo de chefia. Ele trabalhou na FUNAI de 1986 até 2001, e quando foi transferido para a FUNASA, de 2001 a 2003, foi o único período em que não exerceu a função de chefia, trabalhando como agente administrativo. De 2003 a 2007 foi chefe da CASAI de Amambai; de 2008 a 2010 foi chefe da CASAI de Dourados. Atualmente José Wilson é chefe do Polo Base e da CASAI, ambos de Amambai que, desde 2008, funcionam no mesmo local. É importante ressaltar que, de 2001 até 2010, José Wilson foi membro do CONDISI.

Na FUNAI, de acordo com José Wilson, havia equipe volante de saúde que atendia toda a região do cone sul do Estado, que era de responsabilidade da administração de Amambai. Tinha um médico, um enfermeiro e uma técnica de enfermagem, Maria Paulina.

José Wilson entrou no período em que houve a transferência da saúde indígena da FUNAI para a FSESP (Fundação Serviços de Saúde Pública), quando a FSESP passou a ter a função de coordenar, elaborar e executar as ações de saúde indígena, de forma articulada à

FUNAI. A partir da fusão da FSESP com a SUCAM (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública), foi criada a FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), como vimos no capítulo anterior.

Domingues e Maria Paulina fazem menção a esse período. O primeiro afirma que um motorista e uma viatura da FUNASA prestavam serviço para a FUNAI. Eles trabalhavam mais no apoio e não no recurso direto, porque não havia sido completada a transferência da saúde indígena para a FUNASA: os dois órgãos trabalhavam em conjunto, mas depois, em 1994, foi revogada a portaria, voltando para a FUNAI. Maria Paulina relata que iam para as TI com os jipes da SUCAM. Dentro das TI, de acordo com Domingues (2012), havia monitores de saúde e atendente de enfermagem

[...] e todos eles faziam o trabalho como se fossem os do Agente Indígena de Saúde. Ia atender, fazer encaminhamento, fazer chamadas, no caso, encaminhar para o hospital na época, porque todos os, na época da FUNAI as aldeia, no caso as maiores, tinham um chefe de posto, chefe de posto indígena no caso, então, ele era o responsável pelo posto indígena e fazia os encaminhamentos e fazia a documentação pra encaminhar os indígenas para educação, saúde. Era responsabilidade do chefe do posto na época fazer, então era um ponto de apoio que tinha nas aldeias na época para a comunidade indígena. [...]na verdade, não tinha muita coisa, não tinha recurso, o recurso humano era pouco, pela população, pelo tamanho do serviço, o atendimento de saúde também era mais difícil, que só tinha os hospitais do município que tinha.

Segundo Trajber (2014), o que ficou de saúde da FUNAI em Dourados foi:

De estrutura não ficou nada, de profissionais, nada. Em Amambai tinha o que era aquela casinha lá, que virou depois depósito, mas tinha alguns profissionais, o Zé Wilson que veio da FUNAI, mas muita pouca gente, mesmo dali eles não tinham estrutura, eles tinham um posto da FUNAI que funcionava só administrativamente aqui em Dourados, mas de saúde não tinha nada, o município tinha um posto de saúde dentro da aldeia, que tem até hoje na Jaguapiru, mas era o único posto, o resto não tinha nada [...].

É possível, portanto, observar que, durante o período em que a FUNAI foi responsável pela assistência à saúde indígena, essa foi esporádica, com poucos recursos financeiros e humanos para atender toda demanda. Sua principal atividade dentro da TI era vacinar e distribuir o medicamento para tratar tuberculose. A principal vacina aplicada era a BCG, a fim de evitar novos casos de tuberculose, e *benzetacil* e *penicilina* para qualquer outro problema de saúde atendido nos Postos Indígenas.

4.2 Saúde Indígena na FUNASA

De acordo com José Wilson, o processo de transição da FUNAI para FUNASA iniciou-se em 1999 com a transferência da documentação e com as portarias de redistribuição de serviço. Em 2000 iniciou-se a constituição das equipes de saúde nas TI no Estado de Mato Grosso do Sul. O funcionário explica que

Os primeiros que foram contratados, porque antes da criação da saúde indígena, alguns municípios tinham alguns indígenas que trabalhavam pelo município, então já tinha, eram poucos mas já tinha alguns servidores que trabalhavam que eram contratados pelos municípios que prestava serviços dentro da aldeia, na época de vacinação, num caso desse era um funcionário que ajudava, alguns deles continuaram trabalhando pelo município e aí começou a contratação de outros pelo convênio da Missão Evangélica Caiuá, na região nossa, e a missão começou a contratar alguns, no caso aqueles que se interessaram, na época eram poucos também que tinham condições de serem agentes de saúde, que no caso a demanda era grande mas tinha pouca gente que se interessou em trabalhar (DOMINGUES, 2012).

O município de Amambai começou com duas equipes multiprofissionais já com a presença dos AIS para atender as regiões de Amambai, Coronel Sapucaia e Laguna Caarapã e Aral Moreira, com as TI Guaimbé e Rancho Jacaré, Sete Cerro, Guassuty e as de Amambai. Os AIS auxiliaram a fazer o mapeamento das TI e colocar numeração nas casas. A capacitação, de acordo com Domingues (2012), começou no primeiro ano de trabalho, para implementar um modelo de coleta de informações (SIASI) já existente no SUS:

[...] primeiro ano já começou o trabalho de capacitação também, como era tudo novo então já começou a se criar o sistema para anotar o que se estava sendo feito, no caso o cadastro e os prontuários dos pacientes que na época não tinha nada, e muitos pacientes que na época começaram a ser atendidos, não tinham documentação também, então já foi um trabalho meio que em conjunto entre FUNAI e FUNASA para tentar resolver a parte de documentação e o que não está resolvido até hoje, porque tem muitos indígenas que não tem documentação até hoje. Mas foi, a proporção que a gente tem do início da saúde indígena pra hoje, a diferença é muito grande. A mortalidade infantil na época que tem os relatos da FUNAI passava se 100/1000, hoje a região de Amambai, o relatório de fevereiro desse ano de 2013 chegou a 13,35%, é um índice bem significativo em proporção ao que já foi há 12 ou 13 anos atrás, a diferença é muito grande. A demanda vem cada ano aumentando, porque quanto mais gente você coloca para estar trabalhando, vai procurando os casos, ou as vezes o pessoal fala assim, "mas a tuberculose não diminuiu tanto", mas hoje é muito difícil você ver um óbito por tuberculose, você vê casos de tratamento de tuberculose, mas óbitos é difícil você ver um caso hoje. A mesma coisa é da desnutrição infantil, que no caso era muito alto no passado, mas hoje você ainda vê alguns casos de desnutrição, mas não depende da área de saúde, mais a parte social, não é só a parte de saúde (DOMINGUES, 2012).

Portanto, a formação de uma equipe mínima se deu por volta da década de 90, unindo-se a técnica de enfermagem e atendente de enfermagem, uma enfermeira e dentista. A equipe só ficou completa, com atendimento médico quando a FUNASA assumiu, e para a contratação terceirizada de recursos humanos, a FUNASA firmou convênio com a Missão Evangélica Caiuá.

[...] quando foi pra passar a saúde pra FUNASA, teve um monte de reuniões, falando de Polos, que vai ter Polos não sei aonde, sabe todas aquelas coisas bonitas, que vai ter radio, eu lembro como se fosse hoje, a gente ali onde era a ACIA, as reuniões eram ali, com o pessoal da FUNASA e com o pessoal da FUNAI de Brasília para fazer aqueles projetos todinhos como ia funcionar. Aí eu pensava assim: "Mas será que isso vai funcionar? Tão bonito assim." porque já estava aquela desgraça que já estava vindo, e aquilo tão bonito, que a gente pensava só no sonho, né. E de repente tudo o que foi falado lá, aconteceu, e está acontecendo, e está ótimo, está muito bom para trabalhar, mas na época que nós trabalhávamos, era ruim, não só pra nós, mas pra todo mundo. [...] Aí já começou a ser montado equipe, já vinha equipe de fora, de Campo Grande, passava por aqui, fazia atendimento, dava curso, instrução para os que estavam aqui, mas normalmente a equipe só ficou firme, forte quando a FUNASA tomou conta, mas quando era a FUNAI (PAULINA, 2012).

De acordo com esse relato, Maria Paulina entende que a FUNASA trouxe atendimento diário à saúde dentro das TI, diferentemente do atendimento esporádico e precário realizado pela FUNAI. Formaram-se equipes multiprofissionais, criou-se uma nova estrutura de saúde, com Polos-Base, AIS, AISAN, DSEI etc., conforme mostra o depoimento de Souza (2013):

[...] em 1999, o Congresso Nacional, ele aprova uma lei, a Lei 9.836/99, criando um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, ou seja, dentro da política de saúde tirou-se, eu digo isso, "fez um recorte étnico" que é o subsistema que é financiado pelo Estado brasileiro pra que pudesse, então, as comunidades indígenas ter atenção básica dentro das aldeias. E aí essa responsabilidade de execução dessa atenção básica o governo também transfere para a Fundação Nacional de Saúde que é a FUNASA, que foi a instituição né, o órgão escolhido pelo governo brasileiro para executar essa política de saúde, é a FUNASA né, que veio da antiga SUCAN e da antiga Fundação SESP, que ele já tinha uma experiência de zona rural, fazer o controle de endemias nas fazendas, nas zonas rurais, então tinha uma certa experiência, inclusive nas comunidades indígenas também, ela foi a instituição escolhida, então foi em função disso também. E a FUNASA, então, ela começa a colocar em prática o subsistema, organizando a estrutura básica para fazer o atendimento dessa atenção básica com as primeiras contratações de uma equipe multiprofissional pra poder, então, atender essas especificidades das comunidades indígenas. O que estava proposto era fazer a atenção básica, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e as primeiras equipes contratadas eram compostas por médicos, dentistas, técnico de enfermagem e agentes de saúde, era composto praticamente por esses quatro profissionais. Nas aldeias, a operacionalização desses serviços começa de uma forma muito tímida, tendo em vista a resistência dos pacientes em buscar essa outra medicina, eu recordo, entre os profissionais fala, às vezes a gente ia no posto e não aparecia ninguém, é claro que não aparecia ninguém, tinha medo de vacina, tinha medo de injeção, não sabia o que era o pré-natal, às vezes a equipe ia lá e ficava o dia inteiro sem fazer nada, não aparecia um paciente e aí ela começa a fazer busca ativa desses pacientes. Buscar gestantes, cadastrar, falar o que é o pré-natal e qual a importância disso, de falar sobre imunização e falar qual é a importância da imunização que é prevenir certas doenças graves, então começa a chamar os usuários para esses serviços que estavam disponibilizados. Hoje, as equipes de saúde não consegue sair de dentro da unidade de saúde né, porque são tantas demandas, são tantos pacientes, é gestante, é criança, é busca de vacina, enfim, hoje a demanda dentro da unidade de saúde está grande, as equipes é ao contrário do que era no início do programa. Houve também a implementação dessas equipes. Se lá no ano 2000 começa com 4 profissionais né, ao decorrer dos anos, esses profissionais começam a perceber que existiam outras demandas que precisavam ser atendidas e aí então começa a vir a nutricionista, a assistente social, mais pra frente vem o psicólogo, então aí começa a formar uma equipe vasta, grande, vários profissionais pra poder ofertar esse serviço e ver o paciente como um todo e trabalhar de uma forma articulada essas equipes para que a população pudesse

ter atendimento integral conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e conforme também a demanda que essa equipe básica estava encontrando e aí, então, começa a mudar a realidade dentro das comunidades indígenas, foram então construídos vários postos de saúde, foram contratados vários agentes de saúde, foram contratados agentes de saneamentos pra trabalhar um pouco essa questão do saneamento, disponibilizar água de melhor qualidade, kit sanitário que é um conjunto de ações para mudar a qualidade de vida das famílias que estavam nas aldeias. Então, só a partir de 2000 e 2001, é que a gente passa a ter a política de saúde do SUS, por meio do subsistema dentro das comunidades. Isso começa a fazer a diferença nos indicadores de saúde, na qualidade de vida, tendo avançado muito do que era antes e do que nós temos hoje em todas as comunidades indígenas aqui dentro do estado do Mato Grosso do Sul.

A fala de Souza (2013) corrobora, de forma sintética, o que analisei no terceiro capítulo deste trabalho, mostrando a transição da saúde indígena, da FUNAI para FUNASA, o momento em que ambas trabalharam juntas em prol da assistência à saúde, bem como a implantação do SASI-SUS, de acordo com as fontes documentais.

Sobre a estrutura inicial da FUNASA dentro da TI, Trajber (2014) afirma que só havia um posto na Jaguapiru, sendo o atendimento era embaixo de árvore. Na Bororó, o atendimento era em um barracão cedido pela Igreja Metodista. Na medida em que o número de profissionais foi crescendo, aumentou também o número de unidades de saúde dentro das TI.

Cheguei logo no começo da saúde indígena (2001), numa época onde os problemas eram gravíssimos tanto na mortalidade infantil e desnutrição. Como era pediatra me deram esse pacote, só que no começo não tinha nem equipe nos Polos, então pediram para montar primeiro a equipe em Antônio João, fiquei uns 7 meses ou 8 meses lá até que em função da mortalidade infantil o povo apertou e disseram, tem que vir embora para Dourados. E comecei a cuidar especificamente desse pedaço. Já tinha duas equipes formadas no Polo de Dourados e eu peguei o pacote da desnutrição e da mortalidade infantil, esse é o início do trabalho e ainda tinha que ir para Antônio João porque ainda estava sem profissional médico, então ia e voltava, mas o pólo central é aqui (Dourados). Nessa época, a gente tinha um índice de mortalidade infantil de 140 por 1000. A desnutrição era tenebrosa, trabalhávamos com índice de 15% de crianças desnutridas e começamos a pensar numa maneira de eliminar, a gente não dava conta, era eu, uma enfermeira e um motorista para correr atrás de um mundo de criança. [...] Aí, como a gente não dava conta de correr atrás de família por família, de fazer o acompanhamento de todas as crianças, pois é um número enorme. Nessa época a gente conseguiu descentralizar o tratamento da tuberculose, você sabe que no hospital da missão tinha uma parte que era de internação de tuberculose, a gente decidiu fechar aquilo para tuberculose e descentralizar o tratamento, em vez de tratar o paciente da tuberculose internado por seis meses, a gente começou a fazer o tratamento supervisionado *in loco*. Então aquele espaço ficou vazio e com aquele espaço vazio agente colocou a proposta de formar um centro de recuperação nutricional naquele espaço, no começo foi pouco aceito pela comunidade por simples motivos, eles não identificavam a desnutrição como problema. Não tem tosse, não tem febre, não tem diarreia? Então não está doente. E a criança morrendo esquelética, **por outro lado tinha conflito do próprio hospital, os Guarani/Kaiowá em última instância falavam que não queriam levar as crianças pra lá porque as enfermeiras terenas iam matar os Guarani e Kaiowá.** Então foi um começo meio difícil, mas na em medida que a gente começou a mostrar que dava resultado começaram pouco a pouco a aceitar, mas as internações começaram a chegar de um ano, devido ao grau de desnutrição que as crianças apresentavam. Só que muitas delas tinham patologia de base, má

formação, cardiopatia congênita, paralisia cerebral, e nem todos a gente salvava, óbvio né? A gravidade do caso, mas a coisa começou a funcionar e a gente chegou a ter 55 a 60 crianças internadas de uma vez, hoje a gente já está num período de fechar aquilo. Na medida em que o trabalho foi dando certo, os outros Polos começaram andar também, Amambai, Tacuru, Paranhos, todo o Conesul, que era problema da população guarani kaiowá aquilo foi lotando né? Mas acho que, pouco a pouco, a gente conseguiu tomar as rédeas, na medida em que a gente foi aumentando as equipes, treinando pessoal, eu acho que a coisa começou a ser viável de fazer o acompanhamento nas aldeias e ao mesmo tempo a gente conseguiu abrir centrinhos entre aspas em Amambai, conseguimos anexo à CASAI e depois conseguimos montar em Tacuru, Iguatemi e Paranhos, mas nunca igual ao daqui, aqui ainda é referência, mas à medida que as equipes foram sendo treinadas, o tratamento acompanhado em domicílio era opção ideal, porque a criança não perdia o vínculo da família, ainda que no centrinho a gente permitia ainda a internar com a mãe e com outras crianças, a gente chegou a ter crianças acompanhadas pelas mães e outros irmãos lá no centrinho, **mas poucas aceitavam ficar muito tempo por outros problemas, aí vai perder o marido, vai deixar ele com outra**. Todos os problemas que você chegou a conhecer bastante, né? Então é isso, pouco a pouco a gente foi conseguindo referenciar o tratamento no próprio domicílio, dentro da aldeia, e hoje os índices estão muito melhores, muito mais satisfatórios, tanto na mortalidade infantil quanto na desnutrição. Eu acho que isso aí é mais ou menos o começo do trabalho, junto com os centrinhos a gente começou a fazer ações por micro área e organizar o que a gente chamou de sopão. Então a gente localizava as áreas mais problemáticas e conseguia nos mercados, pegar os refugos que já não eram vendáveis, mas que ainda não estavam estragados e começamos a levar para aldeia e organizar. No começo a gente mesmo que fazia o sopão, juntava eu, a enfermeira e o motorista, passava no mercado, pegava, levava e fazia, dava na boca. Pouco a pouco eles foram assumindo, né. No fim, o sopão já era feito pela própria comunidade, só tinha que providenciar os mantimentos básicos, e hoje, praticamente já não se faz mais, são raras as vezes, mas praticamente já não tem mais necessidade de se organizar isso daí como era na época, mas aí fomos equacionando, fomos diminuindo os estágios de desnutrição, a repercussão da queda da mortalidade infantil é consequência (grifo meu).

A fala de Trajber traz alguns pontos que merecem destaque no início do trabalho realizado nas TI: A desnutrição infantil não tinha conotação de doença entre os Kaiowá e Guarani, tendo em vista que não apresentava sintomas como tosse, febre e diarreia. Como tratar algo que não é concebido enquanto doença? Característico apenas de Dourados, uma TI com povos Kaiowá, Guarani e Terena, o atendimento à saúde indígena era prejudicado por causa de conflitos étnicos, pois as mães não permitiam levar seus filhos para o hospital, temerosas com as enfermeiras terenas. Outro ponto que Trajber coloca é a resistência ao tratamento prolongado de crianças no hospital, pelo medo de a mulher perder o marido.

Com o passar dos anos, segundo Trajber (2014), o DSEI de Mato Grosso do Sul tornou-se referência na atenção à saúde indígena para todo o território nacional. Ele afirma:

[...] o nosso distrito tinha estrutura, a gente teve gestão. Você chegou a conhecer o primeiro gestor da gente, o Dr. Vanderlei. [...]. Imagina esse cara no começo, ele que tinha visão de fato de gestor, ele que foi brigando como conseguir as coisas para organizar o serviço, dividir em Polos, isso daí vem a cabecinha dele. Até da formação do conselho distrital, então o nosso distrito tem conselho distrital desde o começo, no primeiro ano ele era o presidente do conselho, porque ninguém sabia fazer nada, mas logo que teve nova eleição ele já passou a peteca para o índio, passou a direção do conselho para o Ilário, [...] índio Kadiwéu. Ilário ficou alguns

anos, depois passou a peteca para o Fernando, e o Fernando com uma visão muito maior, tanto na parte administrativa, na parte de discutir perfil epidemiológico, essas coisas com o Fernando, essas coisas eram muito mais sólidas e o Fernando está até agora, agora a gente está no processo de novo eleitoral, escolhendo novos representantes em cada polo pra formar um novo conselho distrital. Então o Fernando já não continua mais de presidente, espero que continue pelo menos no conselho, porque tem uma visão muito boa, mas vai renovar o conselho 100%, tanto da parte de usuários quanto da parte dos trabalhadores e gestores.

4.3 Processo de Transição FUNASA para SESAI

Sobre o processo de transição da FUNASA para SESAI, que teve início em 2008 com as denúncias feitas ao Ministério da Saúde e comprovado pelo GT, Fernando Sousa afirma que

[...] finalmente em 19 de outubro de 2010 o governo então aprova a mudança estrutural do ministério da saúde inserindo dentro do ministério da saúde mais uma secretaria que seria a Secretaria Especial de Saúde Indígena e transfere então toda a responsabilidade da FUNASA para a SESAI dentro do Ministério da Saúde. Como houve uma participação de vários segmentos organizado do movimento indígena, de vários movimentos indígenas, de várias lideranças indígenas. A nossa expectativa, a expectativa do movimento indígena era que a partir daí então todos os problemas estruturais, operacionais, administrativos que a FUNASA vinha vivenciando na operacionalização desse subsistema estariam superados, ou seja, a gente estava entendendo até então que o ministério da saúde iria encontrar mecanismos legais pra driblar ou resolver todos os problemas que a FUNASA vinha passando, então criou-se uma grande expectativa, isso em todas as comunidades de que os problemas então seriam resolvidos e gente passaria a ter então uma saúde organizada num formato melhor e satisfatório para os usuários, para os profissionais de saúde e também no âmbito administrativo. Houve uma demora muito grande para fazer esse processo de transição, por conta do conflito que houve se criando entre FUNASA e entre SESAI, a FUNASA em várias regiões começou a ter problemas operacionais, de gestão e até mesmo de articulação com a equipe da SESAI, trazendo alguns prejuízos para algumas comunidades e a SESAI então acaba dependendo nesse primeiro momento da FUNASA e ela se negava a ajudar, então foi meio conflituoso esse processo de transição. Estava previsto inicialmente 6 meses para ocorrer esse processo de transição, que seria de outubro até abril, e final de abril a SESAI não conseguiu ainda se estruturar, pediu a prorrogação até o final de do ano de 2011, até dezembro de 2011, meio que em parceria com a FUNASA, e só a partir de janeiro de 2012 que ela assume de forma integral a assistência dentro dessas comunidades (SOUZA, 2013).

Para Trajber (2014), o processo político de transição, por meio da articulação do CONDISI, iniciou na 4ª CNSI, tal como segue no relato:

Vendo que a FUNASA não estava conseguindo dar resposta para todos os distritos, no nosso (distrito) mesmo, na 4ª Conferência (2006), a gente estava brigando com o coordenador. [...] Na época era um sindicalista e começou a trocar chefes de polo, pôr só sindicalista, o pessoal chegava no hospital e não sabia nem o que era saúde indígena e tudo o que a gente vinha fazendo começou a desmoranar [...] (TRAJBER, 2014).

Continuando, Trajber (2014) aponta como foi o processo inicial da transição da FUNASA para SESAI, como é suma importância os apontamentos dele, peço licença para repetir parte do texto já analisado no terceiro capítulo, para a discussão do papel do Controle Social para a transição da FUNASA para SESAI, desta forma, a proposta inicial do governo brasileiro para o destino da saúde indígena:

[...] porque a gente é chamado de Distrito Sanitário Especial Indígena e tem uma Secretaria Especial de Saúde Indígena, diretamente no Ministério da Saúde, só que a legislação é exatamente igual pra todo mundo, saiu da FUNASA e foi pra SESAI com promessas de melhorias, e nada disso aconteceu, e não foi por falta de discussão e falta de aviso, quando decidiram que isso aí ia, você conhece todo esse processo da 4ª Conferência, da 5ª Conferência, na 4ª Conferência, a FUNASA tinha problemas em vários estados, a gente mesmo fez uma proposta na época de uma criação de uma secretaria especial, mas a proposta foi derrotada na 4ª Conferência, decidiram que iam continuar na FUNASA, só que aquilo foi se aprofundando e politicamente decidiram dar um basta e propor a SESAI. Só que no início não foi essa proposta, decidiram criar uma secretaria no Ministério da Saúde que chamaram de Secretaria de Atenção Primária. Uma secretaria que cuidava de toda a atenção básica do País, inclusive a saúde indígena. No dia que a gente viu que saiu a proposta, estava eu e o Fernando, aí eu falei: “Fernando, não tem como isso daí, se hoje está difícil da gente cuidar, imagina dentro de uma secretaria que atende toda a atenção primária, não vamos nem ter com quem falar, são 5.500 municípios e a gente não tem como.” Já fizemos um documento e mandamos para todos os CONDISIs no país, denunciando o que eles estavam fazendo e aí todo mundo detonou e começou a pedir de novo a tal da Secretaria Especial dentro do Ministério e aí criaram uma comissão, um grupo de trabalho pra discutir o que seria, como seria. E a primeira reunião de trabalho foi aqui em Campo Grande, juntando todo o Centro-Oeste, e aí foi dois ou três dias, não lembro mais quanto, de discussão, onde a gente foi pautando tudo o que precisaria para integrar essa Secretaria Especial. Da questão da estrutura, da questão dos profissionais, da questão do pessoal do quadro, fomos pontuando todas as dificuldades. Não, vai ser feito como vocês estão falando, porque no Ministério a gente tem o apoio. Bom, discurso lindo e maravilhoso, na hora que foi pra prática, nada disso aconteceu. Então, se a gente tinha problemas na FUNASA, a coisa foi só agravando, porque não tinha nenhuma estrutura de gestão, a gestão era feita dentro da SESAI, parte de compra de medicamentos, parte de compra de combustível, parte de compra de viaturas, tudo, era dentro da FUNASA. A nova secretaria não contemplava nada disso. Não! Então vamos criar os cargos. Criaram meia dúzia de cargos. Iam dar conta, e com salários também não compatíveis. Então a coisa só começou daí pra frente ter mais problemas. Lógico, se pegar um distrito que não tinha nada e contratar meia dúzia é ótimo, né? (TRAJBER, 2014).

Da conversa com Souza (2013) merece destaque seu ponto de vista sobre o tratamento diferenciado preconizado pela Lei Arouca.

A gente fala que foi criado um subsistema dentro da saúde indígena e dentro dessa estrutura de governo foi criado uma secretaria especial de saúde indígena. No entanto, de especial só tem o nome, de diferenciado só tem o nome, na prática ainda é um modelo convencional, que vem passando por cima e desrespeitando um conhecimento milenar dos nossos bisavós, dos nossos avós e dos nossos pais, e estão implantando esse sistema que veio de fora meio que imposto dentro das comunidades indígenas, e isso tem, pra um paciente que está mesmo com dor, ele chega em uma unidade de saúde e que tem uma dor, obviamente que ele vai tomar uma medicação industrializada e essa medicação vai ser quase que imediata, já na medicina tradicional, ela vai passar, mas demora um pouco mais. Como se fosse o custo/benefício, e isso vai se esparramando dentro da aldeia. "Ah, esse remédio que

meu avô está me dando demora mais pra fazer efeito, eu quero esse daqui que é mais rápido". Então assim, as pessoas vão assimilando isso, um outro fator que as nossas aldeias hoje elas estão totalmente sem recursos naturais, perto do que tinha a 80 anos atrás, ou 40 anos atrás ou 30 anos atrás, a partir da década de 80 as nossas aldeias foram varridas de recursos naturais, por causa do desmatamento. Uma série de recursos naturais que tinha antes, hoje já não tem mais, os meus avós e meus pais podem até conhecer essa medicina tradicional, mas hoje não tem como colocar em prática, em função desse desmatamento que houve de forma indiscriminada na década de 80. Um outro fator é que os conhecimentos que eram repassados de geração em geração, lá dos bisavós, passando para os avós, para os pais e estão repassando para os filhos hoje, em função dessa medicina moderna está deixando de ser feito esses conhecimentos tradicionais e aí tem a influência muito grande das novas tecnologias, dessa nova sociedade, desse novo conceito de família, enfim, hoje a minha geração, no final da década de 70 e início da década de 80, a gente não tinha televisão, então o que a gente ficava fazendo no final de tarde e início da noite, sentava os pais, os avós, os tios, os anciãos, mais velhos do nosso núcleo familiar e ficavam conversando de mitos, histórias, de remédios e a gente ia assimilando isso, ficava na beira do fogo conversando, então havia uma sintonia maior entre as famílias, entre as diferentes faixas etárias entre esse núcleo familiar (SOUZA, 2013).

No que se refere à transição da saúde indígena da FUNASA para SESAI, José Wilson afirma que

Toda a parte da saúde que era vinculada à FUNASA foi transferida pra SESAI, a da FUNAI tinha ido para a FUNASA e a FUNASA ficou com a parte do saneamento dos municípios, e o saneamento da saúde indígena também já foi transferido para a SESAI, agora já foi transferido também, e o que se diz em respeito de saúde indígena está praticamente na responsabilidade da SESAI e dos municípios, porque todos os municípios tem sua cota de responsabilidade, porque o paciente na verdade é do município e a SESAI na verdade veio para dar uma cota de contribuição, mas a responsabilidade de transferência de paciente do município de origem para outros hospitais, no caso de necessidade já fica por conta do hospital que ele está internado e do município de origem, já foge da atenção básica, porque a parte da saúde indígena é a atenção básica que a FUNAI fazia primeiro, precariamente, depois a FUNASA, e agora a SESAI. Então os municípios não estão desobrigados a fazer o seu trabalho (DOMINGUES, 2012).

A conversa com Fernando Sousa não se restringiu apenas ao processo de transição. Como esse processo ainda está em curso e se apresenta bastante problemático, Fernando falou sobre os entraves e expectativas geradas pela criação da SESAI. Nesse sentido, ele afirma que

No entanto para nós, que estamos dentro da aldeia, para as nossas lideranças, para os nossos usuários, nós não queremos saber muito desse processo de transição, dessas dificuldades internas que teve dentro do governo, a nossa expectativa é que, criou-se a SESAI, e que no máximo em 6 meses ou no máximo em 1 ano já ia haver mudanças reais dentro de nossas comunidades, coisa que não aconteceu no 1 ano. Agora já estamos indo para 2 anos e 5 meses de SESAI, com 1 ano e pouco de responsabilidade integral e as dificuldades dentro das aldeias ainda são enormes, a questão operacional, a questão estrutural, as viaturas continuam sucateadas, há ainda a falta de medicação, insumos, equipamentos. Ainda não tem definido uma forma mais correta de contratação de profissionais, a questão salarial ainda não está resolvida. Então ainda há um conjunto de dificuldades e de problemas que ainda está demorando muito para ser resolvido, e tudo isso acaba trazendo uma série de transtorno, tanto internamente, dentro da estrutura da SESAI, acaba trazendo dificuldades ainda para os profissionais que ainda não sabe se vai ser por concurso ou contratado, a questão salarial ainda não está resolvido e por consequência nós, os usuários, acabamos também sofrendo essas consequências. E a nossa impressão, a

minha impressão e a impressão de outras pessoas, lideranças, é que estamos frustrados na verdade, porque achamos que os problemas iriam ser resolvidos enquanto SESAI, mas, infelizmente 2 anos e pouco se passaram desde a sua criação e os seus problemas ainda permanecem e continuam os mesmos. Eu, Fernando, quero acreditar que ainda essas mudanças virão, mas muitos movimentos indígenas estão cansados de esperar, porque enquanto não se resolvem essas questões, são pessoas, são vidas que muitas das vezes acabamos perdendo, são vidas que acabam sofrendo por conta de melhor organização e melhor estruturação desse subsistema para que a gente possa ter um atendimento digno, de qualidade, humanizado como todo o cidadão merece (SOUZA, 2013).

Para Trajber (2014), a infraestrutura da SESAI é incompatível com o que se propunha no início de sua criação.

Eu acho que não conseguiram pôr prioridades. O discurso é: Dinheiro sobra, dinheiro tem de montão, então por que as coisas não chegam? Então, a gente tem um problema muito sério de gestão. A gente não tem equipe que faça licitação suficiente, e quem faz não entende, não sabe que os processos são contínuos, não adianta eu fazer hoje uma licitação de medicamentos, que pra começar, licitação leva seis meses, a entrega leva mais seis meses e quando começar a distribuir dali a pouco não tem, então já tem que ter outra, você sabe. São necessidades que não acabam, e aí eles inventam soluções mágicas, por exemplo, os carros todos sucateados (TRAJBER, 2014).

Em 2013 ainda havia problemas mas também esperança de melhora em relação à saúde indígena com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena.

É, hoje a gente espera que a saúde indígena, agora que já saiu também da FUNASA, no caso há 1 ano e pouco, praticamente há 2 anos, se saiu da FUNASA e criou a Secretaria de Saúde Indígena que é a SESAI ela está em fase de montagem das equipes novas, tanto do distrito quanto das pontes que é tudo novo, contrato tudo novo, é uma outra instituição praticamente ligado ao ministério da saúde direto, não é mais ligada à FUNASA, então o ano passado, em 2012 a gente teve várias dificuldades por falta dessa documentação que estava sendo encaminhada para o Ministério da Saúde, as licitações de compra e de manutenção, algumas já estava sendo feito a compra de material e medicamento, manutenção de viaturas, esse já está em andamento, mas ainda tem algumas coisas que ainda está em processo de licitação, então a gente está aguardando e a esperança nossa é que a coisa, em 2013, em meados desse ano as coisas comecem a melhorar e ter mais sentido a criação da SESAI, mais liberação de materiais, liberação de recursos, para que a nossa equipe possa trabalhar com um pouco mais de facilidade (DOMINGUES, 2013).

4.4 Interculturalidade e Saúde Indígena

Desde a década de 1970, a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem orientando para que os Estados nacionais integrem as medicinas tradicionais aos seus sistemas de saúde oficiais. Pautada nessa discussão, em 2002 a OMS publicou o documento *Estratégias da OMS sobre a medicina tradicional, 2002-2005*, que define as diretrizes para o estabelecimento de relações de cooperação entre os sistemas oficiais de saúde e os praticantes

da medicina tradicional, como forma de ampliar a cobertura e o acesso da população aos serviços de atenção primária à saúde. Visando avaliar, desenvolver e ampliar as estratégias da OMS sobre medicina tradicional 2002-2005, a OMS criou a estratégia sobre medicina tradicional 2014-2023.

De acordo com a OMS, a medicina tradicional é

[...] a suma del conocimiento teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para el diagnóstico, prevención y supresión de los transtornos físicos, mentales y sociales, basados exclusivamente en la experiencia y en la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra" (DOLDÁN, 2009, p. 83).

O pajé, ou benzedor, pratica a medicina holística, que se dirige ao corpo, mente e espírito do paciente, incluindo elementos mágico-religiosos, componente privativo da medicina tradicional indígena, que Doldán (2009) chama de etno-medicina. Este autor, no que concerne à medicina ocidental e tradicional, afirma:

[...] debemos reconocer que la integración de la medicina científica con la tradicional, en el marco de los programas de salud pública, es defendida por la organización mundial de la salud; sin embargo es muy difícil llevarla a la práctica por una comprensible desconfianza entre los que cultivan ambas medicinas. (DOLDÁN, 2009, p. 83)

	DOENÇAS	
	Medicina Ocidental	Medicina Tradicional
Espaço de manifestação	Indivíduo	Sociedade
Etiologia	Agentes físicos, químicos e biológicos	Ruptura da harmonia social
Semiologia	Signos físicos	Símbolos da cultura
Interpretação	Feito pelo médico	Feito pelo paciente
Reação defensiva	Geneticamente determinada	Socialmente determinada
Diagnóstico	Objetivo: análise de laboratório e imagens (RX, TC, RMN, etc.)	Subjetivo: expressão do mundo interior do paciente
Tratamento	Alopáticos (antibióticos, cirurgias, quimioterapia, etc.)	Ritos sociais de impacto psíquico

Adaptado de Doldán (DOLDÁN, 2009, p. 81)

A medicina tradicional dos Kaiowá está imbricada nos conceitos da alma, nesse caso, a alma espiritual que se manifesta através da fala e toma acento no corpo da mulher, na concepção. De acordo com Melià e o casal Grumberg (2008), as enfermidades mais perigosas podem afetar toda comunidade, principalmente as epidêmicas, que são consideradas enviadas por Deus e, para combatê-las, é necessário restabelecer o *teko porã*, purificando toda a comunidade através das rezas.

O diagnóstico das enfermidades é feito pela análise dos sintomas e conversa com o doente para que o pajé ou a rezadeira chegue ao diagnóstico aceito. O tratamento se faz com medicamentos tradicionais diversificados, derivados de plantas, leite materno, reza etc.

De acordo com Souza (2013), sobre a medicina tradicional, o mesmo afirma:

Nós tivemos vários momentos relacionados à saúde indígena, voltados para a população indígena, em um primeiro momento a gente não tinha nenhuma política de saúde, essa ação de serviço de saúde era feito por Pajés, rezadeiras, parteiras, no início ainda do século passado.

Corroborando com a informação de Souza (2013), Domingues (2013), falando sobre a medicina tradicional, afirmam que a população indígena

[...] usava muito o sistema deles, suas crenças, as rezas, os benzimentos, as ervas e no caso eram feitos na época pelos rezadores ou pelas parteiras que tinha o pessoal nas aldeias, tinham as parteiras, no caso as mulheres geralmente mais velhas que faziam o serviço de parteiras e os rezadores que faziam os trabalhos que eram considerados os caciques, os rezadores na época.

Souza (2013) afirma que, na ausência das ações de saúde do SPI e da FUNAI, a assistência “[...] era unicamente pelo Pajé, parteira ou o rezador da aldeia, que trabalhava essa medicina tradicional, onde esses remédios eram tirados da mata, e fazia o tratamento do paciente nessas condições”. Ou seja, a assistência à saúde se dava via medicina tradicional.

Para Langdon (2007, p. 116), o uso do termo medicina tradicional ignora o sentido restrito de auto-atenção que é a relação entre a saúde e a cultura, ou seja, "de práticas e valores que são ligados à cosmologia, à organização social, aos casamentos, aos ritos; enfim, de várias práticas que nossa própria medicina não reconhece como medicina ou como práticas de saúde", que envolve os aspectos mais gerais que implicam a saúde de determinado grupo, "e limita-se às atividades orientadas especificamente para aliviar mal-estar e enfermidades" (LANGDON, 2007, p. 116).

Para a autora, é necessário ter clareza de que o conceito de medicina tradicional incorpora o sentido restrito e o sentido estrito das práticas de auto-atenção. "O que não é o caso do conceito de medicina vigente em nossa cultura ocidental. Esta divergência complica o diálogo entre culturas, porque os domínios que constituem as práticas de saúde não são iguais" (LANGDON, 2007, p. 116).

A partir da constituição da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI, começou-se a pensar em uma política diferenciada que, de acordo com documentos da FUNASA, está diretamente relacionada ao respeito à cultura tradicional, bem como a um sistema de saúde que trabalhe a interculturalidade.

Cabe aqui, portanto, nos acercar ao conceito de interculturalidade para tentar entender como é possível construir a interculturalidade na saúde indígena. A interculturalidade (REYNA, 2007) não se define apenas pelo encontro de culturas diferentes, mas uma interação que se dá em encontros, onde uma cultura é distinta da outra. Interculturalidade (AUSTRIAN, 2012) significa a participação de sociedades complexas na estrutura socioeconômica em processos identitários específicos, bem como em processos que os distinguem. Sendo assim, “[...] la interculturalidad presupone la interacción entre distintas culturas, pero también que estas culturas estén previamente identificadas, como condición necesaria para que exista un reconocimiento” (SALAVERRY, 2010, p. 84).

Pautados nesta discussão, Lerin (2013, p. 6) entende que interculturalidade em saúde são as distintas práticas que operacionalizam o processo em que “[...] salud-enfermedad-atención que operan, se ponen en juego, se articulan y se sintetizan no sin contradicciones, en las estrategias de cuidado, las acciones de prevención y solución a la enfermedad, al accidente y a la muerte en contextos pluriétnicos”.

Portanto, pode-se pensar a interculturalidade como interação, *complementariedad* (LERIN, 2013) entre a medicina tradicional com a medicina ocidental, buscando estratégias para abordar a compreensão da medicina tradicional como produto da cultura indígena. Isso significa ir além do reconhecimento e valorização das práticas tradicionais em saúde, como preconiza a PNASPI.

De acordo com os preceitos da interculturalidade, observamos que o atendimento diferenciado fica no plano do discurso formal, apesar das recomendações da Organização Pan Americana de Saúde – OPAS abordar alguns princípios como: enfoque integral da Saúde; direito à autodeterminação dos povos (OIT 169); respeito e revitalização das culturas indígenas; reciprocidade das relações; direito à participação sistemática dos povos indígenas (Modelo de Gestão da Saúde Indígena, 2013). E dos investimentos financeiros, através do Projeto ViGISUS II que afirma que a Política de saúde Indígena possui uma articulação deficiente entre a medicina tradicional e a medicina ocidental, que para sanar essa deficiência precisa de projetos interculturais.

Sendo assim, de acordo com Langdon (2007, p. 119), discutir medicina tradicional, bem como interculturalidade é necessário que os projetos pensados estejam consubstanciados aos contextos atuais dos povos indígenas,

[...] inseridos numa sociedade envolvente marcada por conflitos, preconceitos, exercício de poder e dominação. Também é necessário situar o projeto dentro da atual Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, que visa oferecer atenção diferenciada a estes povos, mas que frequentemente falha devido a problemas de

centralização e burocratização, sem realizar uma reflexão crítica sobre a sua atuação. Não é fácil intervir e ser reflexivo simultaneamente (LANGDON, 2007, p. 119).

A posição do Souza (2013) quanto à interculturalidade na saúde ou atendimento diferenciado, se dá no seguinte trecho:

A gente fala que foi criado um subsistema dentro da saúde indígena e dentro dessa estrutura de governo foi criado uma Secretaria Especial de Saúde Indígena. No entanto, de especial só tem o nome, de diferenciado só tem o nome, na prática ainda é um modelo convencional, que vem passando por cima e desrespeitando um conhecimento milenar dos nossos bisavôs, dos nossos avôs e dos nossos pais, e estão implantando esse sistema que veio de fora, meio que imposto dentro das comunidades indígenas, e isso tem, pra um paciente que está mesmo com dor, ele chega em uma unidade de saúde e que tem uma dor, obviamente que ele vai tomar uma medicação industrializada e essa medicação vai ser quase que imediata, já na medicina tradicional, ela vai passar, mas demora um pouco mais. Como se fosse o custo/benefício, e isso vai se esparramando dentro da aldeia. "Ah, esse remédio que meu avô está me dando demora mais pra fazer efeito, eu quero esse daqui que é mais rápido". Então assim, as pessoas vão assimilando isso, um outro fator que as nossas aldeias hoje elas estão totalmente sem recursos naturais, perto do que tinha a 80 anos atrás, ou 40 anos atrás ou 30 anos atrás. A partir da década de 80, as nossas aldeias foram varridas de recursos naturais, por causa do desmatamento. Uma série de recursos naturais que tinha antes, hoje já não tem mais, os meus avôs e meus pais podem até conhecer essa medicina tradicional, mas hoje não tem como colocar em prática, em função desse desmatamento que houve de forma indiscriminada na década de 80. Um outro fator é que os conhecimentos que eram repassados de geração em geração, lá dos bisavôs, passando para os avôs, para os pais e estão repassando para os filhos hoje, em função dessa medicina moderna está deixando de ser feito esses conhecimentos tradicionais e aí tem a influência muito grande das novas tecnologias, dessa nova sociedade, desse novo conceito de família, enfim, hoje a minha geração, no final da década de 70 e início da década de 80, a gente não tinha televisão, então o que a gente ficava fazendo no final de tarde e início da noite? Sentava os pais, os avôs, os tios, os anciãos, mais velhos do nosso núcleo familiar e ficavam conversando de mitos, histórias, de remédios e a gente ia assimilando isso, ficava na beira do fogo conversando, então havia uma sintonia maior entre as famílias, entre as diferentes faixas etárias, entre esse núcleo familiar. Hoje, isso foi roubado pela televisão, foi roubado por essas tecnologias que a gente tem, que nem hoje, raramente, a gente vê sentado o pai, a mãe, o avô, a avó, o bisavô, os filhos, os netos e os bisnetos, porque a televisão, o computador, agora o *facebook*, o celular, enfim, destruiu isso, e com isso morre parte desses conhecimentos tradicionais. Hoje, o adolescente de hoje, a criança de hoje está mais rebelde, mais egoísta, enfim, há uma mudança, o modo de ser hoje das pessoas hoje em função disso, são prejuízos irreparáveis, penso que isso deve ser discutido, revisto como deve se restabelecer isso, ou como nem restabelecer, mas como recuperar, conciliar as novas tecnologias e não deixar perder os conhecimentos que meus avôs e meus pais têm, como eu devo assimilar isso e como eu devo passar isso para os meus filhos, que é importante pra identidade dele enquanto cidadão indígena, pra que isso não se perca no tempo e no espaço (SOUZA, 2013).

O relato de Souza (2013) exemplifica a realidade que as terras indígenas Kaiowá vêm enfrentando pelo processo de 'confinamento' e da dinâmica pela qual toda cultura passa. Nesse sentido é importante observar que não falo de interculturalidade desarticulada da historicidade das relações do presente. Trajber (2014) fez uma crítica à ideia de alguns antropólogos que

“com uma visão romântica do passado”, foram à Terra Indígena de Dourados e decidiram acabar com os capitães:

Não porque aqui tem 55 grupos familiares. Fizeram até o levantamento do número de famílias, macro famílias que vieram pra reserva de Dourados e definiu que, agora, em vez de um capitão iria ter 55 líderes familiares, que com eles a coisa ia funcionar. Se antes era difícil, virou baderna, tinha neguinho que não representava nem a família dele. E aí foi um caos, aí voltaram de novo, hoje de novo estão com os capitães, mas buscando uma nova forma de estruturação (TRAJBER, 2014).

Neste contexto, Trajber (2014), falando sobre interculturalidade na saúde, assegura que o primeiro momento de interlocução entre os rezadores e as EMSI, foi por meio do I Encontro Intercultural: o diálogo entre os conhecimentos tradicionais dos povos indígenas e os serviços de saúde indígena em Mato Grosso do Sul, em Caarapó.

[...] aí sim, já foi com um propósito de um mostrar pro outro, mas também não é coisa inédita, isso daí foi inédito na forma de fazer coletivo. Vamos trazer todos os rezadores, vamos levar as equipes e vamos pôr na frente um dos outros pra se falar. Logo no começo a gente enfrentou problemas de interlocução. Quando eu cheguei não sabia nada de nada, então eu vou dar um exemplo: De repente, eu sei que eu tenho um paciente com osteomielite que fugiu do hospital, e eu fui procurá-lo dentro da aldeia, acabo localizando. Ele estava na casa de uma rezadora que é parente, e eu tive que ir lá conversar, ver se eu conseguia levar o moleque de volta para o hospital, porque a doença era grave, no mínimo iria sair com sequelas, mas tinha que pelo menos tentar medicá-lo com antibiótico, etc. Eles tinham ojeriza de hospital, eles não queriam saber de hospital: “Não, não vai”. “Olha, numa boa, eu me proponho a tratar ele aqui, a senhora faz a sua parte, eu faço a minha, uma coisa não é contra a outra”. E começamos a ter uma interlocução. E a gente tentou levar isso daí em todos os casos mais complicados. É uma questão de postura, de respeito, e interlocução e mostrar que uma coisa não é oposta a outra, elas são complementares. Eu acho que a gente conseguiu relativamente sucesso, não significa que eu sou lindo maravilhoso, capaz de chegar em qualquer lugar e discutir. Quando eu sinto que a coisa não é muito fácil de ser compreendido, eu busco outra opção. Então desde o começo eu tenho interlocutores Kaiowá, que quando eu sinto que a barra está pesada, eu me retiro e quem entra em discussão são eles. [...] Então eu acho que a boa prática seria isso, entender que a gente não é dono de nenhuma verdade, nem da nossa, e que eles têm a deles. Agora, eu tenho que ter alguém que conheça profundamente o idioma, que vai entender direitinho o que eu estou propondo e possa me explicar o que eles propõem, pra gente tentar compor. Eu acho que isso daí a gente tem um relativo êxito, tanto que pouco a pouco foi diminuindo a resistência de atuação das equipes. Cada vez que a gente tenta impor, a coisa não dá muito certo. E no começo, a gente fez muita besteira desse tipo, no desespero. [...] Eu acho que a gente conseguiu muito resultado com isso, mas teve resistência, teve muita resistência. Os antropólogos adoram falar que a gente acaba influenciando muito na cultura. Eu quero interlocução, eu não quero influir na cultura. [...] Mas eu acho que tem que perder um pouco esta coisa de que a gente interfere na cultura, a cultura é dinâmica [...] a gente vai absorvendo o que é aparentemente é bom, o que te convém e vai guardando as coisas que você acha que... Então não existe cultura estática, e isso não existe pro branco, não existe pro preto e não existe pro índio. [...] Então, toda essa dinâmica tem que ser compreendida, não vai me doer a consciência quando falam: “Ah, você está interferindo na cultura”. Não, eu quero sim, ter interlocução e cada um vai construir o seu espaço e vai ter uma perspectiva de acordo com o que acredita. [...] Então, não existe uma sociedade pura indígena, não existe a questão da interferência cultural. Existe, óbvio, mas existe como existe em todos os processos sociais, o que precisa é haver respeito, e que cada um vai evoluir com seu celular, com sua televisão ou com seu radinho, e vai construir em cima

disso o que acha legal para a sua comunidade. Esse respeito, sim, eu acho que a gente tem que aprimorar e desenvolver com todas as nossas equipes cada vez mais (TRAJBER, 2014).

Nesse sentido, é importante ressaltar que Traber, quando fala sobre interculturalidade, está abordando a sua experiência como profissional, que, diante das dificuldades que enfrentou no início de suas atividades em 2001, entendeu que a complementaridade entre a medicina tradicional e a ocidental buscam um objetivo comum: o cuidado. Desta forma cabe destacar que a interlocução não é uma prática comum a todos os profissionais. Em outro momento, Traber (2014) afirma: "[...] não é uma prática baseada nas equipes, não é uma prática baseada nos distritos. Eu tive que brigar muitas vezes com profissionais que trabalham comigo nessa questão de respeito".

Para Domingues (2013), a interculturalidade na saúde indígena começou com a FUNASA em 2009, e a SESAI tem buscado uma interação entre a medicina tradicional com medicina ocidental. Afirma:

[...] o encontro de rezadores indígenas e daquele encontro, no caso foi feito o encontro dos rezadores indígenas junto com as equipes de saúde da FUNASA. Então teve até uma conversa entre os caciques e os curandeiros na época, junto com os médicos em 3 dias de encontro na aldeia de Caarapó. Aquilo ali ajudou muito porque no caso, eles entenderam os médicos e a equipe entendeu que o trabalho que eles faziam, em parte, não prejudicavam o trabalho da equipe e teve uma interação junto com os rezadores e a família que tinham a crença maior nos rezadores. Então aconteceu no caso até aqui, desde que a gente está trabalhando, alguns casos de a família pedir e vim o próprio rezador até o hospital e ele acompanhar o paciente no hospital. Aqui e teve em Dourados também, teve aqui na própria CASAI o pessoal vem aqui faz uma reza deles para o paciente. Então no caso essa interação, no meu ver, ainda continua e ajudou, porque no caso aí teve depois desse encontro em Caarapó os dois lados parece que entraram mais em sintonia, tirou um pouco mais da dificuldade que tinha antes de um não entender o outro, melhorou. [...] Está tentando fazer isso (uma articulação) pra melhorar, algumas dificuldades que a gente tem hoje, não tanto pelo sistema tradicional indígena é por um outro, tipo alguma família não aceita algum tipo de tratamento, ou até a própria vacina, não é pelo sistema tradicional indígena, mas pelas ou algumas religiões que entraram na aldeia que algumas das vezes não aceita algum tipo de tratamento, no caso até a própria vacina, tem alguma religião na aldeia que não aceita que o índio não pode tomar vacina, então essas religiões novas que entraram na aldeia, algumas delas dificultam mais do que a própria tradição que tinha no passado.



I Encontro Intercultural: o diálogo entre os conhecimentos tradicionais dos povos indígenas e os serviços de saúde indígena em Mato Grosso do Sul - 2009 (arquivo pessoal)

Langdon (1988) afirma que a eficácia do tratamento dado ao índio também pode ser mais efetiva se o médico familiarizar-se sem desprezar as ideias indígenas sobre doenças e remédios. Ajudaria na comunicação entre médico e paciente, e assim o paciente poderia entender mais claramente como seguir as instruções do médico. Falta de respeito e preconceitos com o índio resultam em má comunicação, o que faz com que o índio não siga corretamente as instruções sobre o uso dos medicamentos ou outros cuidados.

Para Domingues e para Trajber, o I Encontro Intercultural possibilitou maior familiarização da EMSI com os remédios e os métodos do processo saúde/doença/atenção do sistema tradicional. Os rezadores, pajé e parteiras que estavam presentes também tiveram a oportunidade de familiarizar-se com os métodos do processo saúde/doença/atenção do sistema ocidental. Lembro-me de que, no último dia do encontro, o médico da EMSI mostrou os procedimentos da consulta no caso de uma diarreia, e o pajé mostrou como ele faz quando a criança está com o mesmo problema. A partir desse encontro, iniciativas pontuais de alguns profissionais começaram a ser realizadas, como por exemplo, levar para a CASAI ou até mesmo ao hospital o rezador que a família escolhe ou levar para o rezador a família e posteriormente retornar para a CASAI.

Penso que é possível promover a interculturalidade na construção de uma política de saúde mais humanizada para as populações indígenas, tanto na atenção básica, como na atenção de média e alta complexidade. Contudo, não é algo fácil e rápido de se fazer. É uma construção coletiva, numa relação dialógica, que, segundo Roberto Cardoso de Oliveira, exige igualdade entre as pessoas e os esforços de ouvir o que o outro tem para dizer. Só por meio de

relações dialógicas é possível superar "um enfoque limitado de medicina tradicional, possibilitando a articulação não só com as práticas de auto-atenção no sentido estrito, mas também com as que têm a ver com as formas tradicionais de organização social" (LANGDON, 2007, p. 117)

Nesse sentido,

Ubicar la interculturalidad en salud como un proceso que, entre usuarios y prestadores de servicios en zonas indígenas (calidad de la atención), nos obliga a plantear estrategias que coadyven a la modificación de las relaciones negativas entre institución-usuarios, entre saberes y prácticas institucionales y populares de atención (LERIN, 2013 p. 5).

4.4.1 A contribuição do Agente Indígena de Saúde para o desenvolvimento da interculturalidade em saúde.

A autora Esther Langdon, acompanhou o processo de construção e implantação da FUNASA, nesse sentido a autora fez/faz várias pesquisas sobre diversos assuntos pertinentes à saúde indígena. Sobre a categoria dos Agentes Indígenas de Saúde, inicialmente pelas pesquisas da autora, pensou-se a atenção diferenciada sendo propiciada pelos AIS.

O AIS a partir do que se preconiza na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI, têm por ações a serem desenvolvidas o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento das crianças; de gestantes; da vacinação; de pacientes crônicos; acompanhar e supervisionar tratamentos de longa duração; atendimento aos casos de doenças mais frequentes; primeiros socorros e promoção e prevenção de doenças de maior prevalência.

Nesse sentido, “[...] o AIS foi concebido como parte fundamental na prestação da atenção primária, figurando como elo de comunicação entre comunidade e serviços de saúde e entre saberes e práticas biomédico e indígena [...]” (SCOPEL, LANGDON, SCOPEL, 2007, p. 56), além do que, são os profissionais mais presentes no cotidiano das comunidades indígenas.

Desta forma, a criação da categoria de AIS propiciou, formalmente, meios de participação ativa da comunidade no processo de gestão, avaliação, mas, especialmente, de participarem ativamente da promoção dos serviços de saúde.

De acordo com Scopel, Langdon, Scopel (2007, p. 56), o AIS foi criado pelo mesmo parâmetro do Agente Comunitário de Saúde que, sendo conhecedor da realidade de sua

comunidade, “[...] poderia informar a equipe médica quanto às necessidades específicas de sua comunidade, problemas de saúde de maior ocorrência e desenvolver ações de educação em saúde”.

No contexto da atenção básica de saúde indígena, o AIS é um membro indígena e atualmente a escolha do mesmo, passa por um processo de seleção com prova escrita. O que preconiza na legislação é que o AIS deve ser capacitado para prestar assistência à saúde a todos os membros de sua comunidade a partir de noções básicas sobre as doenças prevalentes; técnicas de enfermagem; diagnóstico e tratamento.

De acordo com documento da FUNASA (BRASIL, 2002, p. 17), os sistemas tradicionais de saúde são

[...] ainda hoje, o principal recurso de atenção à saúde da população indígena, apesar da presença de estruturas de saúde ocidentais. Sendo parte integrante da cultura, esses sistemas condicionam a relação dos indivíduos com a saúde e a doença e influem na relação com os serviços e os profissionais de saúde (procura ou não dos serviços de saúde, aceitabilidade das ações e projetos de saúde, compreensão das mensagens de educação para a saúde) e na interpretação dos casos de doenças.

A formação e a capacitação de indígenas como agente de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental somando as práticas tradicionais, porém a capacitação tem se voltado para o conhecimento da medicina ocidental. Para a promoção da interculturalidade por meio dos AIS, penso que seria importante outros encontros interculturais, com a presença dos pajés, rezadores e AIS para que os mesmos possam somar às práticas tradicionais aos conhecimentos da medicina ocidental.

Desta forma,

[...] o reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas a contexto local (BRASIL, 2002, p. 17).

4.4.2 Saúde Indígena e Neopentecostais²⁵.

No final da década de 1970, igrejas pentecostais começaram a se instalar ao redor da Terra Indígena de Dourados. "Na impossibilidade de pregar o Evangelho dentro da reserva, os dirigentes pentecostais passaram a investir na formação de alguns missionários índios que

²⁵ Sobre os neopentecostais só conversei com Trajber e Domingues.

podiam livremente realizar o trabalho" (PEREIRA, 2004, p. 279). Tal situação também vem ocorrendo na Terra Indígena do município de Amambai e creio não estar sendo diferente em outros municípios.

Para Pereira (2004, p. 281), a conversão entre os Kaiowá é encarada como mecanismo de "[...] recompor formas de sociabilidade alterada devido às transformações históricas recentes". A sociabilidade que foi alterada é o modo de vida antigo, que se expressava na organização social, "[...]intrinsecamente interligado com a religião do grupo, na qual a prática de cerimônias e rituais contribuía para o perfeito ordenamento da vida social" (PEREIRA, 2004, p. 283).

A conversão, para os Kaiowá, representa um processo crítico e reflexivo sobre a própria cultura, bem como sobre o poder de escolha e liberdade individual. A escolha pela conversão permite a aproximação a Deus e "[...] poder contar com o auxílio para o enfrentamento dos problemas cotidianos" (PEREIRA, 2004, p. 288). Permite, ainda, uma aliança entre os membros da congregação religiosa, reforça as relações sociais, na qual exprime aos seus membros uma relação de pertencimento ao grupo social. Para Pereira (2004), as relações e a aliança política e religiosa formada são semelhantes à estrutura de parentela. Além de "[...] prometerem resolver todos os problemas, como doença, briga de casal, feitiço, excesso de bebida, pobreza. A pessoa é atraída pela solução fácil de seus problemas [...]" (PEREIRA, 2004, p. 295).

Nesse sentido, a resolução dos problemas exclusivamente por parte de Deus, tem causado interferência nas ações de saúde da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena – EMSI. Domingues (2012) traz a seguinte situação:

[...] hoje eles (os indígenas) que assumiram, porque são eles que montam as igrejas [...] a gente fica assim pensando né, porque que tem essa mudança tão repentina? Esqueceram a tradição deles e entraram na vida de outra religião que praticamente foi imposta por pessoas que vieram de fora. É o que aconteceu no passado que a gente lembra numa época da FUNAI, por que quem tinha que autorizar a entrada dentro da aldeia, só quem tinha que autorizar era a FUNAI, algumas igrejas que não tinham autorização para entrar, eles traziam membros das igrejas, indígenas da aldeia pra cidade pra eles começar a ensinar como que funcionava aquela parte da igreja na cidade, e aqueles membros que vinham dentro da aldeia montavam as igrejas depois, ai já não tinha como a FUNAI dizer que não podia porque já era os próprios indígenas que estavam montando, mais por supervisão de pastores de dentro da cidade (DOMINGUES, 2012).

Quando conversei com Trabjer sobre a Missão Evangélica Caiuá e o papel dela na saúde, questionei-o também sobre a interferência dos neopentecostais no processo saúde/doença, tendo em vista algumas experiências que vivenciei enquanto trabalhadora na SESAI. Seguem suas reflexões:

Algumas delas são as piores, no processo de interlocução de saúde/doença. Que vão ao extremo de convencer as pessoas que só Jesus Salva. Se só Jesus salva, por que, que ele vai no médico, por que ele vai tomar vacina, por que ele vai deixar internado no hospital? Então, a gente têm dificuldades, sim, com algumas pentecostais. Umas mais que as outras, você conhece todas. A gente teve muito problema até mesmo com rezadores, que no desespero deixaram mulher virar evangélica, e eles não eram evangélicos e deu tudo errado. Mas não adianta, é um processo lento, eu acho que as crenças arraigadas sempre modificam, e o pior das crenças é quando tem alguma simbiose de algumas e aí fica aquela coisa meio amorfa, mas quando você pega uma coisa de uma, outra coisa de outra, um sincretismo que leva a algumas definições meio complexas. Uma coisa é você falar do feitiço, outra coisa é falar que só Jesus cura. Mistura os dois, o feitiço com Jesus cura, e como não dá certo, sempre tem alguma explicação, é simples. O homem sempre precisou de fé. Uma série de coisas que você acreditava, na medida em que a ciência vai se desenvolvendo, começa a ter explicações, mas basicamente, eu acho que o homem sempre precisou se agarrar pra combater o desconhecido. Você tem medo do escuro porque você não vê. Você tem medo do que você não conhece. Não vou fazer nenhum discurso muito ateu pra você, principalmente eu sabendo que você não é, mas eu acho que a base é o conhecimento e eu não vou misturar conhecimento com fé. Agora, como eu consigo combater determinadas coisas que passam a ser dogmáticas, porque me falaram que é desse jeito. É mais fácil eu me agarrar em um dogma e falar: "Mas, é assim". O problema maior é esse. Quando se discute com adulto, teoricamente ele tem que ser responsável por si mesmo, tudo bem. Não quer, não quer! Você não tem opção, e quando é uma criança que está em jogo, e você está vendo que o adulto que ia ser o responsável não está sendo responsável, mas dentro da visão dele, a crença é dele. Fazer o que? A gente tem ainda os escudos. Falar que tem o Estatuto da Criança, que me garante que eu posso intervir, mas todas essas intervenções são complexas, não tem uma resposta simples, não é novidade entre os índios. [...] Então, tem uma legislação que de repente me garante fazer uma intervenção, então, hoje, além da questão da transfusão de Testemunha de Jeová, eu posso chegar e chamar o conselho, ou outras instâncias. Mas eu sei que estou batendo de frente com determinados critérios e daí você vai falar: "Mas não estou respeitando as culturas?" Mas e o respeito à vida, o que é maior? (TRAJBER, 2014)

Nesse sentido é observável que há interferência dos pastores no processo saúde/doença e, de acordo com Domingues (2012), "[...] não com todos, mas com alguns pastores são mais difíceis do que com o próprio cacique". Corroborando com esse fato, Trajber (2014) afirma:

Esses pastores dão mais trabalho. Com cacique eu nunca tive problemas sérios, também nunca cheguei pra me confrontar. Também não vou me confrontar com os pastores, só que com o cacique, eu consigo ter uma interlocução através do pessoal do idioma. Com os pastores eu não tenho interlocução, esses, pois você chama e eles não aparecem. Eu propus várias vezes que entre outras coisas. [...] A gente tentou várias vezes chamar. Por que tem o conselho das igrejas, né? Então, através da Igreja Presbiteriana, Metodista. Tentamos levar pra eles chamarem no conselho da igreja esses pastores pra gente poder estar conversando. Nem eu, mas entre eles, que conversassem, acabassem com a história do só Jesus salva e não deixassem a gente chegar perto. Nunca conseguimos isso, eles nunca apareceram. Só a Presbiteriana, sem problema, o pessoal da Missão, então, tínhamos médicos, tínhamos pastores, os reverendos, a gente conversava e converso a qualquer hora que eu quisesse, não tenho dificuldade de chegar e discutir os problemas que a gente tem aqui, mas esses daí nunca compareceram.

Nesse sentido, é importante observar que os ensinamentos cristãos se tornam um pretexto para conceder a cada um seu desejo individual, tendo em vista que um texto fora do contexto vira pretexto. Delegar tudo à responsabilidade de Deus impossibilita uma

interlocução entre saúde e aquele grupo que precisa de intervenção sanitária. Com os grupos religiosos não é possível promover uma política de saúde mais humanizada pautada na interculturalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos, a assistência à saúde destinada às populações indígenas passou por distintos momentos em conjunturas socioeconômicas diferentes. A primeira delas foi durante os longos anos do SPI de 1910 a 1967, apresentando uma assistência esporádica e por meio de um modelo campanhista sanitário. O SPI delegou, no Estado de Mato Grosso do Sul, a responsabilidade pela assistência à saúde à Missão Evangélica Caiuá, que persiste até os dias atuais.

Com a extinção do SPI e sua substituição pela FUNAI, esta adotou o modelo campanhista e assistência esporádica que era perpetrada pelo SPI, delegando também as principais ações em saúde para a Missão Evangélica Caiuá. De 1972 até 1987 só havia nos Postos Indígenas (unidades da FUNAI) os atendentes de enfermagem. De 1987 até por volta de 1995, a estrutura permanecia mínima e a assistência esporádica. Nesse período tinha uma técnica de enfermagem, atendente de enfermagem e motorista. A partir de 1995, mais ou menos, contrataram enfermeira e dentista, posteriormente um médico. Desta forma, Amambai tinha uma equipe para atender mais de dez TI; assim, apesar de começar com mínima estrutura, o atendimento permaneceu esporádico.

Portanto, é possível observar que tanto o SPI como a FUNAI, na área da saúde, enfrentavam a falta de suporte técnico e financeiro para desenvolver a assistência à saúde, bem como as demais ações que eram de sua responsabilidade. Isso resultou em baixa qualidade do serviço ofertado, condição de trabalho precária e insuficiência na assistência à saúde, prestada nas terras indígenas. Ela deixa de ser um atendimento volante e esporádico, tendo em vista o quantitativo de aldeias que recebiam a visita da única equipe volante, como foi o caso de Amambai, quando o atendimento à saúde indígena passou a ser responsabilidade da FUNASA. É importante ressaltar que, tanto pelas fontes escritas como pelas fontes orais, por meio de entrevistas realizadas com profissionais indígenas e não indígenas, teve um avanço significativo no que se refere à assistência à saúde indígena.

Com a transição da saúde indígena para a FUNASA houve uma reestruturação de recursos humanos, materiais e logísticos, ampliando o atendimento e os programas de atenção básica à saúde, passando a ser realizados nas terras indígenas, com o recorte étnico, porém com dificuldades de atendimento específico, uma vez que o SUS prioriza

[...] ações de saúde voltadas para as áreas urbanas. Dado o modo como o SUS foi implantado no Brasil, ficando expert para os serviços urbanos, havendo dificuldade para adaptar as estratégias de atendimento para as populações rurais e em estender, com sucesso, as ações de saúde para regiões interiores. [...] Para grupos

culturalmente diferenciados tais dificuldades se avolumam (GARNELO, 2012, p. 23).

Desta forma é possível chegar à outra consideração, a de que a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e os programas de saúde estabelecem a necessidade de considerar os saberes indígenas na formulação e execução das práticas de saúde, para que, de fato, o atendimento seja diferenciado nos seus múltiplos quesitos, mas fica muito mais no plano do discurso formal. As ações que contemplam o atendimento diferenciado são pontuais e executadas por poucos profissionais.

Observa-se, portanto, que os procedimentos e metas continuam sendo os da medicina convencional, não indígena, e que, embrionariamente, as organizações de saúde indígena tentam fazer uma articulação com a cultura indígena, como foi o caso do Encontro de Rezadores e Parteiras, realizado em Caarapó-MS, em 2009.

Cabe ressaltar que a discussão sobre interculturalidade na saúde vem sendo feita pela OPAS, OMS, através do “*programa salud de los pueblos indígenas de las Américas*”, ou seja, por instituições internacionais através das quais a saúde indígena é financiada, portanto, devendo dar respostas para as mesmas quanto às questões por elas pautadas, como é o caso da medicina tradicional e interculturalidade em saúde.

Outra consideração importante são as permanentes tentativas de municipalizar a saúde indígena. Conforme analisado no segundo capítulo, o Estado neoliberal busca constantemente reduzir os gastos públicos, impossibilitando a efetivação de uma política de qualidade para todos os usuários. Municipalizar a saúde indígena é um reflexo dessa macropolítica capitalista, diminuindo os gastos da União, tendo em vista que a política de saúde é financiada pelos municípios, estados e união, sendo que a União repassa o menor valor, depois o Estado, e, por fim, o município fica com o maior percentual dos gastos com saúde.

De acordo com Garnelo (2012), a relação da saúde indígena com o SUS tem sido perpassada por diversos conflitos e contradições entre o SASI-SUS, sendo que a municipalização dos serviços de saúde é um dos mais importantes e relevantes sobre os direitos indígenas.

Voltando ao processo de transição, é importante considerar que a transição da FUNAI para FUNASA, vinculada ao SUS, possibilitou um enorme avanço estrutural, de gestão, de recursos humanos, de indicadores de saúde e, como afirma Souza (2013), "com qualidade de vida", porém, não sem conflitos. Quando se observa a transição da FUNASA para SESAI, do ponto de vista do usuário nada mudou, mas, na verdade, recrudesceram os conflitos, pelos inúmeros problemas enfrentados; do ponto de vista dos profissionais que executam as ações

de saúde houve mudança, pois ingressaram como profissionais do Ministério da Saúde e passaram, recentemente, a receber gratificação (GASI²⁶) para as funções meio - motoristas e parte administrativa - houve mudança na forma de contratação, rebaixando os salários; e em termos de organização houve retrocesso.

Espera-se que os conflitos e contradições existentes no SASI, pela interveniência com o SUS, sejam urgentemente sanados; que as propostas de interculturalidade se transformem em ações de saúde em todos os DSEIs; e que a SESAI funcione da forma como fora proposta, respeitando e garantindo os direitos das populações indígenas.

Desta forma, observando os constantes processos de manifestação e insatisfação referente a criação da SESAI, tendo em vista que não houve melhora na prestação do serviço. na verdade, a forma de gestão recrudescer a prestação de serviço, deixando a SESAI em situação pior que a FUNASA. Nesse sentido, caso a SESAI não melhore vertiginosamente sua atuação, será a instituição na história da saúde indígena que além de não ter avançado, respondendo as expectativas das populações, será substituída rapidamente, haja vista as constantes tentativas de municipalização da saúde indígena pelo Estado.

²⁶ Os funcionários efetivos no momento de finalização deste trabalho ainda estavam pleiteando receber a GASI de forma diferenciada.

REFERÊNCIAS

Fontes escritas

5ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA. Secretário da SESAI se reúne com lideranças do Mato Grosso do Sul. Brasília: Paulo Borges. 03/12/2013. Disponível em: <http://5cnsi.blogspot.com.br/2013/12/como-ja-eraprevisto-pela-organizacao-5.html>. Acessado em: 27/05/2014.

A GAZETA NEWS. **Cresce mortalidade infantil indígena em MS**: Índice estadual de mortalidade infantil cresce em MS, Amambai sofre aumento. Amambai, 03/03/2014. Disponível em: <http://www.agazetanews.com.br/noticia/cidade/80675/cresce-mortalidade-infantil-indigena-em-ms>. Acesso em: 26/05/2014.

AMAMBAI NOTÍCIA. **Comunidade da aldeia Amambai faz manifestação cobrando atendimento na área da saúde**, 23/05/2013. Disponível em: <http://www.amambainoticias.com.br/geral/indigenas-fazem-manifestacao-cobrando-atendimento-na-area-da-saude>. Acesso em: 26/05/2014.

ATY GUASU. **Nota da Aty Guasu**: Governo federal através da Sesai está promovendo genocídio/extermínio no MS. Disponível em: <http://racismoambiental.net.br/2014/02/aty-guasu-governo-federal-atraves-da-sesai-esta-promovendo-genocidioextermínio-no-ms/>. Acesso em: 26/05/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **100 anos de Saúde Pública**: a visão da Funasa. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca**: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Funasa 15 anos**. Brasília. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/15-anos.pdf. Acesso em: 12/03/2009.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Projeto Vigisus I – 1998 – 2004**. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/internet/vigisus_historico.asp. Acesso em: 10/02/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Relatório de gestão 2007**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. CORE/DSEI/MS. **Relatório anual de Gestão 2009**. Campo Grande, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Relatório de gestão anual 2010**. Campo Grande, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Relatório de gestão anual 2013**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Operacional do Banco Mundial** 4.10. Maio de 2010. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wpcontent/uploads/2010/01/BR%20V3%20IPP%20baseada%20no%20MOP%208%20Maio%202010%20REVISION%20JOANA.pdf>. Acesso em: 10/07/2013.

CNDSS. **Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde**. As causas sociais das iniquidades em saúde no brasil. Abril 2008. Disponível em: <http://determinantes.saude.homolog.bvs.br/lildbi/docsonline /6/1/016-Relatorio.pdf>. Acesso em 20/07/2010.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS. **Relatório da II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/geral/2cnsi.pdf>. Acesso em: 12/7/2010.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS. **Relatório da III Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/III_cni_relatorio.doc. Acesso em: 12/7/2010.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS. **Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relat_final_4CNSI.pdf. Acesso em: 12/7/2010.

CONSÓRCIO IDS-SSL-Cebrap. **Modelo de Gestão da Saúde Indígena**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modelo_gestao_saude_indigena.pdf. Acesso em: 28/08/2013.

CORE/DSEI/MS. **Relatório anual de Gestão 2007**. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/conhecaFunasa/prestContas/RELAT%C3%93RIO%20DE%20GEST%C3%83O%20-%20MS%20-%202007.pdf>. Acesso em: 20/07/2010.

CORE/DSEI/MS. **58ª Reunião Ordinária do CONDISI/MS**. Campo Grande, 2014. file:///D:/User/Downloads/APRES.DSEI_MS%20CONDISI%2058%C3%82%C2%AA%20014.pdf. Acesso em: 17/07/2014.

DATASUS. **Consulta estabelecimento de saúde**. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Basico.asp?VCo_Unidade=5003702371332. Acesso em: 30/05/2014.

FUNAI. **Situação das terras indígenas Kaiowá e Guarani em Mato Grosso do Sul**. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/terras-indigenas>. Acesso em: 02/06/2014.

NEPPI. **Aldeia Indígena Amambai**. Disponível em: http://www.neppi.org/povosdoms_aldeias.php?id=7&etinia=Kaiow%C3%A1%20Guarani. Acesso em: 30/03/2013.

NEPPI. **Aldeia Indígena Jaguary.** Disponível em http://www.neppi.org/povosdoms_aldeias.php?id=7&etinia=Kaiow%C3%A1%20Guarani. Acesso em: 30/03/2013.

NEPPI. **Aldeia Indígena Limão Verde.** Disponível em http://www.neppi.org/povosdoms_aldeias.php?id=7&etinia=Kaiow%C3%A1%20Guarani. Acesso em: 30/03/2013.

O PROGRESSO. **Com R\$ 7 milhões na conta, Saúde Indígena continua em crise em MS:** Coordenador da Casai em Dourados é afastado do cargo. No local faltam até alimentos para pacientes. Dez leitos foram desativados, apesar de repasses. Dourados, 13/03/2014. Disponível em: <http://www.progresso.com.br/caderno-a/com-r-7-mi-na-conta-saude-indigena-continua-em-crise>. Acesso em: 26/05/2014.

O PROGRESSO. **Saúde indígena tem frota sucateada:** Há 10 viaturas paradas e, sem ambulância, índios acamados são transportados em carros comuns. Dourados. 16/03/2012. Disponível em: <http://www.progresso.com.br/caderno-a/saude-indigena-tem-frota-sucateada#.T2P-AwB-wt0.f>. Acesso em: 26/05/2012

PROJETO RASI. Rede Autônoma de Saúde Indígena – **Programa Gestão Pública e Cidadania**. 1ª Edição. 2000. 16p.

RADIS. **Desafio demais debate de menos:** Delegados da Abrasco convidados pela ‘Radis’ para fazer um balanço do evento detectaram poucos avanços na garantia da saúde dos 305 povos que habitam o país. Disponível em: <http://www6.enp.fiocruz.br/radis/conteudo/desafios-demais-debates-de-menos>. Acesso em: 30/01/2014.

Fontes orais

NELSON, L. **Lico Nelson: depoimento [2012]**. Entrevistadora: Camilla de Oliveira Marné Pschisky. Amambai, 2012. Arquivo de áudio digital. Entrevista concedida no âmbito do projeto de mestrado desenvolvido por Camilla de Oliveira Marné Pschisky junto à Faculdade de Ciência Humanas, da Universidade Federal da Grande Dourados.

PAULINA, Maria. **Maria Paulina: depoimento [2012]**. Entrevistadora: Camilla de Oliveira Marné Pschisky. Amambai, 2012. Arquivo de áudio digital. Entrevista concedida no âmbito do projeto de mestrado desenvolvido por Camilla de Oliveira Marné Pschisky junto à Faculdade de Ciência Humanas, da Universidade Federal da Grande Dourados.

DOMINGUES, J. W. **José Wilson Domingues: depoimento [2012]**. Entrevistadora: Camilla de Oliveira Marné Pschisky. Amambai, 2012. Arquivo de áudio digital. Entrevista concedida no âmbito do projeto de mestrado desenvolvido por Camilla de Oliveira Marné Pschisky junto à Faculdade de Ciência Humanas, da Universidade Federal da Grande Dourados.

DUARTE, J. O. **Jorge Oliveira Duarte: explanação pública [18 out. 2012]**. Brasília, 2012. Arquivo de áudio digital. Explanação proferida em audiência pública na Câmara dos Deputados, no dia 18 de outubro de 2012. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Qeg0OVWPw0Q>. Acesso em: 07/07/2014.

SOUZA DA, F. S. **Fernando da Silva: depoimento [13 mar. 2013]**. Entrevistadora: Camilla de Oliveira Marné Pschisky. Dourados, 2013. Arquivo de áudio digital. Entrevista concedida no âmbito do projeto de mestrado desenvolvido por Camilla de Oliveira Marné Pschisky junto à Faculdade de Ciência Humanas, da Universidade Federal da Grande Dourados.

SOUZA DA, F. S. **Fernando da Silva: explanação pública [18 out. 2012]**. Brasília, 2012. Arquivo de áudio digital. Explanação proferida em audiência pública na Câmara dos Deputados, no dia 18 de outubro de 2012. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Qeg0OVWPw0Q>. Acesso em: 07/07/2014.

TRAJBER, Z. **Zelik Trajber: depoimento [16 jun. 2014]**. Entrevistadora: Camilla de Oliveira Marné Pschisky. Dourados, 2014. Arquivo de áudio digital. Entrevista concedida no âmbito do projeto de mestrado desenvolvido por Camilla de Oliveira Marné Pschisky junto à Faculdade de Ciência Humanas, da Universidade Federal da Grande Dourados.

BANIWA, A. F. **André Fernando Baniwa: depoimento [17 de jul. de 2010]**. Entrevistador: Sully Sampaio. São Gabriel da Cachoeira, 2010. Controle social: o ponto de vista das lideranças. In: GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (org.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012. Cap.8, p. 216-234.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Célia. Reforma del Estado y del sector Salud en América Latina. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Criticas e Atuantes: ciências sociais humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Cap.15, p. 275-296

AMARANTE, Paulo. Algumas considerações históricas e outras metodológicas sobre Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, Cap.3, p. 87-121.

AQUINO, Elda Vasques. **Educação escolar indígena e os processos próprios de aprendizagens: espaços de inter-relação de conhecimentos na infância Guarani/Kaiowá, antes da escola, na comunidade indígena de Amambai, Amambai-MS**. Dissertação de Mestrado em Educação. UCDB. Campo Grande/MS, 2012.

ASTRAIN, Ricardo Salas. **Filosofia Intercultural, Globalización e Identidad, Reflexiones Sobre el Desarrollo desde America Latina**. Disponível em: <https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/dvlp/documents/Salas.pdf>. Acesso em: 06/03/2012.

AZEVEDO, Marta; BRAND, Antônio, HECK, Egon; PEREIRA, Levi Marques e MELIÀ, Bartolomeu. **Guarani Retã: Povos Guarani na fronteira Argentina, Brasil e Paraguai**. 2008.

BATISTA, Paulo Nogueira. **O Consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas latino-americanos**. 3ª ed. São Paulo: Secretaria Operativa Consulta Popular. Caderno nº 7, 2001.

BLACK, Francis L. Infecção, Mortalidade e Populações Indígenas: Homogeneidade biológica como possível razão para tantas mortes. In: SANTOS, R. Verdum e COIMBRA JR, Carlos E.A. (Orgs.). **Saúde e Povos Indígenas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p. 63-87.

BRAND, Antônio Jacob. **O Impacto da Perda da Terra sobre a Tradição Kaiowá/Guarani**: os difíceis caminhos da palavra. Tese de Doutorado em História, PUC/RS. Porto Alegre, 1997, 378p.

BRAND, Antônio Jacob. e ALMEIDA, Fernando A. A. de. **A desterritorialização dos Kaiowá e Guarani e a liberação de terras para a colonização, no MS**. Disponível em: <<http://www.neppi.org/producoes.php?id=2>>. Acesso em: 30/07/2010.

BRAND, A. J. e VIETTA, Katya. Missões Evangélicas e Igrejas Neopentecostais entre os Kaiowá e os Guarani em Mato Grosso do Sul. In: WRIGHT, Robin M. (Org.). **Transformando os Deuses II**. Campinas: Editora da Unicamp, 2004, p. 219-260.

BRAVO, Maria Inês S. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm>. Acesso em: 20/07/2010.

BRAVO, Maria Inês S. e MATOS, Maurílio Castro. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês, *et all.* (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: EURJ. 2004, p.25-47.

_____. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, M.I.S. e PEREIRA, P.A.P. (Orgs.). **Política Social e Democracia**. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/Ed. UERJ, 2001.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, Dina (Org). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

BUSS, Paulo Marchiori e FILHO, Alberto Pellegrini. A Saúde e seus Determinantes Sociais. In: **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2007, p. 77-93.

CAMPANHA GUARANI. **Uma difícil realidade**. <<http://www.campanhagarani.org.br/historia/dificil.htm>>. Acesso em: 12/06/2010.

CAVALCANTE, Thiago L. Vieira. **Etno-história e história indígena**: questões sobre conceitos, métodos e relevância da pesquisa. In: **História**. v. 30, p. 349-371. São Paulo: 2011.

_____. **Colonialismo, Território e Territorialidade**: a luta pela terra dos Guarani e Kaiowa em Mato Grosso do Sul. Tese de Doutorado em História. UNESP. Assis/São Paulo, 2013.

CHAVES, Maria de Betânia Garcia. **A Política de Saúde Indígena no Município de Angra dos Reis**: um estudo de caso. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. FIOCRUZ/RJ. Rio de Janeiro, 2006.

COIMBRA Jr, Carlos E. A. e SANTOS, Ricardo V. **Perfil epidemiológico da população indígena no Brasil**: considerações gerais. Porto Velho: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001. (Documento de Trabalho 3). Disponível em: <<http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc3.pdf>>. Acesso em: 18/06/ 2010.

CONFALONIERI, Ulisses E. C. O sistema Único de Saúde e as Populações Indígenas: Por uma integração diferenciada. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, out/dez 1989, p. 441-450.

CORREIA, Maria Valeria Costa. Desafios para o Controle Social. In: **Desafio para o controle social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p.21-108.

COSTA, Dina Czeresnia. Política Indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, out/dez 1987, p. 388-401.

COSTA, D.C.; MIRANDA DE, J. A. N. e HAUTEQUESTT DE, A. F. A tuberculose no índio. In: **Saúde em Debate**. Edição Especial. Londrina, Jan. 1988, p. 24-25.

CRUZ, Katiane Ribeiro da. **Política Indigenista de Saúde e Participação Indígena: Desafios do respeito à diferença**. 2ª Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís do Maranhão: 23 a 26 de Agosto de 2005.

DACOME, Rosany Dias Ferraz. **A invisibilidade Guarani Kaiowá no território urbano de Caarapó – MS**. Monografia de Graduação em Serviço Social. Centro Universitário da Grande Dourados. Dourados, 2007.

DOLDÁN, Sinforiano Rodríguez. **Antropología Cultural aplicada a las ciencias de la salud**. 2ª ed. Assunción: Centro de Estudios Antropológicos de la Universidad Católica - CEADUC. Vol. 70. 2009.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A Política Social no Estado Capitalista**: as funções da previdência e assistência social. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1983.

_____. **O que é Política Social**. 5ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

FEBVRE, Lucien. **Combates pela História**. 3ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 1989.

FORNET-BETANCOURT, R. **La Interculturalidad a Prueba**. Internationale Zeitschrift für Philosophie. Aachen: Mainz. Vol. 43. 2006. 136p.

GARNELO, Luiza. **Política de Saúde dos povos Indígenas no Brasil**: Análise situacional do período de 1990 a 2004. Manaus e Porto Velho: Universidade do Amazonas e FIOCRUZ, 2004.

_____. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (org.). **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012. Cap.1, p. 18-59.

GONÇALVES, Carlos Barros. **O Movimento Ecumênico Protestante no Brasil e a Implantação da Missão Caiuá em Dourados**. Dissertação de Mestrado em História. UFGD. Dourados, MS: 2009, 237p.

GUARINELLO, Noberto L. **Memória coletiva e história científica.** Conferência proferida no 1 Congresso de Ciências Humanas das Universidades Federais de Minas Gerais e São João del Rei, maio de 1993.

HOLANDA, Sergio Buarque de. **Raízes do Brasil.** São Paulo: Cia. das Letras, 1996.

LANGDON, Esther Jean. **A Doença Como Experiência: O Papel da Narrativa na Construção Sociocultural da Doença.** Disponível em: http://ceas.iscte.pt/etnografica/docs/vol_05/N2/Vol_v_N2_241-260.pdf. Acesso em 26/05/2013.

LANGDON, Esther Jean. **Saúde indígena: a lógica do processo de tratamento.** In: **Saúde em Debate**, Londrina, Edição Especial, p. 12-15, Jan. 1988.

_____. **Problematizando os Projetos de Medicina Tradicional Indígena.** In: **Medicina Tradicional Indígena em Contextos.** Anais da I Reunião de Monitoramento, Ministério da Saúde, Brasília – DF, 2007, p.110-119.

_____. **Saúde e Povos Indígenas: Os desafios na virada do século.** Trabalho apresentado no V Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. 7-11 de Junio de 1999, Isla de Margarita, Venezuela. Disponível em: <http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/Margsav.htm>. Acesso em: 03/07/2008.

LE GOFF, Jacques. **História e Memória.** 2ª ed. Campinas, SP: UNICAMP, 1992.

LERIN, Sergio. **Interculturalidad y Salud: Recursos Adecuados para la Poblacion Indigena o Propuestas Orientadas a Opacar la Desigualdad Social.** Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ley31819.pdf>. Acesso em: 06/03/2012.

LEVANDOWSKY, Cladi Cecília Agostini; AMARAL, Suzenilto da Silva e GUAZINI, Rosane Pereira da Silva (Orgs.). **História Viva de Amambai.** Prefeitura Municipal de Amambai, Secretaria Municipal de Educação, 2008.

LIMA, Ana Luce Girão Soares de; PINTO, Maria Marta Saavedra. **Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde.** Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702003000300012&script=sci_arttext. Acesso em 15/07/2014.

LUCIANO, Gersem dos Santos. **O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje.** Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006.

MAI, Lilian Denise e ANGERAMI, Emília Luigia Saporiti. **EUGENIA NEGATIVA E POSITIVA: SIGNIFICADOS E CONTRADIÇÕES.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a15>. Acesso em: 12/07/2014.

MELIÀ, Bartomeu, GRÜNBERG, Georg, GRÜNBERG, Friedl. **Los Paĩ Tavyterã: Etnografia guarani Del Paraguay contemporâneo.** 2ª ed. Assunção: CEADUC, 2008.

MIOTO, Regina Célia. Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p.497-512.

MOTA, Ana Elizabete. Trocando em Miúdos – Seguridade Social. In: **Serviço Social e Sociedade**. nº 50. São Paulo: Cortez, abril, 1996, p. 191-195.

MURA, Fabio. **À procura do “bom viver”**: território, tradição de conhecimento e ecologia doméstica entre os Kaiowá. Tese de Doutorado em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

MURA, Fabio e SILVA DA, Alexandra Barbosa. Tradição de conhecimento, processos experienciais e práticas de cura entre os Kaiowá. In: GARNELO, Luiza e PONTES, Ana Lúcia (Orgs.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012. Cap.4, p. 128-155.

NETTO, José Paulo e CARVALHO, Maria do Carmo Brant. **Cotidiano: Conhecimento e crítica**. 8ª Ed. São Paulo: Cortez, 2010. 93p.

NAKAMURA, Eunice. O Método Etnográfico em Pesquisas na Área da Saúde: Uma reflexão antropológica. In: **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.20, n.1, 2011, p. 95-103.

OLIVEIRA, João Pacheco de. Políticas indígenas contemporâneas na Amazônia Brasileira. In: D'INCAO, M. A. (Org.). **O Brasil não é mais aquele...** Mudanças Sociais após a redemocratização. São Paulo: Cortez, 2001. p. 217-235.

OLIVEIRA, Priscila Henrique de. **"Cada qual tem um pouco de médico e louco"** Políticas de saúde e mediações culturais entre o SPI (Serviço de Proteção aos Índios) e os indígenas. Tese de Doutorado em História. UNICAMP. Campinas, SP: 2011, p. 331.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. Identidade étnica, reconhecimento e o mundo moral. In: **Revista Antropológicas**. 16(2), 2005, p.9-40.

_____. O trabalho do Antropólogo: olhar, ouvir, escrever. In: **O trabalho do antropólogo**. 2ª ed. São Paulo: UNESP/Paralelo 15, 1998, Cap. 1, p. 17-35.

PAIM, Jairnilson Silva. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: **Saúde e Democracia: A luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 11-24.

PEREIRA, Levi Marques. **Parentesco e Organização Social Kaiowá**. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. UNICAMP. Campinas, SP:1999, 251p.

_____. Mobilidade e processos de territorialização entre os Kaiowá atuais. In: **Revista Histórica em Reflexão**. Vol. 1 nº 1. Dourados: UFGD, Jan/Jun 2007.

_____. No mundo dos parentes: a socialização das crianças adotadas entre os kaiowás. In: SILVA, Aracy L. da; NUNES, Â. e MACEDO, Ana Vera Lopes da Silva (orgs.). **Crianças Indígenas: Ensaios Antropológicos**. São Paulo: Global, 2002, 168-187p.

_____. O Pentecostalismo Kaiowá: uma aproximação dos aspectos sociocosmológicos e históricos. In: WRIGHT, Robin (org). **Transformando os Deuses**. Volume II. Igrejas evangélicas, pentecostais e neopentecostais entre os povos indígenas no Brasil. Campinas: Editora Unicamp, 2004b, p. 267-302.

_____. O território e a organização social kaiowá: inter-relações entre séries sociológicas e séries cosmológicas. In: **Culturas e História dos Povos Indígenas**. 2º Módulo. Campo Grande – MS, 2014.

POLLAK, M.. Memória e identidade social. In: **Revista Estudos Históricos**. Brasil, 5 jul. 1992. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/view/1941/1080>>. Acesso em: 10/07/2013.

SAHLINS, Marshall. **Ilhas de História**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

SALAVERRY, Oswaldo. Simposio: Interculturalidad em Salud. In: **Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**. Lima, 27(1), 2010, p.80-93.

SALIBA, Elias Thomé. Aventuras modernas e desventuras pós-modernas. In: PINSKY, Carla B. e LUCA, Tania R. (orgs.). **O historiador e suas fontes**. 1ª ed. Contexto, 2009, p.309-328.

SANTOS, Ricardo V. e JR, Carlos C. **Saúde e Povos Indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. 251p.

_____. **Perfil Epidemiológico da População Indígena no Brasil**: Considerações Gerais. Porto Velho, 2001.

SCANDOLA, Estela Márcia. **Crianças dos povos indígenas**: apurar o olho e o coração na conquista dos direitos. Campo Grande-MS: IBISS- CO, 2005.

SCHADEN, Egon. **Aspectos Fundamentales de la Cultura Guaraní**. Assunción: Biblioteca Paraguaya de Antropología, Vol.28, 1998.

SILVA, Giovani José da. **A Presença Camba-Chiquitano na fronteira Brasil-Bolívia (1938 – 1987)**: Identidades, Migrações e Práticas Culturais. Tese de Doutorado em História. UFG. Goiânia/Goiás, 2009.

SCOPEL, Raquel P. D.; LONGDON, Esther J. e SCOPEL, Daniel. Expectativas emergentes: a inserção do agente indígena de saúde Xokleng na equipe multiprofissional de saúde indígena. In: **Tellus**. ano 7. Campo Grande – MS, out. 2007, p51-72.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 2ª ed. São Paulo: Cortez - Questões de Nossa Época, nº 78, 2002.

REYNA, Miriam Hernández. **Sobre Los Sentidos de “Multiculturalismo” e “Interculturalismo”**. Ra Ximhai Revista de Sociedad, Cultura y Desarrollo Sustentable. Mochicahui, El Fuerte, Sinaloa: Universidad Autónoma Indígena de México. Vol. 3, n. 2, p. 429-442, mayo-agosto, 2007.

THOMAZ DE ALMEIDA, Rubem Ferreira. **Do desenvolvimento comunitário à mobilização política.** O Projeto Kaiowa-Ñandeva como experiência antropológica. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2001.

VERANI, Cibele Barreto Lins. **A Política de Saúde do Índio e a Organização dos Serviços no Brasil.** Disponível em: http://sis.funasa.gov.br/portal/pesquisa_biblioteca.asp?txtTitulo=&blnResultado=true. Acesso em 15/09/2012.

VIEIRA, Evaldo. Política econômica e política social. In: **Os direitos e a política pública social.** São Paulo: Cortez. 2004. Cap. V, p. 136-146.

WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. **Dourados.** Wikipédia. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Dourados>. Acesso em: 28/05/2014.

ANEXO 1

Tabelas com dados das I, II, III, IV e V Conferências de Saúde Indígena

ICNPSI

<p>Sistema de Atenção à Saúde do Índio do Gerenciamento</p>	<p>o gerenciamento das ações e serviços de atenção à saúde para as nações indígenas, deverá ser da responsabilidade de um único órgão, criando-se uma agência específica para tal fim, com representação indígena; a vinculação institucional desta agência deve ser com o ministério responsável pela coordenação do sistema único de saúde, de modo a integrar o sistema específico de saúde para os índios ao sistema nacional; é de competência desta agência designar grupos multiprofissionais para estudar e propor ações específicas para casos especiais (populações em vias de contato ou de contato recente e outros casos considerados como tal).</p>
<p>Da Execução</p>	<p>A execução das ações de saúde ao nível primário de atenção deve ser de responsabilidade da agência supracitada aqui proposta, a integração com os demais níveis de atenção aqui contemplados e pelo Sistema Único de Saúde.</p>
<p>Da Organização dos Serviços</p>	<p>garantir a participação das nações indígenas através de seus representantes, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações e dos serviços de saúde; assegurar o respeito e o reconhecimento das formas diferenciadas das nações indígenas no cuidado com a saúde; ao nível local, os serviços devem fundamentar-se na estratégia da atenção primária à saúde, respeitando as especificidades etnoculturais das nações envolvidas; os serviços locais devem contar com serviços de maior complexidade e localizados, preferencialmente, a nível regional, para a referência e a contra-referência; o nível regional é o ponto de articulação entre os serviços específicos dos sistema da saúde para os índios e o sistema nacional.</p>
<p>Do Acesso e da Qualidade dos Serviços</p>	<p>universalização em relação à cobertura das populações indígenas, iniciando-se pelas regiões mais carentes; garantir o direito de ter acompanhantes ao doente internado; atendimento de qualidade compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e dos recursos tecnológicos disponíveis; contemplar um espaço para convênios com entidades de pesquisa e ensino na área de saúde, definidos com as nações indígenas envolvidas.</p>
<p>Do Acesso e da Qualidade dos Serviços</p>	<p>admissão através de concurso; capacitação e reciclagem de acordo com as necessidades locais e de forma permanente; exigir cumprimento da carga contratual e viabilizar e incentivar o regime de dedicação exclusiva; existência de um plano de cargos e salários compatíveis com as especificidades regionais e locais; estímulo à formação de pessoal em saúde, nas próprias comunidades envolvidas, dos diversos níveis (agentes</p>

	de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, etc.) que a remuneração de agentes de saúde indígenas deve obedecer aos critérios e definições das comunidades a que pertencem os mesmos; garantia de vagas para pessoas indígenas em Universidades Públicas brasileiras, nos cursos de formação de saúde, à semelhança dos convênios de cooperação internacional já em prática
Do Acesso e da Qualidade dos Serviços	garantir a criação e o funcionamento de um sistema de informações capaz de coletar e processar, de forma regular, os dados necessários à uma análise epidemiológica que retrate a dinâmica populacional, levando em conta as diferenças específicas de cada nação indígena; garantir que os resultados provenientes dessa análise epidemiológica regular sejam passados às lideranças indígenas e autoridades sanitárias

Adaptado de (Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 1988)

II CNSPI

Modelo Assistencial : o Sub-Sistema de Saúde para os Povos Indígenas	<p>A responsabilidade pela atenção à saúde indígena é atribuição constitucional do Governo Federal, não estando excluídas as contribuições complementares de estados, municípios, e outras instituições governamentais e não-governamentais no custeio e execução das ações.</p> <p>O órgão responsável pela saúde indígena, vinculado ao Ministério da Saúde, deve ter níveis de gerência nacional, regional e distrital, e autonomia de gestão administrativa, orçamentária e financeira.</p> <p>O sub-sistema de atenção à saúde indígena deve, obrigatoriamente, levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura indígena.</p> <p>O modelo de atenção à saúde indígena deve se pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando a assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras e integração institucional.</p> <p>A descentralização é fundamental para garantir a tomada de decisão com participação indígena.</p> <p>A população indígena deve ter acesso garantido ao SUS a nível local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.</p>
Princípios:	<p style="text-align: center;">DIRETRIZES:</p> <p>O modelo assistencial para atenção à saúde indígena tem como base o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).</p> <p>Os DSEI serão formados com base em projeto elaborado junto com as comunidades, sob a supervisão dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígenas (NISI) e com consultores técnicos, se necessário, definirão as atribuições de cada entidade envolvida.</p> <p>O Distrito Sanitário Especial Indígena deve ser caracterizado por: Base territorial definida por critérios étnicos, geográficos, epidemiológicos e de acesso aos serviços; controle social da rede distrital exercido através dos conselhos Distritais de Saúde Indígena (CDSI), de composição paritária e de caráter deliberativo das ações de saúde em sua área de abrangência; existência de uma rede de serviços, com equipes de saúde, adequadamente</p>

	<p>capacitadas para o atendimento aos povos indígenas, com suprimento regular dos insumos necessários à execução das ações, bem como meios de transporte e de comunicação para as equipes de saúde; autonomia administrativa e financeira através do repasse de recursos do governo federal diretamente para os distritos, mediante apresentação de projetos, aprovados nos Conselhos Distritais; Ter comando único técnico e/ou executivo, com gerente designado pelo Conselho Distrital.</p> <p>As Casas do Índios são componentes indissociáveis do Distrito Sanitário Especial Indígena e/ou gerencia regional, sendo ligadas aos seus conselhos E/ou NISI. O custeio das ações e recuperação das casas do Índio deve ficar garantido no planejamento e programação dos DSEI e/ou NISI.</p> <p>As gerencias regionais do Sistema de Atenção à Saúde Indígena devem ser indicadas pelos NISI e/ou CDSI.</p> <p>O MS deve estabelecer quotas específicas de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) para internação de pacientes indígenas na rede do SUS. A distribuição deve obedecer as necessidades epidemiológica locais e ser de pleno conhecimento das comunidades indígenas, estabelecendo formas de controle da emissão das mesmas pelos NISI e/ou DSEI.</p> <p>Assegurar: meios de transporte dos doentes que necessitem de atendimento fora das aldeias , assim como seu retorno imediato após o término do tratamento (referência e contra – referência); Condições de comunicações entre as áreas indígenas, centros de referência (FNS/FUNAI) e Casas do Índio, com instalação de radiofonias necessárias;</p> <p>meios para o paciente indígena ter acompanhante preferencialmente indígena, quando receber atendimento de saúde fora de sua comunidade</p> <p>Fazer cumprir a lei 8666 sobre isenção de licitação nos casos de emergência nas áreas indígenas conforme o artigo 24, capítulo II .</p>
<p>Controle de Ingestão e Participação Indígena em relação à Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI)</p>	<p>Ampliar a representação indígena na CISI para seis representantes indígenas, sendo um por Macro - Regional (Amazônia Ocidental, Amazônia Oriental, Nordeste, leste, sul – sudeste E Centro – Oeste), devendo um deles ser o representante da CISI no Conselho Nacional de Saúde. O representante indígena no Conselho nacional de Saúde teria entre suas atribuições, a de defender as propostas da CISI naquele órgão.</p> <p>As políticas e programações deliberadas nos CDSI e/ou NISI serão norteadas por recomendações da Comissão Intersetorial De Saúde do Índio (CISI), as quais devem ser aprovadas pelo Conselho nacional de Saúde que é o órgão máximo de deliberação do Sistema Único de Saúde.</p> <p>EM RELAÇÃO AOS NÚCLEOS INTERSTITUCIONAIS DE SAÚDE INDÍGENA (NISI)</p> <p>Garantir a imediata implantação de todos os NISI no país, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços de saúde.</p> <p>Os NISI, fazendo uso de seu caráter deliberativo, devem ter entre suas atribuições planejar e avaliar as políticas de recursos humanos e orçamentários para a saúde indígena no estado e/ou região, visando particularmente a implementação dos DSEI, seguindo as determinações da portaria FNS 540/93. A execução das ações deliberadas e planejadas no NISI ficara a cargo das entidades prestadoras de serviços de saúde que</p>

	<p>atuam na região e/ou estado.</p> <p>Que a FUNAI participe e reconheça oficialmente, através de portaria, a existência dos NISI.</p> <p>Os recursos necessários à atenção à saúde dos povos indígenas devem ser assegurados até que os NISI E DSEI sejam implantados.</p> <p>Que os NISI criem mecanismos de divulgação das resoluções da CISI para facilitar o acesso das comunidades indígenas às mesmas.</p>
<p>Recursos Humanos: Formação, Seleção e Perspectivas de Carreiras dos Profissionais de Saúde Indígena Nas Instituições Públicas</p>	<p style="text-align: center;">DIRETRIZES:</p> <p>DA FORMAÇÃO</p> <p>Os Recursos Humanos deverão ser capacitados através de programações aprovadas nos NISI e/ou CDSI.</p> <p>Garantir a reciclagem periódica de todos os trabalhadores das instituições que atuam na saúde indígena.</p> <p>Que os conteúdos das referidas reciclagens e treinamentos incluam temas ligados a relações humanas e éticas profissional, no exercício contra o preconceito e a discriminação.</p> <p>O treinamento básico e reciclagem para profissionais de saúde em áreas indígenas deverão compreender conhecimentos de linguística, cultura e técnicos específicos de atenção à saúde de cada etnia.</p> <p>Que os programas de capacitação e reciclagem sejam regionalizados contemplando as diferentes realidades.</p> <p>Que as universidades e centros formadores de recursos humanos para saúde ministrem cursos de antropologia para pessoal de nível superior, médio e elementar.</p> <p>Que a formação continuada para a assistência à saúde indígena se dê em nível de todos os serviços envolvidos na atenção à saúde do índio, incluindo profissionais de secretarias estaduais E municipais, além de FNS E FUNAI.</p> <p>Que sejam estabelecidos mecanismos que possibilitem a médio prazo o ingresso de índios que tenham o segundo grau completo, em cursos de saúde de nível universitário, dispensando a obrigatoriedade do exame vestibular.</p> <p>Que as universidades incluam as áreas indígenas e Casas do Índio como campo de estágio, com a devida supervisão de professores aos estagiários, desde que haja interesse por parte dos grupos indígenas previamente consultados, e acompanhamento pelo NISI. Só deverão ser permitidas atividades deste teor mediante a contraprestação de serviços desejados pelas comunidades.</p> <p>Que a formação universitária, na área de saúde, seja prioritariamente voltada para a prevenção.</p> <p>Assegurar recursos para participação dos técnicos de nível médio e superior das instituições prestadoras de serviços de saúde em congressos, seminários e cursos de interesse de saúde pública</p> <p>DA CONTRATAÇÃO:</p> <p>Deverá ser garantida pelo MS a contratação de recursos humanos para a atenção À saúde do índio.</p> <p>Criação pelo NISI de uma comissão paritária, composta por profissionais e</p>

representantes indígenas, para a avaliação da situação de saúde, com o levantamento dos recursos humanos existentes nas instituições envolvidas na atenção à saúde indígena e da necessidade de contratação de pessoal para os Distritos Sanitários.

A concentração de recursos humanos deve respeitar o princípio de descentralização, inclusive na definição do quadro de pessoal para cada DSEI. O Conselho Distrital e/ ou NISI estabelecerá princípios e critérios, ouvidas as comunidades indígenas. As instâncias regionais descentralizadas poderão realizar concursos unificados.

As vagas deverão Ter sua lotação no DSEI; caso o profissional seja remanejado, as vagas permanecerão no DSEI. Não se permitirá cessão de profissionais para outras instituições. Deverá se investir na permanência dos profissionais em cada área indígena possibilitando o conhecimento maior da cultura do grupo.

A seleção dos profissionais de saúde será feita preferencialmente através de concursos públicos com os critérios abaixo: Prova escrita (conhecimento); Entrevista (perfil);

Estágio probatório (habilidade) no período de no mínimo três (3) meses.

A contratação será sob regime jurídico único garantido os direitos trabalhistas.

Estabelecer um Plano de Carreira como forma de motivar os profissionais de saúde trabalham em comunidades indígenas.

Deverá se privilegiar a dedicação exclusiva dos profissionais de saúde, acompanhada de remuneração justa.

Deverá ser garantida a presença de antropólogos e indigenistas na composição das equipes multidisciplinares de saúde que contribuam para a convivência interétnica.

O processo seletivo para a contratação de profissionais de saúde aberto para as áreas indígenas do Amazonas e Roraima deverá se estender para outras áreas indígenas onde houver necessidade.

Liberar técnicos da área estadual, da FNS e FUNAI no sentido de auxiliar na implantação da odontologia sanitária nas áreas indígenas colaborando no treinamento de profissionais.

Que a FNS e FUNAI, em colaboração com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde aumentem os recursos humanos nas suas unidades específicas para viabilizar o atendimento às populações indígenas.

DO PERFIL DO PROFISSIONAL:

Que os profissionais tenham motivação e habilidade para enfrentar as especiais situações, encontradas nas áreas indígenas, e tenham facilidade de adaptação às condições de vida dos Povos Indígenas e aceitação da cultura tradicional local.

Ter uma ação participativa junto à comunidade, sem interferir nas discussões e decisões políticas internas das mesmas.

Que o profissional dê continuidade ao programa de trabalho elaborado para a área, sem se preocupar apenas em pesquisar os costumes dos povos.

Que tenha uma visão holística sobre saúde e doença.

Deve ser dada preferência a profissionais com experiência mínima de dois anos em sua área de conhecimento.

	<p>DA CONDIÇÃO DE TRABALHO: Serão garantidos, no trabalho de campo, incentivos e recursos para deslocamentos. Que sejam garantidas condições de moradia, alimentação, trabalho e segurança para a permanência dos profissionais dos DSEI em área e sua adaptação à situação de campo.</p>
<p>Agentes Indígenas de Saúde</p> <p>Princípios:</p>	<p>Reconhecendo a importância e a necessidade dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), os participantes da II Conferência Nacional de Saúde do Índio recomendam: Que o Ministério da Saúde (MS) reconheça a categoria profissional de Agente Indígena de Saúde, regularizando-a e inserindo-a no sub-sistema diferenciado de atenção à saúde do índio. O AIS deve ser um profissional bem capacitado nas questões técnicas e deve cuidar da promoção social da comunidade, tendo consciência de sua responsabilidade no lidar com a vida humana e servindo como elemento de reforço e autonomia dos povos indígenas. Devem ser contemplados níveis diferenciados de competência para os AIS adequados às capacidades e interesses individuais, bem como aos diferentes graus de contato das comunidades. A formação deve ser um processo de complexidade crescente, com reciclagem e supervisão permanentes, realizado nas comunidades e que contemple as abordagens das medicinas tradicionais, ocidental e outras formas de tratamento.</p> <p style="text-align: center;">DIRETRIZES:</p> <p>A indicação, seleção e avaliação do desempenho dos AIS devem ser feitas pela comunidade indígena segundo seus próprios critérios, conforme a realidade local, associados aos dos NISI e/ou DSEI. Dispensa-se aos AIS a obrigatoriedade da escolaridade formal. O nível de resolutividade das ações dos AIS deve ser definido pelos NISI e/ou DSEI de acordo com as realidades locais. A formação, reciclagem e supervisão técnica dos AIS devem ser garantidos pelos NISI e/ou DSEI de acordo com a realidade local. A formação dos AIS deve contemplar conteúdo e metodologia definidos pelos NISI e/ou DSEI de acordo com o perfil epidemiológico, organização sociocultural da comunidade e a sua medicina tradicional, privilegiando atividades de promoção à saúde, preventivas e curativas. Deve, ainda, ser viabilizada e avaliada pelos centros formadores e/ou demais entidades prestadoras de serviços de saúde, conforme deliberações anteriormente referidas. Deve ser contemplada a formação específica de agentes de saúde bucal. Os NISI e/ou DSEI devem encaminhar à CISI propostas para a legalização da formação dos AIS, conforme diretrizes elaboradas pela última e pela Comissão de Educação Indígena do MEC. Os recursos necessários para o custeio das ações de capacitação e remuneração dos AIS devem vir do orçamento do MS. A contratação destes agentes deve ser assumida de imediato pela FNS Para evitar paralelismo de</p>

	<p>ações, a contratação dos AIS, seja qual for o órgão contratante, deve ser referendada pelos conselhos distritais e/ou NISI. Até que os DSEI sejam formados, os NISI devem assumir este papel.</p> <p>As contratações dos AIS devem ser vinculadas a cada comunidade e não a índios individualmente.</p> <p>Que seja garantido junto ao Ministério da Educação e Desporto (MEC) um programa alternativo de educação escolar nas áreas indígenas, que possibilite o acesso de indígenas em cursos médio e universitário nas áreas de saúde, de forma a favorecer o processo de auto-gestão.</p>
<p>Sistemas Tradicionais de Saúde</p> <p>Princípios:</p>	<p>Respeitar a medicina tradicional na sua totalidade, na figura do pajé, outros especialistas, e todas as suas práticas.</p> <p>Assegurar aos povos indígenas o direito intelectual sobre suas práticas e conhecimentos médicos.</p> <p style="text-align: center;">DIRETRIZES:</p> <p>Criar um grupo paritário de trabalho para estudo e acompanhamento da coexistência dos dois sistemas médicos, dentro de cada distrito Sanitário, para adequar as ações de saúde à cultura de cada povo.</p> <p>Promover a inclusão de temas de saúde nos cursos realizados nas escolas indígenas, como educação para a saúde e incentivando a valorização da medicina tradicional.</p> <p>Estimular o cultivo de plantas medicinais tradicionais e introdução de outras espécies de eficácia reconhecida.</p> <p>Apoiar iniciativas para divulgação das medicinas tradicionais.</p> <p>Assegurar, dentro dos hospitais, o direito dos índios ao uso de seus costumes e terapêuticas tradicionais.</p> <p>Incentivar o resgate da memória dos sistemas tradicionais de saúde.</p> <p>Recomendar que as ações de saúde não se limitem apenas ao atendimento médico e incluam troca e repasse de conhecimentos básicos para a comunidade.</p>
<p>O Papel das Instituições de Ensino e Pesquisa</p> <p>Princípios:</p>	<p>As universidades e centros de pesquisa devem ter papel importante na atenção à saúde do índio.</p> <p>O modelo de DSEI é a forma organizativa adequada às especificidades sanitárias e culturais dos povos indígenas, enquanto que as instituições de ensino e pesquisa são espaços de reflexão crítica permanente e deverão voltar sua atenção para as políticas de assistência à saúde das populações indígenas.</p> <p>Todas as pesquisas em áreas indígenas devem ter a concordância das comunidades.</p> <p style="text-align: center;">DIRETRIZES:</p> <p>Garantir o incentivo à formação de RH índios, facilitando o acesso a cursos de níveis técnicos e superior.</p> <p>As instituições de ensino e pesquisa devem participar na estruturação das instâncias interinstitucionais de gestão do subsistema de atenção à saúde do índio, nos NISI/DSEI, contribuindo na sua constituição e participando ativamente com um de seus membros, sempre que possível.</p>

	<p>A articulação das instituições de ensino e pesquisa com os NISI/CDSI, deverá ocorrer da seguinte forma:</p> <p>assessoramento técnico aos NISI/CDSI quando solicitado; atendimento às solicitações dos NISI/CDSI no tocante à capacitação de RH, pesquisa e extensão, levando em consideração suas condições logísticas e financeiras; contribuição na elaboração de propostas metodológicas e de conteúdos programáticos para formação de RH indígenas e não indígenas, junto aos NISI/CDSI; contribuição para a reafirmação do princípio de legitimidade das organizações indígenas, através da celebração de convênios de cooperação técnica entre Universidades/Centros de Pesquisa e organizações indígenas.</p> <p>Promover trocas de conhecimentos e experiências entre as Universidades/Centros de Pesquisa envolvidas com a questão indígena e entre estas e as comunidades indígenas.</p> <p>O financiamento dos recursos humanos e técnicos para projetos e atividades implementadas pelas universidades, instituições de ensino e pesquisa e demais formadores, direcionados para a saúde das populações indígenas, deverá ser proporcionado pelo SUS, através do ministério da Saúde, por meio da transferência regular e contínua de recursos financeiros específicos para este fim, garantindo a continuidade de programas já existentes e fomentando sua ampliação pelas diversas regiões do país.</p> <p>DA PESQUISA:</p> <p>As pesquisas realizadas em saúde indígena devem ser associadas às ações de saúde nas áreas envolvidas. As instituições de pesquisa devem ter o compromisso de propor ao NISI/CDSI medidas que se fizerem necessárias a partir dos resultados obtidos.</p> <p>Acompanhar as medidas necessárias para garantir o direito à propriedade intelectual das populações indígenas, relativas ao saber tradicional sobre recursos naturais.</p> <p>DIRETRIZES:</p> <p>Constituição de núcleos ou grupos de caráter interdisciplinar nas instituições de ensino e pesquisa, com os seguintes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> elaborar, produzir e transmitir conhecimentos na área de saúde do índio; contribuir na formulação de políticas e modelos de atenção a saúde indígena implementar projetos assistenciais; prestar assessoria e cooperação técnica às instituições responsáveis pela atenção à saúde do índio e às organizações indígenas; desenvolver avaliações de modelos e projetos de assistência à saúde, bem como estudo E pesquisa auxiliares ao desenvolvimento das ações de saúde.
--	--

Adaptado do Relatório da II CNSPI

III CNSI

Modelo de Gestão	de e 1. A gestão da saúde indígena é e deve permanecer como responsabilidade do Governo Federal/Ministério da Saúde.
-------------------------	---

<p>Organização dos Serviços, Parcerias e Articulação com o Sistema Único de Saúde - SUS</p>	<p>2. O financiamento da saúde indígena deve ser assegurado pelo Ministério da Saúde no Orçamento Geral da União, de forma suficiente para atender aos usuários com oferta organizada de serviços em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.</p> <p>3. O Governo Federal deve assegurar a autonomia administrativa, orçamentária e financeira efetiva de gestão para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, reconhecendo-os como unidades gestoras, submetidos ao processo de controle social.</p> <p>4. Constituem atribuições/responsabilidades do órgão gestor da saúde indígena/Ministério da Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> implementar na Agenda Nacional de Saúde o Programa de Atenção, Prevenção, Promoção e Recuperação da Saúde Indígena; <input type="checkbox"/> divulgar sistematicamente informações sobre a atenção à saúde indígena, sensibilizando os gestores municipais, estaduais e a sociedade civil organizada quanto ao papel e responsabilidades de cada nível de governo na implantação da Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas; <input type="checkbox"/> estabelecer de forma participativa e transparente os critérios de distribuição de recursos entre os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, baseados em parâmetros de acessibilidade, população, dispersão geográfica, perfil epidemiológico e exposição a fatores de risco; <input type="checkbox"/> reafirmar o papel do chefe do distrito como gestor do sistema no nível distrital, definindo com clareza as relações do mesmo com as entidades conveniadas, governamentais e não-governamentais; <input type="checkbox"/> rever os limites geográficos dos distritos que apresentam dificuldades operacionais na organização dos serviços, criando novos distritos quando necessário, levando em conta critérios demográficos, culturais e epidemiológicos, a partir de deliberação dos Conselhos Distritais; <input type="checkbox"/> regulamentar as parcerias com organizações governamentais e não governamentais, estabelecendo normas, atribuições e hierarquização de responsabilidades de forma transparente, bem como mecanismos eficazes de fiscalização e controle, com a participação dos Conselhos Distritais; <input type="checkbox"/> regular e normatizar a celebração de pactos ou termos de parceria com municípios, relativos ao repasse do Fator de Incentivo à Atenção Básica à Saúde dos Povos Indígenas e incentivo hospitalar, sob o controle dos Conselhos Distritais; <input type="checkbox"/> priorizar a celebração de convênios com as organizações indígenas atestando assim o respeito pela autonomia dos povos indígenas. <input type="checkbox"/> normatizar e garantir a execução do atendimento diferenciado e de qualidade aos povos indígenas nas referências secundárias e terciárias da rede do SUS, com envolvimento dos recursos humanos destas unidades e acompanhamento dos Conselhos Distritais; <input type="checkbox"/> criar mecanismos de acompanhamento e controle dos recursos do incentivo para assistência à população indígena nos hospitais do SUS garantindo a sua aplicação efetiva de acordo com termo de compromisso pactuado com os hospitais que devem prestar contas aos Conselhos Distritais da aplicação dos recursos; <input type="checkbox"/> viabilizar a realização de auditorias externas e auditorias financeiras nos convênios para a saúde indígena em caráter periódico, repassando os relatórios para conhecimento dos respectivos Conselhos Distritais, no sentido de dar maior transparência à administração e para o controle social;
--	--

- garantir às entidades convenientes o repasse dos recursos necessários ao pagamento dos encargos sociais e garantias trabalhistas de todo pessoal que atua na saúde indígena;
 - estimular a efetivação do SUS nos municípios onde ainda se encontra em estado incipiente de organização e informar os gestores locais sobre a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas;
 - proporcionar capacitação em gestão do sistema de saúde para os chefes dos Distritos e os diversos parceiros governamentais e não-governamentais com a participação de lideranças, organizações indígenas, membros dos Conselhos Locais de Saúde e Conselho Distrital;
 - estabelecer mecanismos de articulação interinstitucional com entidades cujas atribuições tenham repercussões sobre a saúde indígena (Ministério da Agricultura, Ministério do Desenvolvimento Agrário e outros) e, em especial, com o órgão indigenista oficial/Ministério da Justiça que deve redobrar esforços no cumprimento de suas competências já legalmente definidas visando o aspecto da integralidade da saúde;
 - cobrar responsabilidades dos gestores e prestadores de serviços de saúde quanto ao abastecimento contínuo de insumos adequados, suficientes em áreas indígenas, sendo encaminhadas cópias trimestrais para apreciação do Conselho Distrital.
 - incluir os povos indígenas ainda não reconhecidos oficialmente e os índios que residem fora das terras indígenas, no planejamento das atividades dos Distritos, conforme especificidades locais e com a participação dos Conselhos Distritais;
 - garantir, em relação às Casas de Saúde do Índio:
 - recursos específicos para sua implantação e efetivo funcionamento em todos os Distritos, respeitando as especificidades regionais;
 - sua integração na estrutura dos Distritos, com subordinação de suas gerências às chefias dos DSEI;
 - a definição do seu papel e do quadro funcional de acordo com cada realidade e seu funcionamento obedecendo aos critérios estabelecidos pela Vigilância Sanitária, com parâmetros nutricionais adequados e representação nos Conselhos Distritais;
 - hospedagem exclusivamente para pacientes indígenas referenciados e acompanhante, fazendo gestões junto ao órgão indigenista no sentido de viabilizar a criação ou readequação de Casas de Apoio para os índios em trânsito nas cidades.
 - a discussão de uma normatização mínima, assim como das especificidades das Casas de Saúde do Índio, através de um fórum específico, com a participação de representantes de todas as Casas do país e um representante indígena dessas unidades, indicado pelos Conselhos Distritais;
5. O Conselho Distrital deve deliberar se a execução das ações de saúde indígena será feita diretamente pelo órgão gestor ou através de parcerias com organizações não-governamentais e/ou Secretarias Municipais de Saúde.
6. A Programação Pactuada e Integrada – Norma Operacional de Assistência à Saúde (PPI-NOAS/2001) deve ser cumprida, contemplando as ações de saúde indígena nos planos municipais, regionais e estaduais de saúde, a partir de um planejamento que se articule com as ações de saúde

	<p>desenvolvidas no Distrito.</p> <p>7. O órgão indigenista oficial deve viabilizar processos de reconhecimento imediato dos povos indígenas não reconhecidos ou em processo de "reemergência étnica".</p> <p>8. O Governo Federal deve viabilizar mecanismos para a contratação de recursos humanos de maneira a garantir ao órgão gestor da saúde indígena do Ministério da Saúde a execução direta de ações de saúde.</p> <p>9. O Governo Federal deve criar mecanismos legais para orientar a contratação de recursos humanos pelas prefeituras, em parceria com o órgão gestor da saúde indígena/MS.</p> <p>10. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite devem retirar do teto financeiro o percentual <i>per capita</i> indígena, referente ao financiamento das ações do Piso de Assistência Básica - PAB - fixo e variável, incentivo hospitalar e Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD -, dos municípios que não prestam assistência aos povos indígenas, repassando-os aos municípios que realmente assistem essa clientela, sob a coordenação do DESAI/FUNASA, e controle social dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.</p>
<p>Vigilância em Saúde</p>	<p>11. O planejamento, a execução e a avaliação das ações de saúde devem ser feitos de acordo com a análise do perfil epidemiológico da população indígena local e distrital.</p> <p>12. Implantar e implementar ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em todos os Distritos, pólos-base e aldeias.</p> <p>13. Garantir a cobertura vacinal adequada e investigação epidemiológica das doenças imunopreveníveis de forma homogênea nas áreas indígenas.</p> <p>14. Implantar e implementar os diversos programas de saúde definidos pelo Ministério da Saúde nas áreas indígenas, inclusive o Controle de Zoonoses.</p> <p>15. Articular com os governos de países fronteiriços uma Vigilância Epidemiológica conjunta.</p> <p>16. A sistematização e análise das informações em saúde devem ser descentralizadas para o nível local (nos pólos-base e municípios), permitindo uma visão integral da realidade na área de abrangência de cada Distrito Sanitário Especial Indígena.</p> <p>17. O acesso ao Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena - SIASI - deve ser tecnologicamente adequado às diversas realidades das áreas indígenas, de forma a propiciar o fluxo de informações dentro de uma periodicidade definida, visto que grande parte das áreas indígenas não possui sistema de comunicação adequado.</p> <p>18. O Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena - SIASI - deve ser adequado à realidade indígena, incluindo traduções nas línguas maternas dos formulários a serem preenchidos pelos Agentes Indígenas de Saúde.</p> <p>19. Os Sistemas de Saneamento Básico devem ser adaptados às diversas realidades sócio-culturais, implantados e implementados em todas as áreas indígenas.</p> <p>20. O SIASI deve ter uma intercomunicabilidade com os demais sistemas de informações do Ministério da Saúde (SIM, SINAN, SINASC entre outros), devendo se garantir um fluxo bidirecional de informações entre os municípios, pólos-base, FUNAI (dados de população indígena - declaração</p>

	<p>de óbitos, de nascidos vivos-, notificação/investigação dos agravos de notificação compulsória, imunizações).</p> <p>21. O Departamento de Saúde Indígena deve participar periodicamente da avaliação das ações de Vigilância em Saúde e do SIASI no âmbito de cada Distrito em conjunto com as entidades envolvidas e com os órgãos de controle social (Conselhos Locais e Distritais).</p> <p>22. O DESAI deve analisar os modelos alternativos de sistemas de informações já utilizados em alguns Distritos, simplificando formulários, como subsídio para implementar o SIASI em nível nacional de forma ágil.</p> <p>23. Padronizar modelos de acompanhamento e avaliação dos programas de saúde.</p> <p>24. Iniciar o cadastramento das famílias indígenas desaldeadas e garantir o acesso das mesmas às ações e serviços de saúde.</p> <p>25. Manter intercâmbio de informações em saúde e fluxo de comunicação e troca de experiências entre gerências e chefias dos Distritos, DESAI, instituições conveniadas, equipes multidisciplinares, comunidades indígenas etc., garantindo-se meios de comunicação, como revista, jornal, telefone, página na internet etc.</p> <p>26. Garantir a implementação integral da Vigilância em Saúde através da articulação entre os diversos atores que prestam atendimento ao índio de acordo com as diretrizes propostas pelo Departamento de Saúde Indígena.</p> <p>27. Garantir a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos povos indígenas através da adequação da estrutura física da rede e dos serviços, de forma a contemplar tanto as especificidades sócio-culturais, quanto às diretrizes da Vigilância Sanitária.</p> <p>28. O órgão gestor da saúde indígena/MS deve se articular junto aos órgãos competentes de comunicação para implantar uma frequência de rádio exclusiva para saúde indígena nas áreas onde seja necessária, com o objetivo de potencializar as ações de saúde.</p>
<p>Estratégia de Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, o Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS - e o Alcoolismo: Direitos Humanos e Ética nas Intervenções</p>	<p style="text-align: center;">CONTEXTUALIZAÇÃO</p> <p>O alcoolismo, as Doenças Sexualmente Transmissíveis e exposição ao risco de infecção pelo HIV, agente causador do Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS - são problemas de saúde que atingem a grande maioria das comunidades indígenas no Brasil.</p> <p>Estes problemas têm grande abrangência, mesmo que tenham pouca visibilidade, sendo determinados por diversos fatores relacionados à qualidade de vida, tais como as dificuldades de demarcação, regularização, desintração e vigilância das terras indígenas, degradação do meio ambiente, disponibilidade de alimentos, relações com a sociedade envolvente, localização geográfica, acesso a serviços de saúde e educação.</p> <p>A proximidade das cidades, a presença de instalações militares, grandes projetos econômicos, mobilidade sazonal em busca de trabalhos temporários, garimpos, exploração madeireira, turismo e áreas de fronteiras são fatores que estão associados ao incremento desses problemas entre os povos indígenas.</p> <p>A desestruturação interna das comunidades e o aumento da violência (formação de gangues, prostituição, tráfico de drogas e influência da mídia introduzindo novos valores relacionados à sexualidade e relações pessoais) também são fatores diretamente associados à magnitude destes problemas.</p>

As concepções culturais e religiosas são fatores que devem ser considerados na implantação de programas de prevenção e controle, especialmente a divulgação de informações corretas sobre os meios de transmissão e prevenção que promovam atitudes e práticas coerentes com a preservação da saúde.

A situação e posição social da mulher nas comunidades (submissão, constrangimento na busca de tratamento com profissionais de sexo masculino, menor domínio da língua portuguesa) tornam este grupo mais vulnerável e atingido por estes agravos.

Situações de extrema pobreza em determinadas regiões e a pouca autoestima criam contextos que muitas vezes não permitem vislumbrar um futuro demandando ações amplas e impactantes a curtíssimo prazo. Um exemplo disso é a situação vivenciada hoje pelos Guarani-Kaiowá no Mato Grosso do Sul.

PROPOSTAS

29. A implantação dos programas de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST e AIDS, alcoolismo, tuberculose, saúde da mulher, criança e adolescente deve ser considerada prioritária na implementação dos Distritos e Casas de Saúde do Índio.

30. Sensibilizar as lideranças para a gravidade e abrangência dos problemas relacionados às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e à dependência do consumo de álcool e estabelecer conjuntamente as estratégias de abordagem das comunidades considerando os aspectos culturais e religiosos de cada povo.

31. Promover atividades com grupos de jovens, de acordo com os costumes de cada povo, visando o resgate da espiritualidade e da auto-estima (esportes, grupos de dança, música etc.).

32. Criar em cada Distrito uma comissão interdisciplinar e interinstitucional para controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e alcoolismo envolvendo as diversas lideranças indígenas.

33. Capacitar profissionais de saúde para implantar o diagnóstico sintomático das Doenças Sexualmente Transmissíveis e aconselhamento nas comunidades, garantindo a disponibilização de medicamentos e outros insumos para o seu tratamento e o da AIDS e infecções oportunistas.

34. Promover capacitações conjuntas de profissionais de saúde e da educação na abordagem do alcoolismo e Doenças Sexualmente Transmissíveis entre os povos indígenas.

35. Garantir a disponibilização permanente de preservativos.

36. Realizar seminário multidisciplinar em cada Distrito abordando o uso de drogas, tabaco e bebidas alcoólicas.

37. Promover estudos sobre a eficácia das ervas medicinais utilizadas no tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis.

38. Promover um encontro nacional de agentes indígenas de saúde e profissionais dos Distritos e organizações conveniadas sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e alcoolismo.

39. Garantir, através do gestor da saúde, o fornecimento de testes diagnósticos, especialmente testes rápidos (do tipo fita reagente) para a implementação dos programas de Pré-natal e DST/AIDS (Hepatite B, Sífilis e HIV) nos Distritos.

	<p>40. Formar grupos de apoio embasados na tradição dos grupos étnicos para os indígenas já infectados pelo HIV e dependentes do uso de álcool, visando o resgate da auto-estima, de forma que estes possam colaborar como atores na prevenção de tais doenças.</p> <p>41. Fazer, sob responsabilidade do gestor da saúde indígena e do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, campanhas de informação e conscientização sobre as DST/AIDS e alcoolismo nas Casas de Saúde do Índio.</p> <p>42. Introduzir os temas ligados à saúde e especialmente às DST, AIDS e alcoolismo nas escolas indígenas e em outras nos entornos das áreas indígenas.</p> <p>43. Promover continuamente a divulgação de informações para prevenção e controle das DST/AIDS e dos danos causados pelo alcoolismo, dirigidas a todas as comunidades indígenas respeitando a concepção de doença de cada povo.</p> <p>44. Garantir a articulação com a rede de laboratórios de saúde pública visando a disponibilização do teste anti-HIV, sorologia para sífilis, especialmente para as gestantes, além de exame colpo-citopatológico com agilização de resultados e estabelecimento de referências para tratamento.</p> <p>45. Promover a participação das mulheres na implementação das ações de saúde por meio de sua atuação nos conselhos de saúde, formação como agentes indígenas de saúde e formação de grupos de discussão sobre seus problemas específicos em níveis locais, regionais e nacional.</p> <p>46. Providenciar as articulações necessárias ao desenvolvimento de ações continuadas de prevenção destinadas à população do entorno das áreas indígenas ou que mantêm contato permanente com a população (instalações militares, áreas de turismo, áreas de fronteira, garimpos, trabalhadores de grandes projetos de desenvolvimento).</p> <p>47. Promover a articulação com os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS) para constituírem referência nos casos de maior gravidade em relação ao alcoolismo /saúde mental.</p> <p>48. Promover articulações para aperfeiçoamento de medidas que proíbem a venda de bebida alcoólica aos índios com envolvimento do Ministério Público.</p> <p>49. Demitir e estabelecer medidas punitivas para coibir funcionários públicos civis e militares e trabalhadores de saúde que comercializam e/ou promovem a circulação de bebidas alcoólicas em terras indígenas.</p>
<p>Fortalecimento do Controle Social</p>	<p>50. Garantir a disponibilidade de informação sobre custo e benefício das ações de saúde do sistema de saúde indígena aos Conselhos Distritais.</p> <p>51. Garantir a capacitação continuada para conselheiros indígenas e não indígenas, com abordagens pedagógicas adaptadas às realidades de cada povo.</p> <p>52. Produzir, com a participação dos agentes indígenas de saúde e professores, cartilhas bilíngües que informem os conselheiros locais sobre políticas e leis de saúde, bem como informações sobre doenças e agravos de maior incidência para o fortalecimento do controle social.</p> <p>53. Promover, através do Conselho Nacional de Saúde, modificações nas leis que instituem os conselhos de saúde (municipal/estadual/nacional) de modo a garantir a inclusão de representantes indígenas nestes conselhos.</p>

54. Garantir a representação indígena na nova reestruturação do Conselho Nacional de Saúde – CNS – e a sua homologação imediata pelo Sr. Ministro da Saúde.
55. Recomendar a recomposição da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI, para garantir a paridade com representações indígenas das regiões: 1 norte, 1 nordeste, 1 centro-oeste, 1 sul, 1 sudeste.
56. Implementar o Comitê Indígena, em caráter permanente, para assessorar e acompanhar as ações da FUNASA relativas à saúde indígena.
57. Garantir que todas as deliberações dos conselhos de saúde, bem como quaisquer outras decisões técnicas ou administrativas dos Distritos e do DESAI, sejam divulgadas para as comunidades indígenas em boletins periódicos, jornais, vídeos, meios eletrônicos e outros meios de comunicação.
58. Garantir a disponibilidade de recursos, nos planos distritais, para deslocamento, alimentação, estadia dos conselheiros, capacitação continuada, reuniões dos conselhos em locais definidos, troca de experiências, ações de articulação local, distrital, regional, nacional e outras atividades necessárias ao exercício do controle social.
59. Garantir que as deliberações dos conselhos distritais sejam respeitadas e implementadas de imediato.
60. Promover em cada estado reunião do Conselho Distrital com os Deputados Federais para garantir a aprovação dos recursos necessários para a promoção da saúde indígena no orçamento da FUNASA/MS.
61. Providenciar a implantação e implementação de todos os Conselhos Locais e Distritais até final de 2001.
62. O Conselho Distrital e lideranças indígenas devem deliberar sobre a indicação do nome para o chefe do respectivo Distrito - respeitando os critérios estabelecidos pela FUNASA/Comitê Indígena.
63. Realizar Conferências Nacionais de Saúde Indígena a cada quatro anos, respeitando a Lei 8.142, em data anterior à da Conferência Nacional de Saúde.
64. Consultar os Conselhos Distritais de Saúde Indígena, para definição de critérios de participação e distribuição de vagas nas próximas Conferências de Saúde, respeitando-se a Resolução Nº 33 do Conselho Nacional de Saúde.
65. Os estados, municípios, Forças Armadas e outras instituições prestadoras de serviços deverão submeter ao Conselho Distrital de Saúde Indígena seus projetos e programas relativos à saúde indígena, para avaliação e aprovação.
66. O Departamento de Engenharia de Saúde Pública/FUNASA deverá consultar a comunidade e conselhos para a discussão, definição das obras a serem executadas em áreas indígenas e, posteriormente, dar a conhecer a prestação de contas.
67. Garantir a participação de mulheres nas instâncias de controle social, levando em conta a realidade de cada povo e suas diferenças étnicas e culturais.
68. Os Conselhos Locais e Distritais devem desenvolver formas de fiscalização e monitoramento de ações de atenção aos usuários indígenas desempenhadas nos Distritos e Sistema Único de Saúde - SUS.
69. Devem ser discutidas nos Conselhos Distritais políticas e ações

	<p>intersetoriais que visem a qualidade de vida das populações indígenas.</p> <p>70. Os Distritos deverão promover encontros periódicos com as comunidades para esclarecimento sobre a finalidade do Conselho Local de Saúde, convidando lideranças de outras regiões que já compreendem o processo de controle social.</p> <p>71. Criar no DISK-SAÚDE do Ministério da Saúde – MS um atendimento especializado na saúde indígena para apontar irregularidades na assistência às populações indígenas na rede básica e hospitalar de referência.</p> <p>72. Articular um fórum em defesa da cidadania e da qualidade de vida para as populações indígenas, ribeirinhos e outros, que ainda não têm acesso a saúde e educação.</p>
<p>Agentes Indígenas de Saúde: Formação, Reconhecimento e Inserção Social</p>	<p>73. A seleção dos agentes indígenas de saúde será feita pelas comunidades indígenas, observando critérios e diretrizes dos Conselhos Locais, Distritais e da FUNASA.</p> <p>74. Adequar o número de Agentes Indígenas de Saúde, considerando número de famílias, dispersão das moradias, condições de acesso geográfico, perfil epidemiológico e aspectos culturais.</p> <p>75. Assegurar que os Agentes Indígenas vinculados ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS - e Programa Saúde da Família – PSF - sigam as diretrizes estabelecidas pelo DESAI/FUNASA.</p> <p>76. Criar mecanismos para oferecer educação básica associada ao processo de formação dos Agentes Indígenas de Saúde, preferencialmente na própria comunidade, conforme Referenciais Curriculares Nacionais para as Escolas Indígenas - MEC.</p> <p>77. Garantir junto ao Ministério da Educação, Secretarias Estaduais e Municipais de Educação a viabilização da escolaridade formal dos Agentes Indígenas de Saúde, para profissionalização na área de saúde de nível médio e superior, assegurando a especificidade indígena.</p> <p>78. Garantir a implantação nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Programa de Formação dos Agentes Indígenas de Saúde desenvolvido pelo Departamento de Saúde Indígena - DESAI/FUNASA - utilizando a metodologia problematizadora, considerando as especificidades de cada povo.</p> <p>79. Viabilizar a implantação de protocolos técnicos dos programas de saúde nos Distritos, para apoio aos profissionais, incluindo o Agente Indígena de Saúde.</p> <p>80. Assegurar fóruns (em níveis local, regional e nacional) que possibilitem a discussão e deliberação sobre o papel e a inserção dos Agentes Indígenas (Agente Indígena de Saúde, Agente de Saúde Microscopista, Agente de Saneamento, Agente de Higiene Dental, entre outros) nas equipes distritais.</p> <p>81. A FUNASA, em entendimento com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Secretarias Estaduais e Municipais de Educação, deve firmar termo de cooperação com Escolas Técnicas/Centros Formadores para a formação e titulação de Agentes Indígenas de Saúde, Auxiliares de Enfermagem Indígenas e outros técnicos na área de saúde através de um processo de capacitação diferenciada e contínua de acordo com cada povo indígena, a exemplo do Projeto Xamã, de Mato Grosso.</p> <p>82. Observar a proporção de no máximo quinze agentes de saúde para cada enfermeiro nas Equipes Multidisciplinares de Saúde, como recomenda o</p>

	<p>Ministério da Saúde no Programa de Saúde da Família.</p> <p>83. Garantir a continuidade no processo de capacitação para todos os Agentes Indígenas de Saúde, priorizando as necessidades que as comunidades apresentam, estabelecendo estratégias pedagógicas diferenciadas para os Agentes Indígenas que tenham pouco domínio da língua portuguesa.</p> <p>84. Avaliar a possibilidade de extensão e adequação do Programa de Formação de Auxiliares de Enfermagem - PROFAE - às comunidades indígenas.</p> <p>85. Garantir a participação de representantes indígenas nos fóruns de debates sobre formação e atuação dos Agentes Indígenas de Saúde.</p> <p>86. Buscar estratégias para o reconhecimento legal dos Agentes Indígenas de Saúde como categoria profissional junto às instâncias governamentais competentes e entidades de classe de áreas pertinentes ou afins.</p> <p>87. Aprofundar as discussões quanto ao papel do Agente Indígena de Saúde nas comunidades através dos Conselhos Locais e Distritais.</p> <p>88. Promover a participação de lideranças, pajés, professores, conselheiros e outros nos cursos de capacitação, não se restringindo apenas aos técnicos.</p> <p>89. Realizar a formação dos Agentes de Saúde preferencialmente nas comunidades indígenas.</p> <p>90. Garantir material educativo para o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde junto à comunidade.</p> <p>91. Garantir o acompanhamento e supervisão sistemática dos Agentes Indígenas de Saúde nos processos de formação e de trabalho por enfermeiros instrutores/supervisores.</p> <p>92. Garantir acompanhamento técnico/pedagógico e administrativo no processo de formação dos Agentes Indígenas de Saúde (qualidade, infraestrutura, material didático, cumprimento de carga horária, supervisão).</p> <p>93. Garantir a contratação dos Agentes Indígenas de Saúde pela Consolidação das Leis Trabalhistas.</p>
<p>Desenvolvimento de Recursos Humanos para Atuação em Culturas Diferenciadas</p>	<p style="text-align: center;">RECOMENDAÇÕES</p> <p>Admissão de pessoal Os critérios de admissão devem contemplar, além da habilitação técnica de cada categoria profissional, preocupações com: motivação, afinidade, e compromisso com a causa indígena, capacidade de se adaptar às condições de vida e trabalho na aldeia, de conviver e aceitar os costumes indígenas e se dispor ao aprendizado da língua indígena.</p> <p>Processo de capacitação/supervisão/avaliação. A capacitação deve ser multiprofissional, voltada não apenas sobre os conteúdos técnicos da clínica e da Saúde Pública mas também sobre o estudo sistemático dos saberes tradicionais relativos ao processo de doença e cura, a organização social e política, a dimensão tradicional da cultura e aquela continuamente atualizada mediante o contato interétnico. Esse tipo de informação possibilitará ao profissional de saúde o entendimento dos diversos condicionantes e determinantes envolvidos na produção da doença, fortalecendo assim o controle social. As informações teórico-práticas dos treinamentos devem ser complementadas pela vivência concreta nas aldeias onde tais</p>

conhecimentos podem ser aplicados. A abordagem da dimensão política deve propiciar o entendimento dos processos políticos locais e a sensibilização dos profissionais para o respeito da autonomia dos povos indígenas, visando evitar interferências indevidas na vida política das aldeias.

Regulamentação profissional e organização dos processos de trabalho.

A formação oferecida nas escolas profissionalizantes e universidades é, por regra geral, voltada para o contexto urbano e hospitalar, não favorecendo a sua aplicação na realidade indígena. A ênfase dada às ações curativas dificulta a implementação de um modelo de assistência voltado para prevenção de doenças e promoção da saúde. Constatou-se, por outra parte, que as condições de trabalho na atenção à saúde nas aldeias levam, com certa frequência, à ruptura dos limites de atuação legalmente estabelecidos para cada categoria, tornando os profissionais vulneráveis a sanções dos conselhos que regulamentam as profissões.

Identifica-se assim a necessidade de uma análise e descrição das tarefas e habilidades necessárias para um trabalho de qualidade a ser desempenhado por cada categoria profissional no âmbito do trabalho em aldeia. Um produto nesse sentido poderá também se constituir em instrumento objetivo de avaliação do trabalho dos profissionais dos Distritos.

PROPOSTAS

94. As equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas devem ser compostas por médico, cirurgião dentista, técnico em higiene dental, atendente de consultório dentário, enfermeiro, técnico em enfermagem, auxiliar de enfermagem, agente indígena de saúde, agente microscopista, antropólogo, assistente social, nutricionista e bioquímico, respeitando as necessidades demográficas, epidemiológicas, sócio culturais, com alocação de outras categorias definidas pelos Conselhos Locais e Distritais segundo suas necessidades.

95. A formação e contratação de trabalhadores para atendimento aos povos indígenas deve priorizar, sempre que possível, os índios, adotando na sua contratação o regime de dedicação exclusiva, regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT.

96. O Ministério da Educação e o Ministério da Justiça/FUNAI devem estabelecer mecanismos diferenciados que possibilitem o ingresso dos índios no ensino médio e universitário, assegurando bolsas de estudos e acompanhamento durante sua formação.

97. A contratação, avaliação de desempenho e demissão dos trabalhadores de saúde deverão ser acompanhadas em todas as etapas pelos Conselhos Distritais utilizando-se de um instrumento de avaliação da qualidade do trabalho, a ser elaborado com a participação das comunidades, Conselhos Distritais e Locais, lideranças indígenas e dos trabalhadores de saúde.

98. O órgão gestor deverá garantir a criação de uma comissão multidisciplinar de assessoria técnica de vigilância em saúde, ciências humanas e áreas afins, junto aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

99. O órgão gestor deve garantir recursos para a realização de um processo de capacitação multidisciplinar das equipes e uma fase inicial de trabalho em campo, de caráter avaliativo do perfil dos profissionais e etapas posteriores de capacitação continuada, segundo as necessidades locais.

	<p>100. Estimular a participação dos terapeutas tradicionais, lideranças e outros indígenas nos programas de capacitação.</p> <p>101. O órgão gestor deve estabelecer uma política salarial e plano de cargos e salários para os trabalhadores que atuam com populações indígenas, levando em conta regime de trabalho, experiência, qualificação, tempo de serviço e a realidade de cada Distrito.</p> <p>102. Criar um fórum junto às entidades de categorias profissionais e Ministério Público para discutir o redimensionamento das normas que regulamentam o exercício profissional, de modo a atender às especificidades do trabalho em área indígena.</p> <p>103. Os gestores de saúde e trabalhadores da rede de referência e/ou assistência complementar devem ser capacitados para a atenção à saúde aos povos indígenas.</p> <p>104. A temática indígena deve ser incluída nos cursos de nível médio e superior mediante disciplinas e estágios específicos.</p> <p>105. As universidades devem prestar cooperação técnica para elaboração e acompanhamento de projetos e outras questões de interesse dos povos indígenas.</p> <p>106. As instituições de ensino superior devem criar cursos de pós-graduação em saúde indígena em articulação com o órgão gestor, garantindo o desenvolvimento de programas de especialização nos moldes do Programa de Interiorização de Trabalhadores de Saúde (PITS).</p> <p>107. A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH) deve incluir as especificidades dos trabalhadores de saúde indígena.</p> <p>108. Garantir, quando necessário, intérpretes, preferencialmente indígenas, capacitados com noções básicas de saúde, nos pólos-base, casas de saúde do índio e rede de referência.</p> <p>109. Priorizar a formação em serviço de indígenas como Auxiliares de Consultório Dentário e Técnicos de Higiene Dental.</p> <p>110. Criar imediatamente um banco de currículos em nível nacional, que favoreça a captação de trabalhadores para o sistema de saúde indígena.</p> <p>111. Criar um cadastro nacional dos trabalhadores de saúde indígena.</p>
<p>A Hipermedi- cação e as Práticas Tradicionais</p>	<p>112. Capacitar e acompanhar todos os trabalhadores de saúde para estabelecer os limites de utilização dos medicamentos de forma responsável, visando a garantia da integridade da saúde.</p> <p>113. Incluir remédios fitoterapêuticos na farmácia básica das Equipes Multidisciplinares de Saúde dos Distritos.</p> <p>114. Garantir uma política adequada de fornecimento de medicamentos de comprovada segurança, eficácia terapêutica e qualidade baseada no perfil epidemiológico de cada Distrito.</p> <p>115. Garantir a distribuição regular de soro anti-ofídico (inclusive liofilizado) para as unidades de saúde em área indígena (pólos-base).</p> <p>116. Capacitar as Equipes Multidisciplinares de Saúde nas boas práticas de manipulação das plantas medicinais implantando Unidades Laboratoriais Básicas.</p> <p>117. Garantir a alocação de recursos, viabilizar e incentivar as iniciativas que visem o resgate, a valorização e o acesso aos Sistemas Tradicionais de Saúde Indígena.</p> <p>118. Viabilizar o atendimento diferenciado aos povos indígenas na rede de</p>

	<p>referência, através da garantia de acesso do paciente internado às práticas tradicionais indígenas.</p> <p>119. Incluir os conhecedores de plantas medicinais das aldeias e outros especialistas indígenas, como orientadores no processo de formação dos Agentes Indígenas de Saúde.</p> <p>120. Incentivar e apoiar o trabalho integrado da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena com professores indígenas nas escolas, visando a valorização da saúde e das práticas tradicionais.</p> <p>121. Valorizar e capacitar as parteiras tradicionais indígenas.</p>
<p>Ética em Pesquisa, Propriedade Intelectual e Patentes Envolvendo Povos Indígenas</p>	<p style="text-align: center;">RECOMENDAÇÕES</p> <p>As pesquisas devem sempre ser destinadas a ajudar as comunidades a resolver seus problemas em busca da melhoria da qualidade de vida.</p> <p>As comunidades indígenas têm o direito de manter sob sigilo os seus conhecimentos tradicionais.</p> <p>As comunidades indígenas e o poder público não devem permitir o tráfico de recursos naturais, órgãos e sangue humanos, genes, recursos minerais, vegetais e animais.</p> <p>As comunidades indígenas não devem facilitar o acesso a plantas cultivadas ou não, de interesse medicinal ou outro, atual ou potencial, tendo em vista que a Lei de Cultivares (Nº 9456, de 25/04/1997) permite ao Ministério da Agricultura conceder a qualquer pessoa titularidade de plantas, desde que preencham os requisitos de perpetuação de suas características e de homogeneidade dos lotes comerciáveis.</p> <p style="text-align: center;">PROPOSTAS</p> <p>122. Qualquer instituição ou pesquisador que realizar atividades técnicas ou científicas nas comunidades indígenas deverá apresentar obrigatoriamente ao Conselho Distrital, à organização indígena e à comunidade os resultados obtidos, formulados de maneira completa e acessível. Esta proposta deverá ser contemplada no Decreto a ser estabelecido a partir da Medida Provisória nº 2126/11, do 26 abril de 2001.</p> <p>123. Deve ser criada e implementada uma comissão intersetorial permanente formada pelo Ministério do Meio Ambiente, Ministério da Justiça, Ministério da Educação, Ministério da Ciência e da Tecnologia, Ministério da Saúde, organizações indígenas e organizações não governamentais não-indígenas para analisar e aprovar projetos de pesquisa científica e técnica em terras indígenas, tendo anuência preliminar do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem e da comunidade indígena.</p> <p>124. Os Conselhos Distritais deverão buscar, quando necessário, as instituições de ensino e pesquisa para realizar levantamentos de dados e pesquisas de interesse das comunidades indígenas do referido Distrito Sanitário Especial Indígena.</p> <p>125. O governo federal deve assegurar recursos para formação de pesquisadores indígenas, assim como fomento à pesquisa por eles realizada.</p> <p>126. Deve ser elaborada uma norma de ética das relações interculturais para qualquer tipo de intervenção nas populações indígenas.</p> <p>127. Incluir no projeto de capacitação de conselheiros de saúde do</p>

	<p>Ministério da Saúde, assim como em qualquer capacitação de conselheiros locais e distritais de saúde indígena, o conteúdo de ética em pesquisa.</p> <p>128. O órgão gestor da saúde indígena e o órgão indigenista deverão disponibilizar recursos para implantação de projetos destinados ao cultivo de plantas medicinais, bem como para sua utilização laboratorial e comercialização, quando manifestado o interesse das comunidades indígenas.</p> <p>129. A reedição da Medida Provisória nº 2126/11, do 26 de abril de 2001, que dispõe sobre "Acesso ao Patrimônio Genético" em seu Capítulo IV, Artigo 10, deve especificar quais instituições científicas federais e outras formam o Conselho de Gestão do Patrimônio Genético e incluir no mesmo representação das organizações indígenas</p> <p>130. Garantir a proteção legal aos conhecimentos dos povos indígenas associados ao patrimônio genético por meio de um sistema especial, observando os seguintes princípios:</p> <p>i. Prévio consentimento livre e esclarecido da comunidade indígena para o uso comercial, a exploração econômica e outros fins dos seus conhecimentos tradicionais.</p> <p>ii. Nulidade das patentes obtidas sobre processos ou produtos resultantes da utilização direta ou indireta dos conhecimentos tradicionais indígenas para impedir o monopólio dos mesmos.</p> <p>iii. Inversão do ônus da prova em favor das comunidades indígenas em ações judiciais visando anular patentes concedidas sobre processos ou produtos resultantes dos seus conhecimentos tradicionais, de forma que competirá à pessoa ou empresa demandada provar que não utilizou os conhecimentos tradicionais.</p> <p>iv. O acesso a recursos genéticos situados em terras indígenas dependerá do prévio consentimento livre e esclarecido das comunidades indígenas, conforme a Resolução Nº 304/2000 do Conselho Nacional de Saúde e da Medida Provisória Nº 2126/11, de 26/04/2001.</p> <p>v. Os resultados da exploração econômica dos conhecimentos tradicionais e dos recursos genéticos situados em terras indígenas deverão ser repartidos de forma equitativa entre as comunidades indígenas que habitam essas terras e o empreendedor.</p>
<p>As Comunidades Indígenas e a Produção e Comercialização de Alimentos: As Novas Necessidades</p>	<p>131. Fazer cumprir a Constituição Federal, Art. 231 e Art. 232, para garantir as revisões e ampliações das áreas que sejam insuficientes para sobrevivência dos povos indígenas.</p> <p>132. Declarar a nulidade dos decretos que instituem unidades de conservação que se sobrepõem às terras indígenas.</p> <p>133. Promover a articulação das instituições responsáveis pela política do meio-ambiente e saúde para a despoluição e descontaminação dos rios e para a proteção dos mananciais hídricos existentes nas terras indígenas, proibindo a utilização de agrotóxico nas proximidades, incluindo ações de educação em saúde ambiental.</p> <p>134. Promover o reflorestamento e a recuperação de áreas degradadas em territórios indígenas, respeitando a cultura de cada povo.</p> <p>135. Recuperar as áreas degradadas nas nascentes dos rios com reflorestamento biodiversificado.</p> <p>136. Fazer cumprir a legislação ambiental de proteção ao meio ambiente.</p>

137. Os cursos d'água localizados nas áreas indígenas e as suas nascentes devem tornar-se reserva permanente de controle ambiental.
138. Realizar pesquisa alimentar e nutricional junto às comunidades indígenas com o objetivo de obter um quadro da situação nutricional, para que a FUNASA defina uma política de nutrição em parceria com organizações governamentais e não-governamentais, respeitando os hábitos alimentares de cada povo.
139. As instituições responsáveis devem desenvolver junto às comunidades indígenas programas e projetos de fiscalização e uso do território, articulados à regularização das terras indígenas, visando garantir a sustentabilidade e a segurança dessas populações.
140. O Governo Federal deve viabilizar o financiamento, a fundo perdido, aos projetos agrícolas em comunidades indígenas.
141. O Governo Federal deverá criar um fundo financeiro para os povos indígenas destinado ao apoio de projetos de desenvolvimento sustentável, gerido por um conselho intersetorial (MMA, MJ, Banco do Brasil e outros) paritário com a participação de representantes indígenas. Os créditos deste fundo devem ser a fundo perdido.
142. Fazer gestões junto ao Ministério do Desenvolvimento Agrário para: 1) a definição, com a participação das organizações indígenas, de critérios específicos para uma versão do Programa Nacional de Fortalecimento de Agricultura Familiar - PRONAF, que atenda às especificidades dos povos indígenas; 2) a ampliação do crédito denominado "B", com acesso ao crédito "C" desse Programa para todas as comunidades indígenas no Brasil.
143. Fazer gestões junto ao Ministério da Justiça visando que a Comissão Intersetorial criada pelo Decreto Nº 3799, de 19/04/2001, seja instalada no prazo de 30 dias com o objetivo de discutir e definir propostas de ações integradas para garantir a sustentabilidade das comunidades indígenas.
144. A Comissão Intersetorial – Dec. 3799/2001 e a FUNAI devem providenciar, junto ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e Ministério da Justiça, o aumento dos recursos destinados a desenvolver programas de segurança alimentar e projetos sustentáveis para as comunidades indígenas.
145. Os Ministérios da Ciência e Tecnologia e de Educação devem incentivar pesquisas e estudos de viabilidade técnico-econômica e ecológica de projetos de manejo florestal em terras indígenas.
146. Providenciar junto ao Ministério de Agricultura, Desenvolvimento Agrário e do Abastecimento e do Ministério da Justiça a criação de um programa de cursos de capacitação técnica de acordo com a especificidade das atividades produtivas de cada povo indígena.
147. Criar, no âmbito da FUNAI/MJ, mecanismo de participação indígena na definição das prioridades, na formulação de projetos e na aplicação de recursos destinados às atividades produtivas, com a criação de conselhos regionais paritários e participação de técnicos indígenas no acompanhamento das propostas.
148. Manter gestão junto aos governos estaduais para implementação do ICMS Ecológico a nível nacional.
149. A FUNASA/MS deve fazer gestões junto aos órgãos competentes para a criação de novas pistas de pouso em locais de difícil acesso.
150. A FUNAI/MJ deve fazer gestões junto aos órgãos competentes para

	<p>garantir a manutenção das estradas vicinais que dão acesso às aldeias indígenas.</p> <p>151. A FUNAI/MJ e a FUNASA/MS devem garantir as condições para o incentivo ao uso de matéria-prima local para a adequação de tecnologias próprias dos índios na construção de suas moradias, encaminhando projetos aos órgãos de financiamento.</p> <p>152. O Ministério Público Federal e o Ministério da Justiça devem fazer cumprir a legislação que penaliza o responsável por transação comercial lesiva às comunidades indígenas.</p> <p>153. O Governo Federal – FUNAI/MJ deve incentivar a troca de experiências relativas a projetos de alternativas econômicas que tenham contribuído para o melhoramento da qualidade de vida nas comunidades indígenas por meio de seminários promovidos com o apoio do Ministério do Desenvolvimento Agrário e do Ministério do Meio Ambiente.</p> <p>154. Acrescentar aos programas de saúde e educação a conscientização do perigo advindo dos alimentos industrializados e geneticamente modificados, bem como o incentivo à produção e ao uso de alimentos naturais.</p> <p>155. Garantir o acesso à água potável em quantidade nas áreas indígenas com a implantação de uma proposta de saneamento básico, discutida com as comunidades e adequada à realidade.</p> <p>156. Construir barragens visando a irrigação, conforme a necessidade de cada comunidade e outros dispositivos de retenção e acumulação de água.</p> <p>157. Implementar uma brigada indígena de combate a incêndios em áreas indígenas.</p>
--	---

Adaptado do Relatório da III CNSI

IV CNSI

<u>Eixos Temáticos</u>	<u>Subtemas</u>	<u>Nº de Propostas</u>
1- Direito à Saúde:	a) Avaliação do subsistema de saúde indígena, b) Organização da atenção à saúde, c) Intersetorialidade como estratégia na implementação das ações de saúde e d) Desafios epidemiológicos e atenção às regiões de fronteira.	a) 26 b) 79 c) 27 d) 15
2- Controle Social e Gestão Participativa:	a) Avaliação da atuação dos conselhos de saúde indígena, b) Participação indígena nas esferas municipal, estadual e federal, c) Capacitação continuada de conselheiros e d) Modelos de gestão participativa.	a) 54 b) 35 c) 21 d) 26
3- Desafios Indígenas Atuais:	a) Atenção à saúde dos indígenas que vivem fora das terras indígenas e dos povos em demanda de reconhecimento, b) Ampliação da participação da mulher indígena no controle social e na atenção à saúde, c) Respeito às práticas tradicionais de cura e de autocura e	a) 11 b) 9 c) 16

	d) Estudos e pesquisas aplicados às demandas dos povos indígenas;	d) 3
4- Trabalhadores indígenas e não-indígenas em saúde	a) Avaliação do processo de formação de agente indígena de saneamento, b) Avaliação da atuação das equipes multidisciplinares de saúde indígena, c) Articulação da Funasa com outras instâncias da educação profissional para formação de trabalhadores em saúde indígena, d) Estruturação da política de desenvolvimento do trabalho em saúde para os povos indígenas e e) Formação de trabalhadores para atenção à saúde indígena.	a) 13 b) 10 c) 14 d) 34 e) 19
5- Segurança Alimentar, Nutricional e Desenvolvimento Sustentável	a) Avaliação da demarcação. Homologação e proteção dos territórios indígenas – condição indispensável à melhoria da saúde e da vida dos povos indígenas, b) estruturação da política e ações estruturantes para a produção de alimentos e respeito à diversidade cultural dos povos indígenas, c) Valorização da biodiversidade e dos conhecimentos tradicionais dos povos indígenas, d) Formulação e implantação da política de vigilância nutricional para os povos indígenas – pesquisas e diagnósticos para os povos indígenas e e) Adequação de programas governamentais, incluindo programas de transferência de renda como bolsa família e outros.	a) 15 b) 21 c) 22 d) 6 e) 3

Adaptado de (Relatório Final da 4ª CNSI, 2010).

5ª CNSI

Nº	DIRETRIZES	Nº de Propostas
1	Ampliar o acesso às ações aos Serviços de Atenção Básica à Saúde dos povos indígenas como base estruturante de redes integradas no âmbito dos DSEI	86
2	Estruturar a política de desenvolvimento de pessoas inserindo-a nos processos de formação, capacitação, educação permanente e continuada para assegurar a qualidade da atenção à saúde dos povos indígenas, respeitando suas necessidades à luz das atuações em contexto intercultural	69
3	Assegurar que o financiamento dos DSEI seja de acordo com o perfil demográfico, epidemiológico e suas características geopolítico-culturais, propiciando mecanismos adequados para aprimorar a forma de repasse de recursos aos gestores integrados do SASI.	43
4	Aperfeiçoar os mecanismos de gestão nos DSEI de modo a ampliar suas	127

	capacidades administrativas garantindo agilidades nos processos de tomada de decisão compartilhada com autonomia local regional.	
5	Fortalecer a participação da população indígena nas instâncias de controle social do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e do Sistema Único de Saúde com vistas ao aprofundamento do direito democrático nos espaços de gestão de forma a permitir o monitoramento e na avaliação da efetivação da Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas.	62
6	Reconhecer, como direito, a importância da diversidade social e cultural dos povos indígenas, considerando seus sistemas tradicionais de saúde, o respeito às concepções, os valores e às práticas relativas ao processo saúde-doença-cuidado próprios a cada povo indígena, articulando saberes diversos com o objetivo de promover o desenvolvimento étnico e de sua segurança alimentar.	46
7	Valorizar as ações de saneamento básico desenvolvidas nos DSEI e suas interações com o meio ambiente e a saúde dos povos indígenas, visando à necessidade de promover a saúde e prevenção de enfermidades, assegurando à população: água de boa qualidade; destino adequado dos dejetos e lixo; controle de insetos roedores	20
	TOTAL	453

Adaptado de Ministério da Saúde /SESAI

ANEXOS 2

Legislações pertinentes aos processos de transição à saúde indígena

Decreto nº23/91

Art. 1º A assistência à saúde das populações indígenas, por força do regime de proteção instituído pela Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973, constitui encargo da União e será prestada nos termos deste Decreto.

Art. 2º Para cumprimento do disposto no artigo anterior, serão elaborados projetos específicos, de caráter estratégico, destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, segundo as peculiaridades de cada comunidade.

Art. 3º Os projetos objetivarão:

I - o desenvolvimento de esforços que contribuam para o reequilíbrio da vida econômica, política e social das comunidades indígenas;

II - a redução da mortalidade geral, em especial a materna e a infantil;

III - a interrupção do ciclo de doenças transmissíveis;

IV - o controle da desnutrição;

V - a restauração das condições ambientais cuja violação se relacione diretamente com o surgimento de doenças e de outros agravos à saúde;

VI - a assistência médica integral.

Parágrafo único. A persecução dos objetivos previstos neste artigo não prejudica a prestação individualizada de assistência médica, pela rede de serviços do Sistema Único de Saúde, de qualquer esfera de poder, a membros das comunidades indígenas.

Art. 4º A operacionalização dos projetos respeitará a organização social e política, os costumes, as crenças e as tradições das diversas comunidades indígenas.

§ 1º As ações e serviços serão desenvolvidos segundo modelo de organização na forma de distritos sanitários de natureza especial, consideradas as especificidades das diferentes áreas e das comunidades indígenas.

§ 2º As equipes constituídas para a execução dos projetos, além dos conhecimentos técnicos indispensáveis, deverão estar preparadas para compreender a cultura, os usos e costumes do grupo sobre o qual vão atuar.

§ 3º Para efeito do disposto no parágrafo anterior, serão promovidas articulações entre as áreas governamentais, cujo envolvimento nos projetos se faça necessário, e a busca da cooperação de entidades ou associações civis e religiosas, a fim de que se assegure o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficácia das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos.

Art. 5º A Fundação Serviços de Saúde Pública - FSESP, enquanto não for instituída a Fundação Nacional de Saúde, de que trata o artigo 11 da Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990, encarregar-se-á da coordenação dos projetos, tanto na fase de elaboração, quanto na de execução.

§ 1º A FSESP, para o desempenho dos encargos que ora lhe são cometidos, atuará de forma articulada com a Fundação Nacional do Índio - FUNAI, vinculada ao Ministério da Justiça, que colaborará no cumprimento do disposto no artigo anterior, em especial, quanto ao oferecimento de serviços compreendidos no âmbito de sua atuação, imprescindíveis à regular execução dos projetos.

§ 2º O pessoal de saúde da FUNAI, sem prejuízo de seus direitos e vantagens no órgão de origem, ficará integrado à elaboração e execução dos projetos, mediante apresentação à FSESP.

§ 3º Aos servidores da FUNAI, a serviço da FSESP, nas condições do parágrafo anterior, será facultado optar pelo quadro de pessoal da Fundação Nacional de Saúde, quando de sua implantação.

Art. 6º Os Ministros da Saúde e da Justiça definirão, em ato conjunto quando necessário, os mecanismos e instrumentos para o cumprimento deste decreto, em especial, as questões referentes à articulação entre a FSESP e a FUNAI, e à alocação de recursos orçamentários e financeiros necessários à execução dos projetos

Portaria nº 645/GM de 27 de março de 2006, trata do Certificado Hospital Amigo do Índio

Art. 2º Estabelecer que para concessão do Certificado Hospital Amigo do Índio, devem ser observados os seguintes critérios:

I - garantia do Direito ao Acompanhante, Dieta Especial e Informação aos Usuários, respeitando as especificidades culturais dos povos indígenas;

II - garantia do respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde nos projetos terapêuticos singulares e na ambiência física;

III - participação nas instâncias de Controle Social (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais de Saúde) e de pactuação intergestores do SUS, no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena;

IV - garantia de informação em saúde à rede integrada do SUS, compreendendo as unidades de saúde indígena no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena;

V - garantia de critérios especiais de acesso e acolhimento a partir da avaliação de risco clínico e vulnerabilidade sócio-cultural;

VI - garantia de instâncias próprias de avaliação com participação de usuários e gestores no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena;

VII - garantia de Ouvidoria adaptada às especificidades étnico-culturais dos povos indígenas;

e

VIII - garantia de processo de Educação Permanente aos profissionais com respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde. (PORTARIA Nº 654/2006)

A portaria nº 3.841 - Transição da FUNASA para SESAI

A portaria nº 3.841, de 7 de dezembro de 2010, altera o dispositivo no art. 6º, do Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, que dispõe que o Ministério da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde terão o prazo de 180 dias para efetivar a transição da gestão do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena, incluindo as ações de saneamento ambiental e, desta forma resolve:

Art. 1º Autorizar os Superintendentes Estaduais da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA a praticar os seguintes atos:

I - conceder diárias e passagens a todos os servidores, colaboradores e demais profissionais que atuam na prestação de serviços da saúde indígena, bem como a pacientes indígenas e acompanhantes;

II - ordenar todas as despesas até 19 de abril de 2011, desde que a FUNASA receba o orçamento específico para esta ação; (Prazo prorrogado para 31 de dezembro de 2011, pela PRT GM/MS nº 2.223 de 15.09.2011)

III - instruir os procedimentos licitatórios, inclusive de dispensa de licitação e inexigibilidade;

III - conceder, pagar suprimentos de fundos e aprovar a respectiva prestação de contas; e

IV - designar, em conjunto com os Chefes dos Distritos Especiais de Saúde Indígena e responsáveis pela Casa de Apoio de Saúde Indígena, os fiscais para acompanhamento dos novos contratos e apostilamento dos então vigentes.

Art. 2º Autorizar os Chefes dos Distritos Especiais de Saúde Indígena, perante as Superintendências Estaduais da Fundação Nacional de Saúde, a praticar os seguintes atos:

I - atestar notas fiscais, faturas, recibos de despesas relativas ao fornecimento de bens e de prestação de serviços;

II - solicitar diárias e passagens para deslocamentos dos servidores, colaboradores e demais profissionais que atuam na prestação de serviços da saúde indígena, bem como a pacientes indígenas e acompanhantes;

III - instruir processos licitatórios inclusive de dispensa de licitação e inexigibilidade;

IV - solicitar a concessão e o pagamento de suprimentos de fundos;

V - emitir pareceres técnicos de celebração, suplementação de recursos, prorrogação, remanejamento de despesas e prestação de contas de convênios;

VI - autorizar entrada e saída de pessoal no exercício das funções de atenção à saúde indígena;

VII - requisitar e/ou autorizar veículos para transporte de pacientes indígenas e outras atividades meio e finalística da saúde indígena;

VIII - controlar o consumo e distribuição de combustível dos veículos, barcos, motores etc, respeitando-se o limite estabelecido pela Presidência/ FUNASA para os Distritos;

IX - solicitar, receber, armazenar, controlar e distribuir medicamentos/insumos no âmbito do DSEI; e

X - executar as demais atividades de rotina do DSEI.

Parágrafo único. A autorização contida no caput deste artigo aplicar-se-á, no que couber, aos responsáveis pela Casa de Apoio a Saúde Indígena.

Art. 3º Ficam convalidados os atos praticados e as decisões proferidas pelos Superintendentes Estaduais da FUNASA, Chefe dos Distritos Especiais de Saúde Indígena e Responsáveis pela Casa de Apoio de Saúde Indígena entre a data da publicação do Decreto nº 7.336/2010 e a vigência desta Portaria.

Decreto 8.065/2013, art. 46 ao 50, competências da SESAI

I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, mediante gestão democrática e participativa;

II - coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas;

III - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes a saneamento e edificações de saúde indígena;

IV - orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada

Distrito Sanitário Especial Indígena, em consonância com as políticas e os programas do SUS e em observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais indígenas;

V - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações de atenção integral à saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

VI - promover ações para o fortalecimento do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

VII - promover a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena;

VIII - promover e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde indígena; e

IX - identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena.

Art. 47. Ao Departamento de Atenção à Saúde Indígena compete:

I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as atividades de atenção integral à saúde dos povos indígenas;

II - orientar e apoiar a implementação de programas de atenção à saúde para a população indígena, segundo diretrizes do SUS;

III - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as atividades de educação em saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

IV - coordenar a elaboração de normas e diretrizes para a operacionalização das ações de atenção à saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

V - apoiar as equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no desenvolvimento das ações de atenção à saúde; e

VI - apoiar a elaboração dos Planos Distritais de Saúde Indígena na área de atenção integral à saúde indígena.

Art. 48. Ao Departamento de Gestão da Saúde Indígena compete:

I - garantir as condições necessárias à gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

II - promover o fortalecimento da gestão nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

III - propor mecanismos para organização gerencial e operacional da atenção à saúde indígena;

IV - programar a aquisição e a distribuição de insumos, em articulação com as unidades competentes;

V - coordenar as atividades relacionadas à análise e à disponibilização de informações de saúde indígena;

VI - apoiar as equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no desenvolvimento das ações de gestão da saúde indígena; e

VII - apoiar a elaboração dos Planos Distritais de Saúde Indígena na área de gestão.

Art. 49. Ao Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena compete:

I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes a saneamento e edificações de saúde indígena;

II - planejar e supervisionar a elaboração e implementação de programas e projetos de saneamento e edificações de saúde indígena;

III - planejar e supervisionar ações de educação em saúde indígena relacionadas à área de saneamento;

IV - estabelecer diretrizes para a operacionalização das ações de saneamento e edificações de saúde indígena;

V - apoiar as equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no desenvolvimento das ações de saneamento e edificações de saúde indígena; e

VI - apoiar a elaboração dos Planos Distritais de Saúde Indígena na área de saneamento e edificações de saúde indígena.

Art. 50. Aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas compete:

- I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar, avaliar e executar as atividades do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS, nas suas áreas de atuação, observadas as práticas de saúde e as medicinas tradicionais; e
- II - desenvolver as atividades de execução orçamentária, financeira e contábil relativas aos créditos sob a gestão específica de cada Distrito Sanitário Especial Indígena.

Autorizo a reprodução deste trabalho.

Dourados, 05 de agosto de 2014.

Camilla de Oliveira Marné Pschisky