



Um olhar sobre a saúde dos povos indígenas

Para os povos indígenas, a saúde está intimamente relacionada com a Mãe Terra e uma relação equilibrada entre os seres vivos e a natureza. Desde os tempos anteriores à colonização europeia, esses povos possuem seus sistemas tradicionais de saúde indígena, que articulam os diversos aspectos da sua organização social e da sua cultura, a partir do uso das plantas medicinais, dos rituais de cura e das diversas práticas de promoção da saúde, sob a responsabilidade de pajés, curadores e parteiras tradicionais.

A saúde para os povos indígenas é uma construção coletiva, conquistada através da participação e do fortalecimento do seu protagonismo e poder de decisão. Nesse sentido, os fatores determinantes da

saúde indígena estão relacionados à garantia de sua plena cidadania, com autonomia, à posse dos territórios tradicionais, à integridade dos ecossistemas e à utilização dos bens naturais necessários para o Bem Viver.

A realidade dos povos indígenas e as políticas a serem implementadas para assegurar-lhes vida e saúde vêm sendo discutidas no Brasil há décadas. O movimento indígena e as organizações que atuam no campo da saúde têm se mobilizado incessantemente com o objetivo de exigir que o Estado brasileiro demarque as terras indígenas, condição primordial para a manutenção da vida em seu sentido pleno, e que estructure políticas de atenção diferenciada para resguardar e garantir a saúde desses povos.

O fundamento principal das reivindicações relativas a uma atenção diferenciada em saúde para os povos indígenas é o texto constitucional. Com a promulgação da Constituição Federal do Brasil, em 1988, que assegura aos povos indígenas suas culturas, cosmovisões e organizações sociais, constituiu-se um outro modelo de relacionamento com eles, não mais pautado numa perspectiva integracionista e meramente assistencialista.

A legislação existente responsabiliza a União pela execução das políticas a serem desenvolvidas junto aos povos e às comunidades. Foi também a Constituição de 1988 que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei 8.080/90, que estabelece a vinculação da assistência em saúde ao Ministério da Saúde (MS).

Propostas e princípios do SUS

Com o propósito de fazer com que os diferentes modos de vida dos povos indígenas fossem respeitados, a 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 1993, em Brasília, estabeleceu quatro marcos referenciais que servem como base para a criação de uma política diferenciada de saúde:

- ♦ **Reciprocidade** possibilita pensar na busca de uma coexistência equitativa entre as comunidades indígenas e os agentes de intervenção, tanto em relação à troca de experiências como à oportunidade de decisão;
- ♦ **Eficácia simbólica** diz respeito ao modo como um sistema, processo ou ação de cura faz sentido e é considerado eficaz por uma coletividade. Desse modo, a atuação em saúde precisa ser respaldada por uma compreensão ampla do universo simbólico indígena, através da aproximação entre medicina e cultura;
- ♦ **Integralidade** está relacionada a uma visão da saúde integrada a outras dimensões da vida, e não independente ou isolada. Atuar em saúde indígena pressupõe a busca de uma visão abrangente das atuais condições de vida desses povos, considerando seus determinantes históricos, sociais, culturais e ambientais, de um modo global e criativo;
- ♦ **Autonomia** é um princípio que deve ser respeitado em todas as dimensões da atuação junto às comunidades indígenas. Em relação à saúde, refere-se à busca da autogestão pelas comunidades dos programas de saúde.

Portanto, para assegurar uma política diferenciada de atenção à saúde dos povos indígenas é preciso respeitar as formas tradicionais de explicar o adoecimento, a cura, a manutenção da vida. Mas também é preciso investir na formação de profissionais de saúde indígenas, sendo a capacitação e o acompanhamento desses profissionais respaldada, por um lado, na valorização dos saberes tradicionais da medicina indígena e, por outro, no domínio de novos conhecimentos, para que esses agentes realizem as ações concretas de prevenção, informação e atendimento nas comunidades em que atuam.

Embora haja um conjunto de leis e normas que asseguram um atendimento diferenciado aos povos indígenas, na prática, o que as comunidades vivenciam é a utilização extremamente polêmica e constantemente questionada dos volumosos recursos financeiros, altos índices de mortalidade infantil, graves epidemias, falta de saneamento básico e graves negligências dos poderes públicos. Como consequência desse contexto, os povos originários do Brasil convivem diariamente com muita dor, sofrimento e mortes que, muitas vezes, poderiam ser evitadas.

As medicinas tradicionais indígenas se fundamentam no equilíbrio entre o indivíduo e o mundo

Povo Apiaká - Arquivo Cimi



VERGONHA MUNDIAL

“O nosso problema no Vale do Javari é um problema de extinção. A Funasa [Fundação Nacional de Saúde] diz que diminuiriam as mortes, faz promessas, mas a verdade é que 4.900 índios estão contaminados com hepatite C. Só lá na minha aldeia, 40 parentes saíram doentes e deixaram toda a aldeia triste. Os pajés não conhecem a doença, não podem curar doença de branco. Só em 2010 vimos 16 Kanamari morrerem, e 12 eram crianças. Não há mais festas, por causa das doenças. Quando se inicia uma festa, morrem parentes. Os Kanamari não têm mais lágrimas para chorar. A contaminação maior é dos povos Mayoruna, Kanamari e Korubo. E os Korubo têm contato com os índios isolados do Vale do Javari. Ficamos preocupados com essa situação. E se os isolados ficarem doentes? Quem irá tratá-los? Vão morrer e ninguém irá saber... Enquanto nós estamos preocupados com a vida das pessoas, o governo só está interessado na floresta, porque ela rende dinheiro, porque ela pode ser usada para o sequestro de carbono. Mas dinheiro não vai salvar a vida dos Mayoruna, Kanamari, Korubo e de outros povos do Vale. É uma vergonha para o mundo e para o Brasil a quantidade de crianças que está morrendo no Vale do Javari”

*Adelson Kanamari,
 Terra Indígena Vale do Javari, Amazonas*

Elementos históricos

No ano de 1986 foi convocada a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, quando, de maneira inédita, foi proposto um modelo de atendimento diferenciado para esses povos. A partir das propostas referendadas naquela conferência, os indígenas passariam a ter direito ao acesso universal e integral à saúde, bem como poderiam participar em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações a serem desenvolvidas.

Já naquela ocasião ficou estabelecido que a política voltada à saúde indígena deveria respeitar as especificidades étnicas, socioculturais e as práticas terapêuticas de cada povo. Além disso, deveria ser assegurada a participação dos povos e das comunidades nas diferentes instâncias de definição e de controle das ações de saúde. A proposta de criação de uma secretaria específica para assuntos indígenas foi delineada ali e ganhou força pelas mobilizações indígenas. Nasceu também a primeira proposição de modelo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), que deveriam ficar sob a gestão do Ministério da Saúde.

Em 1991, por pressão do movimento indígena em todo o país e atendendo à determinação constitucional, o governo federal, através do Decreto Presidencial nº 23, transferiu a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde indígena da Fundação Nacional do Índio (Funai) para o Ministério da Saúde. Foi, então, constituída a Coordenação de Saúde do Índio (Cosai), subordinada à Fundação Nacional de Saúde (Funasa), com a incumbência de implementar um modelo específico de atenção à saúde dessas populações. No mesmo período, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) criou, através da Resolução nº 11, de 31 de outubro de 1991, a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi), com a atribuição de assessorar o Conselho na elaboração dos princípios e das diretrizes para as políticas no campo da saúde indígena.

Em 1993, novamente por iniciativa e demanda do movimento indígena, foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, que reiterou o modelo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) como base operacional para a política de atenção a essas populações, no âmbito do SUS. Mas estes distritos deveriam ser vinculados diretamente ao Ministério da Saúde e deveriam ser administrados por Conselhos de Saúde, com participação indígena. Além disso, ficou definido na conferência que haveria, no âmbito do governo federal, uma instância responsável pela saúde dessas populações.

Em 1999, com a edição do Decreto nº 3.156, e a aprovação da Lei Arouca (nº 9.836, de 23 de setembro de 1999), foi definido que: “o Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, cujas ações serão executadas pela Funasa”. O texto legal determinou também que o governo federal instituisse o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tendo por base 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (criados pela Portaria 852/99).

Lei pra inglês ver

No desenvolvimento das ações de saúde, observou-se que os Dsei, que seriam a base de toda a política, tornaram-se apenas uma espécie de referência geográfica, e convênios foram firmados para a prestação de serviços.

Posteriormente, foram realizadas mais três conferências de saúde indígena (2000, 2006 e 2013), mas elas foram fortemente marcadas pela intervenção e condução de agentes da Funasa com o objetivo de referendar a



O descaso, o preconceito e a omissão no atendimento aos indígenas doentes causam diversas mortes



Apesar do orçamento para a assistência em saúde ter aumentado nos últimos anos, os indígenas afirmam que os recursos não chegam nas aldeias

perspectiva da terceirização e a diminuição ou restrição à participação indígena no controle social.

Vale ressaltar que, pelas determinações legais, os Dsei teriam um Conselho Distrital de Saúde Indígena, órgão de controle social, com atribuições como a de aprovar o Plano de Saúde Distrital e fiscalizar a prestação de contas dos órgãos e das instituições executoras das ações em saúde. Tais conselhos deveriam ser paritários, formados por representantes dos usuários (indicados pelas comunidades indígenas) e representantes de instituições governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde. Os conselheiros indígenas deveriam ser escolhidos pelas comunidades atendidas, bem como participar de reuniões periódicas organizadas pelos prestadores de serviço de cada Dsei.

Na prática, a relação entre os povos indígenas e os prestadores de serviço sempre foi tensa, permeada por problemas relacionados à gestão e à aplicação de recursos. Em 2004, através das portarias nº 69 e 70, a Funasa estabeleceu novas diretrizes para a saúde indígena, recuperou a execução direta que, até então, era feita através de convênios e reduziu o papel das conveniadas, limitando-as à contratação de pessoal, à atenção nas aldeias com insumos, ao deslocamento dos indígenas das aldeias e à compra de combustível para a realização desses deslocamentos.

Nova mudança na política ocorre em 2007, quando foi editada a polêmica Portaria nº 2.656/07, que gerou manifestações de desagrado dos povos indígenas, insatisfeitos com a política que tinha como gestora a Funasa. Na contramão do que pretendiam os povos indígenas, essa Portaria abria perspectivas para a municipalização da saúde indígena. Somente em agosto de 2008, depois



Sem nunca terem vivido na sua terra tradicional sagrada, as crianças não têm a oportunidade de exercerem o seu "ser" indígena

de contundentes manifestações do movimento indígena contra a Funasa e da veiculação de inúmeras notícias de corrupção naquele órgão e de descaso na execução das ações e serviços nas áreas indígenas, a Portaria foi revogada.

O sonhado novo modelo

No final de 2008 foi apresentado o Projeto de Lei nº 3.958 que visava alterar a Lei nº 10.683/2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios e cria a Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde, na qual ficaria abrigada a saúde indígena. Dentre as justificativas apresentadas pelo ministro da Saúde estava a transferência das competências e atribuições exercidas pela Funasa para essa Secretaria.

Também, fruto das pressões dos povos indígenas, constituiu-se um Grupo de Trabalho com a participação de lideranças indígenas, cujo objetivo foi de discutir e apre-

sentar propostas, ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde, no que se referia à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas. Depois de dois anos de espera, o governo editou a Medida Provisória 483, aprovada pelo Congresso Nacional e transformada na Lei 12.314/2010, que possibilitou a criação da referida Secretaria. Em outubro daquele ano foi editado o Decreto 7.336/2010 que oficializou a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai).

O novo modelo de gestão da saúde indígena deveria estruturar essa Secretaria de caráter executivo, ligada diretamente ao Ministério da Saúde; vincular os Dsei à ela; assegurar a autonomia administrativa e financeira dos distritos, por meio da sua transformação em unidades gestoras do SUS, contando com orçamentos próprios administrados através dos Fundos Distritais de Saúde; criar um plano de carreira específico para os profissionais de saúde indígena, com condições trabalhistas adequadas às complexas e diferentes realidades dos Dsei; assegurar que os chefes ou coordenadores dos distritos fossem aprovados pelos conselhos distritais; garantir que o controle social fosse efetivo, com participação indígena legítima em todas as instâncias de decisão; formar um quadro estável de recursos humanos (servidores públicos) adequado às necessidades estratégicas da gestão, o que só será possível por meio de concurso público diferenciado, que assegure a participação indígena nos processos de seleção; e assegurar que, no órgão gestor da saúde indígena, os servidores tenham perfil técnico independente das ingerências políticas.

Insi: o sonho vira pesadelo

Apesar dessa nova estrutura ter sido estabelecida em 2010, ela ainda não funciona adequadamente. Para agravar a já trágica situação da saúde indígena no Brasil, o governo federal tentou, através da criação de um modelo gerenciado por um "ente paraestatal" denominado de Instituto Nacional de Saúde Indígena (Insi), colocar novamente essa política pública sob a responsabilidade da iniciativa privada e de empresas prestadoras de serviços.

Alegando dificuldades gerenciais e administrativas, especialmente para realizar os processos de licitação para a compra de medicamentos e para realizar concursos públicos, o governo agiu na surdina e só aceitou debater a proposta com os indígenas, de modo extremamente limitado e enviesado, após denúncias e muita pressão por parte do movimento indígena e de alguns de seus aliados.

A criação do Insi e o abandono de todas as propostas e políticas públicas construídas pelos indígenas durante décadas, e através de muita luta, representa um enorme retrocesso na garantia dos direitos dos povos indígenas. Esse instituto vem sendo questionado pelo Ministério Público Federal (MPF), com base na legislação brasileira vigente e nos tratados internacionais. Além disso, a maioria das organizações indígenas do país têm se manifestado contra a sua criação.

Portanto, no Brasil, apesar do aparato legal voltado à proteção e ao bem estar das populações indígenas, não se assegura, na prática, uma política de atenção em saúde indígena compatível com os direitos constituídos legalmente. As situações vividas pelos povos indígenas evidenciam isso. Logo ao nascerem, as crianças se deparam com circunstâncias que dificultam ou inviabilizam o próprio existir, pois as terras tradicionais estão invadidas e depredadas, há confinamentos em pequenas áreas, agravados pelas inadequadas condições de assistência e de proteção à saúde, com proliferação de doenças, desnutrição, fome e toda espécie de violências decorrentes das relações de intolerância e de desrespeito aos seus estilos de vida.

Desse modo, fica explícito que não basta a garantia de um direito na legislação, se não for garantida a sua efetivação na vida real.

Por falta de atendimento, crianças morrem em Kurusu Ambá (MS)

Um gritante caso de omissão do poder público em relação à saúde indígena ocorre no *tekoha* Kurusu Ambá, localizado no município de Coronel Sapucaia, no estado do Mato Grosso do Sul. Ali, a situação de descaso e violência é cotidiana, extremamente cruel e responsável por um amplo histórico de óbitos infantis. Desde 2007, nove crianças já morreram neste acampamento por falta de assistência.

Além dessa desassistência, são comuns casos de diarreia, vômito e desnutrição, principalmente entre as crianças, pois a comunidade é cercada por plantações de soja e o veneno utilizado pelo agronegócio provoca uma série de problemas de saúde.

“Como em nenhum dos acampamentos tem poço artesiano, nós não temos água potável. O pessoal está bebendo de uma nascente, e as plantações de soja ficam perto do rio”, afirma a liderança Eliseu Lopes Guarani e Kaiowá.

Como estão confinados em pequenas áreas de seu território e cercados pelo monocultivo, os Guarani e Kaiowá também não conseguem plantar para garantir sua autonomia alimentar e dependem de cestas básicas fornecidas pela Fundação Nacional do Índio (Funai). As cestas chegam de 30 em 30 dias, o que, segundo Eliseu, não é suficiente para as famílias e faz com que muitas crianças fiquem desnutridas.



A impossibilidade de viver nas suas terras tradicionais faz com que as crianças convivam diariamente com as violações aos seus direitos



Para os povos indígenas, a saúde está intimamente relacionada com a terra e as práticas tradicionais de prevenção e cura

Vale a pena lembrar...

Em 2004, passou a vigorar no Brasil a Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais, da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Juntamente com mais 16 países, o Brasil ratificou a Convenção, o que significa que ela tem força de lei aqui.

Esta Convenção assegura, no Artigo 2º, que “Os governos terão a responsabilidade de desenvolver, com a participação dos povos interessados, uma ação coordenada e sistemática para proteger seus direitos e garantir respeito à sua integridade”. Especificamente sobre saúde, o Artigo 25º afirma que

os governos tomarão as medidas necessárias para garantir que serviços de saúde adequados sejam disponibilizados aos povos indígenas, para que possam desfrutar do maior nível possível de saúde física e mental. Determina ainda que “Na maior medida possível, os serviços de saúde deverão ser baseados na comunidade. Esses serviços deverão ser planejados e administrados em cooperação com os povos interessados e levar-se-á em consideração suas condições econômicas, geográficas, sociais e culturais, bem como seus métodos tradicionais de prevenção, práticas curativas e medicamentos”.

Para saber mais

Filmes

Ehchimaki Kirwañhe: um debate na saúde indígena. Giuliano Jorge, Marcus Leopoldino, Paula Saules, Pedro Perazzo e Tunico Amâncio. Este DVD pode ser adquirido junto à Editora Fiocruz: comercialeditora@fiocruz.br

Terra Vermelha, Marco Bechis- www.youtube.com/watch?v=nOCFZWF_Wb4

Livros

ALTINI, Emília; RODRIGUES, Gilderlan, Et Al. *A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil.* Brasília, Conselho Indigenista Missionário (Cimi), 2013

BARUZZI, Roberto G.; JUNQUEIRA, Carmen (Org.). *Parque Indígena do Xingu - Saúde, Cultura e História.* São Paulo, Editora Terra Virgem, 2005.

COIMBRA, Carlos Jr; SANTOS, Ricardo Ventura; ESCOBAR, Ana Lúcia (Org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil.* Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, Abrasco, 2005.

GARLENO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (Org.). *Saúde Indígena: uma introdução ao tema.* Brasília, MEC-SECADI, 2012.

GONÇALVES, Lucila de Jesus Mello. *Na fronteira das relações de cuidado em saúde indígena.* São Paulo, Editora Annablume, 2011.

LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza. *Saúde dos Povos Indígenas - Reflexões Sobre Antropologia Participativa.* Rio de Janeiro, Contracapa Editora, 2004.

NOVO, Marina Pereira (Org.). *Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu.* São Carlos, Editora da Ufscar, 2008.

SANTOS, Ricardo Ventura; COIMBRA, Carlos Jr (Org.). *Saúde e povos indígenas.* Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1994.

SILVA, Edson. *Ensino e sociodiversidades indígenas: possibilidades, desafios e impasses a partir da lei 11.645/2008.* *Mneme - Revista de Humanidades*, v. 15, nº 35, 2014. Disponível em: www.periodicos.ufrn.br/mneme/article/view/7485/5816

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

Sítios eletrônicos

www.sitesindigenas.blogspot.com.br

www.paje-filmes.blogspot.com.br

Encarte Pedagógico VIII

Um olhar sobre a saúde dos povos indígenas

TEXTO: Iara Tatiana Bonin, Tiago Miotto
 EDIÇÃO: Patrícia Bonilha

Publicação do Conselho Indigenista Missionário (Cimi)

www.cimi.org.br