



Saúde Indígena: uma introdução ao tema



Série Vias dos Saberes nº 5



Ministério da
Saúde

Ministério da
Educação



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO



Fundação Oswaldo Cruz



Saúde Indígena: uma introdução ao tema

Luiza Garnelo
Ana Lúcia Pontes
(orgs.)



Ministério da
Educação

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
POR UMA EDUCAÇÃO DE QUALIDADE

Edições MEC/Unesco

Ministério
da Educação



SECADI – Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão

Esplanada dos Ministérios, Bl. L, sala 200
Brasília, DF, CEP: 70047-900
Tel: (55 61) 2022-9217
Fax: (55 61) 2022-9020



Organização
das Nações Unidas
para a Educação,
a Ciência e a Cultura

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

Representação no Brasil
SAS, Quadra 5, Bloco H, Lote 6, Ed. CNPq/IBICT/Unesco,
9º andar Brasília, DF, CEP: 70070-912
Tel.: (55 61) 2106-3500
Fax: (55 61) 2106-3697
Site: www.unesco.org.br
E-mail: grupoeditorial@unesco.org.br



Saúde Indígena: uma introdução ao tema

Luiza Garnelo
Ana Lúcia Pontes
(orgs.)



Organização
das Nações Unidas
para a Educação,
a Ciência e a Cultura

Ministério da
Educação

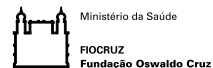
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAZ E BEM-ESTAR PARA TODOS



LACED
LABORATÓRIO DE PESQUISAS
EM ETNOLOGIA, CULTURA
E DESENVOLVIMENTO



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOSÉ CARLOS VIANEIRO



© 2012. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (Secadi), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) e Projeto Trilhas de Conhecimentos – LACED/Museu Nacional

Coordenação Editorial

Antonio Carlos de Souza Lima

Revisão: Gabriela Delgado

Projeto Gráfico: Andréia Resende

Diagramação: Marcelo Paixão e Marcelo Maurício

Tiragem: 10 (dez) mil exemplares

FICHA CATALOGRÁFICA
Biblioteca do ILMD / FIOCRUZ

G234c

Garnelo, Luiza(Org.).

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

280 p. il. Color. (Coleção Educação para Todos)

ISBN 978-85-7994-063-7

1. Saúde indígena I. Pontes, Ana Lúcia (Org.) II. Título

CDD 980.41

22. Ed.

CDU 613.94(=1.81-82)

Os autores são responsáveis pela escolha e apresentação dos fatos contidos neste livro, bem como pelas opiniões nele expressas, que não são necessariamente as da Unesco e do Ministério da Educação, nem comprometem a Organização e o Ministério. As indicações de nomes e a apresentação do material ao longo deste livro não implicam a manifestação de qualquer opinião por parte da Unesco e do Ministério da Educação a respeito da condição jurídica de qualquer país, território, cidade, região ou de suas autoridades, nem tampouco a delimitação de suas fronteiras ou limites.

Parceiros

Este livro integra a série Vias dos Saberes, desenvolvida pelo LACED – Laboratório de Pesquisas em Etnicidade, Cultura e Desenvolvimento / Museu Nacional – UFRJ, em parceria com a Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (Secadi), e contou com o financiamento da Fundação Ford e da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco). Este volume contou, ainda, com a parceria da Fundação Oswaldo Cruz, da qual suas organizadoras são integrantes.

A série foi originalmente concebida dentro dos quadros do Projeto Trilhas de Conhecimentos: o Ensino Superior de Indígenas no Brasil realizado pelo LACED no período de 2004 a 2009, com recursos da Pathways to Higher Education Initiative (PHE), que foi concebida para complementar o International Fellowships Program – IFP da Fundação Ford, e teve como proposta investir recursos em vários países até o ano de 2010 para promover projetos que aumentassem as possibilidades de acesso, permanência e sucesso no Ensino Superior de integrantes de segmentos educacionalmente sub-representados em países nos quais a Fundação Ford mantém programas de doações. Enquanto o IFP apoiou diretamente indivíduos cursando a pós-graduação por meio da concessão de bolsas de estudo, a PHE buscou fortalecer instituições educacionais interessadas em oferecer formação de qualidade em nível de graduação a estudantes selecionados para o programa, revendo suas estruturas, metas e rotinas de atuação. Na América Latina, a PHE financiou projetos para estudantes indígenas do Brasil, do Chile, do México e do Peru.

Sumário

Apresentação	9
Claudia Pereira Dutra	
Prefácio.....	11
Antônio Carlos Souza Lima	
Introdução.....	17
Luiza Garnelo e Ana Lúcia Pontes	
Capítulo 1 Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde	18
Luiza Garnelo	
Capítulo 2 Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados	60
Paulo Cesar Basta, Jesem Douglas Yamall Orellana, Rui Arantes	
Capítulo 3 Da prevenção de Doenças à promoção de saúde: reflexões a partir da questão do uso de bebidas alcoólicas por populações indígenas	108
Maximiliano Loiola Ponte de Souza	
Capítulo 4 Tradição de conhecimento, processos experienciais e práticas decura entre os Kaiowa	128
Fabio Mura, Alexandra Barbosa da Silva	

Capítulo 5 Nutrição e alimentação em saúde indígena: notas sobre a importância e a situação atual	156
Maurício Soares Leite	
Capítulo 6 Saúde e alimentação em áreas rurais e urbanas: um testemunho indígena	184
Trinho Trujillo Baniwa	
Capítulo 7 Cooperação internacional e saúde indígena	206
Guilherme Macedo	
Capítulo 8 Controle social: o ponto de vista das lideranças	216
Depoimentos de André Baniwa e Kleber Karipuna (coletados por Sully Sampaio)	
Capítulo 9 Educação escolar indígena e suas interfaces com o campo da saúde	242
Elciclei Faria dos Santos, Laura Daniel	
Capítulo 10 Profissionalização indígena no campo da saúde: desafios para a formação técnica de agentes indígenas de saúde	264
Ana Lúcia Pontes, Anakeila Stauffer, Luiza Garnelo	
Sobre os autores	289

Apresentação

A Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, anteriormente SECAD, foi criada pelo Decreto 7.480, de 16.05.2011, no Ministério da Educação, para fortalecer a agenda pública com os Sistemas de Ensino com a finalidade de remodelar essas estruturas com foco prioritário na ética dos Direitos Humanos, buscando consolidar um tratamento da diversidade sociocultural, reconhecendo seu valor social enquanto patrimônio de nosso país, entre outros compromissos.

Políticas de afirmação e promoção da multietnicidade dos Povos Indígenas devem ter um forte viés multissetorial e transversal para que as transformações na elaboração e gestão das políticas públicas sejam articuladas e compartilhadas entre os diversos órgãos do Estado brasileiro. Para SECADI, a educação não pode separar-se nos debates de questões como desenvolvimento socialmente justo e ecologicamente sustentável; gênero e diversidade de orientação sexual; escola e proteção a crianças e adolescentes; saúde e prevenção; diversidade étnico-racial; políticas afirmativas para afro-descendentes e populações indígenas; educação para as populações do campo; qualificação profissional e mundo do trabalho, democracia, direitos humanos, justiça, tolerância e paz mundial.

Entre as inúmeras ações estratégicas desenvolvidas pela SECADI, temos uma linha editorial – a Coleção Educação para Todos – com o objetivo de enraizar a diversidade sociocultural como valor na sociedade e promover a igualdade nos sistemas de ensino e na sociedade brasileira, respeitando as diferenças. Um importante parceiro nesse campo de atuação é o LACED-Laboratório de Pesquisas em Etnicidade, Cultura e Desenvolvimento, do Departamento de Antropologia / Museu Nacional – UFRJ que, com a Série Vias dos Saberes, já integra a Coleção Educação para Todos. Ao todo foram publicados quatro volumes desta série: O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje, A Presença Indígena na Formação do Brasil, Povos Indí-

genas e a Lei dos “Branços”: o direito à diferença e Manual de Linguística: Subsídios para a formação de professores na área de linguagem. As temáticas trabalhadas foram escolhidas com a finalidade de atender às demandas apresentadas pelos debates fomentados em diversos cursos de formação de professores e em outros espaços de troca e de diálogo entre sujeitos de tradições culturais distintas. Além dos assuntos já discutidos nos quatro volumes, a sistematização de discussões sobre outros temas é de grande relevância para formação dos estudantes indígenas em cursos de nível superior. Entre eles encontra-se o debate sobre a saúde indígena no contexto contemporâneo com foco nos avanços e nas dificuldades na construção do Subsistema de Saúde Indígena. É nessa direção, portanto, que se apresenta esta proposta do Laboratório de Pesquisas em Etnicidade, Cultura e Desenvolvimento (LACED) e da FIOCRUZ.

Mobilizando a intersectorialidade e a transversalidade na abordagem da sociodiversidade dos Povos Indígenas, a SECADI está lançando um novo volume à Coleção Educação para Todos com o livro Saúde Indígena: uma introdução ao tema que se propõe a discutir a temática, com ênfase em dimensões políticas e técnicas, além da organização da assistência, formação de pessoal e interfaces com a política indígena e indigenista, no âmbito da construção do subsistema de saúde indígena. Pretende, ainda, contribuir para a formação de professores, agentes indígenas de saúde e outros profissionais do campo, além de propiciar ao leitor que se introduz nesse tema uma visão geral sobre o assunto.

Desse modo, a SECADI tem uma enorme satisfação em publicar Saúde Indígena: uma introdução ao tema, contribuindo para disseminar estudos e pesquisas sobre a diversidade dos povos indígenas no Brasil contemporâneo, no âmbito de uma área dos direitos humanos - a saúde - que tem fortes interfaces com a educação escolar e seus atores - professores e comunidades indígenas e gestores públicos - na busca da construção de diálogos interculturais que reconheçam e fortaleçam a produção das diferenças culturais e aprofundem a democratização das relações entre o Estado brasileiro e os Povos Indígenas.

Claudia Pereira Dutra

Secretária – SECADI

Nas trilhas das universidades

Vias dos Saberes é uma série de livros destinados a fornecer subsídios à formação dos estudantes indígenas em cursos de nível superior e médio. Os textos visam dotá-los de pontos de partida para a composição dos instrumentos necessários a aguçar a percepção quanto aos amplos desafios à sua frente, diante de metas que vêm sendo formuladas pelos seus povos, suas organizações e comunidades, tais como: a da sustentabilidade em bases culturalmente diferenciadas frente ao Estado nacional das coletividades indígenas no Brasil do século XXI; a da percepção de seus direitos e deveres como integrantes de coletividades indígenas e, portanto, enquanto cidadãos brasileiros; a de uma visão ampla das bases históricas sobre as quais caminharão como partícipes na construção de projetos variados de diferentes futuros, na qualidade de indígenas dotados de saberes técnico-científicos postos a serviço de seus povos, mas adquiridos por meio do sistema brasileiro de ensino superior, fora, portanto, de suas tradições de conhecimentos. A elas devemos agregar ainda duas outras metas fundamentais: a da consciência política da heterogeneidade das situações indígenas no Brasil, frente a qual se coloca a total impropriedade de modelos únicos para solucionar os problemas dos índios no país, e a da presença, numa longa duração que vem desde os alvares das conquistas das Américas, dos conhecimentos tradicionais indígenas em meio aos saberes científicos ocidentais, todavia não reconhecida e não remunerada no plano financeiro que move o mundo capitalista contemporâneo, e sem qualquer valorização positiva que não beire o folclórico.

Num plano secundário, os volumes de *Vias dos Saberes* buscam servir, também, tanto à formação dos “formadores”, isto é dos

docentes do sistema de ensino brasileiro, quanto à dos estudantes não-indígenas, em geral bastante ignorantes da diversidade lingüística, dos modos de vida e das visões de mundo de povos de histórias tão distintas como os que habitam o Brasil, que compõem um patrimônio humano inigualável, ao menos para um mundo (Oxalá um dia o construamos assim!!) que tenha por princípio elementar o respeito à diferença, o cultivo da diversidade, a polifonia de tradições e opiniões, pautando-se pela tolerância, como tantos preconizam no presente. A aproximar os quase 230 povos indígenas, falantes de 180 línguas, perfazendo em torno de 734 mil indivíduos que aponta o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) enquanto “indígenas” pelo censo de 2000, perfazendo 0,4 % da população brasileira, o denominador comum da violência da colonização européia em suas histórias tão variadas, desde os tão crus episódios de guerras de dizimação e epidemias de períodos mais recuados da história desse nosso pedaço do continente americano, até as mais adocicadas formas de proteção engendradas pelo republicano (e colonialista) Estado brasileiro contemporâneo.

Os volumes dessa série foram, assim, especialmente pensados para servir a debates não só em classes de aula de ensino superior e médio (em especial de cunho técnico) , seja de cursos regulares seja de cursos concebidos especificamente para os estudantes indígenas, como as licenciaturas interculturais ou cursos voltados para gestão territorial e outros que venham a surgir, mas também a discussões em trabalhos de tutoria, grupos de estudos, classes de suplementação, cursos de extensão e muitos outros possíveis espaços de troca e diálogo entre portadores de tradições culturais distintas, ainda que alguns deles – indígenas e não indígenas – tenham sido já submetidos aos processos de homogeneização nacionalizante que marcam o sistema de ensino brasileiro de alto a baixo. Se, em textos de caráter primordialmente programático e em tom de crítica, hoje reconhecemos que a realidade da vida social nos Estados contemporâneos é a das diferenças sócio-culturais – ainda que essas se dêem em planos cognitivos muito distintos e em escalas também variadas de lugar para lugar – e que

é preciso fazer do conflito de posições a matéria de um o dia-a-dia tenso e instável, mas rico em vida e possibilidades para um novo fazer escolar, na prática estamos muito longe de “amar as divergências” e construir as aproximações provisórias possíveis entre mundos simbólicos apartados. Que fique claro: não é apenas uma espécie de mea culpa bem intencionado e posturas simpáticas e pueris que porão termo a práticas geradas por estruturas de dominação colonial de longo prazo, de produção da desigualdade a partir das diferenças sócio-culturais, consideradas como signo de inferioridade. Esta enunciação prescritiva da busca de “novas posturas” mal disfarça o exercício da violência (adocicada que seja), única caução de uma “verdade” única e totalitária. É preciso irmos bem mais adiante.

Esses livros não se pretendem os pioneiros em seus temas, já que são tributários de iniciativas importantes que os precedem. Mas marcam uma ruptura sim, por algumas razões. Em primeiro lugar, dentre seus autores figuram indígenas comprometidos com as lutas de seus povos, pesquisadores nas áreas de conhecimento sobre que escrevem, caminhando nessas encruzilhadas de saberes em que se vão inventando os projetos de futuro dos povos autóctones das Américas. Em segundo lugar, inovam por sinalizar às lutas indígenas pelo reconhecimento cotidiano de suas histórias diferenciadas e dos direitos próprios, pela luta contra o preconceito, que têm agora também na arena universitária e de ensino técnico seu principal campo de batalhas. Em terceiro lugar, porque desejam abrir caminho a muitos outros textos que, portadores de intenções semelhantes, venham a discordar, retificar, ampliar e gerar reflexões acerca de cada situação específica, de cada povo específico, de modo a que, se surgirem semelhanças nesse processo, elas sejam resultantes da comparação entre os diferentes modos de vida e não de seu aniquilamento e submissão por uma idéia geral do que é ser um genérico “cidadão brasileiro”.

Em quarto lugar e, sobretudo, por ser publicada pelo governo federal e distribuída amplamente no país, espera-se ainda que esses livros abram novas trilhas a conhecimentos essenciais, hoje enclausurados nos “cofres” das instituições de ensino e pesquisa, a um importante e

crescente número de estudantes indígenas, de modo a que esses possam recombina-los em soluções próprias, singulares, inovadoras, fruto de suas próprias pesquisas e ideologias. Assim, talvez pela preservação da diferença em meio à universalidade, e pela busca da ruptura com os efeitos de poder totalitário de saberes dominantes e segregadores, se vivique a idéia da universidade e de técnica, em seu sentido mais original e denso, livre das constringências amesquinhantes com que a sua apropriação por projetos de Estado a tem brindado. Quem sabe aí a tão atual e propalada “inclusão dos menos favorecidos” possa perder o risco de ser, para os povos indígenas, mais um projeto massificante e etnocida, e se possa reconhecer e purgar que muitas desigualdades se instauram na história a partir da invasão e das conquistas dos diferentes.

*

* * *

Saúde indígena: uma introdução ao tema, concebido e organizado por Luiza Garnelo e Ana Lucia Pontes, dirige-se de modo mais decisivo à formação técnica e universitária, bem como à prática de indígenas em formação em cursos da área de saúde e em ação como integrantes em diferentes posições no subsistema de saúde indígena. Contendo dentre seus autores com indígenas com larga experiência na área, o livro cobre múltiplos aspectos abarcados pela situação sanitária dos povos indígenas no Brasil e da forma como ela tem sido enfrentada, fornecendo a necessária contraparte específica à formação técnica e universitária, que em geral tem sido pautada por informações e conhecimentos pouco direcionados às questões indígenas. Assim, dos contornos mais gerais do subsistema de saúde indígena, passando pela diversidade de concepções indígenas sobre o que chamamos de saúde, pela dimensão do sanitarismo, e mesmo das questões relativas à ação da cooperação técnica internacional para o desenvolvimento nessa área, o livro fornece ainda subsídios para se entender a participação indígena no subsistema de saúde, a importância do estudo da área na educação escolar dos povos indígenas em vários níveis, e os desafios à formação de profissionais indígenas em saúde. Trata-se de um livro

único em seu perfil, pelo seu conteúdo ao mesmo tempo amplo e específico e, sobretudo, pela linguagem adequada ao público leitor principal a que foi destinado. Um texto necessário cuja utilidade se espera transborde o universo específico a que foi concebido, mostrando o quão imbricado o mundo da saúde indígena é com a construção de um Estado tão plural como o é a sociedade brasileira.

Antonio Carlos de Souza Lima

LACED/Departamento de Antropologia

Museu Nacional

UFRJ

Introdução

Saúde Indígena: uma introdução ao tema

Este livro se propõe a introduzir a temática do campo da saúde indígena, com ênfase em dimensões políticas e técnicas, além da organização da assistência, formação de pessoal e interfaces com a política indígena e indigenista, no âmbito da construção do subsistema de saúde indígena. Ele pretende contribuir para a formação de Professores, Agentes Indígenas de Saúde e outros profissionais do campo, além de propiciar ao leitor que adentra no tema, uma visão geral sobre o assunto.

Luiza Garnele
Ana Lúcia Pontes
ORGANIZADORAS

Capítulo 1

Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde

Luiza Garnelo

Características e desenvolvimento da política indigenista no Brasil

A chamada política indigenista, ou seja, a política do Estado dirigida às populações indígenas foi caracterizada, ao longo da história do Brasil, pela forte interveniência do poder público, ainda que consorciado a entidades religiosas e civis, com vistas a promover a assimilação dos povos indígenas à sociedade brasileira. Essa política tinha como base o pressuposto de que paulatinamente os indígenas deixariam de existir como grupos culturalmente diferenciados. Porém, o passar dos anos mostrou que tal presunção era infundada, pois, longe de desaparecer, as sociedades indígenas tiveram grande crescimento demográfico, mostram grande vitalidade cultural e ampliaram suas pautas de reivindicação por direitos ligados à diferenciação étnica.

A atuação direta das instituições públicas na política indigenista se deu inicialmente através do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), que foi substituído a partir de 1967 pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), uma entidade estatal criada pela ditadura militar. Ambos os órgãos tinham como atribuições a prestação de assistência aos povos indígenas nos mais diversos campos da vida social tais como saúde, educação, direitos fundiários, proteção aos conhecimentos tradicionais, desenvolvimento econômico e outros.

Em que pese o perfil previsto para sua atuação, tais instituições jamais chegaram a cumprir plenamente suas atribuições. Em parte isso se deveu à ideia de que as sociedades indígenas seriam um objeto transitório da atenção das políticas públicas, posto que se extinguiriam fisicamente, ou sobreviveriam de forma indiferenciada em relação à sociedade brasileira como um todo, dispensando, portanto, a atuação indigenista (Oliveira, 1998).

Um dos aspectos mais negativos da política indigenista adotada no Brasil foi a prática da tutela, uma medida jurídica que delegava para o órgão indigenista oficial o direito de decidir pelas comunidades, tirando dos indígenas a possibilidade de protagonizar os rumos de suas vidas. No campo da saúde os órgãos indigenistas enfrentaram a falta de suporte técnico e financeiro para o desenvolvimento das ações sob sua

responsabilidade, o que redundou em baixa qualidade e insuficiência na assistência sanitária ofertada nas aldeias. As restrições e inadequações da política indigenista geraram um acúmulo de insatisfações dos indígenas e das entidades não governamentais que os apoiavam, produzindo reivindicações por mudanças nas ações de governo (Garnelo, Macedo e Brandão, 2003).

Esse cenário foi significativamente alterado pela Constituição de 1988, que reconheceu os direitos dos povos originários às suas terras, a políticas sociais diferenciadas e adequadas às suas especificidades culturais, à autorrepresentação jurídico-política e à preservação de suas línguas e culturas. Tais avanços constitucionais repercutiram positivamente na política indigenista e na sociedade brasileira em geral, sedimentando a premissa de que um tratamento diferenciado às minorias étnicas pelo poder público representa um direito e não uma ação caritativa (Lima e Barroso-Hoffman, 2002).

Ainda que a autonomia nativa permaneça limitada pela persistente assimetria social e econômica entre indígenas e não indígenas, os avanços políticos propiciados pela Constituição são inegáveis. Dentre eles destacamos a ampliação e consolidação do associativismo indígena que hoje é um dos mais importantes vetores de interveniência na definição de rumos e prioridades da política indigenista no país. No campo da saúde destacamos a criação de um subsistema específico para o atendimento a essas minorias, sobre o qual falaremos de forma mais detalhada nas seções subsequentes.

No início da década de 1990, um conjunto de decretos da Presidência da República retirou da FUNAI boa parte de suas atribuições nas áreas de saúde, educação e de preservação cultural. Tais responsabilidades foram repassadas para os ministérios equivalentes, os quais já tinham ingerência sobre essas políticas públicas para o conjunto da população brasileira. A medida ampliou o conjunto de instituições de governo atuantes na questão indígena, tornando mais complexo o cenário político do indigenismo (Garnelo, Macedo e Brandão, 2003).

Outro elemento relevante nesta conjuntura foi a emergência das Organizações não Governamentais, as chamadas Ongs. A presença crescente

dessas entidades ao longo da década de 1990 ampliou o leque de alianças ao alcance do movimento indígena. Se antes as igrejas – católica e protestante – representavam a principal presença não governamental no mundo indígena, esse leque se diversificou com a participação de entidades com os mais diversos propósitos e matizes políticos. Parte desse universo é representada pelas Ongs organizadas pelos próprios índios, que vêm atuando em paralelo, ou complementarmente, às entidades de defesa dos direitos à diferença étnica (Garnelo, Macedo e Brandão, 2003).

A interação entre associações indígenas e Ongs não indígenas tem viabilizado a provisão de assessoria e parceria para o desenvolvimento de intervenções em diversos aspectos da vida social, tais como saúde, educação, direito, desenvolvimento econômico (sustentável ou não), comunicação social, registro escrito e audiovisual de produções culturais, qualificação técnica profissionalizante, e muitas outras. Tem sido marcante a atuação das Ongs na Amazônia, particularmente pela íntima vinculação que se estabeleceu entre a defesa da preservação da floresta e a das culturas indígenas (Garnelo, 2006a).

Na Amazônia legal, região com grande densidade populacional indígena, persistiu, ou mesmo recrudescceu, ao longo da década de 1990 e anos subsequentes, a tensão entre índios e não índios, particularmente em áreas reconhecidas como fronteiras econômicas, nas quais tornou-se ainda mais acirrada a disputa por terras, jazidas minerais e outras riquezas naturais.

À medida que se consolidaram, as organizações indígenas sofreram inflexões nas suas finalidades. Concebidas inicialmente como meios de defesa da identidade indígena e instrumentos de luta pela demarcação das terras, as associações tiveram que rever seu perfil de atuação no final do século XX, porque novos campos da política indigenista se abriram e estas entidades foram chamadas a participar da gestão de políticas sociais nos mais variados campos (Garnelo e Sampaio, 2005).

A mudança em seu perfil de atuação demandou também a ampliação da qualificação técnica dos líderes indígenas, muitos dos quais passaram a exercer cargos executivos, tanto em órgãos públicos quanto em entidades indígenas envolvidas com a execução de políticas sociais. Um

dos campos em que isto ocorreu de modo mais visível foi na área da saúde, após a instituição do subsistema de saúde indígena, que, em seu período de implantação, firmou convênios com entidades de defesa dos direitos indígenas para a realização de atendimento sanitário à população indígena (Vianna, 2006; Garnelo, 2006b).

Política de Saúde Indígena: antecedentes e situação atual

O entendimento da política de saúde indígena demanda uma explicação preliminar sobre as características do Sistema Único de Saúde (SUS), que deu origem e moldou o subsistema de saúde indígena. Este deve ser entendido – tal como expresso em sua designação – como um subproduto do SUS.

O SUS é um sistema público de prestação de serviços de saúde para a população brasileira, que compreende atividades dirigidas a pessoas e coletividades, desenvolvidas no âmbito federal, estadual e municipal. As ações do SUS são voltadas para a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, além de intervenções sobre o ambiente onde se vive e trabalha. Suas atribuições prevêm ainda o controle da qualidade e desenvolvimento de pesquisa e produção de medicamentos, equipamentos e outros insumos necessários à realização das ações sanitárias no país (Noronha, Lima e Machado, 2008).

O SUS é produto de uma reforma técnica e política no campo da saúde, iniciada na década de 1980, que ficou conhecida como Reforma Sanitária. Entre as propostas relevantes da Reforma Sanitária, ganhou destaque a recomendação de ofertar atenção à saúde de qualidade para todos os grupos populacionais que habitam no país, incluindo-se a população que vive em situação de pobreza e em regiões de difícil acesso, como é o caso da maior parte da população indígena (Escorel, 2008).

A preocupação em estender a assistência à saúde a todos os lugares do Brasil e a todos os grupos populacionais, incluindo-se os que não tenham empregos formais, caracteriza o SUS como uma política de proteção social, comprometida com a redução das desigualdades sociais; ela se apóia em um sistema de seguridade social com regime jurídico

de cobertura universal, com prioridade para Atenção Primária à Saúde (APS) (Soares, 2008; Fleury e Ouverney, 2008).

A APS é uma forma de organizar os serviços de saúde. Ela visa oferecer um atendimento eficiente, com elevada capacidade resolutiva das necessidades de saúde com menor custo, mediante a adoção de técnicas simples mas eficientes, capazes de responder aos principais problemas de saúde que ocorrem na população. No caso brasileiro, a universalização da APS teve entre seus principais desafios interiorizar a cobertura das ações de saúde para áreas mais remotas do território nacional.

Ainda que o SUS seja uma política originalmente produzida pelo governo federal, ela foi gradativamente ampliada para os estados e municípios. Tal estratégia foi chamada de descentralização da política e das ações de saúde. A descentralização implica em delegar para os sistemas municipais de saúde a responsabilidade sobre o planejamento e execução das atividades necessárias à melhoria dos problemas de saúde da população que vive no território municipal. Nesse caso, caberia ao governo federal exercer o papel de regulamentar, estimular, acompanhar e avaliar as atividades de saúde de grande impacto populacional, ficando a cargo das secretarias municipais de saúde executar fisicamente os serviços necessários para atender às necessidades sanitárias das populações locais (Noronha, Lima e Machado, 2008).

Na forma original como o SUS foi concebido, a população indígena não representava uma de suas prioridades, posto que, à época, a prestação de cuidados à saúde desses grupos ainda estava sob a responsabilidade do órgão indigenista.

Uma das características do Sistema Único de Saúde com influência negativa na saúde dos povos indígenas é a tendência em priorizar ações de saúde voltadas para as áreas urbanas. Dado o modo como o SUS foi implantado no país, observa-se que os órgãos de saúde acumularam maior expertise na organização de serviços dirigidos aos aglomerados urbanos, havendo dificuldade para adaptar as estratégias de atendimento para as populações rurais e em estender, com sucesso, as ações de saúde para as regiões interioranas.

Para grupos culturalmente diferenciados, tais dificuldades se avo-

lumam. Até 1990, a política indigenista, aí incluídas as ações de saúde, estava a cargo da FUNAI. Por consequência, o Ministério da Saúde não acumulou experiência no desenvolvimento de políticas de saúde específicas para as minorias étnicas até o final do século XX. Somente após a criação do subsistema de saúde indígena, em 1999, as autoridades sanitárias passaram a se dedicar ao tema. O tempo de dez anos de criação do subsistema não se mostrou suficiente para a geração de tecnologias e modos de atuação adequados ao trato com a população indígena.

O reconhecimento de que o modo de vida indígena tem singularidades que devem ser respeitadas e de que o SUS não dispunha de preparo adequado para atender a elas levou à proposta de organização de um sistema de saúde específico para os povos indígenas. Como o arcabouço jurídico-político instituído pela reforma sanitária enfatizava a ideia de um único sistema de saúde, vingou a proposta de criar um subsistema do SUS, garantindo assim uma vinculação hierárquica entre essas instâncias. Sob essa configuração o subsistema de saúde indígena foi criado em 1999 pela Lei 9.836, conhecida como Lei Arouca, em homenagem ao grande sanitarista e deputado Sérgio Arouca, que propôs e viabilizou a aprovação dessa lei no Congresso Nacional (Garnelo, Macedo e Brandão, 2003; Santos et al., 2008).

Porém, a relação entre o SUS e seu subsistema tem sido perpassada por conflitos e contradições; entre eles a municipalização dos serviços de saúde é um dos mais relevantes e impactantes sobre os direitos indígenas. Uma das conquistas históricas do movimento de apoio à causa indígena foi o consenso de que a política indigenista deveria ser executada pelo governo federal. Os defensores dessa ideia entendem que o preconceito e a hostilidade contra os indígenas costumam se expressar de forma mais aguda nos territórios municipais, onde tensões e disputas entre índios e não índios eclodem de forma aberta e cotidiana.

No caso da saúde, uma forma de salvaguardar os direitos indígenas seria manter a prestação das ações de saúde no âmbito do próprio Ministério da Saúde. Porém, a chamada descentralização, a diretriz do SUS que preconiza o repasse da execução das ações de saúde para as municipali-

dades, destituiu o nível federal de uma rede própria de assistência. Esse é um exemplo das contradições geradas entre a estrutura e funcionamento do SUS e a responsabilidade constitucional do governo federal pelo desenvolvimento de políticas de proteção aos direitos indígenas.

Frente a impasses como este, se buscou alternativas que garantissem a presença simultânea de prestadores de serviços em vários níveis de governo. Assim, após a promulgação da Lei Arouca, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão do Ministério da Saúde, recebeu a responsabilidade de coordenar e executar as ações de saúde indígena. Sendo um órgão do governo federal, essa entidade dispunha de pouco pessoal próprio para desenvolver suas tarefas; assim, optou por subcontratar municípios e organizações não governamentais para realizar ações de saúde em aldeias onde a FUNASA não contasse com rede própria. A coordenação nacional do subsistema passou a ser feita pelo Departamento de Saúde Indígena (DESAI), um setor da FUNASA sediado em Brasília (Garnelo, Macedo e Brandão, 2003).

Entretanto, a delegação da operacionalização das ações de saúde indígena para a FUNASA não eximiu o Ministério da Saúde da responsabilidade mais ampla de gerir essa política pública. Em função disso, parte desse monitoramento ficou a cargo da Secretaria de Assistência a Saúde (SAS), a qual, além da responsabilidade em coordenar a assistência à saúde da população brasileira como um todo, também passou a exercer este papel junto à população indígena, principalmente na interlocução com os sistemas municipais de saúde.

A dinâmica de interação entre os diversos órgãos que atuam na saúde indígena é apresentada na Figura 1, que expressa o chamado modelo de gestão, ou seja, o modo como é feito o gerenciamento técnico e político das atividades do subsistema.

No ano de 2010 foi publicado o decreto N° 7.336/MS que formalizou a decisão governamental de repassar a gestão do subsistema de saúde indígena para a recém criada Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) que recebeu as atribuições anteriormente desenvolvidas pela FUNASA. A criação da SESAI não retirou as atribuições que a SAS já desenvolvia junto aos sistemas municipais de saúde no âmbito da saúde indígena.

Figura 1: Modelo de gestão do Subsistema de Saúde Indígena



Legenda:

DESAI= Departamento Saúde Indígena

DSEI = Distrito Sanitário Especial Indígena

SAS = Secretaria de Assistência a Saúde

Fonte: elaboração da autora.

A multiplicidade de entidades governamentais e não governamentais que atuam no subsistema gera uma dinâmica de gestão muito complexa, pois a disparidade de interesses, prioridades e formas de funcionamento dos atores institucionais envolvidos dificulta uma interação harmoniosa entre eles. Esse modelo de gestão está em fase de modificação e deve ser reestruturado após a implantação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, atualmente em curso.

O modelo de gestão de um sistema de saúde é um meio para prover atendimento adequado à população. Em saúde pública é praxe que a programação das ações de atendimento seja ordenada segundo um modelo de assistência que oriente seu desenvolvimento no plano local. No caso do subsistema de saúde indígena o modelo de assistência está baseado nos chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Modelo assistencial e condições de funcionamento do subsistema de saúde indígena

Implantado oficialmente em 1999, com a responsabilidade de prestar atendimento a toda população aldeada em terras indígenas, o subsistema organizou suas unidades de ação segundo a proposta dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Estes se caracterizam como uma rede interconectada de serviços de saúde, capaz de oferecer cuidados de atenção primária à saúde, adequados às necessidades sanitárias da maioria da população. Aos distritos sanitários caberia, portanto, oferecer ações de prevenção de doenças (por exemplo, vacinação e saneamento), cuidados de saúde dirigidos a segmentos populacionais específicos, tais como o grupo materno-infantil e os idosos. Outras ações possíveis nesses sistemas locais de saúde seriam monitoramento das condições de alimentação e nutrição, bem como da saúde dos ambientes, educação em saúde, remoções de emergência e outros serviços que contribuam para o bem-estar dos grupos étnicos atendidos no subsistema (Santos et al., 2008).

A distribuição dos distritos sanitários nas unidades federadas obedeceu às características culturais e distribuição das terras indígenas, bem como a critérios demográficos que contribuíram para a definição de suas localizações e áreas de abrangência. Assim, a FUNASA optou pela implantação de 35 Distritos Sanitários, distribuídos conforme mostra o mapa da Figura 2:

Figura 2: Distribuição dos Distritos Sanitários no Brasil

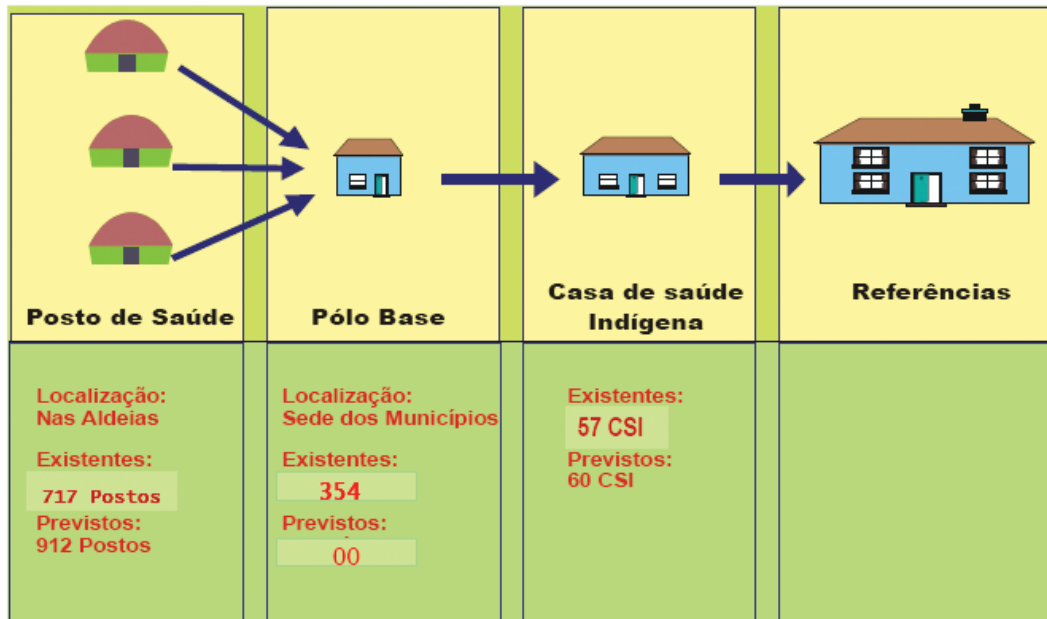


Legenda:

- | | |
|---|---|
| 1. Alagoas e Sergipe – AL/SE | 18. Manaus – AM |
| 2. Amapá e Norte do Pará – AP/PA | 19. Guamá-Tocantins – PA |
| 3. Altamira – PA | 20. Maranhão – MA |
| 4. Alto Rio Juruá – AC | 21. Mato Grosso do Sul – MS |
| 5. Alto Rio Purus – AC/AM | 22. Médio Rio Purus – AM |
| 6. Alto Rio Negro – AM | 23. Parintins – AM/PA |
| 7. Alto Rio Solimões – AM | 24. Pernambuco – PE |
| 8. Araguaia – GO/MT | 25. Porto Velho – RO/AM |
| 9. Bahia – BA | 26. Potiguara – PB |
| 10. Ceará – CE | 27. Cuiabá – MT |
| 11. Minas Gerais e Espírito Santo – MG/ES | 28. Rio Tapajós – PA |
| 12. Interior Sul – SP/PR/SC/RS | 29. Médio Rio Solimões e Afluentes – AM |
| 13. Vale do Javari – AM | 30. Tocantins – TO |
| 14. Kayapó – PA | 31. Vilhena – RO/MT |
| 15. Kayapó – MT | 32. Xavante – MT |
| 16. Leste de Roraima – RR | 33. Parque Indígena do Xingú – MT |
| 17. Litoral Sul – RJ/SP/PR/SC/RS | 34. Yanomami- RR/AM |

Cada DSEI conta com uma rede de serviços, ou seja, com um conjunto de unidades sanitárias onde o atendimento é realizado segundo níveis diferenciados de complexidade técnica das ações de saúde ali desenvolvidas. Tipicamente, um DSEI deve ser organizado de acordo com o modelo da Figura 3:

Figura 3: Rede hierarquizada de Serviços de Saúde nos DSEI



Fontes: DESAI. Ministério da Saúde, 2008.

Consórcio IDS-SSL-CEBRAP¹, 2009.

De acordo com este modelo, o Posto de Saúde seria a unidade mais simples do Distrito Sanitário. Nele atuaria o Agente Indígena de Saúde e deveria haver pelo menos um posto de saúde em cada aldeia.

Se considerarmos que o Sistema de Informação em Saúde Indígena (SIASI) registra um total de 717 postos implantados, e que existem mais de 4 mil aldeias cadastradas nesse mesmo sistema, é possível concluir que persiste um grande número de aldeias sem cobertura assistencial, mesmo no nível mais simples de atendimento.

¹ O Consórcio foi formado por três instituições (Instituto para o Desenvolvimento Social, Saúde sem Limites e Centro Brasileiro de Análise e Planejamento) que, no período entre 2008 e 2009, foram contratadas pela FUNASA para realizar um diagnóstico de situação do subsistema de saúde indígena.

O nível seguinte de complexidade é representado pelo Polo-Base, uma unidade de saúde que deve contar com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, os quais se responsabilizariam pelo atendimento das aldeias geograficamente próximas a ele. A vinculação de uma unidade de saúde a um território e população específicos constitui aquilo que é chamado em saúde pública de área de abrangência da unidade de saúde.

Segundo o modelo do subsistema de saúde indígena, a equipe baseada nesta unidade de saúde, preferencialmente sediada no interior das terras indígenas, deve prover atenção básica à saúde da população sob sua responsabilidade, atuando de modo articulado ao trabalho do agente de saúde e efetuando visitas periódicas de atendimento aos comunitários.

Dando continuidade à análise do modelo da rede de serviços de saúde contido na Figura 3, observa-se nele a existência das Casas de Saúde Indígena, sucedâneas das antigas Casas do Índio. De modo geral elas estão implantadas em sedes municipais e devem acolher os doentes encaminhados das aldeias e polos-base, para receber algum tipo de tratamento de saúde na cidade. As Casas de Saúde Indígena são uma especificidade do subsistema de saúde indígena, pois esse tipo de unidade não é adotado no SUS como um todo. Sua principal atribuição é o apoio ao paciente indígena em trânsito, para exames ou tratamento, substituindo o suporte familiar ou social com que os indígenas não contam quando se deslocam para o espaço urbano. Esse perfil de atuação caracteriza a Casa de Saúde do Índio como um modelo misto de albergue e centro de atendimento aos casos de doença.

O último tipo de unidade de saúde que aparece na Figura 3 é a Unidade de Referência. Esse termo é usado para designar um ambulatório ou hospital especializado, sediado, em geral, nas grandes cidades, para onde o paciente indígena é encaminhado para receber tratamento médico mais complexo, que não pode ser ofertado no DSEI. Segundo o modelo de organização do Subsistema de Saúde Indígena, as unidades especializadas de referência representam um nível organizativo que já está fora do Distrito Sanitário, ou seja, essas unidades já são parte dos sistemas municipais e estaduais de saúde que devem interatuar com o subsistema de saúde indígena.

Essas diretrizes técnicas orientam a operacionalização dos DSEI. Porém, um modelo não pode, por si só, garantir a qualidade do cuidado em saúde prestado nas unidades de saúde. A qualidade da assistência é influenciada por muitas outras variáveis que têm igual peso no produto final das ações distritais.

Autores como Coimbra et al. (2006), Coimbra, Garnelo e Santos (2007), Santos et al. (2008), Garnelo e Brandão (2003), Vianna (2006), Weiss e Zanchetta (2006), Garnelo, Macedo e Brandão (2003) e Erthal (2003) realizaram avaliações parciais do funcionamento do subsistema, a partir de análises situacionais de alguns dos distritos sanitários especiais indígenas. Nessas publicações, surge de modo recorrente a informação de que o atendimento à população aldeada é descontínuo e de baixa qualidade técnica, que há elevada rotatividade e/ou falta de profissionais para realizar o atendimento, ao lado da escassez de materiais e equipamentos necessários ao desenvolvimento das ações de saúde. Os autores também assinalam a descontinuidade no fluxo de recursos financeiros repassados para os DSEI, além de problemas logísticos que dificultam o deslocamento dos profissionais para atuar com regularidade nas aldeias.

Esse conjunto de condições precárias tem prejudicado o alcance de bons níveis de resolução dos problemas de saúde nas próprias aldeias. Mesmo limitados, os dados disponíveis demonstram que a qualidade no atendimento prestado nos DSEI é insatisfatória, e que agravos à saúde que poderiam ser resolvidos nas aldeias e polos-base continuam sendo encaminhados para as cidades. Essas remoções superlotam as Casas de Saúde Indígena e oneram desnecessariamente as famílias indígenas com remoções que interrompem suas rotinas de subsistência. Os autores são unânimes em registrar a persistência de elevados níveis de mortalidade infantil, de doenças transmissíveis e outros agravos ligados à má qualidade das condições de vida das famílias indígenas, os quais tendem a piorar devido à falta de intervenção precoce das equipes de saúde (Escobar et al., 2003; Garnelo e Brandão, 2003; Coimbra Jr. et al., 2006; Cardoso, Coimbra Jr. e Tavares, 2010). As unidades de referência que ofertam tratamento especializado nas cidades também

oferecem serviços de baixa qualidade, têm longas filas de espera para obtenção de tratamento e uma recusa sub-reptícia de tratar o doente indígena, o que dificulta a obtenção de consultas, internações e exames nesses estabelecimentos.

Financiamento em saúde indígena

As análises disponíveis sobre o desempenho do subsistema mostram uma tendência geral de crescimento do financiamento para saúde indígena. Essa tendência positiva coexiste com problemas na alocação dos recursos disponíveis, particularmente no plano local, onde são comuns as referências à descontinuidade no repasse de recursos para pagamento do pessoal contratado através das conveniadas, aliadas às dificuldades na aquisição de equipamentos e insumos básicos para prover o atendimento, tais como medicamentos, combustível e outros materiais de consumo rotineiro (Diehl et al., 2003; Garnelo e Brandão 2003; Verdum, 2006; Garnelo, Macedo e Brandão, 2003; Hoffman-Barroso et al., 2004; Consórcio IDS-SSL-CEBRAP, 2009).

Os dados oficiais do Ministério da Saúde informam que o orçamento da saúde indígena cresceu de cerca de 180 milhões de reais, em 1999, para mais de 256 milhões de reais, em 2004. Esse montante equivale a uma aplicação de recursos per capita, três vezes maior em saúde indígena do que a que foi feita para o restante da população brasileira no mesmo período (Garnelo, Macedo e Brandão, 2003; Santos et al., 2008).

A consulta às informações mais recentes disponibilizadas pela FUNASA sobre os recursos aplicados em saúde indígena confirma a ideia de uma evolução positiva no crescimento do orçamento de saúde indígena, conforme evidenciado no Quadro 1.

Quadro 1: Evolução do orçamento da saúde indígena – valores em R\$

Fonte	2003	2004	2005	2006	2007
FUNASA	136.892.000,00	181.968.740,00	219.502.706,34	296.994.353,39	328.257.894,38
SAS	61.707.348,00	74.665.255,00	115.329.232,00	164.441.614,00	175.948.668,00
TOTAL	198.599.348,00	256.633.995,00	334.831.938,34	461.435.967,39	504.206.562,38

Fonte: Consórcio IDS-SSL-CEBRAP, 2009.

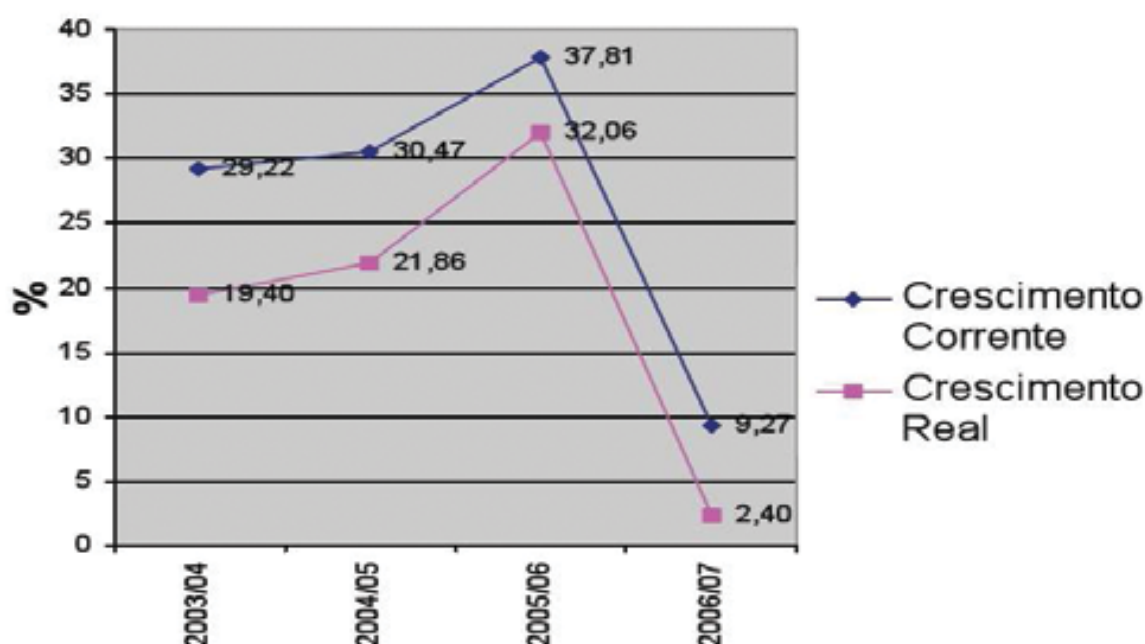
O quadro mostra a existência de duas fontes orçamentárias, a FUNASA e a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS), que desde 2003 se consorciaram para a formação do orçamento da saúde indígena, que totalizou mais de 500 milhões de reais em 2007. De acordo com o relatório do Consórcio IDS-SSL-CEBRAP (2009), que fez um diagnóstico situacional do subsistema, o investimento em saúde indígena em 2007 foi 74% maior do que o investimento feito em 2003, o ano inicial da série histórica aqui analisada. Uma análise dos valores contidos no quadro mostra que os recursos oriundos da SAS, que representavam pouco mais de 44% do orçamento total da saúde indígena em 2003, cresceram para cerca 53% do total aplicado no ano de 2007.

Ressalve-se, porém, que os recursos oriundos da SAS são repassados diretamente para os sistemas municipais de saúde e que não há informações disponíveis sobre as prioridades de alocação dos mesmos, ou seja, os municípios não informam se esse orçamento tem sido efetivamente aplicado nas ações de saúde indígena. Se considerarmos que o financiamento oriundo da SAS representa mais da metade do orçamento da saúde indígena, caso ele esteja sendo canalizado para outras finalidades isso poderia explicar, pelo menos em parte, porque os gestores e usuários indígenas reclamam da falta de recursos nos DSEI.

O relatório do Consórcio IDS-SSL-CEBRAP (2009) distingue entre o crescimento corrente e o crescimento real do orçamento, sendo o segundo o montante efetivamente aplicado no período. Em geral o orçamento efetivamente aplicado costuma representar um montante menor que o orçamento anualmente programado e é o que se verifica no gráfi-

co em questão. Segundo os autores do relatório o maior incremento do orçamento da saúde indígena se deu entre 2005 e 2006, com 38% de acréscimo em termos nominais e 32% em termos reais; nos dois anos seguintes a tendência foi de queda, conforme se observa na Figura 4.

Figura 4: Tendência do investimento em saúde indígena



Fonte: Consórcio IDS-SSL-CEBRAP, 2009.

Se cruzarmos os dados do orçamento com os dados populacionais disponibilizados pela FUNASA, poderemos detalhar melhor o gasto per capita em saúde indígena. Esses cálculos permitem concluir que, no subsistema, o gasto por pessoa foi cerca de R\$ 591 em 2002, de R\$ 625 em 2006 e que pode ter alcançado R\$ 987 em 2007, a depender do tamanho da população considerada para efetuar o cálculo².

Ainda que o gasto per capita em saúde indígena tenha sido mais elevado que o gasto per capita para a população brasileira como um todo,

² Essa ressalva se deve às controvérsias sobre o tamanho da população indígena no Brasil. Mais informações sobre esse problema são encontradas na seção a seguir, desse mesmo capítulo: Um olhar sobre a população indígena atendida no subsistema de saúde indígena.

ele parece ter gerado uma repercussão apenas moderada no plano local, não logrando melhoria nos níveis de saúde da população indígena, que permanecem muito precários, conforme se pode concluir com uma consulta ao capítulo 2 deste livro. O mapeamento preciso das razões para tal discrepância ainda espera uma pesquisa específica com esta finalidade, mas análises parciais disponíveis como a feita por Diehl et al. (2003) e por Garnelo e Brandão (2003) são sugestivas de desperdício e de pulverização dos recursos em atividades que não impactam diretamente sobre a qualidade e continuidade da assistência prestada nas aldeias. Some-se a isso o custo mais elevado das ações de saúde indígena, ligados às distâncias geográficas e dificuldades de acesso à terra indígena.

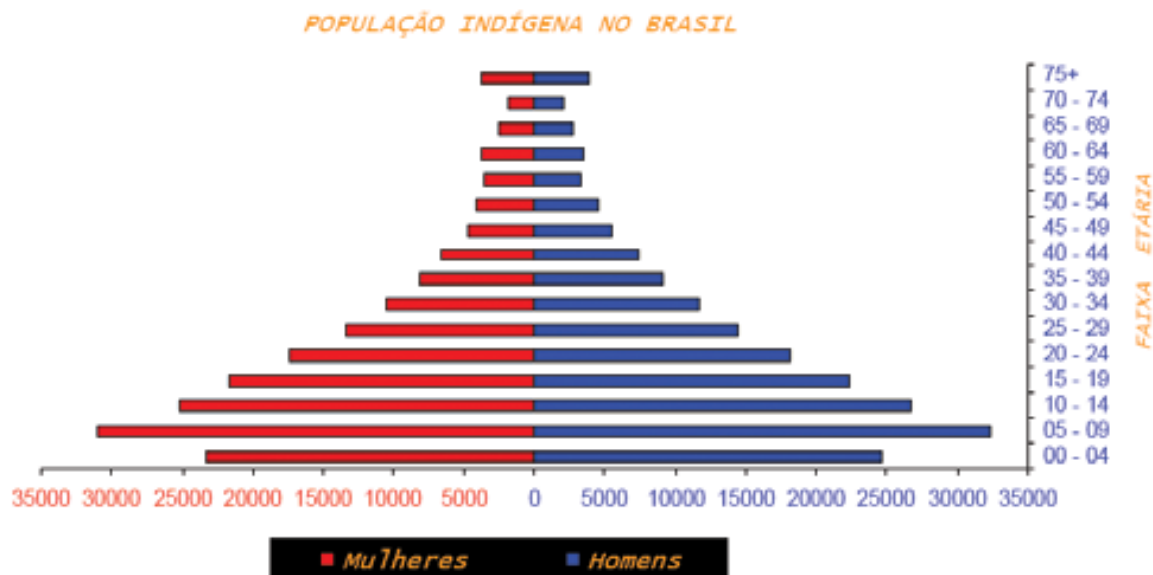
Por outro lado, é necessário lembrar que a população indígena historicamente tem condições de saúde bem piores que as da média dos brasileiros não indígenas, assim, a correção de tal desigualdade exigirá décadas de investimento, não apenas em saúde, mas em um amplo conjunto de políticas sociais que promovam a melhoria geral das condições de vida. Nessas condições, um custeio que à primeira vista parece elevado talvez seja insuficiente para atender adequadamente às necessidades do subsistema.

Um olhar sobre a população indígena atendida no subsistema de saúde indígena

A análise dos recursos só adquire sentido quando contraposta às tarefas a serem realizadas e ao quantitativo da população a ser atendida. Assim, buscamos informações sobre o número de pessoas cadastradas no sistema de informações (SIASI) da FUNASA e sobre o volume do atendimento prestado nos DSEI para gerar uma ideia da capacidade de resposta do subsistema às necessidades de atenção à saúde.

A busca de informações sobre o perfil demográfico da população indígena gerou a pirâmide populacional que está disposta na Figura 5.

Figura 5: pirâmide populacional indígena no Brasil



Fonte: Ministério da Saúde/DESAI, 2004.

A pirâmide populacional indígena mostra um predomínio das faixas etárias mais jovens (menores de 15 anos), o que pode ser explicado pela elevada taxa de natalidade da maioria dos grupos étnicos que vivem no país. Situações de rápido crescimento demográfico exigem uma ampliação contínua na capacidade instalada das unidades de saúde de modo a fazer frente às novas demandas que surgem a cada ano. O reduzido número de idosos na pirâmide fala a favor de uma baixa expectativa de vida ao nascer, algo que costuma estar ligado a precárias condições de vida e a níveis inadequados de acesso ao atendimento à saúde, ao lado da baixa resolutividade destas ações. Por outro lado, perfis sociodemográficos desse tipo costumam estar associados a perfis epidemiológicos em que predominam as doenças infecciosas, algo que é confirmado pelas publicações disponíveis (Imbiriba et al., 2009; Coimbra Jr. et al., 2006; Kühl et al., 2009; Cardoso, Coimbra Jr. e Guimarães, 2010; Brand e Pícoli, 2006; Bóia, 2009; Arantes, Frazão e Santos, 2010 (no prelo); Basta et al., 2004). Ou seja, ainda que os problemas de saúde da população indígena possam ser graves, a maioria deles pode ser resol-

vida, ou amenizada, pelos cuidados de atenção primária a saúde que os DSEI deveriam estar aparelhados para oferecer.

Embora seja um dado disponível no SIASI este perfil demográfico é controvertido, porque se refere exclusivamente à população cadastrada, ou seja, aquela atendida pela FUNASA e não ao contingente populacional indígena efetivamente existente no país.

No Brasil existe uma grande incerteza quanto ao tamanho da população indígena que vive atualmente no país, pois os órgãos públicos divergem sobre o modo de coletar informações a esse respeito. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) utiliza o critério de autodesignação para efetuar o registro de uma pessoa como indígena nos censos demográficos. Em consequência, o IBGE informa que no último recenseamento (feito em 2000), havia mais de 700 mil indígenas no Brasil (Azevedo, 2000). Já a FUNAI, ainda que não tenha feito recenseamento nos anos recentes, trabalha com números mais conservadores, visto que contabiliza só as populações aldeadas e residentes em terras demarcadas. A FUNASA opera de modo semelhante, direcionando sua atuação – e consequentemente, o cadastramento da população atendida – para os grupos aldeados em terras demarcadas e nos informa uma população total cadastrada de 528.603 pessoas, como se pode ver no Quadro 2.

Quadro 2: População Indígena Atendida pelo Subsistema de Saúde Indígena

Unidades federadas com população indígena	25
Distritos Sanitários Especiais Indígenas	34
Pólos-Base	354
Municípios com aldeias indígenas	412
N. de aldeias no país	4.750 (4.095)
N. de famílias indígenas cadastradas	81.738 (118.915)
População total cadastrada no subsistema de saúde indígena	528.603

Fonte: DESAI. Ministério da Saúde, 2008. Consórcio IDS-SSL-CEBRAP, 2009.

Ressalve-se, no entanto, que a qualidade das informações oferecidas pela FUNASA também é precária nesse componente, havendo muitas contradições nos dados disponibilizados pelo órgão. É o que se observa no Quadro 2 que demonstra a existência de informações divergentes no interior do próprio subsistema. Por exemplo, os números contidos nas linhas 5 (número de aldeias no país) e 6 (número de famílias indígenas cadastradas) exemplificam essa divergência de informação: apesar de serem dados oriundos da mesma fonte, o SIASI, os dados registrados pelo Departamento de Saúde Indígena (DESAI) divergem daqueles obtidos na avaliação dos consultores externos do consórcio IDS-SSL-CEBRAP, (que colocamos no parêntese) que usou, igualmente, dados oriundos do SIASI. De forma similar, os números disponibilizados pelo DESAI nos dão conta da existência de 4.750 aldeias indígenas no país, ao passo que as informações sistematizadas pela consultoria registram 4.095 aldeias. Não encontramos, nos documentos consultados, explicação para essa disparidade.

Já para o número de famílias indígenas cadastradas a disparidade é sensivelmente maior, variando de 81.738 (dados do DESAI) e 118.915 famílias (dados da consultoria). Tais variações tanto podem expressar problemas na qualidade do registro da informação, quanto à desqualificação dos recursos humanos do subsistema de saúde indígena para identificar corretamente a população atendida, e, no caso do cadastro das famílias, pode estar ligadas a um incremento no número de cadastrados entre 2008 e 2009.

A controvérsia entre os dados institucionais reflete, por um lado, os modos diferentes de coletar informações. Como a FUNASA registra apenas a população que está na área de cobertura do DSEI, isto é, a população rural, aldeada, ficam excluídos de suas estatísticas mais de 170 mil pessoas registradas pelo IBGE, boa parte das quais vive em espaços urbanos, onde a FUNASA não realiza atendimento.

Por outro lado, as disparidades de registro demográfico expressam também a vitalidade e o dinamismo das culturas indígenas que têm protagonizado um movimento de reetnização em diversas regiões do país, o que acarreta um progressivo incremento da população autorre-

conhecida como indígena (Azevedo, 2000; 2006). Isso produz uma defasagem permanente nos números oficiais e exerce pressão progressiva para ampliação das coberturas de políticas sociais, buscando estendê-las a grupos que não eram anteriormente reconhecidos como parte das minorias étnicas no país.

A dinâmica demográfica produz reflexos na cobertura da assistência à saúde ofertada nos DSEI, pois o crescimento da população tende a ser mais rápido que a possibilidade de ampliação dos serviços oferecidos nas instituições de saúde.

Se fizermos um exercício de análise de cobertura assistencial no subsistema de saúde indígena, veremos que nos anos subsequentes à sua implantação o atendimento ofertado pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) cresceu gradativamente atingindo números significativos; porém, permaneceu sempre aquém da necessidade, conforme se pode observar no Quadro 2. Por exemplo, no sistema SIASI consta o registro de 717 postos de saúde (ver Figura 3) num universo de 4.750 aldeias; considerando a recomendação oficial de que cada aldeia indígena deve contar com um posto de saúde, teríamos um total de 4.033 aldeias sem postos de saúde instalados.

A relação entre polos-base e aldeias cobertas é um pouco mais favorável. Ainda que não haja uma definição clara de quantas comunidades devem ser atendidas por um polo-base observa-se que, na rede atualmente implantada, a proporção é de 13,4 aldeias para cada polo-base. Tal proporção torna possível a oferta de uma boa cobertura de atendimento, mas isso é algo que dependerá do tamanho da população e da distância geográfica entre as aldeias e os seus respectivos pólos-base. Se considerarmos que, idealmente, cada polo-base deve contar com uma equipe de profissionais, teríamos uma proporção de famílias que variaria entre 230 (caso o número de famílias seja de 81.738) a 396 famílias (caso o número real de famílias seja 118.91) atendidas por equipe o que é uma proporção também satisfatória segundo as normas da Atenção Primária à Saúde. Porém, a adequação de tais proporções precisa ser relativizada, pois são indicadores propostos para áreas urbanas e não há ainda como confirmar se eles seriam adequados para as áreas indígenas.

O exercício feito acima, no qual tentamos calcular a cobertura assistencial prestada pelos DSEI, mostra que a disparidade entre as fontes de informação sobre a população indígena e sobre o atendimento a elas prestado dificulta a sistematização de indicadores que possam fornecer uma ideia consistente sobre seus níveis de cobertura e da efetividade dos serviços prestados no subsistema.

Participação social

A Constituição Federal de 1988 previu, no seu capítulo de saúde e seguridade social, a participação da sociedade no campo das políticas de saúde, entendida como um direito inerente à cidadania. A regulamentação da participação social se deu através da Lei 8.142/1990, que previu a participação dos usuários em todas as etapas de operacionalização do SUS, na forma de um controle externo exercido pelos cidadãos, através dos conselhos de saúde. Essa estratégia de gestão política partilhada do SUS recebeu o nome de controle social. Os conselhos de saúde foram implantados nos diversos níveis de governo (federal, estadual e municipal) e funcionam regularmente no país (Escorel e Moreira, 2008).

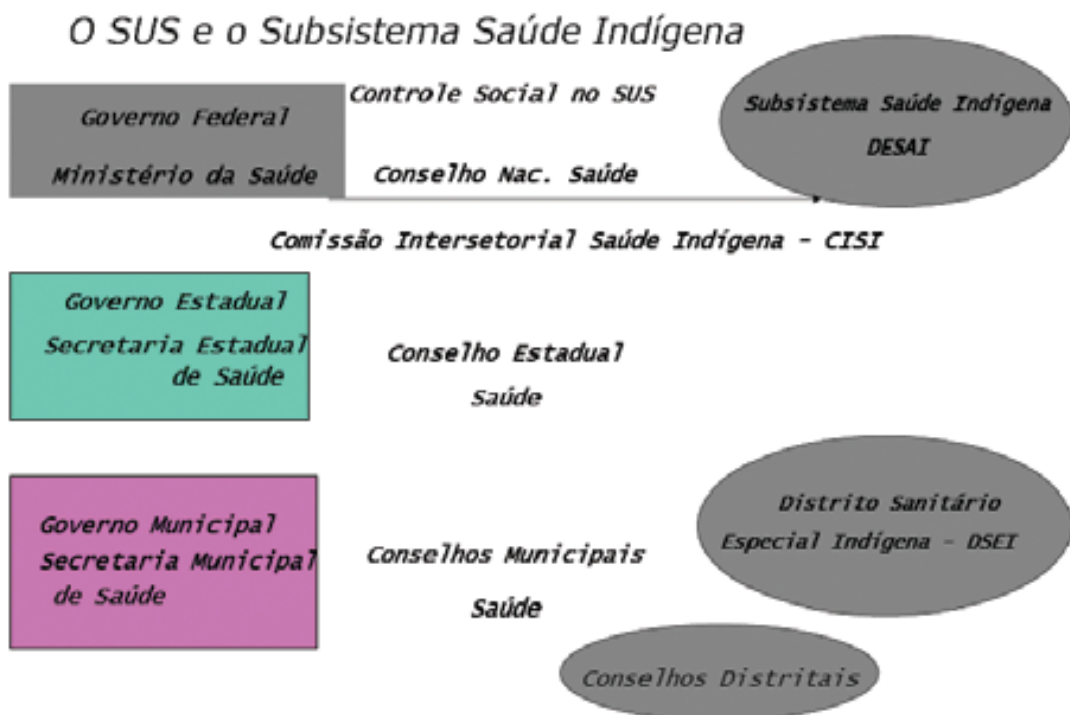
A criação do subsistema de saúde indígena seguiu moldes semelhantes em termos de controle social, prevendo-se para tal, a criação dos conselhos distritais de saúde. Segundo as diretrizes de orientação da Política Nacional de Saúde Indígena, os conselhos distritais de saúde devem contar com a participação paritária de representantes das etnias atendidas pelo DSEI e das instituições prestadoras dos serviços. A composição dos assentos 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.

Foi igualmente prevista a organização de conselhos locais de saúde que congregariam grupos de aldeias; eles buscariam uma maior aproximação com os modos próprios de organização política indígena. Apesar dessa recomendação inicial, nos anos subsequentes à implantação do subsistema não se observou um funcionamento efetivo

dos conselhos locais e o exercício do controle social no subsistema limitou-se ao funcionamento dos conselhos distritais.

Na Figura 6 observa-se, no lado direito do diagrama os níveis de gestão para o controle social em saúde indígena; no lado esquerdo estão dispostos os níveis de controle social no âmbito do SUS como um todo, bem como as respectivas inter-relações entre ambos.

Figura 6: Controle social no SUS e no subsistema de saúde indígena



Fonte: elaboração da autora.

O controle social em saúde indígena conta, entre suas especificidades, com a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), comitê assessor do Conselho Nacional de Saúde que é, por sua vez, a instância máxima de deliberação de controle social em saúde no país. No plano local, a atuação dos Conselhos Distritais deve se limitar às atividades desenvolvidas no interior dos DSEI, ainda que, com frequência, estas se confundam com as atividades dos sistemas municipais de saúde; estes, por sua vez, têm sua própria instância de controle social que são os conselhos

municipais de saúde. As disposições legais existentes não prevêm as formas de interface entre os dois eixos do controle social.

Outra especificidade do subsistema é o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais, que foi criado através da Portaria n. 644/2006, com caráter consultivo e de assessoria aos níveis centrais de gestão da FUNASA. Com a mudança da gestão do subsistema de saúde indígena da FUNASA para a Secretaria Especial de Saúde Indígena não se sabe qual será o futuro do fórum.

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.

Não existem dados sistematizados sobre o funcionamento dos conselhos de saúde indígena no Brasil. Esse é um tema que ainda espera por uma pesquisa capaz de gerar uma análise adequada sobre o assunto.

Rumos da política de saúde indígena no Brasil

A política de saúde para as minorias étnicas no Brasil precisa ser referida também a um contexto internacional em que abundam os apelos pela preservação dos recursos naturais, em contraponto a uma mudança climática global capaz de ameaçar a vida no planeta. Nesse cenário, as populações indígenas têm sido vistas como parte integrante dos ecossistemas ameaçados, havendo um clamor internacional pela preservação de suas culturas (Garnelo, 2006a).

As tensões internacionais exercem influência nas políticas internas do Brasil e encontram eco nas reivindicações de diversos movimentos sociais que apóiam a causa indígena, ou são inerentes a ela, como é o caso do associativismo indígena. Assim, a emergência de políticas sociais de apoio aos direitos das minorias deve ser entendida, não apenas como um movimento tardio do Estado brasileiro em reconhecer o direito às diferenças étnicas, mas também como resposta à opinião pública mundial, e em particular aos grupos ligados ao movimento ambientalista e/ou a entidades de importância global como o Banco Mundial.

Entretanto, a movimentação do Estado brasileiro nesse campo tem se mostrado bastante contraditória. No período de implantação do Subsistema de Saúde Indígena predominava a política neoliberal que preconizava uma participação mínima do poder público na provisão de políticas sociais, entre as quais a saúde. Priorizava-se, na época, a compra de serviços de entidades privadas para efetuar a prestação de serviços de saúde e reduzir o escopo das instituições públicas. Nesse contexto, o perfil de atuação do poder público era entendido mais como de monitoramento e de fiscalização dos serviços prestados pelas entidades privadas (Soares, 2008).

À política neoliberal somou-se uma movimentação prévia do próprio SUS: a de repassar a execução de ações de saúde para o poder municipal, limitando a atuação do governo federal a um perfil normativo, supervisor e financiador. Uma das consequências de diretrizes como esta foi a não realização de concursos públicos que pudessem prover as instituições federais de quadro de pessoal capaz de executar diretamente as ações de saúde.

Foi este o cenário em que se deu a implantação do subsistema de saúde indígena. Ao mesmo tempo que havia demanda e oportunidade política para implantar o subsistema, era também um momento adverso à organização de uma rede própria de prestação de serviços de saúde. Assim, já nos momentos iniciais do subsistema houve grande dificuldade em prover a necessária extensão de cobertura, ou seja, ampliar a oferta de ações de saúde de modo a incluir as famílias aldeadas que há décadas não dispunham de atenção regular à sua saúde, posto que não

recebessem atendimento nem por parte do órgão indigenista, nem dos sistemas municipais de saúde vizinhos às terras indígenas (Santos et al., 2008; Garnelo, 2006b).

No contexto neoliberal acima descrito, uma das principais formas encontradas para viabilizar a assistência nas aldeias foi a chamada terceirização, ou seja, a compra de serviços de entidades privadas para executar as ações necessárias para prover assistência à saúde da população indígena aldeada. Diversos foram os perfis assumidos pela terceirização. Na Amazônia, nos primeiros anos da implantação dos Distritos Sanitários, a FUNASA firmou convênios com diversas entidades indígenas e, em menor número, com outras entidades não governamentais de apoio a causa indígena, contratando seus serviços para a execução das ações de saúde prestadas nos DSEI (Feitosa, 2006; Garnelo, Macedo e Brandão, 2003).

Em outras regiões, como no extremo Sul e na região Centro-Oeste do país, o modelo predominante foi igualmente o dos convênios firmados com entidades de direito privado, para desenvolver a mesma tarefa. A lacuna no atendimento em regiões como o Nordeste e parte da região Sudeste não pôde ser preenchida por essa estratégia, dada a ausência de entidades minimamente organizadas, capazes de firmar convênios similares. Ali, a execução das ações foi deixada a cargo dos governos municipais, o que gerou diversos conflitos de competência entre os poderes federal e municipal atuando paralelamente, com a mesma finalidade, em um mesmo espaço territorial.

Os rumos da política partidária no Brasil continuaram a exercer influência decisiva no funcionamento do subsistema de saúde indígena. As tensões entre o movimento indígena e o governo federal já haviam tido um momento de agudização na comemoração dos 500 anos de descoberta do Brasil, no ano 2000, ainda no governo de Fernando Henrique Cardoso. Nesta ocasião, o poder público reprimiu violentamente os protestos indígenas pela comemoração da descoberta que inaugurou o processo colonizatório que destruiu muitos povos indígenas após a chegada dos portugueses na costa brasileira. O conflito selou o afastamento definitivo de grande parte das entidades indígenas com o poder central.

Em 2003, o Partido dos Trabalhadores ascendeu ao poder, com a eleição do presidente Lula no ano anterior. Desde sua fundação, o PT havia sido o partido predileto do movimento indígena e contava com muitas lideranças indígenas entre seus filiados. A ascensão do PT ao poder maior gerou muitas expectativas positivas em torno das políticas indigenistas. Porém, ao longo dos anos seguintes tais esperanças não se concretizaram e já no ano seguinte após a eleição de Lula vieram a público os primeiros manifestos que expressavam a insatisfação indígena com a política indigenista do governo (Feitosa, 2006; Weiss e Zanchetta, 2006).

Importantes questões pendentes desde o governo anterior, como a disputa com latifundiários em Roraima pela demarcação da área Raposa Serra do Sol, permaneceram sem uma ação efetiva do poder executivo; a demarcação dessa terra indígena só foi solucionada na Suprema Corte do país, já no segundo mandato do governo Lula. A partir de 2004 os protestos indígenas tornaram-se mais visíveis, se expressando em manifestos e outros documentos públicos de protesto contra a política indigenista do governo petista, que não cumpriu suas promessas de campanha.

Um exemplo do posicionamento indígena pode ser dado através do Manifesto dos Povos Indígenas na Conferência Nacional Terra e Água, que transcrevemos, na íntegra, no trecho abaixo:

Nós, representantes de 35 Povos Indígenas presentes na Conferência Nacional da Terra e Água manifestamos nossa insatisfação com a política indigenista do governo de Luiz Inácio Lula da Silva, uma vez que esta tem se pautado pela omissão diante das violências praticadas contra nossos povos, pela negligência aos nossos direitos constitucionais e a falta de interesse em estabelecer um processo de diálogo para a estruturação de uma nova política indigenista. Pelo contrário, o governo promove e incentiva a criação de comissões para discutir e pensar políticas para os povos indígenas, compostas por pessoas e autoridades que se manifestam contrários aos nossos direitos constitucionais.

Brasília, 25 de novembro de 2004.

Povos Indígenas presentes na Conferência Nacional Terra e Água:

Sabanê-Mamaindê-Lakondê-Puruborá-Wajuru-Migueleno-Oro Mon-Karitiana- Arara-Gavião-Zoró-Aikanã-Kampé-Makurap-Tupari-Kwaza-Terena-Guarani kaiowá-Guarani-Kaingang-Xokleng-Xukuru-Potiguara-Tupinambá-Pataxó Hã-hã-hãe-Xukuru Kariri-Macuxi-Wapichana-Igarikó-Apinajé-Javaé-Xerente-Krahô-Kanela-Krahô-Wapichana-Igarikó-Apinajé-Javaé-Xerente-Krahô-Kanela-Krahô-Karajá.

Esse documento, um dos primeiros a tornar pública a insatisfação indígena, sintetiza adequadamente o tom de indignação do movimento indígena com a política indigenista – ou talvez a falta de uma nova política – do governo petista. Esses problemas se replicaram de forma relativamente similar nos mais diversos campos do indigenismo estatal no governo Lula, exceção feita ao Ministério da Educação, que logrou relativo avanço nas suas ações.

Além disso, o caráter fortemente desenvolvimentista da política econômica do PT se mostrou pouco sensível às necessidades indígenas. Já no fim do segundo mandato do presidente Lula essa tensão se recrudesceu, devido a decisões unilaterais do governo, exemplificadas pelo caso da usina hidrelétrica de Belo Monte, no Pará. Ali, apesar dos protestos indígenas e de entidades ambientalistas que discordavam da obra devido ao prejuízo que causará a uma grande população indígena residente em na área de impacto da usina, o governo deliberou pela construção da obra, ignorando a objeção dos prejudicados.

Os atritos entre o governo central e o movimento indígena foram bastante amplos, e repercutiram também de forma intensa no campo da saúde. O ano de 2004 marcou uma importante mudança de rumo da política de saúde indígena. Um dos eventos de maior repercussão no associativismo indígena foi o rompimento da parceria estabelecida desde 1999 entre as autoridades sanitárias e as entidades não governamentais para a implementação do subsistema de saúde indígena. No início da implantação do subsistema, uma das molas mestras que viabilizou rapidamente a distritalização foi a celebração dos convênios com entidades não governamentais, das quais, boa parte era indígena.

Na Amazônia, entre 1999 e 2004, um total de 26 associações indígenas havia firmado convênio com a FUNASA para executar ações de saúde nos DSEI. Essas entidades, inicialmente instadas pelas autoridades governamentais para a formalização desse compromisso, foram obrigadas a estabelecer reestruturações profundas em sua modelagem institucional e mesmo em seus objetivos políticos de modo a responder adequadamente a um novo papel, o de prestadora de serviços públicos de saúde. Tal mudança implicou não apenas na exigência de alocação de quadros técnicos qualificados para gerência e execução das ações de saúde, mas também na gestão de volumes orçamentários muito superiores àqueles anteriormente movimentados pelas entidades, gerando grandes desafios ao associativismo indígena (Garnelo e Sampaio, 2005; Vianna, 2006).

Na época em que os convênios foram firmados, as lideranças indígenas tornaram pública uma motivação associada ao desejo de exercer um protagonismo que se traduzisse em ação concreta junto às suas bases políticas, à superação do estigma de incapacidade instituído pelo regime da tutela, e à busca de recursos públicos – algo inédito na história do Brasil – para o trabalho das associações indígenas. Além disso, demonstravam interesse no ganho de experiência administrativa na gestão de recursos oriundos do poder público (Garnelo e Sampaio, 2005).

Em 2004, já no governo petista, os gestores da FUNASA tomaram uma decisão, abrupta e unilateral, de rever suas prioridades no estabelecimento de parcerias. Essa posição foi tornada pública através das portarias 69/2004 e 70/2004, que redefiniram as regras do processo de gestão, centralizando na sede do órgão em Brasília a aquisição dos insumos e equipamentos necessários ao desenvolvimento das ações de saúde indígena e retirando do repasse das conveniadas os recursos anteriormente destinados a este fim. A medida implicou, na prática, em retirar toda a autonomia das conveniadas na condução das rotinas sanitárias sob sua responsabilidade, restringindo-as à mera posição de contratantes de pessoal para o trabalho nos DSEI.

Se o regime administrativo das conveniadas permitia um processo mais ágil de aquisição de insumos, essa possibilidade foi anulada após as portarias 60 e 70. A retomada dessa atribuição pela FUNASA in-

crementou a burocratização da gestão do subsistema e ampliou a carência de meios materiais necessários ao atendimento nos níveis locais (Garnelo, 2006b; Weis e Zanchetta, 2006).

Os protestos indígenas não tardaram a se tornar públicos, redundando em inúmeras denúncias públicas e junto ao Ministério Público Federal numa espiral que cresceu vertiginosamente nos três anos seguintes. Só no ano de 2005 registraram-se pelo menos 20 protestos de entidades indígenas, nas diversas regiões do país, posicionando-se contra os descaminhos da política de saúde indígena (Weiss e Zanchetta, 2006).

Por sua vez, a maioria das conveniadas enfrentou grande dificuldade em efetivar as prestações de contas dos recursos recebidos, segundo os moldes exigidos pela legislação federal. No clima conflitivo que se estabeleceu, os dirigentes da FUNASA, à época, desenvolveram uma pesada campanha pública de acusações de gestão inadequada dos recursos públicos por parte das conveniadas. Algumas chegaram a sofrer intervenções administrativas e até mesmo apreensão de seus bens pela polícia federal, gerando importantes prejuízos para sua imagem como defensoras dos direitos indígenas. Num plano mais administrativo, diversas conveniadas sofreram prejuízos financeiros de monta, decorrentes de ações judiciais dos profissionais que tiveram salários atrasados e outros direitos trabalhistas desrespeitados, em virtude da descontinuidade nos repasses de recursos pela FUNASA (Garnelo, 2006b).

O fracasso da parceria das associações indígenas com a FUNASA pode ser atribuído a diversas razões, tais como a mudança de orientação política dos dirigentes que, a partir de 2004 optaram pelo rompimento da aliança com o movimento indígena e a falta de monitoramento, por parte da própria FUNASA, sobre recursos repassados e objetivos e metas pactuadas nos convênios firmados. Outras razões podem ser atribuídas às deficiências de qualificação nos quadros técnicos de várias conveniadas para responder às demandas do poder público. Assinale-se também a incongruência entre a lógica de gestão das pequenas entidades de defesa dos direitos étnicos e a rigidez de atuação governamental, que se mostrou incapaz de acolher a multivariada de atuação das entidades indígenas (Garnelo e Sampaio, 2005).

Tais problemas comprometeram a credibilidade das entidades junto à população atendida e geraram prejuízos políticos e econômicos de tal magnitude que algumas delas foram obrigadas a encerrar suas atividades. Do lado da FUNASA persistiu a carência de pessoal técnico para apoiar o processo de gestão e a alta rotatividade dos dirigentes, muitos dos quais se mostraram descomprometidos com o perfil de atuação do órgão, particularmente no que diz respeito à saúde indígena.

Por outro lado, ao longo desse período, a atuação da FUNASA também foi tumultuada por um forte atrelamento da instituição a interesses partidários. Grande parte dos protestos indígenas na ocasião faziam referência a loteamento de cargos, a um acentuado grau de cooptação política dos dirigentes, particularmente nos níveis locais e regionais da instituição, e a irregularidades na aplicação dos recursos da saúde indígena (Weis e Zanchetta, 2006).

Ao longo dos dois mandatos do presidente Lula observou-se uma ampliação dos acordos com os sistemas municipais de saúde, os quais passaram a ser a interlocução preferencial com as autoridades do governo federal, no que tange a saúde indígena. Tal prioridade pode ser ilustrada através dos dados contidos no Quadro 3

Quadro 3: Recursos orçamentários repassados aos municípios – 1999 a 2006 – valores em R\$

Ano	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	C Oeste
1999	39.950,00	288.350,00	115.100,00	55.250,00	--
2000	733.450,00	2.867.039,00	967.150,00	742.450,00	13.348,00
2001	10.502.999,00	8.720.957,00	5.694.939,00	1.391.280,00	1.571.421,00
2002	18.117.720,00	11.075.238,00	6.720.040,00	1.600.500,00	3.329.328,00
2003	25.313.782,00	11.824.777,00	6.744.990,00	1.800.450,00	3.634.919,00
2004	31.610.933,00	14.600.418,00	7.779.938,00	2.063.240,00	5.355.381,00
2005	47.493.836,00	19.875.993,00	8.404.150,00	3.505.520,00	24.265.183,00
2006	50.461.273,00	23.331.549,00	7.553.873,00	3.685.100,00	27.346.916,00

Fonte: DATASUS, elaborado por Garnelo & Escobar, 2007.

Os dados contidos no quadro agregam os repasses referentes ao fator de incentivo a Atenção Básica aos povos indígenas, fator de incentivo para a assistência ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico à população indígena, no período estudado. Esse levantamento, baseado nos registros do DATASUS, não é exaustivo, porque diversos municípios tiveram problemas nas prestações de contas dos recursos recebidos do governo federal e ficaram em situação de inadimplência, o que não permite acesso aos seus dados na página do DATASUS. Entretanto, as informações acessíveis confirmam a tendência de incremento no repasse para os municípios. Como se observa a partir dos valores contidos no Quadro 3, em 2002 tais repasses representaram 18% do orçamento da saúde indígena e atingiram 41,4% em 2005.

A movimentação rumo aos sistemas municipais de saúde despertou a indignação indígena, pois contraria uma diretriz histórica das lutas pelos direitos étnicos, que opta pela gestão federal da política indigenista. Em função disso, os protestos contra a gestão do subsistema pela FUNASA se ampliaram.

Esse cenário adverso gerou entraves na plena implantação da política de saúde indígena. Com base na literatura consultada sistematizamos abaixo as principais dificuldades que identificamos para o período compreendido entre 2000-2010.

- Opção do poder público pelo regime de convênio, que tem como característica inerente o atraso no repasse de recursos, gerando descontinuidade nas ações de saúde a serem desenvolvidas pelas conveniadas e inviabilizando a regularidade na oferta das ações de saúde, algo imprescindível para garantir um impacto positivo das atividades sanitárias sobre os níveis de saúde de uma população. Essa dificuldade foi agravada pela rápida mudança na titularidade dos convênios, inicialmente firmados com entidades não governamentais despreparadas para o exercício dessas funções, seguindo-se à mudança para convênios com sistemas municipais de saúde, igualmente despreparados para gerir e executar ações em saúde indígena.

- Dificuldades de gestão, execução e prestação de contas das ações financiadas pelo regime de convênios geraram paralisia nas ações de saúde nas comunidades e comprometeram a credibilidade do subsistema de saúde indígena e, no caso das entidades indígenas conveniadas, comprometeram sua atuação política, prejudicando a adesão dessas entidades às lutas pela melhoria da saúde.
- Restrita capacidade gerencial e técnica das conveniadas gerando baixa eficiência na administração de recursos e atividades e na qualidade da atenção prestada à saúde dos indígenas. Ressalve-se que tais dificuldades não foram exclusivas das convenientes não governamentais. A maior parte dos sistemas municipais de saúde (conveniados ou não) em interação com os DSEI é débil e incapaz de desempenhar adequadamente o papel de rede de referência que lhes foi atribuído pelo modelo de organização da saúde indígena.
- Insuficiente internalização das necessidades e prioridades da saúde indígena nas políticas e rotinas do Ministério da Saúde. A tal cenário se soma um relativo desconhecimento da questão indígena pelas autoridades sanitárias máximas no país.
- Enfraquecimento do controle social sobre os recursos e ações de saúde indígena, principalmente para o orçamento repassado para as prefeituras. Tal situação pode ser atribuída, em parte, à falta de transparência dos sistemas municipais de saúde sobre a aplicação dos recursos recebidos para a saúde indígena e em parte à supracitada desmobilização das entidades indígenas na atuação em política de saúde.
- Falta de investimento do Ministério da Saúde para efetuar acompanhamento técnico-administrativo e financeiro das conveniadas e das ações executadas diretamente pela FUNASA.
- Persistente falta de quadros próprios da FUNASA e do Ministério da Saúde para assumir a execução direta das ações de saúde nas aldeias.
- Em mais de dez anos de funcionamento o subsistema de saúde indígena não conseguiu implantar um modelo de atenção à saúde voltado para a prevenção de doenças e para a promoção

da saúde. A assistência desenvolvida nos DSEI permanece sendo de tipo curativo-individual, centrado na remoção emergencial de doentes graves, que atua somente após a instalação da doença e tem pouca capacidade de melhorar os níveis de saúde da população. Além disso, falta sensibilidade cultural, havendo grande distanciamento entre as práticas sanitárias efetivamente desenvolvidas e as necessidades percebidas pela clientela indígena. Ainda que não disponhamos de dados confiáveis que mostrem a evolução do perfil epidemiológico da população indígena atendida nos DSEI, as informações disponíveis mostram elevada persistência de doenças preveníveis pela ação de saúde (a esse respeito ver o capítulo 2 desse livro).

- Alta rotatividade dos profissionais que atuam nos DSEI, impossibilitando um conhecimento adequado das culturas dos grupos étnicos atendidos e a operacionalização do modelo assistencial proposto.
- Alto custo das ações, ligados a dificuldades inerentes às condições geográficas, às dificuldades de acesso e à diferenciação étnica.
- Orçamento insuficiente para as necessidades da saúde indígena; além disso, ele é distribuído com muitas desigualdades, dado o baixo grau de descentralização dos recursos até os níveis locais onde são executadas os serviços de saúde. Embora se tenha observado um incremento ao longo dos anos subsequentes à implantação dos DSEI, as difíceis condições de acesso às áreas indígenas tornam os custos operacionais muito elevados. Por outro lado, uma parte significativa do financiamento das ações de saúde indígena tem sido repassada diretamente aos municípios, os quais não atendem adequadamente às necessidades distritais.
- Não efetivação de Sistema de Informação em Saúde com dados disponíveis e confiáveis que possam subsidiar a tomada de decisão no planejamento em saúde indígena.

- Indefinição da responsabilidade de execução das ações de saúde de forma permanente; persiste a solução precária viabilizada mediante os convênios.
- Falta de uma política setorial que integre o campo indigenista como um todo e promova a articulação da política setorial de saúde com a política indigenista.

Por outro lado, diversos avanços foram obtidos. Entre os bons resultados assinalamos particularmente o reconhecimento, pelo poder público, da necessidade de concretizar uma política específica para grupos culturalmente diferenciados, iniciando a correção de uma iniquidade histórica, no trato com os povos indígenas. A diluição do atendimento dessas populações no plano geral do SUS – como vinha ocorrendo no período anterior à implantação do subsistema de saúde indígena – é, em grande parte, responsável pelos precários indicadores de saúde atualmente encontrados. Ainda que a implantação dos DSEI não seja capaz, por si só, de equacionar os graves problemas que ameçam a sobrevivência dos povos indígenas no Brasil, ela seguramente representa uma contribuição essencial para a redução de indicadores de morbi-mortalidade indígena, que são muito piores que aqueles encontrados para o restante da população brasileira.

Outros pontos positivos gerados nesse processo podem ser citados:

- Extensão da cobertura das ações de saúde e implantação de uma rede de cuidados em locais onde anteriormente não existiam.
- Incremento significativo na alocação de recursos humanos e materiais voltados para a saúde dos povos indígenas.
- Implantação das instâncias de controle social (Conselhos de Saúde).
- Interação (inicialmente) respeitosa entre o Estado e minorias étnicas superando as práticas tutelares que predominavam na atuação do poder público.
- Empoderamento das organizações indígenas e ganho de experiência no trato com o poder público;

Os continuados protestos frente aos descaminhos da FUNASA na condução dos rumos da saúde indígena geraram, por fim, uma resposta

do governo federal. Este optou por atender a uma antiga reivindicação indígena e propôs a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, viabilizada através do No. 7336/MS Out 2010, após sua aprovação no Congresso Nacional, em conjunto com uma série de iniciativas de defesa dos direitos humanos.

A criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena representa um avanço na efetivação dos direitos dos povos indígenas a atenção diferenciada, que é, há tantos anos, objeto de luta dos militantes da causa indígena. Entretanto, o processo de criação do novo órgão ocorreu em período de campanha pré-eleitoral da presidência da república, gerando um cenário de incerteza na continuidade do apoio à proposta e da implementação plena da recém-aprovada Secretaria Especial de Saúde Indígena.

No momento atual tem-se os primeiros passos na reformulação do subsistema com a nova Secretaria, mas não há, ainda, clareza sobre os rumos futuros da política de saúde indígena.

Questões para pensar o futuro

A criação da secretaria representa apenas um passo inicial para um longo processo de efetivação do modelo em ações práticas e resolutivas dos problemas de saúde. Independentemente do partido que governará o país nos próximos anos, alguns problemas fundamentais precisam ser equacionados para que o subsistema de saúde indígena possa atuar de modo adequado.

Um primeiro problema sobre o qual será necessário refletir é o atrelamento partidário na saúde indígena. Ainda que os determinantes políticos sejam inerentes a qualquer política social, no caso indígena eles têm implicado na ocupação dos postos de trabalho, particularmente em níveis de gestão, de pessoas com insuficiente qualificação técnica para o exercício de suas funções, prejudicando o desempenho do subsistema.

Outro ponto relevante a ser superado é o regime de convênios para a prestação de serviços que – inevitavelmente – gera descontinuidade no custeio das ações. Tal estratégia precisa ser substituída por formas ágeis

de financiamento que garantam um fluxo contínuo de recursos para as entidades executoras de serviços, garantindo-se níveis permanentes de cobertura assistencial. A alternativa à vista, que é o repasse direto da SAS para os sistemas municipais de saúde não se mostra muito promissora, dada a debilidade da rede assistencial dos que se situam em áreas rurais remotas e a falta de definição clara de seu comprometimento com as necessidades sanitárias das famílias indígenas atendidas.

A elevada rotatividade do pessoal contratado é outro fator de comprometimento da qualidade das ações ofertadas no subsistema de saúde indígena. As condições atuais de trabalho das equipes, contratadas sob vínculo precário, não favorecem a continuidade dos quadros profissionais que atuam nos DSEI, de modo a acumular conhecimento sobre as culturas diferenciadas que estão sob sua responsabilidade sanitária. A sensibilidade cultural do cuidado passa pelo entendimento das singularidades da população atendida, assim sendo, a estabilidade das equipes torna-se elemento fundamental para buscar o adequado cumprimento desse princípio da política de saúde indígena.

A extensão da cobertura nas aldeias e a manutenção de uma rede resolutiva e culturalmente sensível de atenção à saúde são caminhos insubstituíveis para a promoção da desejada equidade que pode contribuir para a redução das desigualdades sociais e sanitárias que hoje incidem pesadamente sobre os povos indígenas.

Referências bibliográficas

- AZEVEDO, M.M. Censos demográficos e os “índios”: Dificuldades para reconhecer e contar. In: RICARDO, C.A. (Org.). *Povos indígenas no Brasil 1996/2000*. São Paulo: Instituto Socioambiental, pp. 79-83, 2000.
- _____. Povos indígenas na América Latina estão em processo de crescimento. In: RICARDO, B. e RICARDO, F. (Orgs.). *Povos indígenas no Brasil 2001/2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental, pp. 55-58, 2006.
- ARANTES, R.; FRAZÃO, P. e SANTOS, R.V. Diferenciais de cárie dentária entre os índios Xavante de Mato Grosso, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2010 (no prelo).

- BASTA, P.C. et al. Aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena Suruí, Amazônia, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 37:338-342, 2004.
- BÓIA, M.N. et al. Tuberculose e parasitismo intestinal em população indígena na Amazônia brasileira. *Revista de Saúde Pública*, 43(1):176-178, 2009.
- BRAND, A. e PÍCOLI, R.P. Mortalidade infantil entre os Kaiowá e Guarani. In: RICARDO, B. e RICARDO, F. (Orgs.). *Povos Indígenas no Brasil 2001/2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental, pp. 795-98, 2006.
- CARDOSO, A.M., COIMBRA Jr., C.E.A., TAVARES, F.G. Morbidade hospitalar indígena Guarani no Sul e Sudeste do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13: 21-34, 2010.
- COIMBRA, Carlos; GARNELO, Luiza; SANTOS, Ricardo Ventura. Salud de los pueblos indígenas y políticas públicas en Brasil. *Anales*. Instituto Ibero-Americano. Universidad de Gotemburgo, v. 9/10, pp. 137-151, 2007.
- COIMBRA, Carlos et al. Sistema em Transição. In: RICARDO, Carlos Alberto; RICARDO, Fany (Orgs.). *Povos Indígenas do Brasil: 2001-2005*. São Paulo: Edição Instituto Socioambiental, v., pp. 141-144, 2006.
- CONSÓRCIO IDS-SSL-Cebrap. *Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena*, Abril de 2009.
- COSTA, D.C. Política indigenista e assistência à saúde. Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, 4:388-401, 1987.
- DIEHL, Eliana et al. Financiamento e Atenção a Saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul. In: COIMBRA Jr., C.E.A.; SANTOS, R.V. e ESCOBAR, A.L. (Orgs.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 217-235, 2003.
- ERTHAL, Regina. A Formação do Agente de Saúde Indígena Tikuna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. In: COIMBRA Jr., C.E.A.; SANTOS, R.V. e ESCOBAR, A.L. (Orgs.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 197-216, 2003.
- ESCOBAR, Ana L. et al. Causas de internação hospitalar indígena em Rondônia. O Distrito Sanitário Especial Indígena Porto Velho (1998-2001). In: COIMBRA Jr., C.E.A.; SANTOS, R.V. e Escobar, A.L. (Orgs.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp.127-148, 2003.

ESCOREL, Sarah e MOREIRA, Marcelo R. Participação social. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1, pp. 979-1010, 2008.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964-1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 385-434, v. 1, 2008.

FEITOSA, Saulo F. A política indigenista na agenda neoliberal. In: RICARDO, Carlos Alberto; RICARDO, Fany (Orgs.). *Povos Indígenas do Brasil: 2001-2005*. São Paulo: Edição Instituto Socioambiental, v., pp. 141-144, 2006.

FLEURY, Sônia e OUVÉRY, Assis. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1, pp. 23-64, 2008.

GARNELO, Luiza e BRANDÃO, L.C. Avaliação Preliminar do Processo de Distritalização Sanitária Indígena no Estado do Amazonas. In: COIMBRA Jr., C.E.A.; SANTOS, R.V. e ESCOBAR, A.L. (Orgs.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. , pp. 235-257, 2003.

GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luiz Carlos. *Os povos indígenas e a construção das políticas públicas no Brasil*. Brasília: Ed. OPAS, 2003, 120 p.

GARNELO, Luiza e ESCOBAR, Ana L. Política de Saúde Indígena no Brasil no Período de 1999 a 2006: Rumamos para a Municipalização? Trabalho apresentado na VII Reunião de Antropologia do MERCOSUL. MR03 – *Políticas Públicas em Saúde e Direitos Étnicos na América do Sul*, Porto Alegre, 2007.

GARNELO, Luiza e SAMPAIO, Sully. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de fazer ver e fazer crer nas políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, pp. 1217-1223, 2005.

GARNELO, Luiza. Globalização e ambientalismo: etnicidades polifônicas na Amazônia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, pp. 755-767, 2006a.

_____. Políticas de saúde indígena na Amazônia: Gestão e contradições. In: SCHERER, Elenise e OLIVEIRA, José Aldemir de. (Org.). *Amazônia: Políticas públicas e diversidade cultural*. 1 ed. Rio de Janeiro: Garamond, v. 1, pp. 133-160, 2006b.

- HOFFMANN-BARROSO, Maria et al. Administração pública e os povos indígenas. In: ROCHA, Denise; BERNARDO, Maristela. (Orgs.). *A era FHC e o governo Lula: transição?*. 1 ed. Brasília: Edição INESC, v. 1, pp. 295-328, 2004.
- IMBIRIBA, Elsia Belo et al. Hanseníase em populações indígenas do Amazonas, Brasil: um estudo epidemiológico nos municípios de Autazes, Eirunepé e São Gabriel da Cachoeira (2000 a 2005). *Cadernos de Saúde Pública* (ENSP. Impresso), v. 25, pp. 972-984, 2009.
- KÜHL, A.M. et al. Perfil nutricional e fatores associados à ocorrência de desnutrição entre crianças indígenas Kaingáng da Terra Indígena de Mangueirinha, Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(2): 409-420, 2009.
- LIMA, A.C.S. e BARROSO-HOFFMAN, M. (Orgs.). *Etnodesenvolvimento e Políticas Públicas: bases para uma nova política indigenista*. Rio de Janeiro: Contracapa, pp. 7-29, 2002.
- NORONHA José C; LIMA, Luciana D. e MACHADO, Cristiani V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1, pp. 435-472, 2008.
- OLIVEIRA, J.P. (Org.) *Indigenismo e territorialização. Poderes, rotinas e saberes coloniais no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Contracapa, pp. 43-68, 1998.
- SANTOS, Ricardo V. et al. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1, pp. 1035-1056, 2008.
- SOARES, Laura. Políticas Sociais na América Latina. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1, pp. 923-944, 2008.
- VERDUN, Ricardo. Perdas e Ganhos no Orçamento Indigenista do Governo Federal. In: RICARDO, Carlos Alberto; RICARDO, Fany (Orgs.). *Povos indígenas do Brasil: 2001-2005*. São Paulo: Edição Instituto Socioambiental, v., pp. 124-130, 2006.
- VIANNA, Fernando. O novo modelo de atendimento. In: RICARDO, Carlos Alberto; RICARDO, Fany (Orgs.). *Povos indígenas do Brasil: 2001-2005*. São Paulo: Edição Instituto Socioambiental, v., pp. 131-133, 2006.
- WEISS, Bruno e ZANCHETTA, Inês. Saúde. Caos e Retrocesso. In: RICARDO, Carlos Alberto; RICARDO, Fany (Orgs.). *Povos indígenas do Brasil: 2001-2005*. São Paulo: Edição Instituto Socioambiental, v., pp. 134-137, 2006.

Capítulo 2

Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados

Paulo Cesar Basta

Jesem Douglas Yamall Orellana

Rui Arantes

Apesar da carência e fragmentação de registros históricos sobre a trajetória de contato dos povos indígenas com outros grupos populacionais no Brasil, sabe-se que os reflexos dessa interação sobre os perfis de adoecimento e morte foram significativos e resultaram em importante redução numérica dos grupos nativos que vivem no país. Nesse contexto, houve grave desestruturação sociodemográfica que, não raro, provocou o desaparecimento de um número expressivo de etnias.

Entre as principais causas de morte relatadas nesse período podemos destacar as relacionadas à violência externa (decorrentes de guerras, genocídios, descimentos,¹ (entre outros) e à disseminação de doenças infecciosas como a gripe, o sarampo, a varíola e a tuberculose. A redução populacional dos indígenas foi tão expressiva, sobretudo ao longo do século XIX e durante as primeiras décadas do século XX, que, por algum tempo, chegou-se a aceitar a ideia de extinção gradual desses povos (Ribeiro, 1996).

Contrariando essas expectativas, nas últimas décadas do século XX, observou-se de maneira consistente e em várias regiões do país uma importante recuperação populacional dos grupos indígenas. Como consequência do sustentado e progressivo aumento populacional desses povos, diversos desafios vieram à tona, em especial para a área de saúde, expressando-se por meio de sensíveis transformações nos perfis de adoecimento e morte.

Nessa perspectiva, este capítulo tem como objetivo descrever e analisar o perfil epidemiológico, ou simplesmente os padrões de adoecimento e morte, dos povos indígenas no Brasil contemporâneo. Mesmo levando em consideração a escassez de dados consolidados e disponíveis para consulta pública, a ideia é apresentar alguns indicadores sobre a situação de saúde deste segmento da população e discuti-los, de forma comparativa, com outros grupos populacionais existentes no país.

¹ Prática de deslocamento dos povos indígenas do sertão para as proximidades das missões religiosas, fixando-os em aldeias criadas para exploração da força de trabalho. Para maiores detalhes consultar Souza Lima (2005).

Os indicadores de saúde aqui apresentados foram construídos com auxílio de diferentes fontes de dados, a saber: i) sistemas nacionais de informação em saúde; ii) censos demográficos nacionais; iii) relatórios de atividades de órgãos oficiais responsáveis pela atenção aos povos indígenas no país; e iv) estudos científicos realizados com variados grupos étnicos, em diferentes momentos.

Com a abordagem empregada espera-se disponibilizar para o leitor um breve e introdutório estudo acerca das principais características do perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil, e demonstrar a complexidade dos desafios que envolvem o processo saúde-doença deste segmento específico da população brasileira.

Informações disponíveis e perfil de morbimortalidade entre os povos indígenas no Brasil

Segundo Coimbra Jr. e Santos (2000) as informações demográficas e epidemiológicas disponíveis no final da década de 1990, não permitiam traçar um panorama confiável acerca das condições de saúde e doença das populações indígenas no Brasil. Apesar disso, os autores afirmavam que mesmo na ausência de elementos para uma análise mais acurada, restavam poucas dúvidas de que as condições de saúde desses povos eram precárias, colocando-os em desvantagem em comparação a outros segmentos da sociedade nacional. Em face a exiguidade de informações disponíveis, Coimbra Jr. e Santos (2000) iniciaram profícuo debate acerca das consequências desta “invisibilidade” demográfica e epidemiológica para a formulação de políticas públicas e para a busca de redução das desigualdades em saúde.

Desafortunadamente, o panorama descrito há cerca de uma década, pouco se modificou, muito embora, ao longo dos últimos anos tenham ocorrido importantes mudanças no cenário nacional, incluindo a ampliação das investigações científicas e a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Juntamente com o processo de implantação do Subsistema foi desenvolvido o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). O SIASI foi concebido para funcionar em módulos, assim estruturados: a) demográfico; b) morbidade; c) imunização; d) saúde bucal; e) nutrição; f) acompanhamento à gestação; g) recursos humanos, infraestrutura e saneamento. Apesar das potencialidades deste sistema, hoje, apenas os módulos demográfico, de morbidade e de imunização estão em funcionamento, e, mesmo assim, têm diferentes graus de implantação nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), os quais congregam a rede de atenção primária à saúde, direcionada às populações indígenas (Sousa, Scatena e Santos, 2007).

Quando se pensa em construir indicadores para caracterizar padrões de adoecimento e morte por determinados agravos, em uma dada localidade, uma das principais preocupações que se deve ter em mente é como serão obtidos os dados populacionais. Afinal, esses dados devem ser os mais confiáveis e robustos possíveis, pois eles corresponderão aos denominadores de todas as estimativas que serão realizadas.

Hoje, existem cadastrados no SIASI 538.154 indígenas, representantes de 210 povos, falantes de mais de 170 línguas, residentes em 4.413 aldeias, distribuídas em 615 terras indígenas, presentes em 432 municípios e distribuídos em praticamente todo território nacional (FUNASA, 2009).

Vale destacar que, de acordo com estudos recentes (Azevedo, 2000; Coimbra Jr. et al., 2002; Pagliaro, 2005; IBGE, 2005; Pagliaro e Junqueira, 2007; Pereira et al., 2009), as taxas de crescimento demográfico registradas entre os indígenas estão girando em torno de 3,5 a 4,5% ao ano, expressando cifras bem superiores à taxa de 1,6% observada na população geral do Brasil.

Além disso, uma característica marcante das sociedades indígenas é que, em sua grande maioria, são consideradas de pequena escala, com aproximadamente 50% dos grupos étnicos sendo compostos por até 500 pessoas, e 40% constituídos de 500 a 5 mil indivíduos (Azevedo, 2006). Ou seja, há um claro predomínio das ditas “microsociedades”. Outra particularidade na composição demográfica das sociedades indígenas diz respeito ao grande contingente de crianças menores de 15

anos, totalizando 41,8% da população (IBGE, 2005). Esses atributos terminam por caracterizar as sociedades indígenas como predominantemente jovens e formadas por grupos socioculturais simultaneamente diversificados e singulares.

Como veremos ao longo do capítulo, o perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil é bastante complexo. As doenças infecciosas e parasitárias permanecem como importante causa de morbimortalidade. Ao mesmo tempo, vem ocorrendo um variado processo de transição, no qual novos agravos passam a exercer forte pressão sobre os perfis de adoecimento e morte preexistentes. É o caso das doenças crônicas não transmissíveis, dos transtornos mentais e comportamentais e das causas externas de adoecimento e morte.

Mortalidade

As informações fornecidas a partir das notificações de mortes (dados de mortalidade), geram coeficientes e índices, ou seja, medidas que expressam a dinâmica desse evento vital em uma determinada população. Tais índices também permitem a estimação de alguns aspectos relativos às condições de vida, de saúde e níveis socioeconômicos.

O registro sistemático, o acompanhamento e a avaliação dos dados de mortalidade vêm sendo usados no mundo há pelo menos dois séculos nos países desenvolvidos com a finalidade de acompanhar a dinâmica das condições de vida e saúde das mais variadas populações (Laurenti, Jorge e Gotlieb, 2009).

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, essa é uma prática relativamente recente, a qual vem sendo gradativamente aprimorada desde a segunda metade do século XX. Se para a população geral do Brasil os registros de mortalidade ainda apresentam algumas limitações, no caso das populações indígenas nota-se que a situação é ainda mais incipiente, uma vez que, até o final da década de 1990, como a própria FUNASA reconhece, “não havia até então uma cultura institucionalizada da informação em saúde” (FUNASA, 2003).

Mortalidade geral e por causas específicas

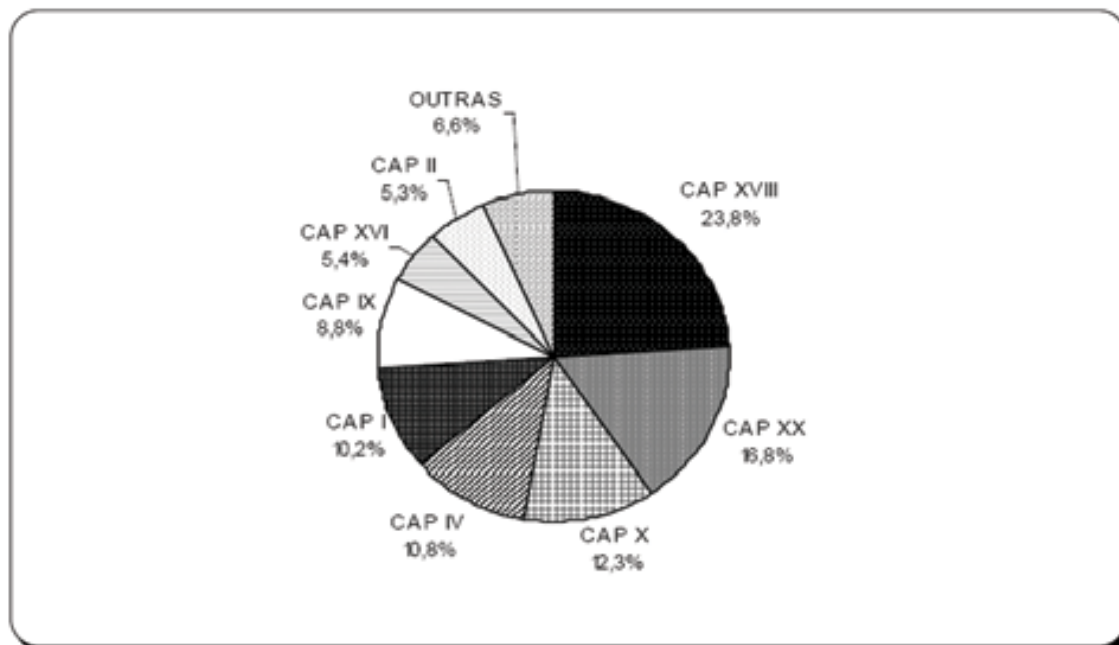
Mesmo diante das críticas que recaem sobre a confiabilidade dos registros de mortalidade para a população indígena no Brasil, algumas considerações podem ser feitas a partir dos dados do SIASI, disponibilizados pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA, 2003). Como primeiro exemplo, podemos destacar o Coeficiente de Mortalidade Geral² (CMG) em todos os DSEI, durante o ano de 2002, que registrou 5,8 mortes para cada grupo de mil indígenas, um valor ligeiramente superior ao observado na população geral do Brasil, que foi de 5,6. O maior CMG em 2002 foi registrado no DSEI Xavánte (14,9 óbitos por mil habitantes) e o menor no DSEI Alto Rio Purus (1,6). Mesmo que a variação do CMG entre os DSEI seja algo esperado, valores tão baixos como os registrados para o DSEI Alto Rio Purus sugerem baixa qualidade e imprecisão desses registros. É importante também destacar as diferenças na composição etária dessas populações, o que dificulta significativamente a interpretação desses coeficientes.

Na Figura 1 é apresentada a distribuição percentual das principais causas de mortalidade em indígenas no Brasil (ambos os sexos), segundo a classificação por capítulos da CID-10³ para o ano de 2002. A principal causa de morte foi tributada ao conjunto de “causas mal definidas” (Cap. XVIII = 23,8%), seguida pelas “causas externas de morbidade e de mortalidade” (Cap. XX = 16,8%), pelas “doenças do aparelho respiratório” (Cap. X = 12,3%), pelas “doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas” (Cap. IV = 10,8%) e pelas “doenças infecciosas e parasitárias” (Cap. I = 10,2%).

² O coeficiente de mortalidade geral expressa o número total de óbitos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

³ Trata-se da décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), um sistema internacional de classificação e categorização de entidades mórbidas, que visa agrupar um determinado conjunto de afecções, em uma linguagem universal, de modo a facilitar a sua aplicação com fins epidemiológicos, estatísticos e de gestão de recursos administrativos na área de saúde. Neste texto, foi priorizada a apresentação e discussão dos dados, segundo a classificação por capítulos da CID-10.

Figura 1: Distribuição percentual das principais causas de mortalidade em indígenas no Brasil (ambos os sexos), segundo a classificação por capítulos da CID-10, Brasil, 2002



Fonte: DESAI/FUNASA, Brasília, Distrito Federal, 2003.

Com base nestes dados, nota-se que o percentual de causas mal definidas é excessivamente elevado, denotando insuficiente assistência à saúde dos indígenas. Na análise segundo faixas etárias observou-se que, aproximadamente, 41% (214) dos registros classificados como causas mal definidas ocorreram entre crianças menores de cinco anos de idade.

A segunda principal causa de morte, que contabilizou 16,8% das notificações, recaiu sobre as causas externas de morbidade e de mortalidade, as quais se concentraram em aproximadamente 60% dos indivíduos com idades entre 10 e 39,9 anos. Do total de mortes classificadas neste capítulo, 26,6% foram devidas ao suicídio, 24,5% aos acidentes e 23,9% às agressões. Estes valores, além de expressivos em termos numéricos, lançam luz sobre as mudanças que estão ocorrendo nos padrões de mortalidade dos povos indígenas no Brasil. As causas de mortalidade parecem estar cada vez mais relacionadas com problemas sociais de maior complexidade como o alcoolismo, a violência e a destruturação social, decorrentes da inconsistência de políticas públicas

específicas para esses povos (Erthal, 2001; Souza e Garnelo, 2007; Santos e Coimbra Jr., 2003; Guimarães e Grubits, 2007).

O somatório dos registros de mortalidade relativos às doenças do aparelho respiratório e às doenças infecciosas e parasitárias, totalizou 22,5% de todas as causas de mortalidade. Estas duas causas, quando agrupadas em um único conjunto, passam a ser a principal causa de morte entre os indígenas. Adicionalmente, não podemos desconsiderar o fato de que aproximadamente 60% dos registros classificados como causas mal definidas eram de crianças menores de cinco anos de idade. Sabe-se que, de modo geral, as crianças nesta faixa etária adoecem e morrem devido a causas relacionadas às doenças do aparelho respiratório e às doenças infecciosas e parasitárias (Kosek, Bern e Guerrant, 2003; Bryce et al., 2005; Orellana et al., 2007; Lunardi, Santos e Coimbra Jr., 2007; Bóia et al., 2009).

As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Cap. IV) responderam por 10,8% do total de mortes entre os indígenas, sendo que, desse montante, 77% foram atribuídas à desidratação e à desnutrição em crianças menores de cinco anos de idade. Tanto a desidratação quanto a desnutrição são consideradas mortes por causas evitáveis e estão intimamente relacionadas com a inadequada oferta de atenção integral à saúde da criança, em termos de acesso ao correto diagnóstico e tratamento, assim como à carência de ações de promoção da saúde (Malta et al., 2007). Vale destacar que do total de causas de mortes agrupadas neste conjunto, aproximadamente 5% foram atribuídas a indivíduos maiores de 50 anos de idade com diabetes tipo II, que surge como um problema emergente e preocupante para os povos indígenas no Brasil, como destacam Cardoso, Matos e Koifman (2003).

Outro importante componente deste complexo perfil de mortalidade dos povos indígenas no Brasil é o pouco avaliado, e cada vez mais presente, papel das mortes ocasionadas pelas neoplasias (cânceres), as quais corresponderam, nesta análise, a algo em torno de 9% do total de mortes observadas no período.

Mortalidade infantil

O Coeficiente de Mortalidade Infantil⁴ (CMI) é um dos mais tradicionais e úteis indicadores de saúde. Ainda que indiretamente, o CMI reflete os níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico de uma determinada população, em uma determinada área ou região (Laurenti, 1987; Murray, 1988; Bezerra Filho et al., 2007).

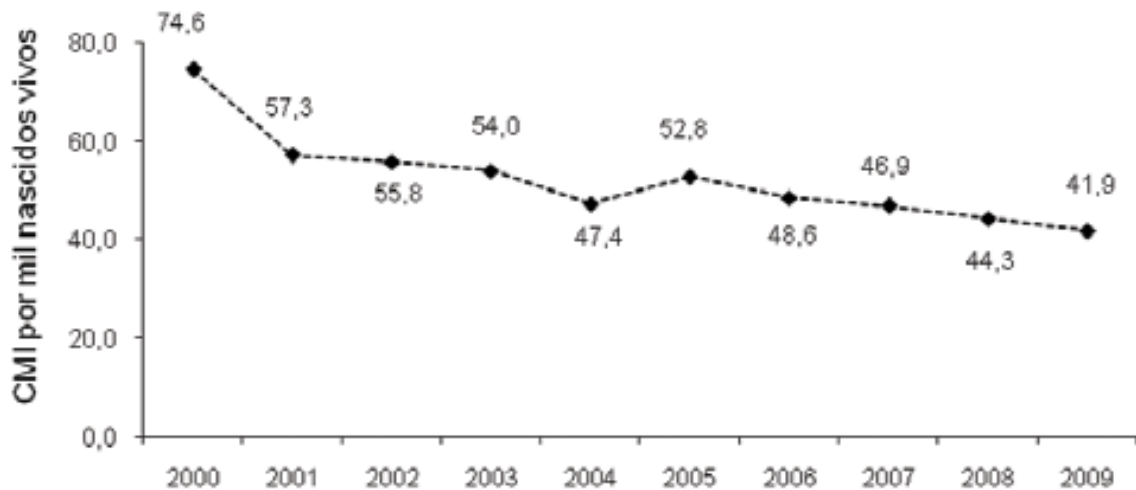
Em que pese o fato de inexistirem séries históricas sobre o CMI para o universo de crianças indígenas no Brasil, alguns estudos realizados ao longo das últimas décadas, sinalizam para um quadro, em geral, bastante desfavorável. Para alguns povos indígenas o CMI pode assumir valores relativamente baixos como os observados nos Waúra do Xingu, 18,3 por mil nascidos vivos (Pagliaro et al., 2001), mas também pode alcançar valores muito elevados, chegando a 100 por mil nascidos vivos, como os registrados entre os Guarani de Dourados-MS (Brand e Pícoli, 2006). As diferenças entre os CMI evidenciam a heterogeneidade de condições de vida entre diferentes grupos indígenas. Alguns valores encontrados não se distanciam daqueles registrados em regiões amplamente desfavorecidas sob ponto de vista socioeconômico, como é o caso da África Ocidental e Central. Estas regiões apresentaram um CMI de 107 por mil nascidos vivos no ano de 2006 (UNICEF, 2008).

A Figura 2 ilustra a trajetória do CMI em crianças indígenas no Brasil para o período de 2000 a 2009. Uma importante redução foi observada entre 2000 (74,6 por mil nascidos vivos) e 2001 (57,3 por mil nascidos vivos). De 2001 em diante, observa-se uma discreta tendência de queda nesses coeficientes, a qual parece ser mais evidente a partir do ano de 2007. O coeficiente médio de mortalidade infantil para o período de 2000-2009 (52,4 por mil nascidos vivos), demonstra que, apesar da tendência de queda nos últimos anos, este indicador se manteve em

⁴O coeficiente de mortalidade infantil expressa o número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado e se propõe a estimar a probabilidade de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida.

um patamar considerado alto. Além disto, este coeficiente revelou-se duas vezes maior que o CMI para a população geral do Brasil, estimado em 25,1 por mil nascidos vivos no ano de 2006 (IBGE, 2007). Os valores dos CMI encontrados entre as crianças indígenas brasileiras são, inclusive, superiores aos reportados para outros segmentos, historicamente desprivilegiados, da sociedade nacional como as crianças de cor ou raça negra que apresentam valores de 34,9 por mil nascidos vivos (IBGE, 2005).

Figura 2: Coeficientes de Mortalidade Infantil (CMI) em indígenas (ambos os sexos), Brasil, 2000-2009.



Fonte: COMOA/DESAI/FUNASA, Brasília, Distrito Federal, 2010.

Outro aspecto que merece destaque é que as principais causas de mortalidade infantil entre crianças indígenas, no período de 2003 a 2006, segundo a classificação por capítulos da CID-10, foram, em ordem decrescente de importância, as doenças do aparelho respiratório, as causas mal definidas, as doenças infecciosas e parasitárias e as afecções originadas no período perinatal. Nesse mesmo intervalo de tempo, as causas de mortalidade infantil no período neonatal⁵ e pós-neonatal⁶

⁵ O coeficiente de mortalidade infantil neonatal expressa as mortes infantis que ocorrem entre o nascimento e os primeiros 27 dias de vida completos.

⁶ O coeficiente de mortalidade infantil pós-neonatal expressa as mortes infantis que ocorrem entre o nascimento e os primeiros 28 e 364 dias de vida completos.

foram de 30% e 70%, respectivamente (FUNASA, 2008). A elevada concentração de mortes infantis no período pós-neonatal é sugestiva das más condições de vida, do baixo alcance das ações básicas de suporte para a saúde da criança e da relação das mortes infantis com fatores ambientais desfavoráveis.

Ainda que não estejamos desconsiderando os problemas existentes na notificação dos dados de mortalidade infantil no SIASI (FUNASA, 2008), fica patente o peso das desigualdades sociais entre indígenas e não indígenas no Brasil.

Doenças infecciosas e parasitárias

Apesar da ocorrência de importantes modificações no perfil de saúde e adoecimento dos povos indígenas no Brasil, especialmente nas últimas quatro décadas, o conjunto de doenças infecciosas e parasitárias continua sendo uma das principais causas de adoecimento e morte.

Tuberculose

A tuberculose é uma doença sistêmica⁷ contagiosa, causada por uma bactéria denominada *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecida como bacilo de Koch, em referência a Robert Koch, o cientista alemão que a identificou pela primeira vez, em 1882.

A forma clínica de acometimento mais comum é a pulmonar, observada em 80% a 90% dos casos. Durante a tosse, o espirro, o canto, a fala, o portador da doença elimina gotículas de saliva de vários tamanhos, contaminadas com o bacilo de Koch. As mais pesadas vão ao chão, enquanto as mais leves permanecem suspensas no ar. Quando uma pessoa inala as pequenas partículas contaminadas, o bacilo pode

⁷Doença sistêmica é aquela que pode acometer qualquer órgão do corpo humano, disseminando-se, geralmente, por via hematogênica (sanguínea).

se alojar no interior dos pulmões, e a partir daí desenvolver uma reação inflamatória e dar início à primo-infecção⁸. Em linhas gerais, cerca de 5% das pessoas infectadas com o bacilo de Koch irão desenvolver tuberculose; no restante o sistema imunológico conterá a multiplicação bacilar e a pessoa não manifestará a doença. Estima-se que uma pessoa doente portadora da forma clínica pulmonar bacilífera (aquela em que se observa o *M. tuberculosis* no exame direto de escarro – baciloscopia) infecte de 10 a 15 pessoas por ano na comunidade em que vive (Kritski, Conde e Souza, 2000).

Para dimensionar o impacto da tuberculose entre os indígenas no Brasil, mais uma vez esbarramos na precariedade de informações sistematizadas e disponíveis sobre o tema. De acordo com Ruffino-Netto (1999), os primeiros registros históricos da presença de TB no país são provenientes de relatos dos jesuítas no início da colonização. Informações consolidadas na forma de indicadores de saúde encontram-se disponíveis apenas após a implantação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas – SUSA (Nutels e Duarte, 1961; Nutels, Ayres e Salzano, 1967, Nutels, 1967; Costa, 1987), a partir da década de 1950.

Infelizmente as altas taxas de adoecimento e morte descritas por Nutels e seus colaboradores na época ainda são muito atuais. Recentes estudos, conduzidos em diferentes grupos étnicos e regiões do país (Bóia et al., 2009; Levino e Oliveira, 2007; Basta et al., 2006a, 2004; Garnelo, Brandão e Levino, 2005; Marques e Cunha, 2003; Baruzzi et al., 2001; Amarante e Costa, 2000; Sousa et al., 1997), revelam altas incidências, não deixando dúvidas sobre a relevância sanitária da tuberculose entre os indígenas no Brasil.

Diante das evidências disponíveis e da notada dimensão do problema, a Coordenação de Controle da Tuberculose e Hanseníase do Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da FUNASA indicou um conjunto de DSEI como prioritário para implementação das ações de controle da TB nas áreas indígenas brasileiras.

⁸Para obter mais informações sobre primo-infecção consulte “Tuberculose na Infância e na Adolescência” (Sant’Anna, 2002).

De acordo com um levantamento dos registros das notificações, realizado por um grupo técnico assessor da FUNASA nos distritos prioritários, demonstrou-se que a incidência média de TB atingiu a cifra de 144,1 e 140,2 por 100 mil habitantes nos anos de 2006 e 2007, respectivamente, enquanto a média para o país foi de 42 por 100 mil (Bierrenbach et al., 2007).

A despeito das flutuações dos coeficientes – intra e interdistritais – que podem, dentre outras possibilidades, decorrer de problemas na organização das ações em saúde e na qualidade das informações, os dados indicam que os DSEI Alto Rio Juruá, Alto Rio Negro, Maranhão, Médio Rio Solimões, Porto Velho, Rio Tapajós, Vilhena e Yanomami mantiveram incidências acima de 100 casos por 100 mil habitantes, nos dois anos analisados. Em tais distritos sanitários, se caracterizam, de acordo com Clancy (1991), situações epidemiológicas consideradas de alto risco (ver Figura 3 e Tabela 1).

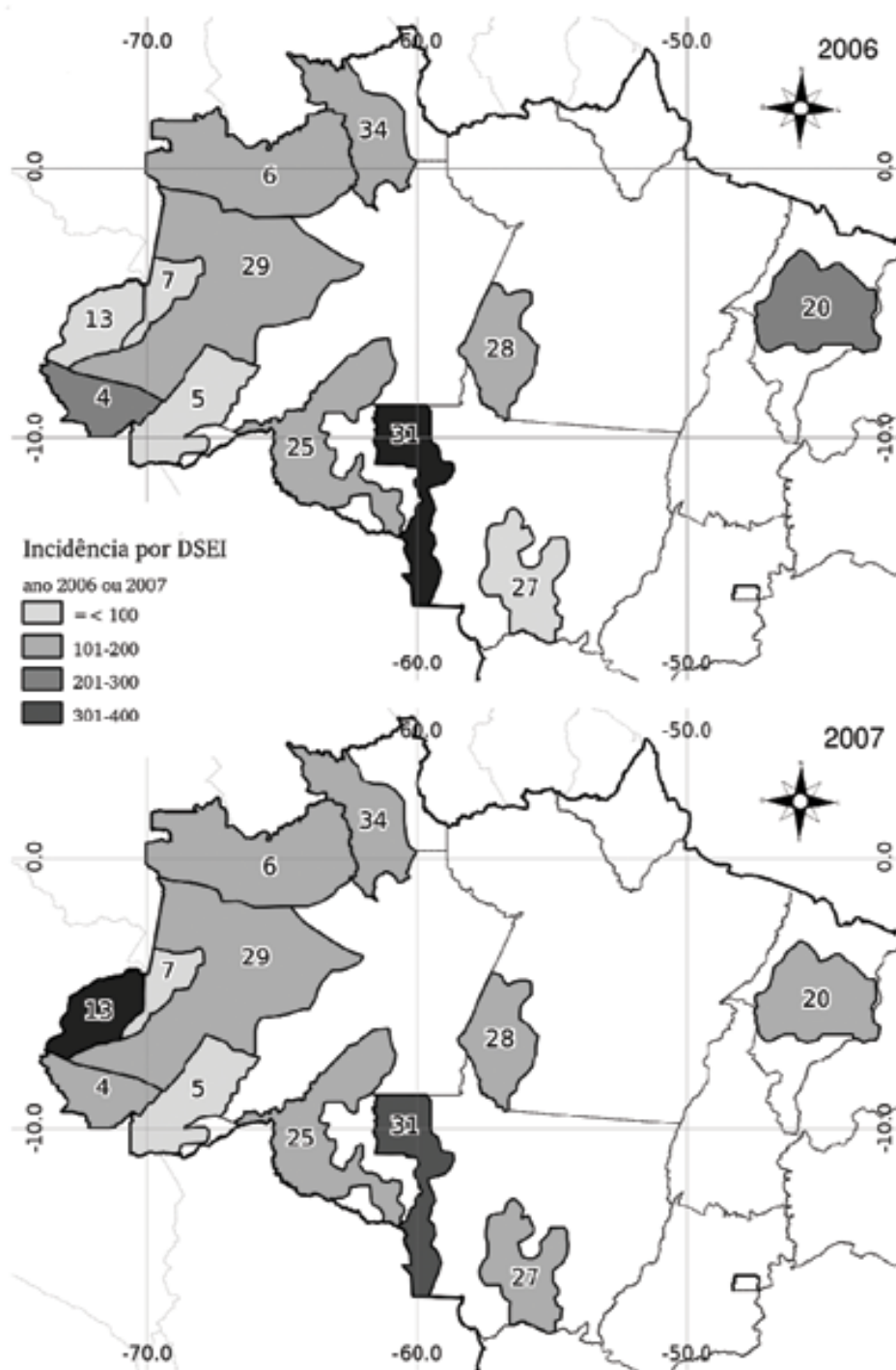
Tabela 1: Número de casos de tuberculose de todas as formas e coeficientes de incidência por 100 mil habitantes nos DSEI prioritários para o controle da TB, 2006 e 2007

DSEI	2006		2007	
	Casos de TB*	Incidência	Casos de TB*	Incidência
Alto Rio Juruá	21	203,1	11	105,5
Alto Rio Purus	5	65,6	5	68,1
Alto Rio Solimões	33	87,2	40	95,8
Alto Rio Negro	24	103	41	141,2
Cuiabá	4	70,5	11	193,8
Maranhão	59	241,3	40	163,5
Médio Rio Solimões	15	155,4	12	117,4
Porto Velho	13	161,0	14	161,5
Rio Tapajós	10	151,8	14	200,9
Vale do Rio Javari	1	28,7	15	413,5
Vilhena	26	435,1	19	304,5
Yanomami	18	113,2	19	109
Total	229	144,1[#]	241	140,2[#]

* Casos de tuberculose de todas as formas clínicas

Média de incidência nos DSEI prioritários

Figura 3: Coeficientes de incidência por 100 mil habitantes nos DSEI prioritários para o controle da TB, 2006-2007



DSEI: 4) Alto Rio Juruá, 5) Alto Rio Purus, 6) Alto Rio Negro, 7) Alto Rio Solimões, 13) Vale do Javari, 20) Maranhão, 25) Porto Velho, 27) Cuiabá, 28) Rio Tapajós, 29) Médio Rio Solimões e Afluentes, 31) Vilhena, 34) Yanomami. Fontes: Área técnica de Hanseníase e Tuberculose, DESAI/FUNASA. Cartografia ILMD/FIOCRUZ, adaptado IBGE.

A análise dos dados coletados no âmbito deste levantamento indica ainda que, em média, 51,7 e 55,9% dos casos obtiveram cura, enquanto 12,6 e 3,5% abandonaram o tratamento. Além disso, 5 e 5,4% dos casos foram a óbito, em 2006 e 2007, respectivamente. Outra constatação que chama a atenção é que em 27,3 e 42% dos registros não se tinha informação sobre o desfecho do tratamento nos anos correspondentes.

Os indicadores acima reportados distanciam-se muito dos preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o controle da TB. De acordo com os parâmetros estabelecidos pela OMS (WHO, 2009), para que se alcance uma situação epidemiológica de controle é necessário detectar 70% dos casos estimados na comunidade; curar 85% dos casos descobertos e reduzir as taxas de abandono do tratamento a patamares inferiores a 5%. Além disso, é fundamental que se conheça 100% dos desfechos dos tratamentos instituídos.

Outro achado relevante acerca da tuberculose entre os indígenas no país diz respeito à mortalidade. Segundo dados da FUNASA (2003), a TB figura entre as dez principais causas conhecidas de óbito nas comunidades indígenas. Embora nem sempre o diagnóstico tenha sido confirmado bacteriologicamente, as mortes atribuídas a TB representaram 2,7% do total de óbitos registrados em 2002.

Nas últimas décadas, houve um incremento importante no número de instituições e pesquisadores interessados no tema da tuberculose entre os povos indígenas. Nesse contexto, alguns autores têm procurado se aprofundar na questão por meio de estudos que visam coletar dados primários em visitas às aldeias. A maioria desses trabalhos concentra-se na região Amazônica. Para fins deste debate iremos focar os estudos desenvolvidos em Rondônia (Escobar et al., 2001; Basta et al., 2004, 2006a,b,c).

Por meio da análise dos casos notificados no DSEI Vilhena, constatou-se incidência média de TB acima de 2.500 por 100 mil habitantes entre os indígenas da etnia Suruí, no período de 1991-2002. Revelou-se ainda que 45% dos casos de TB notificados no período foram em menores de 15 anos (Basta et al., 2004).

Um estudo seccional baseado na busca ativa de sintomáticos respiratórios⁹ revelou a presença de uma cepa de *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) resistente à rifampicina e à isoniazida (as duas principais drogas utilizadas para o tratamento no Brasil); demonstrou o envolvimento de quatro diferentes tipos de MTB na transmissão da doença; e detectou a presença de micobactérias ambientais em 12,8% das amostras de escarro examinadas nas aldeias Suruí (Basta et al., 2006a, 2006b).

Em análise que considerou as principais causas de internação hospitalar entre os indígenas de Rondônia, Orellana et al. (2007) e Escobar et al. (2003) revelaram que em 2,3% e 19,0% das internações entre crianças e adultos, respectivamente, a causa informada foi TB. Esses achados indicam que além dos indígenas de Rondônia estarem expostos a altas taxas de infecção e doença pelo MTB, quando adoecem desenvolvem formas clínicas graves e necessitam de hospitalização, expondo a fragilidade dos serviços de saúde em equacionar boa parte desses eventos no nível da atenção básica.

Em síntese, os achados acima descritos delineiam um cenário complexo que aponta para a necessidade de cuidados adicionais no planejamento das ações de controle da TB na região. Vale lembrar que esses resultados estão circunscritos às etnias de Rondônia. Não obstante, as condições observadas naquele estado podem se reproduzir em outras regiões do país.

Malária

A malária é uma doença infecciosa, na maioria dos casos febril e aguda, causada por um parasita, o plasmódio. Em seres humanos foram descritas quatro espécies (*Plasmodium falciparum*, *P. vivax*, *P. Malariae* e *P. ovale*) que são transmitidas de pessoa a pessoa pela picada da fêmea do mosquito Anófeles (Suárez-Mutis et al., 2005). A doença tem

⁹ Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2002), sintomático respiratório é o indivíduo maior de 15 anos que apresenta tosse produtiva (com catarro) há três semanas ou mais.

ampla distribuição no território nacional, entretanto concentra-se na região conhecida como Amazônia Legal, que incorpora nove unidades federadas do país: Acre, Amazonas, Amapá, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins.

Sua contribuição para delinear os perfis de adoecimento e morte entre os povos indígenas no Brasil é imensa e inquestionável. Anualmente, milhares de pessoas adoecem por malária, e em algumas localidades a letalidade da doença ainda é elevada.

Os padrões de disseminação de alguns agravos, como a malária, guardam estreita relação com alterações produzidas no meio ambiente. Para que se dê a ocorrência de malária em uma dada localidade são necessários: a) condições ambientais favoráveis à reprodução do mosquito vetor (criadouros); b) reservatórios do agente infeccioso (pessoas doentes); e c) pessoas suscetíveis à nova infecção. Este conjunto de atributos configura a cadeia de transmissão da doença.

Alguns estudos têm identificado o *Anopheles darlingi* como principal vetor de transmissão da doença. Esse mosquito pica predominantemente fora do ambiente domiciliar (Sá et al., 2005; Tadei e Thatcher, 2000; Ianelli et al., 1998; Lourenço-de-Oliveira, 1989), fato que favorece a transmissão da malária em alguns contextos. Por exemplo, durante a realização de tarefas cotidianas (tais como caça, pesca, trabalhos nas roças, banhos às margens de rios e igarapés, entre outros) as populações indígenas parecem estar particularmente expostas às picadas de anofelinos.

Além dessa contribuição (diríamos natural) na transmissão da doença, a exposição às frentes de expansão econômica na Amazônia, especialmente no que diz respeito a obras para construção de hidrelétricas e abertura de estradas, às atividades de mineração e aos garimpos ilegais, expõe os povos indígenas a elevados riscos de adoecimento e morte por malária.

O caso Yanomami é bastante ilustrativo de uma epidemia de malária que se originou a partir da invasão do território indígena por milhares de garimpeiros, no final dos anos 1980 e início da década de 1990. Os garimpeiros não somente alteraram profundamente o am-

biente, criando condições propícias para a transmissão do parasita, como também introduziram cepas de *Plasmodium falciparum* (parasita responsável pela forma grave da doença) resistentes aos medicamentos usuais (Pithan, Confalonieri e Morgado, 1991).

Outro exemplo ainda mais recente e muito ilustrativo do processo desordenado de ocupação do espaço com modificação da paisagem natural e suas devastadoras consequências para a saúde foi a epidemia descrita por Souza-Santos et al. (2008), que se originou entre os Cinta-Larga de Rondônia após a invasão de milhares de garimpeiros em busca de diamantes na terra indígena (TI) Roosevelt. A partir do Índice Parasitário Anual (IPA),¹⁰ os autores realizaram um mapeamento dos casos de malária nas terras indígenas de Rondônia, no período de 2003 a 2006. Por meio desse mapeamento foi possível demonstrar o notável incremento dos casos de malária a partir de 2004 na TI Roosevelt, e caracterizar o início da epidemia que coincidiu com o afluxo de garimpeiros à região.

Em recente levantamento de dados junto ao Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária (SIVEP-Malária), Souza-Santos et al. (2009) descreveram o número total de casos da doença nos estados que conformam a Amazônia Legal para o período de 2003 a 2007. Os dados do SIVEP são registrados de acordo com o provável local de infecção do caso. Com base nesses registros, os autores conseguiram estimar o número de ocorrências de malária nas áreas indígenas correspondentes aos estados da Amazônia Legal (Tabela 2).

¹⁰ De acordo com a Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA), o IPA avalia o número de exames positivos de malária, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, num ano considerado (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/Com_D04.pdf).

Tabela 2: Distribuição de casos de malária notificados em áreas indígenas (provável local de infecção), entre 2003 e 2007, de acordo com a unidade da federação

UF	2003	2004	2005	2006	2007	2003-2007
AC	237	340	1.387	1.914	947	4.825
AM	4.840	5.895	19.256	21.640	26.003	77.634
AP	151	335	602	1.419	1.823	4.330
MA	76	91	335	146	104	752
MT	9	91	123	162	260	645
PA	4.763	3.629	4.549	6.495	5.573	25.009
RO	397	1.699	879	1.718	1.168	5.861
RR	1.593	3.491	4.976	3.364	2.298	15.722
TO	0	0	12	0	0	12
Total	12.066	15.571	32.119	36.858	38.176	13.4790

Dentre os registros analisados nesse contexto, Souza-Santos et al. (2009) observaram que 7,5% das notificações correspondiam aos casos de malária em áreas indígenas, totalizando 134.790 ocorrências. Destes, 65,8% (88.625) dos casos foram registrados em áreas próximas a garimpos.

Em síntese, os dados acima indicam que em média houve cerca de 26 mil casos de malária notificados anualmente nas áreas indígenas da Amazônia Legal, com aproximadamente 6 mil casos devidos ao *Plasmodium falciparum*, parasita responsável pela forma grave da doença e com alto potencial de letalidade.

Ainda que a grande maioria dos casos notificados tenha sido devido ao *Plasmodium vivax*, que se apresenta de forma mais branda que o *falciparum*, isto não se configura como motivo para festejar. As malárias decorrentes do *Plasmodium vivax* apresentam grande potencial para tornarem-se formas crônicas da doença, apresentarem recidivas e desenvolverem complicações no fígado.

Além disso, estudos recentes têm identificado a presença de grupos populacionais que desenvolveram resistência imunológica ao *Plasmodium vivax*. Apesar de não manifestarem sintomas, esses indivíduos, ou

mesmo comunidades inteiras, podem ser considerados portadores dos parasitas, e desta forma contribuir para manutenção da cadeia de transmissão da endemia (Coura, Suárez-Mutis e Ladeia-Andrade, 2006).

Hepatites virais

As hepatites virais são causadas por diferentes agentes etiológicos, mesmo assim apresentam características clínicas e laboratoriais semelhantes, ainda que com particularidades epidemiológicas bem definidas. A transmissão das hepatites B, C e Delta costuma ocorrer por meio da relação sexual ou com seringas, agulhas, sangue e secreções que contenham vírus. Estas formas podem evoluir para a cronicidade, com quadros de cirrose e câncer hepático. A cronicidade faz com que o ser humano seja o maior reservatório desses vírus, e também o responsável pela disseminação da doença (Yoshida et al., 2005).

As hepatites A e E, cujo principal modo de transmissão se dá por contato fecal-oral, ainda que não evoluam para formas crônicas, são endêmicas e podem causar grandes epidemias em regiões que apresentem condições sanitárias precárias (Gaspar et al., 2005).

Além dos sinais e sintomas clínicos comumente observados nos portadores de hepatites virais (tais como náuseas, vômitos, febre, icterícia, colúria, acolia fecal, entre outros), a doença pode ser detectada e ter sua evolução monitorada por meio de marcadores sorológicos. Os padrões epidemiológicos de infecção crônica pelo vírus da hepatite B (VHB), em uma determinada região, tendem a ser definidos com base na prevalência dos seguintes marcadores: HBsAg, anti-HBc e anti-HBs.

O HBsAg é um indicador de infecção crônica e demonstra a presença do vírus na corrente sanguínea. Já o anti-HBc total é um anticorpo produzido pelo organismo e indica a presença de infecção prévia, mas inativa no momento do exame. O anti-HBs é um anticorpo que é interpretado como marcador de imunidade adquirida à doença (Gaspar et al., 2005; Yoshida et al., 2005; FUNASA, 2002a; Nunes, Monteiro e Soares, 2007).

Segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (FUNASA, 2002a), uma área é considerada de alta endemicidade para hepatite B quando as prevalências de HBsAg encontram-se acima de 7%, ou acima de 60% para o anti-HBc total. Nas áreas de endemicidade moderada encontram-se prevalências de 2 a 7%, e 20 a 60% de HBsAg e anti-HBc, respectivamente. E nas áreas de baixa endemicidade, observam-se prevalências abaixo de 2% e 20% para HBsAg e anti-HBc, respectivamente. No Brasil as áreas de alta endemicidade concentram-se na região Amazônica, no Espírito Santo e no oeste de Santa Catarina.

Novamente, quando nos lançamos à tentativa de dimensionar o impacto das hepatites virais entre os indígenas no Brasil, esbarramos na precariedade de informações sistematizadas e disponíveis sobre o tema. Entretanto, existem alguns relatos de pesquisadores que dão notícias sobre as elevadas prevalências de marcadores sorológicos, principalmente relacionados às formas crônicas de hepatite B, C e D, em diferentes regiões do país.

Coimbra Jr. et al. (1996), em trabalho realizado entre os grupos Tupi-Mondé e Xavante, encontraram altas prevalências, com variação entre 62,8% e 95,7% para HBsAg e anti-HBc, respectivamente. Já Braga et al. (2001), ao analisarem a situação epidemiológica entre sete grupos do estado do Amazonas, observaram importantes variações entre as etnias analisadas, relatando, entretanto, que de forma geral a situação encontrada foi considerada de média a alta endemicidade, com prevalências de 9,7% para o HBsAg e de 54,5% para o anti-HBc.

Echevarría e León (2003), em revisão de estudos que abordaram o tema nas populações nativas da Bacia Amazônica (incluindo povos da Bolívia, Colômbia, Peru, Venezuela e Brasil), descreveram áreas endêmicas para transmissão de hepatite aguda fulminante que incluem os estados do Acre, Amazonas e Pará, com prevalências que oscilaram de 18 a 85% para o anti-HBc, e de até 14% para o HBsAg.

Num outro extremo, Ferreira et al. (2006), ao analisarem uma amostra de 214 índios Kaingang do sul do Brasil, descreveram uma situação de baixa endemicidade, com prevalências de 15,4% para o anti-HBc e

nenhum caso de soropositividade ao HBsAg. Outro achado que merece destaque nesse estudo é o fato de ter se identificado uma positividade de 71% para o marcador anti-HBs, que demonstra um estado de imunidade à doença, indicando uma boa cobertura vacinal na população referida.

Em linhas gerais, os estudos revisados indicam que a transmissão dos vírus B e D nas populações indígenas examinadas ocorre precocemente, principalmente entre as crianças de 5 a 12 anos e adultos jovens, provavelmente em decorrência de práticas culturais de cunho ritualístico, cosmético ou curativo (tais como escarificações, tatuagens, sangrias, perfurações etc.), ou por meio de contato familiar e sexual (Coimbra Jr. et al., 1996; Ferreira et al., 2006; Nunes, Monteiro e Soares, 2007).

Vale destacar que no estudo conduzido por Nunes, Monteiro e Soares (2007), entre os Parakanã do Pará, onde foram realizados dois inquéritos soro-epidemiológicos, em dois momentos distintos (1995 e 2004), houve uma sensível mudança nos padrões observados entre os indígenas avaliados. O estudo revelou que num intervalo de nove anos houve redução na prevalência global do HBsAg e do anti-HBc. Por outro lado, houve expressivo aumento nos títulos do anti-HBs, indicando que a vacinação contra hepatite B mostrou-se como importante fator de proteção contra a disseminação do vírus nessa população.

Esses autores indicam ainda que a vacinação precisa ser ampliada, principalmente, entre os menores de um ano de idade, e que maior atenção deve ser dada aos indivíduos do sexo masculino, em que foram observadas as maiores prevalências, provavelmente em decorrência de alguns costumes culturais, tais como perfuração das orelhas, consumo de bebidas alcoólicas e repetidas viagens para fora do ambiente da aldeia (Nunes et al., 2007).

Infecções respiratórias agudas, doenças diarreicas e parasitismo intestinal

Mundialmente, a pneumonia e as doenças diarreicas costumam ser responsáveis por cerca de 40% das causas de morte entre crianças me-

nores de cinco anos, sobretudo, em regiões sabidamente desfavorecidas do ponto de vista socioeconômico, como o continente africano e o sudeste asiático (Bryce et al., 2005).

Como era de se esperar, as doenças relacionadas ao trato respiratório e as doenças diarreicas também costumam despontar como uma das principais causas de morbidade ou adoecimento das crianças indígenas menores de cinco anos de idade, impactando negativamente nos perfis de mortalidade e se assemelhando ao perfil encontrado para outras populações que estão em franca desvantagem socioeconômica (Kosek, Berne e Guerrant, 2003; Rudan et al., 2004).

Contudo, antes mesmo de apresentarmos alguns dados sobre morbidade ambulatorial fornecidos pela FUNASA, para o ano de 2002 (FUNASA, 2003), entendemos que é de fundamental importância lembrar que, apesar do elevado potencial desse tipo de registro para o planejamento e aplicação de recursos, suas limitações são evidentes. Tanto no que se refere a clientela que demanda esse serviço; a frequência e a qualidade das classificações de doenças em morbidade; assim como, as dificuldades em se definir, com precisão, os numeradores e denominadores que compõem a base do cálculo de alguns indicadores e taxas (Lebrão, 1997).

No ano de 2002, segundo relatório publicado pela FUNASA (FUNASA, 2003), foram registrados 614.822 atendimentos ambulatoriais. Desse total, aproximadamente 70% foram classificados, como sendo relacionados as doenças infecciosas e parasitárias e as doenças do aparelho respiratório. No conjunto de doenças infecciosas e parasitárias predominaram as intercorrências por verminoses (42,7%) e diarreias (28,8%).

Tanto o parasitismo intestinal como as diarreias são conhecidas causas de morbidade entre os povos indígenas do Brasil, especialmente entre as crianças. Vários estudos sustentam que essas condições estão, em maior ou menor grau, associadas a precárias condições de saneamento, a crescente degradação ambiental, a restrição territorial, a inadequações e a baixa efetividade dos programas de controle do parasitismo intestinal e das diarreias em área indígena (Vieira, 2003; Haverroth, Escobar

e Coimbra Jr., 2003; Pena e Heller, 2008; Palhano-Silva et al., 2009).

Entre as doenças do aparelho respiratório, os atendimentos por Infecções das Vias Aéreas Superiores (IVAS) foram mais frequentes, respondendo por um total de 90,5% dos registros, seguidos pelas pneumonias (3,7%). A expressiva concentração de atendimentos ambulatoriais por IVAS, sugere não só o sub-registro das pneumonias, como também, a baixa capacidade dos serviços de saúde em diagnosticar e tratar adequada e oportunamente essas demandas. Não é demais lembrar que na ausência ou mesmo com um inadequado diagnóstico as IVAS podem evoluir para casos de pneumonia e resultar não só no aumento da gravidade da doença, como também, em episódios de internação hospitalar e óbitos, passíveis de prevenção.

Na última década, motivados pelas deficiências existentes nas bases e nos sistemas de informação em saúde do Brasil, o que inclui o SIASI, alguns autores têm buscado gerar informações alternativas acerca dos perfis de morbidade dos povos indígenas mediante a análise de registros de internações hospitalares (Escobar et al., 2003; Orellana et al., 2007; Lunardi et al., 2007). Esses estudos têm demonstrado que parcela significativa das hospitalizações ocorre entre os menores de cinco anos de idade e que a principal causa de internação recai justamente sobre as doenças do aparelho respiratório, sobretudo, aquelas do trato respiratório inferior como as pneumonias.

Doenças crônicas não transmissíveis e doenças e agravos relacionados ao estado nutricional

O quadro até aqui delineado permanece indicando as doenças infecciosas e parasitárias como as principais causas de morbidade e mortalidade entre os indígenas no Brasil. No entanto, nas últimas décadas, tem ficado cada vez mais evidente a crescente importância que as doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, diabetes tipo II e câncer, por exemplo) têm ocupado nesse complexo cenário.

Os poucos estudos disponíveis sobre o comportamento dos níveis de pressão arterial entre os povos indígenas no Brasil sugerem tratar-se de um problema de saúde emergente e com elevado potencial de expansão, ainda que parte desses estudos tenham encontrado baixas ou mesmo nulas prevalências de hipertensão arterial (Fleming-Moran e Coimbra Jr., 1990; Fleming-Moran, Santos e Coimbra Jr., 1991; Coimbra Jr., et al. 2001; Cardoso, Matos e Koifman, 2003).

Sinalizando na mesma direção das informações acima descritas, as estatísticas sobre atendimentos ambulatoriais da FUNASA também acusam a presença da hipertensão arterial entre indígenas, dado que os atendimentos por causas relacionadas ao aparelho circulatório responderam por, aproximadamente, 3% do total no ano de 2002 (FUNASA, 2003). Vale lembrar que se esses dados fossem desagregados e analisados com um olhar específico sobre os maiores de 30 anos esse percentual de atendimentos relacionados ao aparelho circulatório, provavelmente, aumentaria e retrataria de modo mais preciso a dimensão do problema.

O diabetes tipo II e a síndrome da resistência à insulina foram registrados nas Américas há mais de 30 anos entre indígenas e também figuram como importantes componentes do complexo perfil epidemiológico (Carter et al., 1993; Cardoso, Matos e Koifman, 2003; Case et al., 2006). No Brasil, apesar dos poucos estudos existentes se restringirem a um reduzido grupo de comunidades indígenas, é cada vez mais comum o surgimento de novas evidências relativas a importância da pressão exercida pelo diabetes tipo II e pela síndrome da resistência a insulina sobre os perfis de saúde e adoecimento desses povos (Cardoso, Matos e Koifman, 2003; Coimbra Jr. et al., 2002; Vieira Filho, Russo e Juliano, 1987).

De modo geral, estudos específicos sobre o tema costumam relacionar tanto a hipertensão quanto o diabetes tipo II e a síndrome da resistência a insulina a importantes mudanças no estilo de vida desses povos. Como exemplo, pode-se mencionar a adoção de hábitos sedentários, os quais resultam na redução dos padrões de atividade física; assim como, as importantes alterações observadas em seus padrões de

consumo alimentar, que passaram a incorporar progressiva e crescentemente em suas rotinas alimentares itens como o açúcar refinado, o sal de cozinha, frituras, doces, refrigerantes entre outros (Lourenço et al., 2008; Welch et al., 2009).

Apesar da grande variabilidade de sua magnitude entre as diferentes regiões e etnias no país, outra importante causa de morbidade entre os indígenas adultos no Brasil é a obesidade (Gugelmin e Santos, 2001; Leite et al., 2006; Lourenço, 2006). A principal preocupação é que ela é um grande fator de risco (Mahoney, Burns e Stanford, 1996; Berenson et al., 1998; Sichieri, 1998; Robinson, 1999) para a manifestação futura de doenças metabólicas (resistência à insulina e diabetes tipo II) e cardiovasculares (coronariopatias e acidentes vasculares cerebrais).

Vale destacar que a problemática da obesidade e do sobrepeso não está restrita aos indígenas adultos. Os adolescentes e as crianças, em uma proporção menor, também estão incluídos nesse paradoxal quadro de saúde (Caballero et al., 2003; Lourenço, 2006; Orellana et al., 2006; Kühn et al., 2009).

No caso específico das crianças somam-se aos problemas nutricionais de obesidade e sobrepeso os já conhecidos e por vezes alarmantes problemas de desnutrição e anemia (Orellana et al., 2009). Ainda que alguns estudos em comunidades específicas, assim como os próprios dados da FUNASA, sugiram uma redução nos valores da desnutrição infantil nos últimos anos, é oportuno assinalar que essa tendência não é forte, nem disseminada o suficiente para que a desnutrição infantil deixe de ser considerada como um dos principais componentes do perfil de morbimortalidade das crianças indígenas no país. Também não se pode ignorar que as taxas de desnutrição observadas nas crianças indígenas são bem superiores às médias nacionais, inclusive em regiões de reconhecida vulnerabilidade como o Norte e o Nordeste rural.

Todavia, sem desconsiderarmos as peculiaridades de cada etnia e a possível multiplicidade de perfis epidemiológicos existentes no país, pode-se dizer que, de modo geral, o perfil nutricional dos povos indígenas no Brasil parece ser bem delicado e com nuances bastante singulares e complexas. Coexistem de um lado velhos problemas de saúde como

a desnutrição infantil e as doenças carenciais como a anemia entre as crianças e mulheres em idade reprodutiva, e de outros novos problemas de saúde, principalmente entre adultos, como o diabetes tipo II, a hipertensão, as dislipidemias, a obesidade e o sobrepeso.

Doenças e desordens sociais

Dentro do cenário epidemiológico em transição no qual se inserem as comunidades indígenas, as doenças crônicas não transmissíveis têm merecido cada vez mais destaque entre as causas de morbimortalidade. Dentre elas, as chamadas “doenças sociais” como o alcoolismo, os transtornos psiquiátricos, o suicídio e as mortes por causas externas vêm sendo reportadas de forma crescente entre os indígenas no Brasil. A partir de 2003, a Saúde Mental passou a ser uma atividade integrada às ações de atenção básica em alguns DSEI. A estratégia adotada pela FUNASA foi integrar as ações de Saúde Mental à Vigilância Epidemiológica, e desta forma, o Programa de Saúde Mental já estava sendo executado em 28 DSEI no Brasil em 2008. O suicídio e o alcoolismo são os principais agravos à saúde inseridos no contexto deste programa.

Alcoolismo

Os poucos estudos sobre o tema alcoolismo têm demonstrado um consumo de álcool maior entre indígenas quando comparado com os não indígenas no país. Entretanto, é preciso ter cuidado com as comparações. Souza et al. (2003) destacam a necessidade de relativizar o conceito biomédico do alcoolismo, uma vez que existem diferentes padrões e formas de consumo, que variam de acordo com a especificidade sociocultural e a história de cada grupo.

Souza e Garnelo (2007) sugerem que além das categorias usuais de dependência de álcool, geralmente focadas no nível individual, ou-

tras categorias de análise devem ser utilizadas ao abordar o problema. Os autores destacam a importância do conceito de “alcoolização”, o uso deste conceito “facilita o entendimento do significado que o beber pode assumir em cada cultura independentemente de ser problemático ou não, e viabiliza o acesso às regras que regem o uso do álcool”.

O uso de instrumentos universalmente empregados para rastreamento de pacientes dependentes de álcool, tais como o CAGE, também deve ser utilizado com cuidado em sociedades culturalmente diferenciadas. No relato de um caso com populações indígenas do Alto Rio Negro, Souza, Schweickardt e Garnelo (2007) apontam que esse instrumento se mostrou inadequado pois não conseguiu captar o verdadeiro significado das respostas fornecidas pelos entrevistados.

De acordo com um diagnóstico realizado pela FUNASA (2000), o alcoolismo desponta como uma das enfermidades mais comuns entre os indígenas brasileiros, sobretudo nas regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Nesse sentido, Guimarães e Grubits (2007) promoveram uma revisão crítica do problema do alcoolismo entre os povos indígenas no Brasil e destacaram, além do aumento de sua prevalência, a sua associação positiva com as mortes por causas externas (violência), desnutrição infantil, abuso sexual e prostituição, além de seu envolvimento com outros agravos decorrentes da ingestão contínua de álcool como câncer e diabetes.

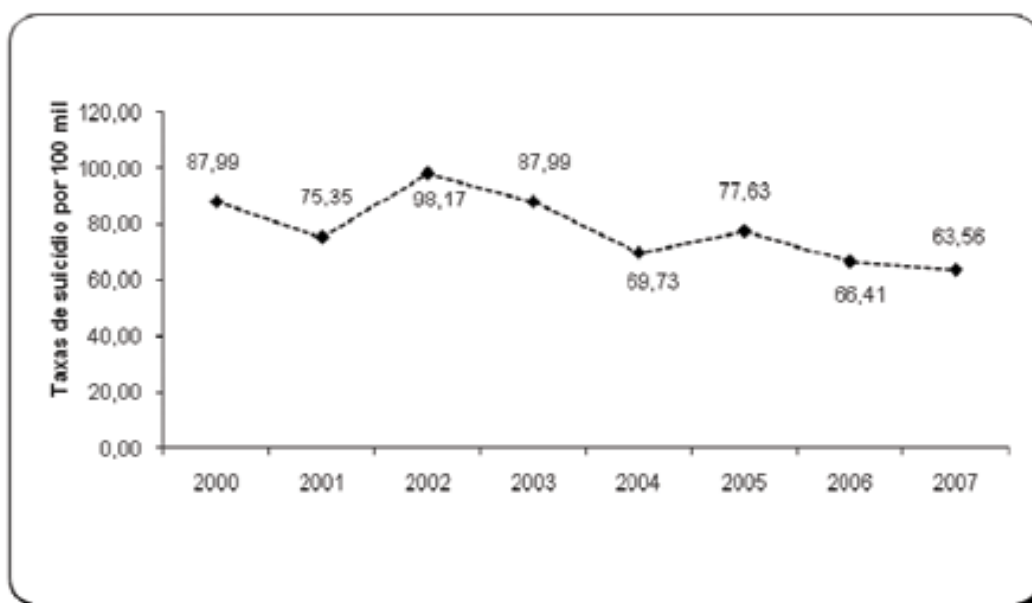
Suicídio

O suicídio constitui um importante agravo para alguns grupos indígenas no Brasil, dentre os quais já foram relatadas verdadeiras “epidemias”. Os alarmantes registros reportados entre os Tikúna do Amazonas, em meados da década de 1990, e entre os Guarani do Mato Grosso do Sul, no início da década de 2000, chamaram a atenção de toda a sociedade nacional. Ainda assim, pouco se conhece sobre a magnitude do suicídio em indígenas no país.

Os poucos dados existentes, como os produzidos pelo Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul (DSEI-MS), apontam

que no período de 2000 a 2007 a taxa média de suicídio foi de 78,3 por 100 mil (Figura 4). Vale destacar que, desse total, as maiores taxas foram as registradas entre os Guarani Kaiowá e Nhandeva, que nesse mesmo período apresentaram uma taxa média de suicídio de 118,4 por 100 mil.

Figura 4: Taxas de suicídio em indígenas (ambos os sexos) do Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul (DSEI-MS), Brasil, 2000-2007



Fonte: DESAI/FUNASA, Distrito Federal, 2009.

Um dos raros estudos realizados no Brasil, sobre a epidemiologia do suicídio entre indígenas (Souza e Orellana, 2010), foi efetuado com a população de São Gabriel da Cachoeira (SGC-AM), município que, percentualmente (76,3%), detém o maior contingente autodeclarado indígena do país, onde no período de 2000-2007 a taxa média de mortalidade por suicídio foi de 15,5 por 100 mil, valor aproximadamente três vezes superior ao do Brasil no período de 2001-2006 (Lovisi et al., 2009). Ainda que os dados oriundos do DSEI-MS e de SGC-AM sejam insuficientes para traçar um perfil nacional do suicídio indígena no país eles sinalizam, de maneira contundente, para a importância sanitária do problema.

O alcoolismo e o suicídio, entre os grupos indígenas no Brasil, são problemas complexos, potencializados pelo processo de interação com a sociedade envolvente, que muitas vezes promove a desestruturação sociocultural e econômica dos grupos nativos. As chamadas doenças sociais necessitam de uma abordagem interdisciplinar, na qual a contribuição da antropologia é fundamental. A discussão desse problema e o enfrentamento desses agravos requer atenção e esforço redobrados das instituições governamentais responsáveis pela atenção à saúde dos povos indígenas, para que se faça frente ao aumento de sua magnitude nos últimos anos. Também é necessário o auxílio de instituições de ensino e pesquisa, de organizações da sociedade civil, além do profundo envolvimento das próprias comunidades indígenas.

Saúde bucal dos grupos indígenas do Brasil

No Brasil, as informações sobre saúde bucal e mais especificamente sobre a cárie, a doença mais relevante, ainda são escassas. Até hoje houve três levantamentos epidemiológicos em saúde bucal de abrangência nacional (1986, 1996 e 2003), entretanto nenhum deles incluiu o segmento indígena na avaliação.

Quando nos referimos aos grupos indígenas, as informações disponíveis sobre saúde bucal se restringem a apenas algumas etnias e são decorrentes de estudos transversais que utilizaram amostras pequenas (Arantes, Santos e Coimbra Jr., 2001; Detogni, 1994; Rigonatto, Antunes e Frazão, 2001; Tricerri, 1985; Tumang e Piedade, 1968). Entretanto, nos últimos anos, um número crescente de estudos tem sido desenvolvido, evidenciando o aumento do interesse pelo tema entre esses grupos populacionais (Parizotto, 2004; Souza, 2005; Pereira, 2007; Freitas, 2008; Carneiro, 2008; Alvez Filho, Vettore e Santos, 2009).

Em linhas gerais, uma vez em contato permanente com as sociedades ocidentais, nota-se uma trajetória comum na saúde bucal dos povos indígenas. As mudanças socioeconômicas e culturais, decorrentes deste processo, interferem nas formas de subsistência e introduzem novos

tipos de alimentos, particularmente os industrializados, que provocam importantes alterações nos padrões de saúde bucal. Em geral, esses grupos partem de uma situação de baixa para alta prevalência de doenças bucais, principalmente a cárie (Arantes, Frazão e Santos, 2001; Donnelly et al., 1977; Pose, 1993).

Todavia, esse padrão não pode ser tomado como referência, pois existem evidências que sugerem que tempo de contato e fatores associados não são determinantes que expliquem, na totalidade, a trajetória de transformação da saúde bucal indígena. Um exemplo muito significativo é o caso dos Enawenê-Nawê. Seus hábitos alimentares tradicionais são altamente cariogênicos, envolvendo uma alimentação adocicada, pastosa e rica em amido. Este padrão dietético resultou em péssimas condições de saúde bucal mesmo antes do contato com a sociedade envolvente (Detogni, 1995).

O Brasil, apesar de ter um contingente populacional indígena relativamente pequeno em comparação ao total da população brasileira (cerca de 0,4% da população nacional), abriga mais da metade de todos os grupos indígenas da América Latina e do Caribe, com mais de 210 grupos indígenas diferentes, constituindo um mosaico social e cultural muito rico (ISA, 2006). Estas populações estabeleceram experiências de interação com a sociedade brasileira de diferentes formas e intensidade, o que gerou uma grande multiplicidade de determinantes para o processo saúde-doença, e as mais diversas possibilidades de perfis epidemiológicos.

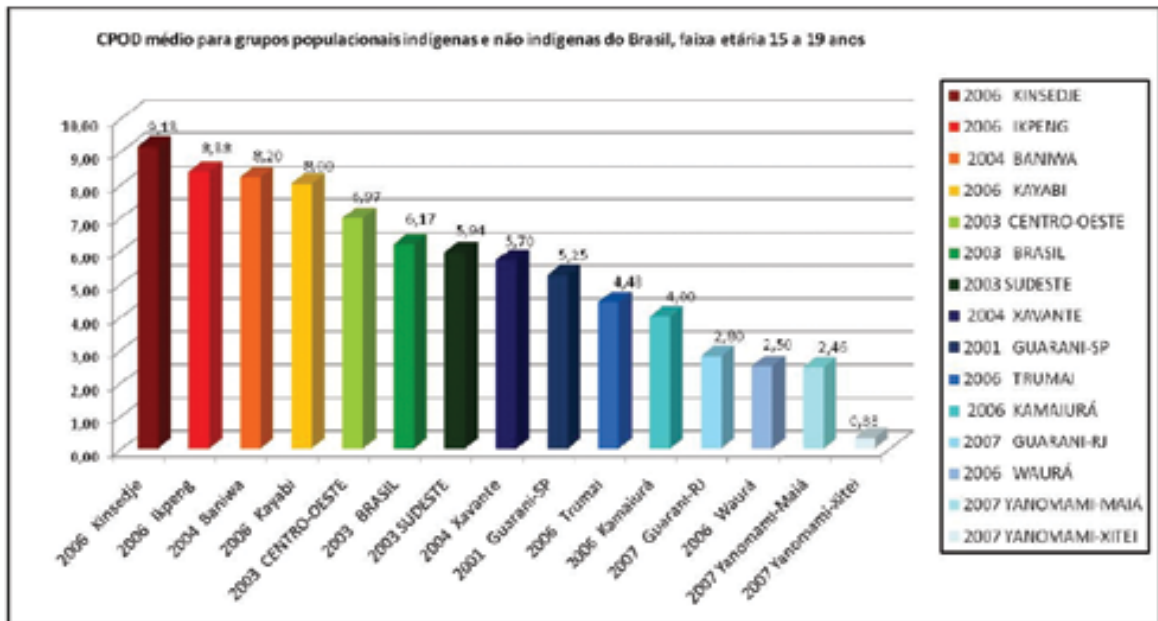
A diversidade de perfis epidemiológicos torna-se bastante evidente quando se observam os dados da Figura 4, onde pode-se verificar os níveis de cárie (mensurados pelo índice CPOD),¹¹ para a faixa etária de 15 a 19 anos, entre diversos grupos indígenas no Brasil. Além disso, es-

¹¹ O índice CPOD é o indicador mais utilizado para medir os níveis de ataque de cárie em um indivíduo, ou em um grupo de pessoas. Ele é obtido através da soma do número de dentes cariados, perdidos e obturados. Quando expresso por faixa etária ele representa a média de dentes cariados, perdidos e obturados de todos os indivíduos examinados na faixa etária em questão.

ses dados podem ser comparados aos relatados para a população geral brasileira das regiões Centro-Oeste e Sudeste do país.

Nota-se que existem alguns grupos indígenas que possuem níveis de cárie bem mais elevados que a média brasileira. Em contrapartida, outros grupos indígenas apresentam indicadores bem mais baixos que a média nacional. Portanto, assim como para outros agravos, é impossível fazer generalizações sobre perfis epidemiológicos de saúde bucal para populações indígenas brasileiras.

Figura 5: Comparação dos níveis de cárie entre a população brasileira, da região Centro-Oeste e Sudeste com diferentes grupos indígenas do Brasil



Os impactos epidemiológicos das transformações socioeconômicas e culturais decorrentes do contato com a sociedade envolvente assumem contornos particulares em cada grupo indígena e podem determinar também diferenças epidemiológicas dentro de um mesmo grupo. Estas diferenças estão relacionadas a determinantes locais e regionais, tais como densidade demográfica, estratégias de subsistência, preservação de valores socioculturais, relações econômicas e políticas com os não indígenas, dentre outros fatores.

Os grupos com menor interferência da sociedade envolvente, com maior disponibilidade de recursos naturais, maior isolamento geográfico e com menor modificação em sua forma tradicional de subsistência costumam apresentar melhores indicadores de saúde bucal do que aqueles que tiveram maior interferência e impacto, decorrentes do processo de interação com os não indígenas (Arantes, Frazão e Santos, 2010).

Atenção à saúde bucal dos povos indígenas do Brasil

Para facilitar e orientar a sistematização da atenção à saúde bucal nos DSEI, a FUNASA, através do DESAI (Departamento de Saúde do Índio), elaborou as Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (FUNASA, 2007). As diretrizes definem as atribuições de toda a equipe de saúde bucal, composta por cirurgião-dentista, técnico de higiene dental (THD), auxiliar de consultório dentário (ACD), Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e do responsável técnico pela área de saúde bucal.

Apesar dos esforços no nível central, os serviços de atenção à saúde bucal dos povos indígenas no Brasil ainda são muito irregulares e heterogêneos. A implantação das ações tem se dado de forma homogênea em todos os DSEI, em alguns locais os serviços estão mais organizados e ocorrem de forma contínua, com uma cobertura razoável da população. Em outros locais, entretanto, a desorganização do DSEI, a interrupção nos repasses de verbas da FUNASA para as conveniadas e a alta rotatividade profissional impedem que os serviços de atenção à saúde bucal sejam efetivamente implantados.

Apesar de todas as dificuldades envolvidas na implantação e no funcionamento dos DSEI, modificações importantes têm sido observadas em relação à atenção à saúde bucal dos povos indígenas. Existe um esforço maior de organização, para a criação de um serviço mínimo de atenção à saúde bucal, visando o aumento do quadro de profissionais e o estabelecimento de um sistema de informações que ainda não funciona, mas que deverá ajudar na organização dos serviços. Este conjunto

de fatores tem trazido novas perspectivas para a saúde bucal dos povos indígenas, mas há ainda muito a se trilhar.

Considerações finais

Os povos indígenas no Brasil vêm enfrentando um contínuo processo de transformação ao longo do tempo, o que em larga medida é decorrente da interação com a sociedade envolvente não indígena.

Essas transformações repercutem em diferentes esferas do universo indígena, dentre as quais podem se destacar as modificações nas estratégias de subsistência, nas formas de ocupação do território, na exploração dos recursos naturais, nas relações políticas travadas no âmbito interno e externo às aldeias e na inserção no mercado de trabalho regional, com marcantes impactos na maneira como essas sociedades se organizam.

A intenção deste capítulo é promover uma revisão dos dados epidemiológicos disponíveis, sem a pretensão de esgotar o tema e demonstrar que o perfil de adoecimento e morte, verificado entre os grupos nativos no Brasil contemporâneo, está intrinsecamente relacionado às transformações acima destacadas. Uma vez que os fatores determinantes do processo saúde-doença são altamente diversificados, o perfil ora delineado pode variar substancialmente de um grupo para outro, e muitas vezes dentro de uma mesma etnia.

Desta forma, é praticamente impossível definir padrões epidemiológicos generalizáveis ou construir indicadores de saúde que consigam englobar a enorme diversidade existente entre as populações nativas brasileiras. Dificuldade adicional para se conhecer os perfis de saúde dos indígenas no Brasil diz respeito à falta de informações disponíveis sobre eventos vitais (nascimentos e mortes) e sobre as principais causas de adoecimento. Até pouco tempo atrás não se dispunha de um sistema de informação destinado a coletar dados sobre eventos de saúde nestas populações, fato que impede qualquer inferência sobre tendências temporais.

Felizmente, esse cenário vem se modificando. Com a criação do Sub-sistema, no âmbito do SUS, e o desenvolvimento do SIASI, algumas informações demográficas e de morbidade passaram a ser coletadas de forma mais abrangente e com certa regularidade, em todo o território nacional. Fato que tem contribuído para um melhor dimensionamento do problema.

Mesmo com todas as dificuldades para se conhecer mais detalhadamente as condições de saúde dos indígenas no Brasil, é admissível afirmar que alguns indicadores básicos de saúde, tais como o coeficiente de mortalidade infantil, são desfavoráveis quando se compara com os registrados para a população não indígena.

Quando se avaliam os dados sobre a mortalidade geral, nota-se um elevado percentual de causas mal definidas, um achado que levanta dúvidas sobre a confiabilidade desses registros, e principalmente sobre a qualidade dos serviços oferecidos a este segmento da população. As elevadas taxas de mortalidade por causas externas também são indicativas de que os problemas sociais de maior complexidade como o alcoolismo e a violência têm contribuído cada vez mais com as estatísticas vitais.

As doenças infecciosas e parasitárias somadas as do aparelho respiratório ainda representam as principais causas de adoecimento e morte de indígenas no país.

As altas incidências de tuberculose relatadas entre os indígenas só têm correspondência com aquelas registradas entre outros grupos marginalizados da população, por exemplo presidiários e moradores de rua. O elevado número de casos de malária, com parcela expressiva de óbitos, as altas prevalências de hepatites virais, com inúmeros portadores da forma crônica da doença. O grande número de atendimentos por pneumonias, diarreias e parasitoses intestinais, principalmente entre as crianças menores de cinco anos, associados ao crescente aumento nas ocorrências de obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, neoplasias e doenças cardiovasculares, somados ainda à desnutrição infantil, às doenças carenciais e à deterioração da arcada dentária, principalmente devido à cárie, produzem impactos negativos e vultosos na sustentabilidade e nas condições de vida e saúde destas populações,

desenhando um cenário que coloca os indígenas em situação de extrema vulnerabilidade.

Os indicadores atualmente disponíveis denotam um processo de transição epidemiológica incompleta e polarizada (Frenk et al., 1991), no qual as doenças infecciosas e parasitárias, que historicamente sempre tiveram papel de destaque, passam a dividir espaço com as doenças crônicas não transmissíveis e as desordens sociais. Estas novas causas de adoecimento e morte tornaram ainda mais complexos os desafios para se entender os determinantes do processo saúde-doença e dar encaminhamento para os principais problemas identificados nas comunidades.

A notada desigualdade, expressa pelos dados e informações apresentados ao longo do capítulo, revela problemas relativos à falta de acesso às condições adequadas de saneamento e moradia, à segurança alimentar, às políticas públicas de desenvolvimento social e econômico e às ações integrais de cuidados à saúde.

Por fim, espera-se esforços continuados no sentido de se conhecer mais profundamente as condições de saúde destes povos, assim como seus determinantes, para que num futuro breve esse conhecimento seja revertido em políticas inclusivas e investimentos. Somente desta forma poderemos vislumbrar uma redução das lacunas sociais e em saúde observadas entre os indígenas e o restante dos cidadãos brasileiros.

Referências bibliográficas

ALVES FILHO, P.; VETTORE, M.V. e SANTOS, R.V. Saúde bucal dos índios Guaraní no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* (25):37-46, 2009.

AMARANTE, J.M. e COSTA, V.L.A. A tuberculose nas comunidades indígenas brasileiras na virada do século. *Boletim de Pneumologia Sanitária* (8):5-12, 2000.

ARANTES, R.; SANTOS, R.V. e COIMBRA Jr., C.E.A. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* (17):375-384, 2001.

ARANTES, R.; FRAZÃO, P. e SANTOS, R.V. Diferenciais de cárie dentária entre os índios Xavante de Mato Grosso, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2010 (no prelo).

ARANTES, R. Saúde bucal dos Povos Indígenas do Brasil: panorama atual e perspectivas. In: COIMBRA Jr., C.E.A.; SANTOS, R.V. e ESCOBAR, A.L. (Orgs). *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, pp. 49-72, 2003.

AZEVEDO, M.M. Censos demográficos e os “índios”: Dificuldades para reconhecer e contar. In: RICARDO, C.A. (Org). *Povos Indígenas no Brasil 1996/2000*. São Paulo: Instituto Socioambiental, pp. 79-83, 2000.

_____. Povos indígenas na América Latina estão em processo de crescimento. In: Povos In: RICARDO, B. e RICARDO, F. (Orgs). *Povos Indígenas no Brasil 2001/2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental, pp. 55-58, 2006.

BARUZZI, R.G. et al. Saúde e doença em índios Panará (Kreen-Akarôe) após vinte e cinco anos de contato com o nosso mundo, com ênfase na ocorrência de tuberculose (Brasil Central). *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2):407-412, 2001.

BASTA, P.C. et al. Survey for tuberculosis in an indigenous population of Amazonia: the Suruí of Rondônia, Brazil. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 100:579-85, 2006a.

BASTA, P.C. et al. Aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena Suruí, Amazônia, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 37:338-342, 2004.

BASTA, P.C. et al. Detection of Mycobacterium tuberculosis in sputum from Suruí Indian subjects, Brazilian Amazon. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 101:581-4, 2006b.

BASTA, P.C. et al. Risk of tuberculous infection in an indigenous population from Amazonia, Brazil. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 10:1354-1359, 2006c.

BERENSON, G.S. et al. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. The Bogalusa heart study. *The New England Journal of Medicine*, 338:16506, 1998.

BEZERRA FILHO, J.G. et al. Mortalidade infantil e condições sociodemográficas no Ceará, em 1991 e 2000. *Revista de Saúde Pública*, 41(6):1023-1031, 2007.

- BIERRENBACH, A.L. et al. Incidência de tuberculose e taxa de cura, Brasil, 2000 a 2004. *Revista de Saúde Pública*, 41(1 Suppl):24-33, 2007.
- BÓIA, M.N. et al. Tuberculose e parasitismo intestinal em população indígena na Amazônia brasileira. *Revista de Saúde Pública*, 43(1):176-178, 2009.
- BRAGA, W.S.M. et al. Ocorrência da infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) e delta (VHD) em sete grupos indígenas do estado do Amazonas. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 34:349-355, 2001.
- BRAND, A. e PÍCOLI, R.P. Mortalidade infantil entre os Kaiowá e Guarani. In: RICARDO, B e RICARDO, F. (Orgs). *Povos Indígenas no Brasil 2001/2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental, pp. 795-98, 2006.
- BRYCE, J. et al. WHO estimates the causes of death in children. *Lancet*, 365:1147-52, 2005.
- CABALLERO, B. et al. Body composition and overweight prevalence in 1704 schoolchildren from 7 American Indian communities. *American Journal of Clinical Nutrition*, 78:308-12, 2003.
- CARDOSO, A.M.; MATOS, I.E. e KOIFMAN, R.J. Prevalência de diabetes mellitus e da síndrome da resistência insulínica nos índios Guarani do Rio de Janeiro. In: COIMBRA Jr., C.E.A.; SANTOS, R.V. e ESCOBAR, A.L. (Orgs). *Epidemiologia e saúde dos povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, pp. 169-85, 2003.
- CARTER, J.S. et al. Diabetes mortality among New Mexico American Indian, Hispanic, and Non-Hispanic populations, 1958-1987. *Diabetes Care*, 16:306-9, 1993.
- CASE, C. et al. Factores de riesgo asociados a diabetes mellitus tipo 2 em índios Waraos del delta Amacuro, Venezuela. *Interciencia*, 31:309-11, 2006.
- CLANCY, L. et al. Tuberculosis elimination in the countries of Europe and other industrialized countries. *European Respiratory Journal*, 4:1288-1295, 1991.
- COIMBRA Jr., C.E.A. et al. Hepatitis B epidemiology and cultural practices in Amerindian populations of Amazônia: The Tupí-Mondé Amerindians and the Xavante of Rondônia and Mato Grosso. *Social Science and Medicine*, 42:1738-1743, 1996.
- COIMBRA Jr., C.E.A. et al. Blood pressure levels in Xavante adults from the Pimentel Barbosa Indian Reserve, Mato Grosso, Brazil. *Ethnicity & Disease*, 11:232-40, 2001.

COIMBRA Jr., C.E.A. e SANTOS, R.V. Saúde, minorias e desigualdades: Algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5:125-132, 2000.

COIMBRA Jr., C.E.A. et al. *The Xavante in Transition: Health, Ecology, and Bioanthropology in Central Brazil*. Michigan: Ann Arbor University of Michigan, 2002.

COSTA, D.C. Política indigenista e assistência à saúde. Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, 4:388-401, 1987.

COURA, J.R.; SUÁREZ-MUTIS, M. e LADEIA-ANDRADE, S. A new challenge for malaria control in Brazil: asymptomatic Plasmodium infection – a review. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 101:229-237, 2006.

DETOGNI, A. De volta às origens. *Revista da Associação Brasileira de Odontologia*, 2:138-148, 1994.

_____. Relatório final da situação de saúde bucal do grupo indígena Enawenê-Nawê, MT e proposta para um programa de saúde bucal para esta população. PNUD-Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento-Cooperação técnica ao PRODEAGRO – Projeto BRA/94/006. Mimeo, 48p, 1995.

DONNELLY, C.J. et al. Plaque, caries, periodontal diseases, and acculturation among Yanomami Indians, Venezuela. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 5:30-39, 1977.

ECHEVARRÍA, J.M. e LÉON, P. Epidemiology of viruses causing chronic hepatitis among populations from the Amazon Basin and related ecosystems. *Cadernos de Saúde Pública*, 19:1583-1591, 2003.

ERTHAL, R.M.C. O suicídio Tikúna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2):299-311, 2001.

ESCOBAR, A.L. et al. Tuberculose em populações indígenas de Rondônia, Amazônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:285-298, 2001.

ESCOBAR, A.L.; RODRÍGUES, A.F.; ALVES, C.L.M.; ORELLANA, J.D.Y.; SANTOS, R.V.; e COIMBRA Jr., C.E.A. Causas de internação hospitalar indígena em Rondônia. O Distrito Sanitário Especial Indígena Porto Velho (1998 – 2001). In: COIMBRA Jr., C.E.A.; SANTOS, R.V. e ESCOBAR, A.L. (Orgs). *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, pp. 127-47, 2003.

- FERREIRA, A. et al. Soroepidemiologia da hepatite B e C em índios Kaingang do Sul do Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 20:230-235, 2006.
- FLEMING-MORAN, M. e COIMBRA Jr., C.E.A. Blood pressure studies among amazonian native populations: A review from an epidemiological perspective. *Social Science and Medicine*, 31:593-601, 1990.
- FLEMING-MORAN, M.; SANTOS, R.V. e COIMBRA Jr., C.E.A. Blood pressure levels of the Suruí and Zoró Indians of the Brazilian Amazon: Group- and sex-specific effects resulting from body composition, health status, and age. *Human Biology*, 63:835-861, 1991.
- FREITAS, L.P. *Saúde Bucal dos Yanomami da região de Xitei e Ketaa Roraima – Brasil* [Dissertação de Mestrado]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas, 2008.
- FRENK, J. et al. La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 111:485-96, 1991.
- FUNASA. *Guia de Vigilância Epidemiológica/Vol I AIDS/Hepatites*. 5.ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002a.
- _____. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002b.
- _____. *Relatório de morbimortalidade*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2003.
- _____. *Diretrizes para a atenção à saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas*. Manual Técnico. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007.
- _____. *Projeto VIGISUS II: Dados e indicadores selecionados*. Departamento de Saúde Indígena. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2008.
- _____. *Relatório de Gestão 2008*. Coordenação Geral de Planejamento e Avaliação CGPLA/DEPIN. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2009.
- GARNELO, L.; BRANDÃO, L.C. e LEVINO, A. Dimensões e potencialidades do sistema de informação geográfica na saúde indígena. *Revista de Saúde Pública*, 39:634-640, 2005.
- GARNELO, L.; MACEDO, G. e BRANDÃO, L.C. *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil*. Brasília: OPAS, 2003.

GASPAR, A.M.C. et al. Hepatites de transmissão entérica A e E. In: COURA, J.R. (Org). *Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, pp. 1701-1713, 2005.

GUGELMIN, S.A. e SANTOS, R.V. Ecologia humana e antropometria nutricional de adultos Xavante, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:313-322, 2001.

GUIMARÃES, L.A.M. e GRUBITS, S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. *Psicologia e Sociedade*, 19(1):45-51, 2007.

HAVERROTH, M.; ESCOBAR, A.L.; COIMBRA Jr., C.E.A. *Infeções intestinais em populações indígenas de Rondônia (Distrito Sanitário Especial Indígena Porto Velho)*. Documento de Trabalho no. 8. Porto Velho: Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia, Universidade Federal de Rondônia, 2003.

IANELLI, R.V. et al. Faunal composition and behavior of Anopheline mosquitoes on the Xavante Indian Reservetion of Pimentel Barbosa, Central Brazil. *Parasite*, 5:37-46, 1998.

IBGE. *Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica*, Volume 21. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2007.

----- . *Tendências demográficas: Uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos censos demográficos de 1991 e 2000*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). Povos Indígenas no Brasil, 1996-2000. Carlos Alberto Ricardo (ed), São Paulo; 2000.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA), Povos Indígenas no Brasil – 2001-2005. Carlos Alberto Ricardo e Fany Ricardo (eds). São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

KOSEK, M.; BERN, C. e GUERRANT R. The global burden of diarrhoeal disease as estimated from studies published between 1992 and 2000. *Bulletin of World Health Organization*, 81:197-204, 2003.

KRITSKI, A.L.; CONDE, M.B.; SOUZA, G.R.M. *Tuberculose: Do ambulatório à enfermaria*. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

KÜHL, A.M.; CORSO, A.C.T.; LEITE, M.S. e BASTOS, J.L. Perfil nutricional e fatores associados à ocorrência de desnutrição entre crianças indígenas Kaingáng

- da Terra Indígena de Mangueirinha, Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(2):409-420, 2009.
- LAURENTI, R. Mortalidade infantil nos Estados Unidos, Suécia e estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 21(3):268-273, 1987.
- LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M. e GOTLIEB, S.L. Informação em mortalidade: o uso das regras internacionais para a seleção da causa básica. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 12(2):195-203, 2009.
- LEBRÃO, M.L. *Estudos de morbidade*. São Paulo: Edusp, 1997.
- LEITE, M.S. et al. Crescimento físico e perfil nutricional da população indígena Xavánte de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(2):265-276, 2006.
- LEVINO A. e OLIVEIRA, R.M. Tuberculose na população indígena de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23:1728-32, 2007.
- LOURENÇO, A.E.P. et al. Nutrition transition in Amazonia: Obesity and socioeconomic change in the Suruí Indians from Brazil. *American Journal of Human Biology*, 20(5):564-571, 2008.
- LOURENÇO, A.E.P. Avaliação do estado nutricional em relação a aspectos socioeconômicos de adultos indígenas Suruí, Rondônia, Brasil [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2006.
- LOURENÇO-DE-OLIVEIRA, R. Some observations on the mosquitoes of Indian settlements in Xingu National Park, Mato Grosso state, Brazil, with emphasis on malaria vectors. *Revista Brasileira de Biologia*, 49:393-7, 1989.
- LOVISI, G.M; SANTOS, S.A.; LEGAY, L.; ABELHA, L. e VALENCIA E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 31(Supl II): S86-93, 2009.
- LUNARDI, R.; SANTOS, R.V. e COIMBRA Jr., C.E.A. Morbidade hospitalar de indígenas Xavánte, Mato Grosso, Brasil (2000-2002). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10(4): 441-452, 2007.
- MAHONEY, L.T.; BURNS, T.L. e STANFORD, W. Coronary risk factors measured in childhood and young adult life are associated with coronary artery calcification in young adults: the Muscatine study. *Journal of the American College of Cardiology*, 27:27784, 1996.

- MALTA, D.C. et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 16:233-44, 2007.
- MARQUES, A.M.C. e CUNHA, R.V. A medicação assistida e os índices de cura de tuberculose e de abandono de tratamento na população indígena Guarani-Kaiwá no município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19:109-118, 2003.
- MURRAY, C.J.L. The infant mortality rate, life expectancy at birth and a linear index of mortality as measures of general health status. *International Journal of Epidemiology*, 17:112-128, 1988.
- NUNES, H.M.; MONTEIRO, M.R.C.C. e SOARES, M.C.P. Prevalência dos marcadores sorológicos dos vírus das hepatites B e D na área indígena Apyterewa, do grupo Parakanã, Pará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23:2756-2766, 2007.
- NUTELS, N.; AYRES, M. e SALZANO, F.M. Tuberculin reactions, x-ray and bacteriological studies in the Cayapó Indians of Brazil. *Tubercle*, 48:195-200, 1967.
- NUTELS, N. e DUARTE, L.V. Cadastro tuberculínico na área indígena. *Revista do Serviço Nacional de Tuberculose*, 5:259-270, 1961.
- NUTELS, N. et al. Atividades do SUSA em 18 aldeamentos de índios do sul de Mato Grosso. *Revista do Serviço Nacional de Tuberculose*, 11:77-83, 1967.
- ORELLANA, J.D.Y. et al. Avaliação antropométrica de crianças indígenas menores de 60 meses, a partir do uso comparativo das curvas de crescimento NCHS/1977 e OMS/2005. *Jornal de Pediatria*, 85: 117-121, 2009.
- ORELLANA, J.D.Y. et al. Estado nutricional e anemia em crianças Suruí, Amazônia, Brasil. *Jornal de Pediatria*, 82:383-388, 2006.
- ORELLANA, J.D.Y. et al. Morbidade hospitalar em crianças indígenas Suruí menores de dez anos, Rondônia, Brasil: 2000 a 2004. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 7(3):281-87, 2007.
- PAGLIARO, H. A revolução demográfica dos povos indígenas: a experiência dos Kaiabi do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso. In: PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M.M. e SANTOS, R.V. *Demografia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abep, pp. 79-102, 2005b.
- PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M.M. e SANTOS, R.V. Demografia dos povos indígenas no Brasil: um panorama crítico. In: PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M.M.

- e SANTOS, R.V. (Orgs). *Demografia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abep, pp.11-32, 2005a.
- PAGLIARO, H. e JUNQUEIRA, C. Recuperação populacional e fecundidade dos Kamaiurá, povo Tupi do Alto Xingu, Brasil Central, 1970-2003. *Saúde e Sociedade*, 16:37-47, 2007.
- PAGLIARO, H. et al. *Comportamento demográfico dos índios Waurá no final do século XX*. Anais da XXIV General Population Conference, IUSSP, Salvador, pp.1583-1594, 2001.
- PALHANO-SILVA, C.S. et al. Intestinal Parasitic Infection in the Suruí Indians, Brazilian Amazon. *Interciencia*, 34(4):259-264, 2009.
- PARIZOTTO, S.P.C.O.L. Prevalência de cárie dentária na dentição decídua de crianças da comunidade indígena Kaiwoá –Guarani do Mato Grosso do Sul e Associação com fatores de risco. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, FO-USP, 2004.
- PENA, J.L. e HELLER, L. Saneamento e saúde indígena: uma avaliação na população Xakriabá, Minas Gerais. *Engenharia Sanitária e Ambiental*, 13 (1):63-72, 2008.
- PEREIRA, N.O.M. et al. Demography, Territory, and Identity of Indigenous Peoples in Brazil: The Xavante Indians and the 2000 Brazilian National Census. *Human Organization*, 68 (2): 166-180, 2009.
- Pereira SMC. Estudo epidemiológico em saúde bucal em uma comunidade Yanamami do Amazonas [Dissertação de Mestrado]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas, UFAM; 2007.
- PITHAN, O.A.; CONFALONIERI, U.E.C. e MORGADO, A.F. A Situação de Saúde dos Índios Yanomámi: Diagnóstico a partir da Casa do Índio de Boa Vista, Roraima, 1987 a 1989. *Cadernos de Saúde Pública*, 7: 563-580, 1991.
- POSE, S.B. *Avaliação das Condições de Saúde Oral dos Índios Xavante*, Brasil Central. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz, 1993.
- RIBEIRO, D. *Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno*. 7.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- RIGONATTO, D.L.; ANTUNES, J.L. e FRAZÃO, P. Dental caries experience in Indians of the upper Xingu, Brasil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 43:93-98, 2001.

- ROBINSON, T.N. Behavioural treatment of childhood and adolescent obesity. *International Journal of Obesity*, 23(Suppl 2):52-7, 1999.
- RUDAN, I. et al. Estimate of global incidence of clinical pneumonia in children under five years of age. *Bulletin of World Health Organization*, 82:895-903, 2004.
- RUFFINO-NETTO, A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, 7:7-18, 1999.
- SÁ, D.R. et al. Malaria epidemiology in the Pakaanóva (Wari') Indians, Brazilian Amazon. *Bulletin of the Exotic Pathology Society*, 98:28-32, 2005.
- SANT'ANNA, C.C. *Tuberculose na infância e na adolescência*. São Paulo: Atheneu, 2002.
- SANTOS, R.V. e COIMBRA Jr., C.E.A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA Jr., C.E.A.; SANTOS, R.V. e ESCOBAR, A.L. (Orgs). *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, pp.13-48, 2003.
- SICHERI, R. *Epidemiologia da obesidade*. Rio de Janeiro: Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1998.
- SOUSA, A.O. et al. An epidemic of tuberculosis with a high rate of tuberculin anergy among a population previously unexposed to tuberculosis, the Yanomami Indians of the Brazilian Amazon. *Proceeding of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 94:13227-13232, 1997.
- SOUSA, M.C.; SCATENA, J.H.G. e SANTOS, R.V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(4):853-861, 2007.
- SOUZA, L.G.; PAGLIARO, H. e SANTOS, R.V. Perfil demográfico dos índios Boróro de Mato Grosso, Brasil, 1993-1996. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(2):328-336, 2009.
- SOUZA, J.A.; OLIVEIRA, M. e KOHATSU, M. O uso de bebidas alcoólicas nas sociedades indígenas: algumas reflexões sobre os Kaingang da Bacia do Rio Tibagi, Paraná. In: COIMBRA Jr., C.E.A.; SANTOS, R.V. e ESCOBAR, A.L. (Orgs). *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, pp.13-48, 2003.
- SOUZA, M.L.P. e GARNELO, L. Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre populações indígenas do alto Rio Negro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(7):1640-1648, 2007.

- SOUZA, M.L.P. e ORELLANA, J.D.Y. Suicide mortality in São Gabriel da Cachoeira, a predominantly indigenous Brazilian municipality. (Material não publicado). 2010.
- SOUZA, M.L.P.; SCHWEICKARDT, J.C. e GARNELO, L. O processo de alcoolização em populações indígenas do Alto Rio Negro e as limitações do CAGE como instrumento de screening para dependência ao álcool, *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(2):90-96, 2007.
- SOUZA, T.A.C. Etnografia Wajãpi/AP do Processo Saúde-Doença: um enfoque odontológico. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, 2005.
- SOUZA LIMA, A.C. Os povos indígenas na invenção do Brasil. In: LESSA, C (Org). *Enciclopédia da Brasilidade*. Rio de Janeiro: BNDES, pp. 218-233, 2005.
- SOUZA-SANTOS, R.; COIMBRA Jr., C.E.A. e ALVES, M.R. Análise da ocorrência de malária no Brasil. Relatório Técnico. Rio de Janeiro, 2009.
- SOUZA-SANTOS, R. et al. Spatial heterogeneity of malaria in Indian reserves of Southwestern Amazônia, Brazil. *International Journal of Health Geographics*, 7:55; 2008.
- SUÁREZ-MUTIS, M.C. et al. In: COURA J.R. (Org). *Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, pp. 833-858, 2005.
- TADEI, W.P. e THATCHER, B.D. Malaria vectors in the Brazilian Amazon: Anopheles of the subgenus Nyssorhynchus. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 42:87-94, 2000.
- TRICERRI, F.J. Breve passagem odontológica entre índios do Alto Solimões, Amazônia, Brasil. *Revista da Fundação SESP*, 30:151-160, 1985.
- TUMANG, J.A. e PIEDADE, E.F. Cárie dental, doenças periodontais e higiene oral em indígenas brasileiros. *Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 64:103-109, 1968.
- UNICEF. Situação Mundial da Infância 2008: sobrevivência infantil. [livro na Internet]. Brasil; 2006 [acesso em 2009 jul 13]. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/sowc2008final/topo.htm>.
- VIEIRA, G.O. Enteroparasitoses em populações indígenas no Brasil: uma revisão sistemática da produção científica [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.
- VIEIRA-FILHO, J.P.B.; RUSSO, E.M.K. e JULIANO, Y. As proteínas glicosiladas dos índios Parkatêgê. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 31:33-4, 1987.

WELCH, J.R. et al. Nutrition Transition, Socioeconomic Differentiation, and Gender Among Adult Xavante Indians, Brazilian Amazon. *Hum Ecology*, 37:13-26, 2009.

World Health Organization (WHO). Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing: Geneva. WHO report, 2009.

YOSHIDA, C.F.T. et al. Hepatites de transmissão parenteral B, Delta e C. In: COURA J.R. (Org). *Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, pp. 1715-1740, 2005.

Capítulo 3

Da prevenção de doenças
à promoção da saúde:
reflexões a partir da
questão do uso de
bebidas alcoólicas por
populações indígenas

Maximiliano Loiola Ponte de Souza

Introdução

As atividades visando a prevenção de doenças estão entre as atribuições mais importantes a serem desempenhadas por profissionais de saúde que atuam na atenção básica, em geral, e na saúde indígena, em particular. Um exemplo clássico desta modalidade de intervenção é a vacinação contra certas doenças infectocontagiosas, que está associada a impactos importantes na redução da morbimortalidade infantil.

Quando se sai do campo das doenças infecciosas e se busca incorporar as doenças crônico-degenerativas e aquelas relacionadas aos comportamentos humanos, tornam-se evidentes as limitações e dificuldades das estratégias de prevenção atualmente disponíveis (Czeresnia, 2003; Buss, 2003). O problema se amplia quando as políticas de saúde pretendem induzir mudanças de hábitos, como prática de atividades físicas, alteração na alimentação, utilização de preservativo, redução ou interrupção do consumo de substâncias psicoativas, ilícitas ou lícitas, como cigarro e álcool.

Informar, muitas vezes, não é suficiente para mudar o comportamento. Se apenas se prescreve para uma doméstica que trabalha o dia inteiro que ela deve fazer exercícios aeróbicos; para um idoso que mora com a nora e não tem controle sobre o preparo de suas refeições que sua comida deve ter pouco sal; para uma mulher casada e monógama que ela deveria usar preservativo nas relações sexuais com seu esposo; ou para um jovem não beber quando for a uma festa, os resultados obtidos com tais recomendações tenderão a ser, no mínimo, limitados (Salles-Costa et al., 2003; Sousa, Espírito Santo e Motta, 2008; Garnelo e Langdon, 2005).

O caminho mais curto, ingênuo e cruel seria responsabilizar as pessoas, acusando-as de não aderir às orientações, como frequentemente ocorre. Outro caminho, não desprovido de desafios, seria buscar reconhecer e incorporar nas práticas dos serviços de saúde as concepções populares sobre o processo saúde-doença-cuidado; sobre a insalubridade dos processos de trabalho e das relações de poder que se estabelecem entre diferentes gêneros e grupos etários, bem como a forte inserção e estímulo social de determinados comportamentos.

No caso da saúde indígena, há uma demanda crescente para que os profissionais de saúde realizem atividades de prevenção fora do escopo das doenças infecciosas. Aí está incluída a questão do uso de álcool e dos agravos a ele relacionados¹. O surgimento desta demanda pode ser influenciado por diversos fatores, tais como a proliferação de pesquisas nos últimos dez anos (Albuquerque e Souza, 1998; Simonian, 1998; Quiles, 2000; Ferreira, 2001; Oliveira, 2001; 2003; Souza, 2004; Souza e Garnelo, 2006; 2007; Souza, Schweickardt, Garnelo, 2007; Souza, Deslandes e Garnelo, 2010); as solicitações feitas pelos próprios indígenas, via seus representantes, nos diferentes fóruns de controle social em saúde, e o aparecimento dos primeiros ensaios para delineamento de uma política nacional de atenção a “saúde mental” da população indígena (Brasil, 2007).

Profissionais de saúde, mesmo aqueles que possuem uma pequena experiência de atuação na saúde indígena, mas que buscam observar o cotidiano com um olhar culturalmente sensível, podem constatar, como Langdon (2005), que o uso de bebidas alcoólicas em diferentes grupos é “parte integrante da construção de vínculo social, pois é uma manifestação importante de sociabilidade inter e intragrupal” (p. 110), apesar de também poder se relacionar a diferentes agravos para a saúde.

Durante os diversos contatos que tive com profissionais de saúde que trabalham com populações indígenas pude notar diferentes posições a respeito do possível envolvimento destes no desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento dos problemas relacionados ao uso do álcool nestes grupos culturalmente diferenciados. Nos extremos destas posições pude identificar duas posturas, que didaticamente resumo através de expressões construídas a partir de seus discursos: “isso não tem nada a ver com a gente da saúde”, ou “isso é muito complicado, fazer tudo sozinho fica muito difícil”.

¹ Fui convidado em agosto de 2009 a realizar “cursos de capacitação em prevenção do alcoolismo em aldeias indígenas”, pela coordenação local da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) no estado do Amazonas. Somente após este convite, pude perceber que apesar de investigar a questão do uso de álcool por populações indígenas há mais de oito anos, não tinha feito nenhuma reflexão mais consistente sobre possíveis estratégias a serem utilizadas para lidar com esta questão. Desta forma, aproveito a oportunidade para agradecer a esta coordenação a proposição deste desafio teórico, cujo primeiro produto é este trabalho.

Em relação à primeira postura, ressalte-se sua fragmentária compreensão da dinâmica saúde-doença-cuidado, redundando em uma estreita visão do papel dos profissionais de saúde diante de situações desafiadoras e em uma falta de compromisso com abordagens integrais da saúde. Já a segunda expressão evidencia o reconhecimento da complexidade da questão em pauta e das limitações das estratégias usualmente adotadas pelo setor saúde, além de apontar para a necessidade de articulação com outros setores e atores sociais.

Pode-se, portanto, construir uma associação entre as ideias daqueles que se alinham à segunda posição expressa acima e as ações que são chamadas em saúde coletiva de “promoção da saúde”. A proposta deste trabalho é evidenciar as diferenças entre as ações de prevenção de doenças e as de promoção da saúde, tomando como fiocondutor a questão do uso de álcool por populações indígenas. Pretende-se, ainda demarcar a dificuldade de adequação cultural, no contexto indígena, das estratégias de prevenção tidas como efetivas no contexto urbano, bem como explorar as possibilidades de adequação das estratégias de promoção da saúde ao contexto ameríndio.

Para tanto, este trabalho será dividido em duas etapas. Na primeira, apresentam-se as principais características das ações de prevenção de doenças, estabelecendo um diálogo entre as construções conceituais de Czeresnia (2003) e Buss (2003) e as propostas norteadoras sintetizadas por Laranjeira e Romano (2004) e Dualibi e Laranjeira (2007),² para o estabelecimento de políticas públicas para prevenção de agravos à saúde relacionados ao uso de bebidas alcoólicas.

Ao mesmo tempo, será feita uma análise da adaptabilidade de parte destas propostas ao contexto indígena, partindo, sobretudo, da experiência de pesquisa sobre o uso de bebidas alcoólicas desenvolvida entre populações indígenas do Alto Rio Negro, noroeste amazônico (Souza, 2004; 2005; 2007, Souza e Garnelo, 2006; 2007; Souza, Schweickardt, Garnelo, 2007; Souza, Deslandes e Garnelo, 2010). Na

² Estes dois trabalhos foram tomados como base para discussão em virtude de terem sido construídos através de consenso de especialistas e de revisão sistemática da literatura, respectivamente, sendo representativos do pensamento científico hegemônico a respeito das questões em discussão.

segunda etapa, retornando à Czeresnia (2003) e Buss (2003) discutir-se-á as características das ações de promoção da saúde, agora estabelecendo um diálogo com as propostas apresentadas por Langdon (2005)³ para lidar com a questão do uso de álcool entre populações indígenas.

Prevenção: evitando doença

O verbo prevenir associa-se às ideias de “preparar, chegar antes de, dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize” (Czeresnia, 2003, p. 45, apud, Ferreira, 1986). No caso da saúde, a preocupação é evitar as diferentes doenças. As ações de prevenção se orientam, portanto, para o “controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de uma enfermidade específica; seu foco é a doença” (Buss, 2003, p. 33).

Por trás destas afirmativas aparentemente simples, há uma série de pressupostos que precisam ser explicitados. Neste tipo de abordagem, parte-se de um entendimento de que para cada doença ou agravo a ser prevenido haveria um conjunto de conhecimentos, suficientemente sólidos, embasados no saber científico hegemônico, capaz de subsidiar as ações de prevenção (Czeresnia, 2003). Neste sentido, Laranjeira e Romano (2004), ao apresentarem o potencial objetivo das políticas públicas voltadas para o problema do abuso de álcool, entendem que este visaria,

poupar-lhes [aos formuladores de políticas públicas] o trabalho de “reinventar a roda”, já que o estado atual da pesquisa científica torna possível saber quais medidas são eficazes e quais não o são, possibilitando ainda, dessa forma, a aplicação do dinheiro público em políticas de resultado comprovado (p. 69).

³ O texto escolhido, além de sintetizar a escassa literatura nacional sobre o tema, explicita os principais pontos de vista da autora sobre a questão do uso de álcool por populações indígenas. Foi, portanto, escolhido por representar um ponto de vista contra-hegemônico em relação ao conhecimento biomédico estabelecido.

Ações preventivas específicas serão consideradas eficazes na medida em que se demonstre cientificamente sua capacidade de evitar o surgimento de doenças/agravos específicos. As ações preventivas em relação à questão do álcool seriam consideradas efetivas quando fossem capazes de reduzir os danos relacionados ao seu consumo e limitar o acesso da população a esta substância (Duailibi e Laranjeira, 2007). Assim, trabalha-se com uma noção de saúde como “não-doença”, desprovida de especificidade e positividade. A ausência de doenças seria um objetivo suficiente para as ações de prevenção (Buss, 2003).

Um aspecto a ser destacado, é que na prevenção de agravos à saúde relacionados ao uso de álcool tem-se como intento principal evitar a intoxicação alcoólica aguda, e não a dependência ao álcool, pois “o risco de problemas decorrentes de um único episódio de intoxicação é mais alto entre aqueles que o fazem infreqüentemente do que entre aqueles que bebem com mais freqüência” (Duailibi e Laranjeira, 2007, p. 841). Isso vai contra o senso comum de associar os problemas relacionados ao consumo de álcool com a dependência. Assim, a estratégia preventiva por excelência seria aquela que diminuísse as chances das pessoas fazerem uso de álcool, condição *sine qua non*, para a intoxicação.

Segundo as propostas de Laranjeira e Romano (2004) e de Duailibi e Laranjeira (2007) apenas as estratégias que limitassem a disponibilidade do álcool seriam consideradas realmente efetivas.⁴ Para os autores, esta disponibilidade seria influenciada por três fatores principais: o econômico (preço), a facilidade de compra e venda (varejo) e a acessibilidade a fontes como a família e os amigos, que expressam a disponibilidade social da bebida. As estratégias de controle da disponibilidade poderiam ser colocadas em prática por meio de políticas públicas regulatórias. Elas seriam direcionadas principalmente para os dois primeiros fatores, que acabariam impactando indiretamente sobre o terceiro fator, cuja regulação seria quase impossível por meio de políticas públicas.

⁴ Os autores também identificam outras duas grandes modalidades de estratégias preventivas: as intervenções comunitárias/ambientais, e as educativas/de persuasão. Entretanto defendem a ideia de que seus impactos seriam limitados sobre o consumo e na prevenção de agravos, e que teriam custos elevados, em comparação com as medidas de controle da disponibilidade. Aqui vamos nos restringir às estratégias consideradas efetivas pelos autores.

O aumento do preço das bebidas seria eficaz ao diminuir as chances de consumo de bebidas alcoólicas, sobretudo entre aqueles com menor acesso ao dinheiro, como os mais jovens e os com graves problemas de dependência. Considerando a questão do varejo, há um conjunto de ações que de acordo com os autores seriam eficazes, tais como: delimitação da localização dos pontos de venda (proibição do comércio de bebidas alcoólicas em locais próximos a escolas, ou em eventos com grande aglomeração de pessoas); diminuição da densidade dos pontos de venda (o que, pela lei da oferta e procura, tenderia a fazer com que os preços aumentassem); estabelecimento de idade mínima para a compra de bebidas; restrição dos dias e horários de venda (não comercializando álcool após determinada hora, como adotado em algumas cidades); instituição de serviços responsáveis de venda de bebidas (treinamento para não servir pessoas alcoolizadas, com responsabilização legal para quem o fizesse).

Pode-se observar que todas estas medidas têm em comum a necessidade de fiscalização e punição daqueles que infringem as regulamentações, ou, nas palavras dos próprios autores, “o que funciona realmente é a certeza de que uma determinada infração será punida” (Duailibi e Laranjeira, 2007, p. 846). Desta forma, a adesão das pessoas não passaria necessariamente por um ato de escolha, podendo ser consequência exclusivamente do poder coercitivo da lei e dos aparatos de repressão.

O Estatuto do Índio (Brasil, 1973), que pode ser considerado um marco regulatório para a questão do uso de álcool por populações indígenas, considera, em seu artigo 58, inciso 3º, crime contra os índios e a cultura indígena – com pena de seis meses a dois anos de detenção – “propiciar, por qualquer meio, a aquisição, o uso e a disseminação de bebidas alcoólicas, nos grupos tribais ou entre índios não integrados”.

As limitações deste instrumento legal são de várias ordens. Há implícito no texto que esta restrição estaria relacionada apenas às populações que residem em Terra Indígena. Entretanto, não são todos os grupos que vivem nesta situação. Há aqueles cujas terras não estão demarcadas, bem como outros que vivem nas periferias de grandes

e pequenas cidades, uma população que tende a crescer, dada a tendência de urbanização da população indígena brasileira (Coimbra Jr. e Santos, 2000). Desta forma, medidas de prevenção baseadas nas recomendações desse dispositivo legal não impactariam na totalidade da população indígena nacional.

Por outro lado, é evidentemente fraca a capacidade do Estado brasileiro em fiscalizar a introdução de bebidas alcoólicas nas terras indígenas, se considerarmos as grandes dimensões territoriais do país e a escassez de recursos de pessoal e financeiros para esta finalidade (Souza, 2004). Paralelamente, por ser uma lei de caráter repressivo, favorece o desenvolvimento de um rendoso mercado negro de venda de bebidas alcoólicas, considerando os preços exorbitantes que estas adquirem em determinadas regiões indígenas. Por exemplo, enquanto na sede municipal de São Gabriel da Cachoeira, no Alto Rio Negro, uma garrafa de um litro de cachaça custa três reais, quando vendida no interior das terras indígenas seu preço pode chegar a R\$ 50. Destaca-se que, pelo menos nesta região ou em partes dela, há uma crescente monetarização da vida cotidiana. Assim, o comércio de bebidas alcoólicas, mesmo de caráter eventual, torna-se uma alternativa para auferir lucro, inclusive entre os indígenas (Souza, Deslandes e Garnelo, 2010). Por fim, é importante ressaltar que este dispositivo legal não goza de popularidade mesmo entre lideranças indígenas, principalmente porque costuma ser associado ao regime tutelar, historicamente adotado pelo Estado brasileiro, considerado anacrônico por atribuir ao índio a condição de juridicamente incapaz.

A possibilidade de êxito dessas medidas preventivas é maior em contextos urbanos, como na sede municipal de São Gabriel da Cachoeira, na qual existe algum aparato estatal. Pode-se dizer, sem sombra de dúvida, que em São Gabriel há a necessidade de se implantar medidas regulatórias e de fiscalização da circulação de bebidas alcoólicas. Medidas que coibissem o uso da cachaça como forma de pagamento para trabalhadores indígenas braçais; que proibissem a venda disseminada de bebidas alcoólicas nos diversos estabelecimentos comerciais, inclusive nos que não têm autorização legal para fazê-lo; e que reduzissem

a oferta acintosa de álcool de farmácia como se fora bebida para consumo humano contribuiriam positivamente para controlar o consumo abusivo de álcool (Souza, 2005; Souza, 2007).

Por outro lado, as estratégias de regulação se mostram de difícil aplicação no interior das terras indígenas. O primeiro ponto a se destacar é, como bem demonstra a literatura, que nas sociedades indígenas das terras baixas sul-americanas não existe a concentração do poder nas mãos das chefias, nem algo que se assemelhe aos atributos coercitivos do Estado (Clastres, 1974). Nas aldeias, as lideranças indígenas trabalham, sobretudo, através do exemplo pessoal e da árdua busca de consensos provisórios, capazes de circunscrever conflitos e conduzir as interações cotidianas nas comunidades. Assim, definir explicitamente o que outras pessoas podem ou não fazer e exercer um controle direto sobre seus atos não faz muito sentido no contexto indígena.

Ainda que essas propostas busquem, sobretudo, regular a venda de bebidas alcoólicas, em contexto indígena, a chamada “disponibilidade social” de bebida é tema de suma importância nos processos de alcoolização. A observação da localidade de *Iauaretê*, no Alto Rio Negro, onde, apesar da proibição oficial, há venda de bebidas, tanto industrializadas quanto tradicionais, demonstra que embora ali um importante processo de urbanização esteja em curso (Andrello, 2006), mecanismos redistributivos que envolvem prestígio entre as famílias indígenas promovem a circulação de bebidas alcoólicas independente de haver transação em dinheiro (Souza e Garnelo, 2007). A importância do contexto social, aliada à sua difícil regulação são elementos ilustrativos da dificuldade de obter o controle do álcool através de medidas de proibição e controle da oferta de bebida.

Em *Iauaretê*, e possivelmente em outros contextos indígenas, de fato a disponibilidade social ganha maior relevo do que a venda no varejo (Souza, Deslandes e Garnelo, 2010). Esta localidade encontra-se subdividida em diferentes vilas, cada uma com suas lideranças e com suas festas nas quais as bebidas alcoólicas são consumidas coletivamente. Tais eventos representam, dentre outros aspectos, a busca de manter diferenciações entre as vilas e os grupos familiares que ali

habitam; isso costuma gerar a realização de festas simultâneas em várias vilas, cada qual buscando manter sua especificidade em relação às outras (Souza, Deslandes e Garnelo, 2010). Portanto, sugerir um rodízio de festas entre as vilas, para reduzir as oportunidades de consumo de álcool (restrição dos locais de consumo e diminuição de sua densidade), feriria os ideais de autonomia e independência pelos quais os grupos indígenas buscam reger suas relações políticas (Clastres, 2004). Implicaria também em desconsiderar o fato de que o consumo coletivo de bebidas alcoólicas, neste contexto, serve para reforçar os laços de solidariedade e auxiliar no gerenciamento de conflitos (Lasmar, 2005).

Já o estabelecimento de idade mínima para o consumo seria algo igualmente complexo, principalmente se considerarmos que, nestes contextos, critérios cronobiológicos não são os de maior importância para delimitar a fase da vida em que se encontra um indivíduo (Amit-Talai e Wulff, 1995). Por exemplo, no Alto Rio Negro, o consumo de bebidas tradicionais fermentadas com maior teor alcoólico deveria ocorrer após os rituais de iniciação masculina, que demarcavam a passagem da infância para idade adulta (Hugh-Jones, 1979). Porém estes rituais, por diferentes motivos, entraram em desuso em diversas partes da região (Lasmar, 2005; Andrello, 2006). Este fato, associado à introdução da escolaridade formal, vem borrando progressivamente esse limite, havendo, hoje, uma indefinição de quando alguém poderia passar a consumir bebidas alcoólicas. Cabe lembrar que nestas sociedades indígenas, negar bebida a um jovem (ou a outra pessoa) pode gerar acusação de *sovinice*; por outro lado, recusar uma bebida ofertada, pode conotar um receio velado de que ela poderia estar “estragada” (envenenada). Essas atitudes são consideradas socialmente reprováveis, passíveis, inclusive, de retaliação xamânica (Souza, Deslandes e Garnelo, 2010).

Como noutros contextos indígenas, em *Iauaretê*, o consumo de bebidas alcoólicas é regulado principalmente pela quantidade de bebida produzida (e/ou adquirida) para cada ocasião de consumo, sendo infrequente a prática de estocagem (Kunitz e Levy, 1994; Souza e Garnelo, 2007). Uma alternativa para inibir o consumo excessivo seria então limitar a quanti-

dade de bebida preparada; porém, ali, o prestígio de uma liderança é, não raro, medido por sua capacidade de mobilizar seu grupo para desenvolver trabalhos coletivos, tal como ocorre na produção de bebidas fermentadas tradicionais (*caxiri*) para as festas (Jackson, 1983; Chernela, 1993). Uma grande quantidade de *caxiri* disponível para uma festa evidencia a capacidade de liderança do chefe indígena. Por outro lado, sendo o *caxiri* fruto do labor da mulher, produzir a bebida em grande quantidade também é um indicativo do zelo para com sua roça de mandioca e a produção de derivados da mesma. Ele igualmente representa um elemento importante para uma autoimagem feminina positiva (Lasmar, 2005). Neste caso, limitar a produção de *caxiri* traria importante implicação negativa na harmonia das relações sociopolíticas no interior dessa sociedade.

Promoção: construindo saúde

Promover “tem o significado de dar impulso a, fomentar, originar, gerar” (Czeresnia, 2003, p. 45, apud, Ferreira, 1986). Aqui trata-se de promover saúde. Não se deve conceber a saúde exclusivamente como a ausência de doença, mas sim como algo dotado de positividade, e que se relaciona a valores como “solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parceria, entre outros” (Buss, 2003, p. 16). As estratégias de promoção não visam exclusivamente evitar doenças específicas, mas sim contribuir para “a transformação das condições de vida e de trabalho que confortam a estrutura subjacente aos problemas de saúde” (Czeresnia, 2003, p. 45).

Partindo destes enunciados iniciais é possível observar, nas ações de promoção da saúde, a busca de incorporar o reconhecimento da complexidade do processo saúde-doença. Langdon (2005), após uma revisão da literatura internacional e nacional sobre o uso de álcool por populações indígenas, apresentou um conjunto de princípios que deveriam pautar as iniciativas para lidar com esta questão. Ainda que a autora não tenha avançado nesta direção, os princípios que enunciou são congruentes com as estratégias de promoção da saúde, e serão

aqui utilizados para compor a argumentação que utilizaremos para aprofundar a discussão.

Um primeiro princípio seria *evitar o uso da categoria alcoolismo*. A principal objeção da autora para o uso desta categoria se associa ao fato desta remeter a uma classificação estritamente biomédica, associando-se à ideia de um evento restrito a um indivíduo, com apresentação e etiologia universais, independentemente do contexto em que o problema ocorra. Souza e Garnelo (2006) lembram inclusive que o termo alcoolismo, além de estigmatizador, é impreciso do ponto de vista biomédico, não constando sequer nos atuais códigos de classificação de doenças.

Um aspecto importante na discussão de Langdon (op.cit.) é que tanto a anacrônica categoria alcoolismo, como quaisquer outras categorias biomédicas contemporâneas relacionadas ao uso do álcool, não seriam suficientemente maleáveis para incorporar as especificidades socioculturais relacionadas aos modos de beber, e ao que seja considerado consumo normal de álcool, que é infinitamente variável, segundo o contexto e o momento histórico (Oyacer e Nãncó, 1998).

Em síntese, em contextos indígenas seria de fundamental importância compreender quando o modo de beber passa a ser considerado como algo socialmente problemático.⁵ Tais proposições vão ao encontro das formulações de Buss (2003), quando ele aponta que um dos avanços das estratégias de promoção da saúde seria ir além das dimensões biomédicas de doença; e que no trabalho de promoção da saúde seria importante incorporar o “mal-estar como percepção subjetiva, relacionada ou não com a enfermidade, aos (...) objetos de planejamento/intervenção” (p. 34).

Assim, para compreender quando o beber se torna um problema em determinado contexto, seria de fundamental importância buscar *apreender as características singulares do contexto no qual se faz uso de bebidas alcoólicas*; tal empreendimento é congruente com o

⁵ Demarca-se que a importância deste aspecto já havia sido demonstrada por Kunitz e Levy (1994), tendo sido por nós ratificado mais recentemente (Souza e Garnelo, 2006). Inclusive, noutro trabalho (Souza et al., 2007) demonstramos a fragilidade do uso da categoria dependência ao álcool, em certos contextos indígenas.

segundo princípio identificado por Langdon (2005). Por outro lado, a apreensão das singularidades locais permitirá também que se possa, em cenários específicos, identificar como as condições de vida contemporâneas influenciam os diversos modos de beber em diferentes grupos indígenas (Souza, Deslandes e Garnelo, 2010). Em que pese a grande diversidade das condições de vida dos vários grupos indígenas no Brasil, a revisão da literatura realizada por Langdon também aponta a necessidade de se reconhecer a influência “da violência, das mudanças e dos obstáculos trazidos pelo contato [interétnico, com a sociedade nacional], que dificultam que eles pratiquem seu modo de vida e tenham uma vida saudável” (p. 116-7), algo que representa pontos comuns entre esses modos de vida e que, certamente influencia nos seus modos de beber.

Assim, estratégias a serem utilizadas para lidar com o uso problemático de álcool por populações indígenas deveriam não só reconhecer sua influência, mas também buscar intervir nestes aspectos do contato interétnico. Tais estratégias alinham-se assim, àquelas da promoção da saúde, pois ambas buscariam “identificar os macrodeterminantes do processo saúde-doença, e transformá-los favoravelmente na direção da saúde”, ou seja, “modificar condições de vida, para que sejam dignas e adequadas” (Buss, 2003, p. 33).

Um terceiro princípio identificado por Langdon (op. cit.) seria buscar *envolver a comunidade na qual se pretende intervir* em todas as etapas das ações. Para se identificar quando beber se torna um problema, e para apreender o contexto no qual se bebe, seria necessário o estabelecimento de imprescindíveis relações dialógicas com os indígenas. Além destes aspectos, as estratégias de enfrentamento do problema devem ser construídas juntamente com estas populações. Segundo Langdon (2005, p. 119)

(...) o mais importante é a necessidade de se trabalhar junto com as sociedades envolvidas, indagando a seus membros o significado das bebidas alcoólicas na tradição cultural e no momento atual, e buscando entender quais são suas preocupações e as possíveis respostas aos problemas.

Destaque-se que a “valorização do ‘conhecimento popular’ e da participação social está na base da formulação conceitual da promoção da saúde” (Buss, 2003, p. 16). No caso aqui em questão, o saber nativo/popular não é representando como um amontoado de crendices equivocadas sobre o processo saúde-doença que necessitaria ser modificado pela ação sanitária. Aqui, este conhecimento é entendido como um ponto de partida para a construção pactuada de possíveis estratégias de intervenção capazes de valorizar o ponto de vista indígena sobre o encaminhamento de seus problemas de saúde, que sejam culturalmente sensíveis e menos etnocêntricas.

A valorização do conhecimento nativo não significa por outro lado que este por si só seja suficiente para o delineamento e sustentabilidade das ações de promoção da saúde. Um dos pontos centrais na busca de sucesso para promover a saúde, seria estimular a capacidade dos grupos sociais traçarem seus próprios caminhos.

A ideia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade de condicionantes da saúde. (...) Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à utilização o conhecimento com o discernimento de atentar para diferenças e singularidades dos acontecimentos (Czeresnia, 2003, p. 47-48).

Assim, o acesso a diversas fontes de conhecimento, o estabelecimento de interações produtivas com outros grupos da sociedade civil, ou a criação de espaços políticos para construção e negociação de estratégias coletivas para lidar com as questões que afligem a sociedade fazem parte do preceito de participação nas políticas de promoção à saúde. Nesse caso, participação é parte intrínseca do processo de empoderamento dos agentes políticos vinculados à promoção da saúde, algo essencial para a sustentabilidade das ações a serem propostas.

No último princípio identificado por Langdon (2005), a autora propõe que para lidar com os problemas relacionados ao uso de álcool por populações indígenas *não se deveria focalizar exclusivamente nas*

questões diretamente relacionadas ao uso de bebidas alcoólicas. Para Langdon (2005) as ações deveriam

(...) ser orientadas para a construção de uma sobrevivência saudável e uma identidade positiva, e não somente às atividades diretamente orientadas à questão do alcoolismo como doença. Se o alcoolismo é o resultado de vários fatores ligados indiretamente a este comportamento, as soluções para a sua prevenção terão necessariamente que procurar lidar com estes fatores (p. 119).

Vale também destacar que dentro de uma perspectiva indígena o conceito de saúde é necessariamente ampliado, e

envolve o acesso pleno aos serviços de saúde, à educação e ao direito de manutenção da vida, implicando na necessidade de garantir que, com todas as mudanças socioeconômicas, o índio possa contar com maneiras de sobrevivência que lhe permitam sair da posição marginal em que se encontra na sociedade brasileira (Langdon, 2005, p. 117).

Este princípio alinha-se claramente à proposta da promoção da saúde, na qual se entende que para “(...) problemas com multideterminações são propostas respostas com múltiplas estratégias, medidas e atores” (Buss, 2003, p. 16).

Considerações finais

Espera-se que, com a discussão apresentada, tenha sido possível apreender algumas diferenças que existem entre as ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde. Cada uma delas se pauta por premissas teóricas distintas. Um aspecto que parece fornecer um importante substrato para a compreensão destas diferenças é a relação que cada uma destas iniciativas guarda com a complexidade dos problemas de saúde. Conforme Czeresnia (2003, p. 48), “o que diferencia promoção de prevenção é justamente a consciência de que a incerteza do conhecimento científico não é simples limitação técnica passível de sucessivas superações”.

Ou seja, partindo-se dos conceitos relacionados a promoção da saúde haverá sempre algo de inatingível para o conhecimento científico, mesmo que se realizem pesquisas e mais pesquisas. De fato, nunca teremos a clareza, por exemplo, do que leva as pessoas a modificarem seus comportamentos, pois entende-se que,

transformações de comportamento são orientadas simultaneamente por aquilo que se conhece acerca dos determinismos e pela clareza de que não se conhece, nem se chegará a conhecer todos eles (Czeresnia, 2003, p. 49).

Neste trabalho, utilizou-se um complexo problema de saúde, que não pode ser facilmente considerado uma doença sob o ponto de vista biomédico, como fio condutor para discussão das diferenças entre ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. A questão do uso do álcool é intrinsecamente associada ao comportamento social que é produto de culturas específicas, gerando diferenciações no cenário de eventos, que não podem ser simplesmente reduzidas às dimensões biológicas do fenômeno.

Por outro lado, os problemas relacionados ao uso de bebidas alcoólicas por populações indígenas não representam o único desafio complexo que necessita ser abordado pelo setor saúde na perspectiva totalizante da promoção à saúde. Pensemos nas doenças sexualmente transmissíveis, na desnutrição infantil e na emergência de doenças crônico-degenerativas, apenas para citar algumas situações emblemáticas do próprio contexto da saúde indígena.

Desafios como estes colocam em xeque um conjunto de saberes acumulados. Aquilo que se mostra eficaz num contexto, pode se mostrar insatisfatório em outro. No caso específico da atenção a saúde indígena, cujo modelo assistencial está sendo construído, faz-se necessário um constante questionamento a respeito da adaptabilidade cultural, ética e sanitária de determinadas intervenções. É bem verdade que se deve, na medida do possível, “evitar reinventar a roda” (Laranjeira e Romano, 2004, p. 69). Porém, o que se quer advertir aqui é que talvez seja necessário perguntar se a roda existente é adequada ao contexto em

que deverá ser usada. Uma resposta, mesmo que provisória, para esta indagação deve ser buscada através do estabelecimento de relações dialógicas com as pessoas com as quais se pretende atuar, reconhecendo-as como sujeitos autônomos e capazes de construir, mediante parceria, alternativas para abordar os problemas que as afligem.

Referências bibliográficas

ALBUQUERQUE, J.I.A. e SOUZA, J.L. Prevalência do Alcoolismo na População Indígena da Nação Terena do Complexo Sidrolândia Colônia dos Irmãos do Buruti. Anais da 1ª Oficina Macrorregional de Estratégia, Prevenção e Controle das DST/Aids para as Populações Indígenas das Regiões Sul e Sudeste, Mato Grosso do Sul. Londrina: Coordenação Nacional de DST/ AIDS/ Programa Municipal para DST, pp.117-124, 1998.

AMIT-TALAI, V. e WULFF, H. Youth cultures: a cross-cultural perspective. Londres: Routledge, 1995.

ANDRELLO, G. *Cidade do índio: Transformações e Cotidiano em Iauaretê*. São Paulo: UNESP/ISA, 2006.

BRASIL. Lei nº. 6001 de 19 de dezembro de 1973. Estatuto do Índio.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.759, de 25 de outubro de 2007. Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor, 2007.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção a saúde. In: CZERESNIA, D. e FREITAS, C.M. (orgs.). Rio de Janeiro: Fiocruz, pp.15-38, 2003.

CHERNELA, J.M. *The Wanano Indians of the Brazilian Amazon: a sense of Space*. Austin: University of Texas Press, 1993.

CLASTRES, P. *A sociedade contra o Estado*. 2 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1974.

CLASTRES, P. *Arqueologia da violência: a guerra nas sociedades primitivas*. São Paulo: Cosac e Naify, 2004.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. e FREITAS, C.M. (orgs.) Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 39-53, 2003.

- COIMBRA Jr., C.E.A. e SANTOS, R.V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Rev. C S. col.* 5(1): 125-132, 2000.
- DUAILIBI, S. e LARANJEIRA, R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. *Rev Saúde Pública*, 41(5):839-48, 2007.
- FERREIRA, L.O. Relatório Etnográfico: I Reunião Geral dos Karaís, Caciques e Representantes Mbyá-Guarani no Rio Grande do Sul sobre o uso abusivo de Bebidas Alcoólicas e Alcoolismo. Núcleo de Antropologia das Sociedades Indígenas e Tradicionais. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.
- GARNELO, L. e LANGDON, J. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: MINAYO, M.C.S. e COIMBRA Jr., C.A. (orgs.) *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 133-156, 2005.
- HUGH-JONES, S. *The palm and the pleiades: Initiation and Cosmology in Northwest Amazonia*. Cambridge: Cambridge University Press, 1979.
- JACKSON, J.E. *The fish people: Linguistic Exomamy and Tukanoan Identity in Northwest Amazon*. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.
- KUNITZ, S.J. e LEVY, J.E. *Drinking careers: a twentyfive-year study of three Navajo populations*. New Haven/Londres: Yale University Press, 1994.
- LANGDON, E.J. O abuso de álcool entre os povos indígenas no Brasil: uma avaliação comparativa. *Tellus*, 5(8/9): 103-124, 2005.
- LARANJEIRA, R. e ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. *Rev Bras Psiquiatr*, 26(Supl I): 68-77, 2004.
- LASMAR, C. *De volta ao Lago de Leite: Gênero e Transformação no Alto Rio Negro*. São Paulo: Editora UNESP/ISA; Rio de Janeiro: NUTI; 2005.
- OLIVEIRA, M. Alcoolismo entre os Kaingáng: do sagrado e lúdico à dependência. In: Seminário sobre alcoolismo e DST/AIDS entre os povos indígenas. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde/ Coordenação Nacional de DST e AIDS, pp. 99-125, 2001.
- _____. Uso de bebidas alcoólicas e alcoolismo entre os Kaingang da Bacia do Rio Tibagi, uma proposta de intervenção. In: JEOLAS, L.S. e OLIVEIRA, M. (orgs.) *Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença*. Londrina. pp. 43-65, 2003.
- OYACER, A.M. e ÑANCO, J. Alcoholismo Y Etnia: Criticas Y Propuestas. In: SALGADO, M.S. e MELLA, I.J. (Orgs.) *Salud, Cultura Y Territorio: Bases Para Una Epidemiologia Intercultural*. Lincanray: Ministerio De Salud Chile, pp. 35-43, 1998.

QUILES, M. Mansidão de fogo: Um estudo etnopsicológico do comportamento alcoólico entre os índios Bororo de Meruri, Mato Grosso [dissertação]. Cuiába (MT): Universidade Federal de Mato Grosso, 2000.

SALLES-COSTA, R. et al.. Associação entre fatores sócio-demográficos e prática de atividade física de lazer no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 19(4): 1095-1105, 2003.

SIMONIAN, L.T.L. Alcoolismo entre indígenas: Abordagens, contextos e perspectivas. In: Anais da 1ª Oficina Macrorregional de Estratégia, Prevenção e Controle das DST/Aids para as Populações Indígenas das Regiões Sul e Sudeste, Mato Grosso do Sul. Londrina: Coordenação Nacional de DST/ AIDS/ Programa Municipal para DST, pp. 97-115, 1998.

SOUSA, M.C.P., ESPÍRITO SANTO, A.C.G. e MOTTA, S.K.A. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. *Saude soc*, 17(2): 58-68, 2008.

SOUZA, M.L.P. Alcoolização e violência no Alto Rio Negro [dissertação]. Manaus (AM): Universidade Federal do Amazonas, 2004.

_____. Vulnerabilidade a dependência ao álcool em paciente indígena: relato de caso. *Psychiatry On Line Brazil*, 2005 (10).

_____. Comércio de “álcool de farmácia” no município de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil: uma questão de saúde pública. *Rev Bras Psiquiatr*; 29(4): 384-384, 2007.

SOUZA, M.L.P. e GARNELO, L. Desconstruindo o alcoolismo: notas a partir da construção do objeto de pesquisa no contexto da saúde indígena. *Rev Latino-am Psicopat Fund*; IX(2): 279-292, 2006.

_____. Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre populações indígenas do Alto Rio Negro, Brasil. *Cad Saúde Publ*, 23(7):1640-8, 2007.

SOUZA, M.L.P., SCHWEICKARDT, J.C. e GARNELO, L. O processo de alcoolização em populações indígenas do Alto Rio Negro e as limitações do CAGE como instrumento de screening para dependência ao álcool. *Rev Psiq Clín*, 34 (2): 90-96, 2007.

SOUZA, M.L.P., DESLANDES, S.F. e GARNELO, L. Modos de vida e modos de beber de jovens indígenas em um contexto de transformações. *Ciência & Saúde Coletiva*; 15(3): 709-716, 2010.

Capítulo 4

Tradição de conhecimento,
processos experienciais e
práticas de cura entre os
Kaiowa

Fabio Mura

Alexandra Barbosa da Sivla

Introdução

Entre os Kaiowa¹ as práticas de cura não podem ser entendidas como um processo voltado exclusivamente à recuperação das condições de saúde dos indivíduos. Elas estão, na verdade, intimamente ligadas a equilíbrios sociais e cósmicos, que devem ser garantidos ou restabelecidos em contextos históricos, territoriais e ambientais específicos, nos quais esses indígenas desenvolvem sua existência individual e coletiva, implementando uma particular tradição de conhecimento, baseada no xamanismo. A própria coletividade, por sua vez, não pode ser apreendida como algo abstrato ou como representação de um homem “médio”, que poderia servir como expressão do ser kaiowa. Ao contrário, ela é o resultado de uma construção cotidiana dos laços sociais e cósmicos que são considerados necessários por cada grupo doméstico para poder alcançar o almejado *tekovê porã* – isto é, o “bom modo de viver” (cf. Mura, 2006). A procura do bom modo de viver é uma constante entre estes indígenas, processo este em que a personalidade de cada sujeito é forjada e durante o qual muitos ardis podem ocorrer. Desta forma, dependendo das condições sociais, políticas, territoriais e cósmicas, teremos respostas diferenciadas, conforme as exigências e os anseios de cada grupo doméstico, ou conjunto destes, apresentando-se um panorama da vida indígena bastante complexo e diversificado.

Para poder minimamente dar conta deste panorama, buscaremos neste artigo contextualizar as concepções e práticas de cura, oferecendo informações e análises sobre a organização social e doméstica destes índios, em situações político-territoriais diferentes, dando ênfase aos efeitos produzidos tanto pelo processo de aldeamento resultante da atividade indigenista, ao longo do século XX, quanto pelo depauperamento ecológico ocorrido na região em causa, e, ainda, pelas novas experiências e saberes disponíveis para esses índios em relação a períodos anteriores. O

¹ Em termos fonéticos, na língua guarani há a tendência para que o acento tonal recaia sobre a última sílaba das palavras, de forma que, quando não acentuadas, as palavras são oxítonas. Cabe observar que os Kaiowa constituem hoje uma população de cerca de 30 mil pessoas (FUNASA), vivendo no cone sul de Mato Grosso do Sul.

intuito é apontar os caminhos trilhados na construção da pessoa kaiowa, as dificuldades e perigos que a vida na Terra apresenta, e como as práticas de cura se constituem em fator central no estabelecimento de mecanismos reparadores de distúrbios emocionais, sociais, políticos e cósmicos, buscando garantir uma melhor vivência individual e coletiva.

Tendo isto em mente, iniciaremos abordando a organização territorial e doméstica entre estes indígenas.

Organização territorial e doméstica

Como nos informa a bibliografia, o cone sul do atual estado de Mato Grosso do Sul é um espaço geográfico historicamente ocupado por grupos de fala guarani². Segundo informações relativas às primeiras décadas do século XVII, estes indígenas viviam em grandes malocas que podiam superar os 50 metros de comprimento, abrigando em seu interior mais de 200 pessoas, articuladas entre si através de laços de parentesco. A organização interna a estas malocas era determinada pela preeminência de uma família extensa mais opulenta, que agregava por afinidade outras de menor porte, além de cativos capturados em guerra. Cada maloca formava uma comunidade local, ocupando nascentes e o curso de córregos e rios, privilegiando-se áreas favoráveis à agricultura. Esses grupos macro-familiares estabeleciam alianças de parentesco com outros análogos nas proximidades, raramente formando aglomerados de casas, sendo sempre estabelecido

² No sul de MS há dois grupos guarani: os kaiowa e os ñandéva. “Ñandéva” é uma autodenominação do grupo, que, no entanto, assume também a denominação corrente de “guarani” – coisa que os Kaiowa não fazem. Já o termo “kaiowa” encontra também as variações “caingua”, “ca’aiwa”, “kaiwá”, derivadas de *ka’a* (mato) e *gua* (do, de), implicando a definição “aqueles que são ou pertencem ao mato”. Trata-se de denominação externa ao próprio grupo, já que a autodenominação (tanto no lado brasileiro da fronteira quanto no paraguaio) é “Paî Tavyterã”. A autodenominação geral dos Kaiowa e dos Ñandéva é “Ava” (homem guarani). Para mais detalhes neste sentido e sobre o histórico de ocupação do território em questão, ver Schaden (1974), Susnik (1979-80), Melià, Grünberg e Grünberg (1976), Gadelha (1980), Thomaz de Almeida (1991), Brand (1997), entre outros.

um distanciamento espacial que garantisse certa autonomia na esfera social, econômica e ritual. Essas distâncias eram variáveis, podendo ir de uma légua (6km) até mais de três, dependendo das características hidrográficas e agrônômicas da região (cf. Montoya, 1985 [1639], MCA, 1951, Susnik, 1979-80, Melià, 1986).

Por efeito da colonização europeia (intensificação de guerras, epidemias, escravização, catequização etc.) a demografia guarani se alterou significativamente, o que também afetou sua organização territorial. Contudo, há que se observar que, embora em menor porte, os grupos locais continuaram a se reproduzir, mantendo as características centrais da organização doméstica. Dentre os Guarani, os Kaiowa foram aqueles que mantiveram por mais tempo a estrutura da habitação comunal, sendo esta uma opção de moradia ainda até meados do século XX. Seu abandono, porém, não deve ser atribuído a um processo de fragmentação das famílias extensas, nem à emergência de uma lógica individualista.³ A habitação comum se decompõe, formando-se unidades habitacionais menores cujos integrantes continuam ainda hoje mantendo fortes laços de cooperação entre si e ocupando um espaço territorial contínuo (Thomaz de Almeida, 2001, Mura, 2000 e 2006, Barbosa da Silva, 2007, Benites, 2009). Com efeito, já na grande maloca havia separações internas, conformando-se os fogos relativos a cada família conjugal. Como salienta Wilk (1984), não podemos pensar as unidades domésticas unicamente a partir da coresidência, muitas vezes existindo grupos domésticos compostos por agregados de habitações. Para determinar uma unidade doméstica é importante o grau de cooperação técnico-econômica existente entre essas famílias conjugais, bem como os vínculos afetivos e as formas de administrar os aspectos morais e educativos que lhes dizem respeito.

Os Kaiowa estão hoje organizados constituindo grupos domésticos compostos por pelo menos três gerações (o *tamõi* [“avô”] e a *jari* [“avó”], suas filhas ou filhos, com seus respectivos cônjuges, e os netos), que são denominados de *te'yi*. Um conjunto de *te'yi* relacionados entre si forma comunidades políticas locais, configurando um tipo de unidade territorial específica: o *tekoha* (que se traduz como “lugar onde realizamos nosso

³ Como argumentava Schaden (1974), a partir do paradigma teórico da aculturação.

modo de ser e de viver”). No *tekoha* se desenvolvem, se manifestam e se transformam uma moralidade e uma visão de mundo específicas, centradas no *teko porã* (ou seja, o “correto modo de ser e de viver”).

Dadas condições minimamente favoráveis, as comunidades políticas kaiowa continuam se distanciando fisicamente uma em relação às outras, buscando assim garantir uma relativa autonomia. Disto decorrem duas consequências importantes e correlatas na organização social do grupo: por um lado, a implementação de uma pluralidade de entendimentos do referido *teko porã*, em correspondência com cada um dos agrupamentos políticos; por outro lado, a manutenção e a reprodução de fronteiras entre estes agrupamentos, através de relações de profunda inimizade, as quais justamente legitimam e realçam a construção de diferentes pontos de vista.

Fatos históricos ocorridos ao longo do século XX vieram a estressar os frágeis equilíbrios estabelecidos entre os grupos kaiowa, através de um processo de aldeamento compulsório – o qual abordaremos a seguir. No entanto, a falta de espaço não acarretou, como se poderia imaginar, a dissolução das lógicas de autonomia. Ao contrário, gerou uma escalada da violência, que levou à acentuação das diferenças entre os grupos, alimentadas também pela diversificação das experiências e das atividades à disposição dos índios ao longo das últimas décadas.

A ocupação não indígena, seus corolários e a situação atual na região

A presença não indígena mais sistemática em termos de exploração econômica desta região iniciou-se na segunda metade do século XIX, com o fim da Guerra da Tríplice Aliança ou Guerra do Paraguai, que definiu as fronteiras atuais entre Brasil e Paraguai. Justamente, em 1882, a “Companhia Matte Larangeira” iniciou suas atividades de extração da erva mate nativa (característica de todo o cone sul). Até 1915, aproximadamente, a “Companhia” monopolizou enormes extensões de terra para exploração dessa planta, terras as quais coincidiam plenamente com os territórios ñandéva e kaiowa, sem ter, contudo, a pretensão de ocupar espaços e colonizar.

Nas primeiras décadas do século XX, a “Companhia” perde os direitos exclusivos sobre os ervais, abrindo-se espaço para a colonização da faixa fronteiriça. A atuação do Estado brasileiro nesse processo deu-se através do Serviço de Proteção aos Índios, cujas práticas levaram os indígenas a residir em espaços extremamente reduzidos. Embora o organismo manifestasse atitudes protecionistas para com os nativos, o que sua atuação acabava por produzir era, de fato, a liberação de terras para a colonização do interior do país (cf. Lima, 1995). Nestes termos, entre 1915 e 1928, o SPI instituiu oito reservas indígenas, com superfícies não superiores a 3.600ha, sendo duas em territórios ñandéva e seis naqueles kaiowa, o restante das terras ficando à disposição de colonos, que foram chegando.⁴

A primeira dessas reservas, Amambai (1915), se constituiu de imediato em Posto Indígena, e, embora devesse ser demarcada com 3.600ha, resultou em apenas 2.429ha, devido a negociações realizadas pelo SPI com posseiros locais. Somente a segunda e a terceira – respectivamente Dourados (de 1917) e Caarapó (de 1924) – conseguiram preservar a superfície padrão. Uma vez demarcadas estas três minúsculas áreas, todas localizadas em territórios kaiowa, foi um funcionário deste órgão (Genesio Pimentel Barboza) que denunciou à 5ª Inspeção Regional a necessidade urgente de serem encontradas outras terras para os índios em questão, procedendo ele à escolha e definição das cinco demais áreas (Sassoró, Takuapery, Limão Verde, Pirajuy e Jacarey – estas duas últimas, ñandéva) (cf. Monteiro, 2003, p.91).

Deve-se destacar que a expansão da fronteira agrícola na região trouxe sérias consequências para os índios, sobretudo a partir do processo de desmatamento sistemático (iniciado na década de 1960, para dar vida a uma agricultura mecanizada, promovida pela lógica modernista do chamado “milagre brasileiro”), que, em apenas duas décadas, tornou impossível para os Kaiowa encontrar refúgio nos “fundos” das fazendas, que haviam sido criadas em seus territórios. As matas eram lugares pouco apetecíveis para os brancos e, portanto, podiam permanecer nas mãos

⁴Para informações sobre as políticas de colonização para a região e o país em geral neste contexto histórico, ver Foweraker (1981).

das famílias indígenas que nelas se assentavam há séculos. Com o desmatamento, essas famílias foram expulsas e conduzidas, com a participação fundamental da FUNAI, para as poucas e minúsculas reservas criadas pelo SPI, de um modo arbitrário, não seguindo nenhum critério de organização social e política indígena.

Além do inchaço que acarretou nas reservas,⁵ o efeito mais negativo dessa ação compulsória foi o de favorecer o aumento dos conflitos entre famílias inimigas, que tiveram que conviver nesses espaços (conflitos que desembocam até hoje em constantes ações de vingança e contravengança, com acusações recíprocas de feitiçaria), além da produção de lógicas hierárquicas e assimétricas entre grupos. Estas assimetrias foram e são ainda favorecidas também pelas alianças interétnicas que envolvem missões religiosas atuantes nas reservas,⁶ bem como o poder público municipal e órgãos federais (como a própria FUNAI e a FUNASA). Desta forma, conforme observa Oliveira (1999), o processo de territorialização (que em MS é referido como de aldeamento nas reservas) fez com que não apenas os índios fossem impulsionados a residir em espaços delimitados pelo Estado (as reservas), mas também os obrigou a redefinirem o próprio papel frente aos agentes não índios e suas instituições.

Estas transformações na configuração territorial dos indígenas tiveram como consequência, a partir do final da década de 1970, o surgimento e o avolumar-se de um movimento de reivindicação e de luta para reaver porções de seus territórios tradicionais, com o intuito de recuperar condições mais favoráveis para as exigências organizativas das famílias extensas. Este movimento – hoje em forte contraposição aos interesses do agronegócio –, que impulsionou a identificação oficial de cerca de duas dezenas de Terras Indígenas, não tem, contudo, conseguido garantir resultados significativos em termos de espaços recuperados de fato,⁷

⁵ Em apenas uma década, algumas reservas triplicaram sua população.

⁶ A Missão Evangélica Caiuá (MEC) iniciou sua atuação em 1928. Na década de 1960, passou a atuar na região também a Deutsche Indeaner Pionier Mission (Thomaz de Almeida, 2001).

⁷ Tem sido prática recorrente a interposição de recursos judiciais pelos proprietários não indígenas, de modo que os processos administrativos de identificação e delimitação das terras como sendo indígenas são postos sub judice, constituindo-se tempos bastante longos

com a superfície sob controle destes indígenas alcançando cerca de 45 mil hectares em sua totalidade. Como se vê, trata-se de uma dimensão irrisória se cotejada com os mais de 3,5 milhões de hectares que representavam a soma dos territórios tradicionais em solo brasileiro. Embora ainda não obtendo seus frutos como reconquista de condições primárias para a forma de ocupação do território deste grupo étnico, a iniciativa indígena vem colocando este tipo de exigência de modo ainda mais evidente, dado que as condições nas reservas representam uma forte violência para os parâmetros de organização social, política e, sobretudo, doméstica dos Kaiowa (e dos Nandéva).

Outro corolário extremamente pernicioso da colonização foi o depauperamento ambiental ocorrido na região, com o cone sul de Mato Grosso do Sul apresentando hoje uma média de irrisórios 3% de cobertura vegetal. Deste quadro, depreende-se o impacto sobre as atividades técnico-econômicas que a presença das matas permitia aos índios, numa perda de consideráveis proporções para sua dieta (em termos de caça, pesca e coleta) e seu modo de vida como um todo. Com efeito, ressaltando as características ecológicas originárias desta ampla região, pelos recursos que punham à disposição das famílias, temos que ela se constituía num ponto de transição entre o cerrado e a mata atlântica do interior, formada por densas florestas de médio e grande porte. Existiam também campos naturais e áreas de várzea, estas últimas especialmente nas proximidades de grandes cursos fluviais (cf. Mello, 2002 e Comar, 2006). Toda a região era, assim, caracterizada por uma grande biodiversidade, proporcionando fontes significativas de proteína animal, frutas, mel e fibras vegetais.

Tendo-se em mente este breve quadro delineado, podemos agora passar a considerar a conceituação da pessoa, os modos de ser e de viver, as concepções de saúde e de doença, além das práticas de cura entre estes indígenas.

até que a posse efetiva seja definida.

A conceituação da pessoa

Segundo os Kaiowa, em condições consideradas normais, o corpo (*tetê*) dos indivíduos adultos possui dois tipos distintos de alma: a corporal e a espiritual. Existe também, assentado no ombro do indivíduo, o *tupichúa* (espírito identificado com um “animal”) (cf. Cadogan, 1962, p.81).

A primeira das referidas almas começa a se formar quando o ser humano alcança a maioridade, expressando-se através da sombra (*ã*). Com o passar dos anos, esta alma se reforça, sendo que, uma vez falecido o corpo, ela se desprende dele, tornando-se *anguê*. A picardia e a agressividade da *anguê* dependerão de sua “idade”, tornando-se, assim, mais ou menos perigosa para os vivos.

No tocante ao espírito animal, este acompanha o corpo durante toda a vida, sua característica variando muito de indivíduo para indivíduo e, ao tipo de animal que o caracterizaria, é também atribuído o apetite do corpo do indivíduo, determinando o gosto e a avidez alimentar, assim como seu desejo sexual. Há que se destacar, porém, que estes fatores são considerados por estes indígenas como afetando a vida do corpo, não podendo ser definida como parte da personalidade do indivíduo.

Os Kaiowa não se identificam absolutamente nem com o *tupichúa* nem com a *anguê*, mesmo quando esta alma ainda se encontra no corpo em que se formou e desenvolveu. De fato, a identidade destes indígenas está associada à alma espiritual, cujos atributos são em certa medida expressados através dos diferentes nomes que a ela são atribuídos: *ayvu* e *ñe'ê*, cujos significados são “palavra” e/ou “linguagem” (cf. Melià, Grünberg e Grünberg, 1976, p. 248), e *guyra*, que significa “pássaro”. No primeiro caso, é destacada a importância da pessoa como parte de uma rede mais ampla de relações, determinadas através do ato comunicativo (verbal e do canto); no segundo caso, a identificação (metafórica e metonímica) da alma espiritual com as aves coloca em evidência sua propriedade de voar, de se desprender de seu assento (*apyka*), que é localizado no interior do corpo, bem como a sua instabilidade, estando ela sempre sujeita a ser espantada, afastando-se de sua sede corporal.

Existe também uma diversidade de interpretações sobre como a *ayvu* vem a se assentar no corpo. Alguns *ñanderu* (xamãs) atribuem ao ato de concepção a chegada da alma espiritual ao corpo do futuro nascituro; outros consideram que o corpo nasce possuindo uma alma provisória (*ohero*), com a *ayvu* se incorporando num segundo momento. Em ambos os casos, o momento mais importante é representado pela cerimônia do *mitã mongarai* durante o qual, na primeira versão, o xamã procede a descobrir o nome (entendido como sendo a própria *ayvu*), enquanto que na segunda versão, o *ñanderu* favoreceria a sua incorporação. No primeiro desses casos, a postura dos parentes é a de cuidar para que a alma espiritual em questão permaneça no corpo onde se encontra, aceitando ou, melhor, reconhecendo os parentes que a estão acolhendo na Terra; no outro caso, temos um comportamento similar, com a família reunida durante o ritual, aguardando que o espírito decida se encarnar, manifestando assim que aceita seu novo lar. Pode-se notar que nas duas versões o princípio organizador mais importante é o mesmo, associando-se a estabilidade corporal da *ayvu* aos cuidados e manifestações afetivas de seus familiares presentes na Terra.

A necessidade dos parentes estarem unidos e de apoiarem uns aos outros (*mbojeko*) faz com que a família que se constitui na Terra queira manter juntos os *ayvu*, razão pela qual se procura constantemente reter o máximo possível as almas espirituais em seus respectivos corpos. É especialmente neste caso que a noção de *jekoha* (suporte) se faz relevante, visto que o fato de uma família estar bem assentada em seu espaço territorial e bem apoiada em seus chefes (os “avós”: *tamõi* [masc.] e *jari* [fem.]) permite uma maior estabilidade das relações familiares, favorecendo assim a determinação de um *teko mbojeko porã*, isto é, um modo de ser baseado em boas relações mútuas.

É importante ressaltar que para os Kaiowa, o acúmulo de experiência permite ao indivíduo alcançar níveis de sabedoria cada vez mais elevados, sendo que a posição de um jovem, por mais que já tenha contraído matrimônio, não será nunca comparada à de uma pessoa idosa. Neste sentido, num processo educativo e de exercício moral e político, o papel de mãe ou pai, quando o sujeito é jovem, será sempre subordinado àquele

dos próprios pais e/ou avós ou dos sogros, especialmente no tocante à educação das crianças e à determinação dos cuidados necessários para o seu bem-estar espiritual. Isto se deve principalmente ao desejo de manter sempre unidas pelo menos três gerações, sendo a neolocalidade excluída nas opções residenciais destes indígenas. Assim, é possível dizer que a pessoa kaiowa procurará sempre se amparar no circuito privilegiado da família extensa, circuito emocional-afetivo por excelência, que lhe garante uma estabilidade do ponto de vista social, econômico e espiritual.

Contudo, há que se observar que quando as variações de experiências são abruptas ou acontecem em contextos sociais, ecológicos e territoriais em que os índios estão sob constante pressão colonial, podem produzir ou favorecer modos distintos de interpretar o que seria um comportamento adequando. Isso permite a manifestação de conflitos inter e intra-generacionais, configurando o *teko reta*, isto é, os múltiplos modos de ser kaiowa (Mura, 2006).

Os Kaiowa perante o *teko reta*

A vida contemporânea destes indígenas aqui em pauta implica a integração de atividades que progressivamente adquiriram relevância econômica. Existem hoje indígenas ocupando cargos de professores, agentes de saúde, chefe de posto, merendeiras etc., além de receberem cestas básicas, aposentadoria por idade e “bolsa família”. Estes tipos de atividades e benefícios têm provocado transformações na organização da família extensa, no que tange à escolha das atividades consideradas fundamentais para manter unido o grupo macrofamiliar. Atualmente quase todos os *te’yi* (os grupos de pelo menos três gerações, como dito) procuram ter entre seus integrantes o maior número possível de pessoas ocupando esses cargos e recebendo benefícios, visto que isto garante uma certa estabilidade econômica, além de, muitas vezes, propiciar a construção ou consolidação do prestígio perante outras famílias extensas.

Se por um lado o processo adaptativo das famílias extensas kaiowa tem propiciado sua flexibilização, sendo incorporadas novas atividades e

cargos, observa-se que na maioria dos casos este processo representa um desafio para a prática do bom modo de ser (*teko porã*). Pode-se dizer que as variações de experiências produzidas pela vida contemporânea (assim como a falta de condições ecológicas e espaciais apropriadas para aplicação de seus modelos técnico-econômicos tradicionais) obrigam os índios a realizar rápidas reflexões sobre a vida. Para tal propósito, os xamãs de grande prestígio em escala territorial anunciam periodicamente o *tekorã* (isto é, o conjunto de normas que irá vigorar no futuro imediato), que lhes é comunicado pelas divindades.

Este fato denota uma grande flexibilidade e adaptabilidade da tradição de conhecimento kaiowa, mas, ainda assim, as famílias extensas hoje encontram dificuldades para enfrentar problemas pelos quais passam seus integrantes. Tais problemas se devem, em grande medida, às variáveis dos muitos engajamentos possíveis dos sujeitos em determinadas atividades e cargos, que configuram experiências diversas em momentos específicos de suas vidas. Como consequência, formam-se entendimentos variáveis sobre o modo correto de ser e de viver, de família para família e ao longo do tempo. Em guarani, esta variabilidade é referida como *teko reta*.

Com efeito, é de se observar que a vida contemporânea propicia uma grande quantidade e variedade de experiências aos indivíduos que integram as famílias extensas. No correr de sua vida, um kaiowa pode passar por experiências de *changa* (trabalhos periódicos) nas fazendas e/ou nas usinas de álcool, trabalhar nas missões protestantes, “virar” crente, e logo depois trabalhar como professor indígena e/ou como agente de saúde, voltar às usinas, ser ajudante de um xamã e, uma vez alcançada a maturidade, eventualmente “surgir” (*ojehu*) como *ñanderu* (xamã). Cabe lembrar que o desenvolvimento dessas atividades dependerá muito do sexo e, especialmente, da idade da pessoa.

A família extensa integra, portanto, indivíduos que se encontram em estágios de experiências diferentes, desenhando-se um leque muito amplo de posturas morais e de conhecimentos, muitas vezes considerados incompatíveis entre si pelos líderes dessa unidade social. Assim sendo, o *teko reta* acaba acentuando ou promovendo conflitos intergeracionais, com as famílias sempre buscando modos de superar os impasses por ele

produzidos, bem como tentando processar os novos conhecimentos e modalidades de comportamentos adquiridos por seus membros, adaptando-os e hierarquizando-os para que se tornem coerentes com a tradição de conhecimento indígena – cujo motor são os próprios *te'yi*. Entretanto, estando todos os indivíduos em uma relação de interdependência no interior da família – embora mantendo diferentes pesos na hierarquia social –, seria reducionismo atribuir apenas à autoridade dos mais velhos (*tamõi* e *jari*) e do xamã de referência de cada comunidade política a determinação do modo de agir e de se comportar. Por tal razão, fica evidente que frente a uma crescente diversificação das experiências e dos conhecimentos disponíveis para as famílias kaiowa, multiplicam-se os entendimentos sobre quais seriam os comportamentos mais adequados e/ou eficazes para se alcançar o tão buscado “bom viver”.

A título de exemplo, entre os fatores mais relevantes que concorrem hoje para os atritos entre gerações estão as experiências decorrentes da frequência à escola. As lógicas de socialização que essa instituição do Estado impõe – vigorando em lugares fisicamente distantes daqueles sob jurisdição de uma determinada família extensa – apresentam-se aos olhos da tradição indígena como potencialmente negativas, na medida em que impedem ou dificultam a realização do referido controle social. As experiências nas usinas de álcool, nas fazendas e nas cidades são outros elementos importantes a serem contemplados, visto que também podem ter como consequência a manifestação de conflitos intrageracionais.

O *teko reta* representa para a tradição de conhecimento indígena um desafio que, embora controlado eficientemente por xamãs, não deixa de produzir desentendimentos entre os diferentes integrantes dos *te'yi*. Por sua vez, o enfraquecimento ou a ruptura de laços familiares pode produzir nos indivíduos uma sensação entre a ofensa e o ressentimento, com um conseqüente fechamento em si mesmo, estado que é denominado de *ñemyrõ*, condição emocional/afetiva que é muito comum nos episódios do tempo-espço das origens (o *Áry Ypy*). O *ñemyrõ* é conceituado pelos índios como sintomático de perturbação ou afastamento da alma espiritual (*ayvu*) e revela a percepção de que os indivíduos nessa situação estão assim pelo fato de serem o produto social da

comunidade educativa indígena. Assim sendo, é possível constatar que, embora o intensificar-se de conflitos internamente às famílias seja, em certa medida, devido à manifestação de comportamentos decorrentes de experiências inéditas, os estados emocionais por estes provocados são procedentes da mais íntima e central concepção da pessoa entre os Kaiowa. Caberá, portanto, a cada família extensa buscar os mecanismos mais apropriados para superar esses momentos de crise, regulamentando as relações a serem estabelecidas entre “velhos” e “novos” comportamentos e valores, assim contribuindo para uma contínua adaptação da tradição de conhecimento indígena.

Os elementos culturais e sua organização no seio das famílias extensas são extremamente significativos para a compreensão destes fenômenos, levando-se em conta também o fato de que, do ponto de vista educativo, os fatores em jogo deveriam ser vistos de modo relacional e não dicotômico. Efetivamente, não podemos considerar os comportamentos decorrentes do *teko reta* como produto de influências culturais ocidentais, que seriam contrapostas aos valores e preceitos morais advogados pela tradição indígena. O problema principal não é de ordem cultural, mas de organização social dos elementos culturais disponibilizados aos indígenas. Tomado deste ponto de vista, o *teko reta* – embora considerado negativo por *tamõï*, jari e xamãs⁸ – faz parte da tradição kaiowa contemporânea, visto que permite uma constante adaptação das famílias extensas aos contextos históricos e, em consequência, formulações mais flexíveis de *teko porã*.

⁸ Não é novidade entre os Kaiowa de MS a queixa de que as condições do presente apresentam-se como negativas, visto que não se respeitam mais os ditames da tradição. Galvão (1996) relata que, na década de 1940, os moradores da reserva de Takuapiry reclamavam da carência de xamãs e/ou da atuação destes, em relação às décadas anteriores.

Saúde, doença e práticas de cura

Como esperamos ter ficado claro, o *teko reta* é o resultado das múltiplas experiências que caracterizam a vida contemporânea dos indivíduos kaiowa. Os comportamentos diversificados podem gerar divergências entre sujeitos pertencentes tanto a um mesmo grupo quanto a grupos diversos, provocando conflitos significativos. É indubitável, porém, que todos os integrantes das famílias buscam constantemente alcançar formas consideradas satisfatórias de “bem viver”. Um dos fatores mais preocupantes, que ameaça a cada instante o estabelecimento deste padrão de vida, é o estado de doença, sempre interpretado como denotativo de anomias sociais e cósmicas – transcendendo-se assim a dimensão puramente individual.

A noção de pessoa que foi acima delineada permite entender que para os Kaiowa existe uma clara diferença entre o corpo e os diferentes espíritos que neste podem se assentar ou desenvolver. Como foi dito, para estes indígenas a saúde do indivíduo é relacionada à estabilidade da *ayvu* (a alma espiritual) em seu suporte corporal, mas esta estabilidade não é algo fácil de garantir. Com efeito, para se obtê-la é necessário que a *ayvu* consiga manter o controle sobre o corpo, impedindo que outros espíritos nele produzam anormalidades indesejadas. O comportamento moralmente aprovado, o respeito às restrições alimentares durante os momentos críticos do ciclo de vida e uma sólida inclusão da pessoa no jogo relacional do *teko mbojeko porã* (modo de ser baseado em boas relações mútuas) podem permitir a supremacia da *ayvu* sobre o *tupichúa* (espírito “animal”) no que diz respeito ao controle do corpo, mantendo-se solidamente assentada. Ao mesmo tempo, a *ayvu* poderá impedir que outros espíritos maléficos e impurezas venham a se assentar no corpo do indivíduo, com o objetivo de usurpar ou dominar a alma espiritual (ou seja, a pessoa kaiowa). A saúde plena, contudo, não deixa de ser ideal, sempre existindo níveis de instabilidade, devidos à condição humana atual; mais especificamente, os índios sofrem as consequências da própria decadência em relação ao espaço-tempo das origens (o *Áry Ypy*): a vida na Terra leva

as pessoas a conviver com impurezas, diferentemente do que ocorre além da *Yvy Rendy* (a sombra brilhosa da Terra⁹).

A noção de saúde entre os Kaiowa inverte o ditado “mente são em corpo são”, sendo possível afirmar: “o corpo é são quando a mente é são”. Por exemplo, os índios descrevem as deformidades corporais como uma condição precária da alma no corpo (isto quando ela não está completamente ausente). É importante observar que, a partir da compreensão sobre o fim dos tempos do “bom viver” (ou seja, o Ararapyre), que já estaria se manifestando hoje,¹⁰ há a possibilidade prevista de que as ayvu não se incorporem mais, de forma que as crianças passariam a nascer sem braços ou outras partes do corpo, deixando de ser seres humanos verdadeiros, com os corpos já completamente controlados por *ma’etirõ* – ou seja, substâncias e/ou espíritos malignos.

Este tipo de concepção de saúde e de doença leva os Kaiowa a estabelecer uma hierarquia entre a cura espiritual e os cuidados destinados ao corpo. Tal hierarquia se reflete no processo de cura, determinando itinerários de cura específicos, com a distribuição de competências bem determinadas entre diferentes operadores médicos – sejam eles inscritos na tradição de conhecimento indígena,¹¹ sejam procedentes da tradição popular paraguaia e fronteiriça, ou ainda da medicina ocidental. A lógica da estabilidade/instabilidade da alma é, por sua vez, vinculada ao binô-

⁹ Sombra que é visível apenas aos xamãs.

¹⁰ Há muitos fatores que indicam para os Kaiowa que o *Ararapyre* já teve início. De fato, há uma progressiva diminuição dos elementos vitais que foram disponibilizados para os *Ava* (homem guarani) nas origens, como o mato, os animais comestíveis, as plantas officinais, bem como certos *ñembo’e* (rezas) e conhecimentos técnicos relacionados à construção de instrumentos e objetos, à prática da agricultura e às atividades de caça e de pesca. Para eles, estes elementos não teriam sido destruídos e/ou esquecidos, mas simplesmente levados pelos próprios deuses, através do ato de *pyte rupi*, ação que pode ser traduzida como “sugar para cima”. Esta atitude das divindades estaria relacionada a uma avaliação do comportamento mantido pelos Kaiowa, que é julgado como heterogêneo: muitos já não observariam os ditames do *teko porã* (o correto modo de ser), outros o obedeceriam parcialmente, e poucos os respeitariam quase que integralmente. Para mais detalhes sobre este tópico, ver Mura (2006).

¹¹ Para uma descrição de técnicas de cura e diversos tipos de operadores médicos tradicionais entre os Kaiowa, ver Schaden (1974, p. 124-31), Melià, Grünberg e Grünberg (1976, p.49-51), Müller (1989).

mio *ro'y/aku* (frio/quente), onde a prática de cura é interpretada como processo de esfriamento (*omboro'y*).

As doenças que manifestam sintomas como dor de barriga (inclusive diarreias), dores musculares e das articulações são geralmente tratadas pelos índios com o uso de plantas medicinais, bem como de diversos tipos de gorduras de animais de caça. Para isto, os Kaiowa possuem uma ampla e detalhada farmacopeia.

Para os primeiros tipos de doenças, quando são consideradas leves e passageiras, pode-se não ter a prática coadjuvante da cura espiritual. Neste caso, o uso dos remédios officinais (*pohã*) pode ser prescrito no âmbito familiar por qualquer pessoa (mas geralmente de certa idade) que possua conhecimentos. Para as doenças na área da cabeça (região superior, interpretada pelos índios como o lugar onde se manifesta a *ayvu*), o uso da cura espiritual é considerado o mais eficaz, embora, quando não se manifeste de modo crônico, ou não produza significativas afecções no corpo do indivíduo (como manifestações de agressividade e mudanças comportamentais bruscas), se possa também recorrer a remédios do mundo dos “brancos” ou prescritos por curandeiros (índios e não índios) residentes nas cidades e vilas estabelecidas nos territórios de ocupação tradicional dos Kaiowa.

Em todos estes casos, a alma (*ayvu*), embora importunada, não chega a correr sérios perigos, sendo comum o uso simultâneo ou alternativo de diferentes operadores e práticas médicas. Deve-se considerar que todas essas doenças leves podem se tornar recorrentes, interpretadas como graves pelos índios, com os familiares e/ou a própria vítima passando a dar outra interpretação à terapia necessária. Encontrando-se em perigo, a *ayvu* passa a ser objeto de atenção absoluta; nesta fase, a cura espiritual é considerada a primordial, com as outras práticas tornando-se, portanto, subordinadas, quando não inúteis ou perigosas. A grande frequência e persistência dos sintomas antes descritos apresentam para os índios um quadro clínico alterado. O quadro é também diferente quando estes se deparam com manifestações de comportamentos incoerentes, tidos como de doença mental (*teko tavy*). Tudo isto revela as condições (sociais, emocionais-afetivas

e ambientais) nas quais o sujeito doente se encontra, assim como a causa e a origem da doença.

Entre as condições que levam ao enfraquecimento da *ayvu*, tornando-a vulnerável, tem-se, por um lado, os comportamentos da própria vítima, com a transgressão de normas sociais – especialmente as relacionadas às práticas e tabus referentes a momentos críticos (considerados como “estados quentes”, isto é, *teko aku*), como, por exemplo, a primeira menstruação, a gravidez e o parto, a mudança de voz nos meninos etc. Por outro lado, há também as transgressões de parte dos parentes mais íntimos da vítima.

Em relação aos aspectos emocionais-afetivos, dá-se uma situação parecida, com a vulnerabilidade da pessoa podendo ser atribuída a um fechamento em si mesma, por ter brigado (*oiko vai*) e/ou se desentendido (*ñe'e rei ja'o*) com membros de sua família, ou, ao contrário, quando o isolamento é devido à própria atitude de seus parentes em relação a si; em ambos os casos, é gerado no sujeito um estado de tristeza (*ndovy'ai*) e, mais gravemente, de ressentimento/aborrecimento (*ñemyrõ*). Porém, o mais provável é que esta situação seja o produto de comportamentos dos dois lados, sendo afetada a família como um todo. Em uma perspectiva moral, quando a vítima é acusada de transgredir as normas sociais, devido às experiências procedentes do *teko reta*, a tendência dos operadores médicos tradicionais é a de atribuir a “culpa” à própria vítima; já quando o sujeito doente for tido como respeitador do *teko porã*, a “culpa” recairá sobre o comportamento de seus familiares, ou sobre ações desenvolvidas por inimigos, através de feitiçaria. No caso específico de a vítima ser criança, a responsabilidade é geralmente tida como de seus parentes, sendo seu isolamento e fragilidade emocional/afetiva atribuídos a estes últimos.

A instabilidade da *ayvu* pode ser também relacionada a condições ambientais, como quando o indivíduo e/ou seus parentes se encontram em lugares hostis ou precários do ponto de vista do desenvolvimento satisfatório das atividades sociais, políticas e técnico-econômicas. Por exemplo: quando o *te'yi* não dispõe de espaço suficiente para se assentar, ausência de características ecológicas apropriadas para a prática da agricultura,

da caça, da pesca e da coleta, e falta de autonomia política em relação a outras famílias tidas como inimigas. Fatores ambientais negativos são também referidos à presença de espíritos malignos – como os diversos járy (espíritos-donos, guardiães), anguê (alma corporal desprendida do corpo após a morte) e añáy (“demônio”) –, assim como os devidos aos períodos do ano considerados como em “estado quente”, sendo o próprio espaço-tempo (ar, lugares, objetos etc.) impregnado e portador de doença (Áry rasy).

Geralmente os índios atribuem às doenças da alma duas causas possíveis: o susto (*ñemondýi*) e a introdução de objetos e/ou de espíritos malignos no corpo do indivíduo.

Como vimos, ao ser a alma espiritual entendida como um pássaro, ela pode, quando assustada, justamente voar. Em casos extremos, a *ayvu* não retorna, provocando a morte do corpo onde estava assentada, ou este último pode permanecer com vida, mas controlado por outro espírito. Através do ritual de *mongarai*, o xamã pode favorecer a incorporação de outra alma espiritual, o que leva o sujeito a adquirir uma nova personalidade. Deve ser observado que o susto é a causa mais recorrente das doenças que afetam as crianças, mas pode ser comum também nos adultos.

A doença causada pelo susto pode dever-se a comportamentos agressivos de parentes e estranhos, mas geralmente é atribuída à presença da alma animal (*anguê*) de algum parente, que se acerca do lugar de sua antiga residência, assim como a ataques de *añáy* (“demônio”), ou ainda pela manifestação de diversos *járy* (espíritos-donos, guardiães) presentes ou circulantes nas redondezas das residências, assumindo o aspecto corporal de animais perigosos (onças, lobos-guará etc.). O susto pode ser provocado também por *ayvu* que se desprenderam do corpo após o “suicídio”.¹²

¹² Neste caso, colocamos aspas na palavra “suicídio” porque, em uma perspectiva dos sujeitos, este não é um ato de autoagressão, como é geralmente considerado nos estudos especializados. De fato, não é a própria pessoa que provoca a morte do corpo em que ela está assentada, mas as afecções comportamentais que são produzidas nesse corpo pela agressão de espíritos e/ou feiticeiros. Dever-se-ia falar de homicídio e não de suicídio. A morte nestes casos é geralmente provocada por enforcamento (*ajejuvy*) ou, mais raramente, por envenenamento, ambos casos sendo entendidos pelos índios como causando o fechamento do canal através do qual se expressa a *ayvu*. Sendo assim, ao não haver saída pela boca (orifício por onde sairia normalmente), a alma espiritual acaba por sair pelo ânus, permanecendo por vários meses na Terra, antes de voltar para seu patamar

Em todos estes casos, como afirmado, o itinerário terapêutico privilegia a cura espiritual, a qual pode ser praticada por xamãs e/ou curandeiros e dirigentes pentecostais indígenas. No primeiro caso, como técnica verbal, utilizam-se *ñembo'e* (rezas) específicas, cujo objetivo é localizar, esfriar e enfraquecer o poder de quem e/ou do que causa a doença. O *ñembo'e* é coadjuvado pelo *peju* (sopro), que contribui para o esfriamento do ponto doentio, e subtrair os objetos e/ou espíritos causadores da doença do corpo da vítima. Por sua vez, esta técnica é acompanhada de gestuais com as mãos, denominados *jovasa*, em que, neste caso,¹³ se captura e, posteriormente, se afasta a causa do mal. Para completar a prática, é entoado outro tipo de *ñembo'e*, chamado *tihã*, oração que objetiva defender o sujeito de eventuais outros ataques.¹⁴ Quando o diagnóstico realizado denota o afastamento e não simplesmente o transtorno da *ayvu*, o xamã lança mão de seus *ñengáry*, ou seja, *ñembo'e* que permite estabelecer uma comunicação entre o *ñanderu* e seres que se encontram em outra dimensão – neste caso específico, a alma que se afastou.

Há que se observar que nem sempre é necessária a presença do xamã. Em um primeiro momento, quando se manifestam os sintomas iniciais, os familiares da vítima podem recorrer a alguém do próprio grupo macrofamiliar ou algum parente do cônjuge do enfermo. Quando, por exemplo, a causa é considerada o susto cuja origem é um anguê, os próprios parentes da vítima, através de *ñembo'e*, tentarão convencer o espírito a deixar em paz os familiares vivos, em especial a vítima. Se a ação não for eficaz, é necessário se recorrer a outros especialistas, podendo ser contatados xamãs ou curandeiros para tal propósito.

(*yváy*) de origem, isto devido à necessidade de se liberar das impurezas adquiridas ao passar por este canal de saída. Durante essa fase de transição, é comum ela importunar os parentes vivos, levando, por sua vez, muitos deles a cometerem autoenforcamento ou envenenamento. Deste modo, os Kaiowa dão explicação aos frequentes suicídios em cadeia.

¹³ O *jovasa* é utilizado também para purificar o ambiente, liberando os lugares onde se desenvolvem as atividades sociais e/ou técnico-econômicas dos males que os deixam ou poderiam deixá-los “quentes”.

¹⁴ O uso de *tihã* é muito frequente quando as pessoas estão prestes a viajar ou a realizar atividades em lugares afastados das próprias residências, isto é, em localidades que são potencial ou reconhecidamente perigosas. A técnica é equiparada a uma técnica militar de defesa.

Outro tipo de operador médico é o dirigente indígena que ministra cultos nas igrejas pentecostais, que nestes últimos anos estão presentes em várias terras indígenas (especialmente nas reservas). A proliferação dessas igrejas é um fenômeno recente, cuja dinâmica deveria ser melhor estudada, vista a rápida penetração e acolhida por parte de muitas famílias indígenas. Contudo, com base em nossos dados, não cabe dúvida sobre o fato de que uma das razões de tanto sucesso deve-se à forte ênfase dada pelo pentecostalismo à prática da cura espiritual. Com efeito, boa parte dos cultos nas igrejas “indígenas” centra-se na tentativa de cura de doenças. Também neste caso, como nos anteriormente descritos, a causa das doenças da alma é interpretada como devida à incorporação de espíritos malignos (neste caso, demônios), identificados como *járy* (espíritos-donos), incorporação favorecida por condições ambientais e sociais negativas, que levam o indivíduo a manifestar maus comportamentos e atitudes.

A feitiçaria também é tida como causadora de enfermidades espirituais e físicas, que podem levar à morte da vítima. Também neste caso, as técnicas utilizadas pelos dirigentes baseiam-se na formulação de orações similares aos *ñengáry*, através das quais procuram comunicar-se com Jesus, num ritual mais performático do que comunicativo.¹⁵ Do ponto de

¹⁵ Como se pode constatar, a semelhança com o ponto de vista expresso pela tradição de conhecimento kaiowa é flagrante, embora existam claras diferenças na organização e transmissão dos saberes. Com relação às técnicas utilizadas, nota-se que as orações proferidas pelos dirigentes e seus auxiliares no altar da igreja são quase exclusivamente em língua portuguesa, o guarani sendo utilizado tão somente para uma comunicação horizontal entre oficiantes e “fiéis”. Nestes termos, a linguagem utilizada para estabelecer contato com Jesus, constituída de sentenças curtas e repetitivas, torna-se incompreensível em conteúdo para a plateia. O uso da Bíblia por parte do dirigente é puramente simbólico e performático, a consulta ao texto não prevendo leitura de versículos, mas simplesmente sua abertura em vários pontos durante o culto. Muitas vezes o próprio dirigente é analfabeto ou quase, sendo a escolha da igreja sobre a sua pessoa como representante feita principalmente por suas qualidades como orador e/ou pela sua posição sociopolítica nas terras indígenas e reservas. O papel do dirigente não é, portanto, o de ser intérprete das “sagradas escrituras” ou seu divulgador; tampouco é o de favorecer a salvação das almas dos indígenas – elementos de pouco interesse para os Kaiowa –, mas sim de curar os indivíduos e de promover novos equilíbrios emocionais/afetivos para a vida familiar. Suas orações e seus preceitos tornam-se, assim, muito similares aos dos xamãs, embora em um forte antagonismo com estes. O interesse de *te’yi* específicos em “abraçar” a proposta de determinadas igrejas deve ser também analisado a partir do jogo de oposições

vista gestual, é utilizada a imposição das mãos do dirigente na testa dos doentes, gesto que, com o auxílio da oração, permitiria o afugentamento do demônio e/ou da doença.

A evidente semelhança existente entre a prática de cura promovida pelos dirigentes pentecostais indígenas e aquelas até agora descritas permite a boa parte dos Kaiowa recorrer a estes operadores médicos, especialmente nos casos em que o paciente (ou seus parentes próximos) considere estar dependente das bebidas alcoólicas e/ou manifeste comportamentos agressivos para com seus familiares. O regimento imposto por essas igrejas, entendido pelos índios como extremamente rigoroso, seria, em um primeiro momento, um dos motivos que conferiria a essa prática de cura (que é acompanhada de uma regra comportamental específica, prescrita ao paciente e a sua família) um elevado índice de eficácia. Deve-se observar, porém, que, em um segundo momento, esse próprio rigor torna-se, na maioria dos casos, excessivo para o padrão de comportamento geralmente mantido pelos Kaiowa, ao ponto de muitos renunciarem ao estilo de vida imposto pela igreja, quando não chegam a contrapor-se-lhe. Um dos elementos que caracterizam o pentecostalismo é a tendência ao fechamento que o regimento imposto pelas igrejas provoca, durante o processo de socialização. Além da renúncia aos hábitos de beber e de fumar, também se exige dos “fiéis” que evitem a frequência a não “fiéis” e às suas práticas rituais e médicas. Tal imposição procede dos pastores não indígenas, aos quais os dirigentes (indígenas) estão formalmente subordina-

faccionais que os Kaiowa constroem. O modo de os índios organizarem e multiplicarem as sedes físicas das igrejas, cada congregação e, às vezes, cada igreja, representando os interesses de uma família extensa ou de uma comunidade política é bastante claro. Há que se chamar também a atenção para o fato de que a adesão dos índios a essas igrejas pode ser muito efêmera, seu regimento sendo sempre um elemento de extrema pressão, algo que em muitos casos leva integrantes a desistirem com facilidade. O conceito de conversão é desprovido de sentido para os Kaiowa – e provavelmente para a maioria dos indígenas sul-americanos. Como evidencia Viveiros de Castro (2002), para os antigos Tupinambá, a própria noção de alma dos índios lhes permitia se “converter” e se “des-converter” com extrema facilidade, suscitando nos missionários da época profunda indignação. Especificamente sobre os Guarani, os índios chegavam a realizar rituais de “des-batismo” (cf. Montoya, 1985, p. 237), sendo o cristianismo interpretado não como um credo mas um poder mágico.

dos. O controle das igrejas (que, como vimos, expressa-se nas atividades missionárias protestantes entre os Kaiowa desde 1928) é exercido com ameaças, afirmando-se que se os índios não seguirem o rígido regimento por elas proposto serão vítimas de demônios e/ou feiticeiros.

Embora permita experiências pontuais de acesso a suas práticas de cura a um grande número de indígenas, o fenômeno pentecostalismo circunscreve grupos limitados de “fiéis”, os quais, diversamente do que pretendiam os pastores não indígenas, acabam por ser grupos exclusivos de parentes, isto é, famílias extensas aliadas entre si. Nestes termos, os circuitos de socialização diferenciados que as igrejas determinam, acabam por (pelo menos no nível normativo) limitar os itinerários de cura à escolha exclusiva de dirigentes pentecostais indígenas, hostilizando até mesmo as atividades dos médicos da FUNASA.¹⁶

Conclusão

Concluindo este trabalho, podemos tecer algumas considerações sobre o papel desempenhado pelas práticas de cura entre os Kaiowa.

Em primeiro lugar, podemos argumentar que este tipo de atividade está intimamente relacionado a uma tradição de conhecimento específica, desenvolvida pelos indígenas e baseada no xamanismo. De modo semelhante ao afirmado por F. Barth sobre os iniciadores na Melanésia (Barth, 1987, 2000), os xamãs kaiowa transacionam conhecimentos “para cima”, isto é, com os deuses, recebendo deles os poderes e as rezas necessárias para intervir eficazmente no andamento do mundo. Obviamente, nem todos os conhecimentos são transacionados do mesmo modo, podendo muitos conceitos, ideias e técnicas circular de forma mais horizontal, com cada indivíduo tendo a possibilidade de acessá-los. Estamos nos referindo a certos tipos de saberes, que, para serem considerados legítimos, devem

¹⁶ Um médico que prestava serviço no Polo de Dourados observou justamente que as famílias da reserva de Dourados ligadas à igreja Deus é Amor oferecem muito mais resistência ao atendimento da FUNASA, em relação às outras, que geralmente procuram xamãs e/ou curandeiros.

estar relacionados a figuras específicas, dotadas de qualidades e competências também específicas.

A manifestação destas especificidades é relegada à ação ritual, momento em que os xamãs, com suas performances, demonstram justamente suas habilidades e organizam e atribuem valores aos conhecimentos e técnicas. Neste fazer, as práticas de cura representam um momento importante porque é principalmente através delas que xamãs e curandeiros podem construir suas reputações frente a seus clientes. Há que se considerar que, nestes casos, a reputação não é construída a partir de critérios de verdade. Para os índios não está em jogo se um determinado xamã possui ou não os conhecimentos “verdadeiros” para agir sobre o real; a avaliação é feita em termos de níveis de eficácia da ação terapêutica e da qualidade da mesma. Assim, um determinado xamã poderá ser muito eficaz em determinadas circunstâncias e menos em outras, podendo inclusive ser extremamente perigoso, se utilizar seus saberes para dar vida a atos de feitiçaria.

Outro fator importante relacionado com as práticas de cura é que os itinerários terapêuticos são desencadeados e norteados pelos usuários (vítimas e/ou seus parentes) e não propriamente pelos xamãs, curandeiros, dirigentes pentecostais ou médicos. É justamente a lógica da busca por ações cada vez mais eficazes e específicas que leva os sujeitos a realizar escolhas, com base na experiência e na experimentação. Um indivíduo que apresenta um determinado distúrbio considerado de certa gravidade leva geralmente à mobilização de famílias extensas inteiras e, em algumas circunstâncias, comunidades inteiras. Assim, são provocados momentos de crise, que exigem, da parte de todos, uma profunda reflexão sobre fatos ocorridos e comportamentos mantidos, que podem ser considerados como fatores causais desse estado de desordem individual, social e cósmica. A experiência e a experimentação são portanto elementos centrais nestes itinerários terapêuticos, do mesmo modo que a reflexão.

Como sugeria Turner (2008), os rituais são momentos em que a coletividade reflete sobre si mesma, buscando mecanismos de reparação de rupturas ocorridas ao longo do processo da vida social (e cósmica). As práticas de cura podem justamente desempenhar este papel reparador,

mas para que isso ocorra, é necessário que exista a atribuição de legitimidade àqueles sujeitos que podem ser capazes de fazer interpretações e sínteses desses estados de crise. Devemos observar que no caso dos Kaiowa, que tendem a se dividir em coletividades autônomas e antagônicas uma em relação às outras, a legitimidade é construída produzindo-se circuitos e relações também diferenciados e opostos – construção que é feita, mantida e reforçada fundamentalmente através de mútuas acusações de feitiçaria. Como vimos, as condições em que vivem hoje estes indígenas (com exíguos espaços territoriais à disposição) levaram à exacerbação do antagonismo entre famílias rivais, reforçando (ou contribuindo para) a reprodução de moralidades diferenciadas. Estas moralidades, por sua vez, são sintetizadas no *teko reta* (as múltiplas formas de ser e de viver).

Finalizando, parece-nos importante constatar que, embora hoje as práticas de medicina ocidental estejam muito presentes entre estes indígenas, alcançando uma grande capilaridade, elas, numa escala de valores construída pelos Kaiowa, ocupam um nível bastante baixo. Determinadas características (como a de ser asséptica, impessoal e destinada a cuidar do indivíduo de forma isolada, além de ser resultante de uma política de saúde pública destinada a uma comunidade que é abstrata e genérica) fazem com que estas práticas sejam, efetivamente, o oposto daquelas que são promovidas pelo xamanismo (com as concepções de pessoa e de doença que este apresenta). Contudo, há que se observar que os índios nunca renunciariam a este serviço, cuja eficácia não está em discussão para eles. O que está em discussão é, sim, como estas práticas devem ser inscritas nos itinerários de cura, e quem deve ter o poder de nortear estes últimos. Como esperamos ter ficado claro, para os Kaiowa estes devem ser dirigidos pelos próprios clientes e seus familiares, a partir de seus pontos de vista, o que em poucas palavras quer dizer que devem ser inscritas numa tradição de conhecimento à qual os índios aferem e constroem diariamente, através de suas experiências, buscando, assim, sempre os caminhos que consideram mais adequados para alcançar formas consideradas satisfatórias de um “bom viver”.

Referências bibliográficas

- BARBOSA DA SILVA, Alexandra. *Mais além da “aldeia”: território e redes sociais entre os guarani de Mato Grosso do Sul*. Tese de doutoramento apresentada ao PPGAS/MN/UFRJ, 2007.
- BARTH, Fredrik. *Cosmologies in the Making. A Generative Approach to Cultural Variation in Inner New Guinea*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
- _____. “O guru e o iniciador: transações de conhecimento e moldagem da cultura no sudeste da Ásia e na Melanésia”. In: Lask, Tomke (org.) *O guru, o iniciador e outras variações antropológicas*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2000.
- BENITES, Tônico. *A escola na ótica dos Avá Kaiowá: impactos e interpretações indígenas*. Dissertação de mestrado apresentada ao PPGAS/MN/UFRJ, 2009.
- BRAND, Antônio Jacó. *O impacto da perda da terra obre a tradição Kaiowá/ Guarani: os difíceis caminhos da palavra*. Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História da PUC/RS, 1997.
- CADOGAN, Leon. “Aporte a la etnografía de los guaraní del Amambaí, Alto ypané”. *Revista de Antropología*, vol. 10, 1-2, jun/dez, 1962.
- COMAR, Vito. *Relatório ambiental da T.I. Kokue’i*. MPF-Dourados, 2006.
- FOWERAKER, Joe. *A luta pela terra: a economia política da fronteira pioneira no Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- GADELHA, Regina M.A.F. *As missões jesuíticas do Itatim: um estudo das estruturas sócio-econômicas coloniais do Paraguai (séc. XVI e XVII)*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.
- GALVÃO, Eduardo. “Diários Kaioá”. In: Gonçalves, Marco Antônio (org.) *Diários de Campo entre os Tenetehara, Kaioá e índios do Xingu*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Museu do Índio – Funai, 1996 [1943].
- LIMA, Antônio Carlos de S. *Um grande cerco de paz: poder tutelar, indianidade e formação de Estado no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- MANUSCRITO DA COLEÇÃO DE ANGELIS (MCA). *Jesuítas e Bandeirantes no Guairá*. Vol. I, Rio de Janeiro: Biblioteca Nacional, Divisão de Obras Raras e Publicações, 1951.

MELIÀ, Bartomeu, GRÜNBERG, Friedl, GRÜNBERG, Georg. “Los Paî-Tavyterã: Etnografía guarani del Paraguai contemporaneo”, *Suplemento Antropológico de la Revista del Ateneo Paraguayo*, vol XI, nº 1-2, 1976.

MELIÀ, Bartomeu. *El Guaraní conquistado y reducido: Ensayos de etnohistoria*. Asunción: Biblioteca Paraguaya de Antropología, 1986.

MELLO, Murilo. *Relatório de caracterização ambiental da Terra Indígena Yvu Katu*. FUNAI, Brasília, 2002.

MONTEIRO, Maria Elizabeth B. *Levantamento histórico sobre os índios Guaraní Kaiwá*. Museu do Índio/Funai. Coleção Fragmentos da História do Indigenismo, 2, 2003.

MONTOYA, Antonio Ruiz de. *Conquista espiritual feita pelos religiosos da Companhia de Jesus nas províncias do Paraguai, Paraná, Uruguai e Tape*. Porto Alegre: Martins Livreiro Editor, 1985 [1639].

MÜLLER, Franz. *Etnografía de los Guaraní del Alto Parana*. Rosario. Societatis Verbi Divini, 1989 [1934].

MURA, Fabio. *Habitaciones Kaiowa: forma, propriedades técnicas e organização social*. Dissertação de mestrado apresentada ao PPGAS/MUSEU NACIONAL / UFRJ, 2000.

_____. *À procura do “bom viver”: território, tradição de conhecimento e ecologia doméstica entre os Kaiowa*. Tese de doutoramento apresentada ao PPGAS/MUSEU NACIONAL/UFRJ, 2006.

OLIVEIRA, João Pacheco de. “Uma etnologia dos ‘índios misturados’? Situação colonial, territorialização e fluxos culturais”. In: OLIVEIRA, João P. de (Org.) *A viagem da volta: etnicidade, política e reelaboração cultural no Nordeste indígena*. Rio de Janeiro, Contra Capa Livraria/LACED, 1999.

SCHADEN, Egon. *Aspectos fundamentais da cultura guarani*. São Paulo: E.P.U. / EDUSP, 1974 [1954].

SUSNIK, Branislava. “Etnohistoria de los Guaraníes: época colonial”. *Los Aborígenes del Paraguay*, vol. II, Asunción: Museo Etnográfico Andrés Barbero, 1979-80.

THOMAZ DE ALMEIDA, Rubem F.T. de. *O projeto Kaiowa-Ñandeva: uma experiência de etnodesenvolvimento junto aos Guaraní-Kaiowa e Guaraní-Ñandeva contemporâneos do Mato Grosso do Sul*. Dissertação de mestrado apresentada ao PPGAS/Museu Nacional/ UFRJ, 1991.

_____. *Do desenvolvimento comunitário à ação política: o projeto Kaiowa-Ñandeva como experiência antropológica*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2001.

TURNER, Victor W. *Dramas, campos e metáforas. Ação simbólica na sociedade humana*. Niterói: Editora da UFF, 2008.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo B. “O mármore e a murta: sobre a inconstância da alma selvagem”. In: *A inconstância da alma selvagem e outros ensaios de antropologia*. São Paulo: Cosac & Naif, 2002.

WILK, R.R. “Households in Process: agricultural change and domestic transformation among the Kekchi Maya of Belize”. In: NETTING, R. McC.; WILK, R. R.; ARNOLD, E.J. (ed.) *Households. Comparative and historical studies of the domestic group*. Berkeley: University of California Press, 1984.

Capítulo 5

Nutrição e alimentação
em saúde indígena: notas
sobre a importância e a
situação atual

Maurício Soares Leite

Introdução

Um tema que vem ganhando espaço nas discussões sobre a situação dos povos indígenas de nosso país, e mais especificamente sobre suas condições de saúde, diz respeito à alimentação e nutrição deste segmento da população brasileira. Os debates não se restringem mais aos ambientes acadêmicos ou aos fóruns políticos, mas chegam, ainda que esporadicamente, aos meios de comunicação de massa. Infelizmente, isto acontece geralmente em situações dramáticas, como no caso das mortes, por desnutrição, de crianças Guarani em Mato Grosso do Sul, há poucos anos atrás (Leite e Santos, 2005). Aí, a mobilização é imediata. Responsabilidades individuais, institucionais ou partidárias são apuradas, e soluções – adequadas ou não – são rapidamente apresentadas e colocadas em prática. Contudo, tão rapidamente quanto surgiram, estes debates na grande mídia desaparecem, e dão lugar a outros temas.

Este quadro, em linhas gerais, é bastante distinto do panorama que prevalecia há apenas alguns anos atrás, e nos coloca algumas questões: Por que a alimentação e, mais especificamente, a nutrição dos povos indígenas do país, é hoje um tema tão relevante? Ou melhor, se a grande mídia só o debate em raras ocasiões, em que momento, em que sentido e para quem ele é de fato relevante? Tratam-se de casos isolados e pontuais ou são ocorrências frequentes no conjunto da população indígena brasileira? Afinal, o que se conhece e se pode dizer sobre o tema, nos dias atuais?

De “Saúdes” e “Alimentações”: pela legitimidade de discursos distintos

Quando se fala em nutrição, via de regra isso deve ser entendido como uma dentre muitas possíveis perspectivas sobre a alimentação indígena e suas relações com as condições de saúde destes povos. Em geral isso é feito a partir de uma perspectiva muito particular, ocidental, que chamaremos aqui de “biomédica”. Isto é, quando falamos de nutrição, estamos falando de um ponto de vista determinado e muito específico; de um con-

junto de ideias partilhado, pelo menos teoricamente, pelos profissionais de saúde que, em nosso país, prestam atenção à saúde indígena. E como as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena incluem os Agentes Indígenas de Saúde, não podemos nos esquecer de que estes são treinados nas estratégias de formação e capacitação profissionais, dentro do que chamamos de biomedicina,¹ mesmo que, como nativos, partilhem com seus povos outros conceitos sobre o mundo e, mais especificamente sobre saúde e alimentação. Assim, devemos lembrar que o modo como os profissionais de saúde entendem as relações entre a alimentação e a saúde, e mesmo o que eles entendem por alimentação e saúde, é, geralmente, muito diferente das diversas formas pelas quais os muitos povos indígenas do país podem compreendê-las.

Quando nos referimos aos povos indígenas no Brasil estamos falando, fique claro, de mais de 200 etnias distintas, e que falam pelo menos 180 línguas também diferentes (Ricardo e Ricardo, 2006). Referimo-nos, desta forma, a muitos povos, cada um com um conjunto de ideias igualmente diverso sobre sua alimentação e saúde. Nesse contexto, não há razão para considerar os conceitos dos profissionais de saúde nem como os únicos conhecimentos sobre estes assuntos e, muito menos, como os únicos conhecimentos legítimos sobre o tema da saúde e da alimentação. Um desafio que se apresenta para os próprios profissionais da saúde e, mais especificamente, da área de nutrição, consiste em lidar com a imensa diversidade sociocultural do segmento indígena da população brasileira. As universidades não formam os estudantes para uma realidade plural nem os prepara para o contato com outros *corpus* de conhecimento distintos do saber biomédico. Na verdade, esta dificuldade não se limita aos profissionais que se dedicam a trabalhar junto a povos indígenas. Ela está presente no trabalho diário junto a quaisquer outros segmentos da população brasileira, que possuem, por certo, ideias próprias sobre alimentação e saúde.

Enquanto uma devida e – espera-se – vindoura reformulação dos currículos técnicos e universitários não se instaura, devemos considerar que

¹ Biomedicina é o campo de estudo das lesões e doenças a partir de um enfoque biológico.

é o conjunto atual de saberes biomédicos sobre alimentação e saúde que orienta os serviços oficiais que hoje atendem aos povos indígenas, seja através da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e de suas conveniadas, seja por meio das redes municipal, estadual ou federal de atenção à saúde. Por tal razão esta perspectiva será substancialmente explorada aqui. Assinalamos, contudo, que não poderíamos fazê-lo sem mencionar tanto sua particularidade dentro de um conjunto maior de diferentes conhecimentos relacionados aos cuidados corporais (cada qual com noções próprias sobre saúde e doença e suas respectivas práticas de autoatenção), quanto a indiscutível legitimidade de cada um destes que caracterizamos, de agora em diante, como sistemas de conhecimento relacionados à saúde e à alimentação (Leite, 2007a).

Mas por que pensar no perfil nutricional da população indígena brasileira?

Inicialmente, cabe definir o que chamamos de “estado nutricional”, assim como de “perfil nutricional”. Uma definição bastante simples descreve estado nutricional como o resultado das relações entre o consumo, pelo indivíduo, de alimentos e nutrientes, seu estado de saúde e as condições ambientais em que vive. Por sua vez, por “perfil nutricional” entendemos a descrição do estado de nutrição de uma população. Isto é, trata-se de descrever em detalhe o estado nutricional dos diferentes segmentos de uma população (mulheres, crianças, idosos, por exemplo), identificando que tipo de problema ligado à nutrição ocorre, quais são os grupos atingidos, e em que proporção da população isto acontece.

Feitas estas definições, um primeiro dado a ser considerado em nossa argumentação diz respeito a um conjunto bastante consolidado de evidências de que os povos indígenas de nosso país são hoje, particularmente, vulneráveis à ocorrência de problemas nutricionais, como a desnutrição e a obesidade. Em grande medida, isso acontece em decorrência de uma série de transformações que vêm em seus modos de

vida, desde os primeiros contatos com não índios. O tempo de contato pode variar enormemente, havendo tanto povos que interagem com não índios desde o século XVI, até aqueles que estabeleceram contato nas últimas décadas do século XX – e sem que nos esqueçamos de todos os povos que desapareceram ao longo deste intervalo, devido às epidemias de doenças infecciosas, aos massacres e a outros efeitos disruptivos do contato.

E a que tipo de mudanças nos referimos aqui? Que tipo de influência elas podem ter na vida e na nutrição destes povos?

Transformações, alimentação e nutrição

Embora estejamos falando aqui de um conjunto muito grande de povos, que tiveram trajetórias históricas muito distintas de interação com não índios, podemos dizer que, de modo geral, estas populações passam, a partir de seu contato com não índios, por importantes transformações em seus modos de vida, as quais podem afetar suas práticas alimentares, condições de vida e de saúde.

Tais mudanças afetam diversas dimensões da vida dos povos indígenas e os expõem a maiores riscos de desenvolvimento de problemas nutricionais, com todas as implicações que estes processos podem trazer à saúde. A estas transformações, e em grande parte como resultado delas, somam-se evidências que apontam (como apresentaremos e discutiremos mais adiante) para o predomínio de condições sanitárias inadequadas e para um perfil de morbimortalidade ainda caracterizado pelas doenças infecciosas e parasitárias, em níveis frequentemente mais elevados que aqueles registrados entre não índios. Disso resulta que estas populações ficam especialmente sujeitas à ocorrência de problemas de ordem nutricional, situando-se, nesta perspectiva, entre os setores mais desfavorecidos da população de nosso país.

Nos últimos anos, o que se tem observado é uma grande mudança no tipo de alimentação dos povos indígenas, de modo que ela fica cada vez mais semelhante à alimentação dos não índios. Para simplificar, pode-

mos afirmar, inicialmente, que a alimentação indígena antes do contato com não índios é composta por diferentes combinações (já que estamos falando, lembramos, de mais de duas centenas de povos diferentes, cada um com sua língua e cultura) de produtos da caça, pesca, agricultura (ressalvando-se que alguns grupos indígenas não praticavam a agricultura) e coleta (produtos silvestres, como frutos, mel, raízes etc.). A partir do contato, passam a consumir alimentos até então desconhecidos ou não utilizados na alimentação, o que inclui tanto espécies vegetais (novos cultivos, por exemplo) quanto animais. São igualmente inseridos alimentos processados, como açúcar, óleo, pão, bolachas e enlatados, entre muitos outros (Leite, 2007b).

Mas as mudanças não se limitam aos tipos de alimentos utilizados. Elas se estendem aos modos de obtê-los, o que pode incluir novas formas e técnicas de produção – a piscicultura e a pecuária, por exemplo – e se estender à produção e eventual circulação para além das comunidades, ou mesmo etnias indígenas distintas. Hoje, o acesso a alimentos costuma se dar mediante aquisição comercial, doações de caráter emergencial, alimentação escolar e outros. E, numa teia de interrelações, o acesso aos recursos monetários eventualmente necessários à compra de alimentos ou de insumos para sua produção pode ocorrer, para algumas etnias, através do trabalho remunerado, do recebimento de benefícios sociais (aposentadorias, auxílio-maternidade, programa Bolsa-Família etc.), venda de artesanato, de produtos da agricultura, extrativismo, pesca, entre outras atividades (Leite, 2007b).

Resumindo, é comum que muitas transformações aconteçam na alimentação, bem como em muitos outros aspectos da vida indígena, retroalimentando-se mutuamente. Em termos da composição da dieta, estas mudanças costumam se traduzir em um aumento do consumo de carboidratos (açúcares), gorduras e sódio (sal). Ao mesmo tempo, diminuem as quantidades de vitaminas, minerais e fibras da dieta, como resultado do processamento industrial de grande parte dos alimentos disponíveis para aquisição comercial. Em outras palavras, podemos dizer que acontece um empobrecimento da dieta (Wirsing, 1985).

Este é, na verdade, um motivo de grande preocupação quando se pensa na alimentação e nutrição dos próprios não índios. É um tipo de fenômeno descrito na literatura como ocidentalização ou modernização da dieta (Wirsing, 1985) e que, entre não índios, caracteriza particularmente a alimentação adotada nos centros urbanos. A preocupação se justifica na medida em que tal mudança na alimentação favorece o ganho de peso e o surgimento de doenças a ele associadas, como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus.

Isso é ainda agravado porque tais mudanças na alimentação costumam ser, no caso dos povos indígenas, acompanhadas por alterações nas estratégias de subsistência e por aquilo que chamamos de padrões de assentamento, ou seja, o modo como estes povos constituem geograficamente suas comunidades – se em casas esparsas ou concentradas; se fixas num mesmo local por apenas dois ou três anos ou por períodos maiores; se localizadas às margens de rios ou em áreas de terra firme etc. Tais características de assentamento têm importantes implicações no acesso às fontes alimentares. O que se observa com frequência é a tendência de fixar residência em caráter permanente – abandonando a movimentação periódica anterior – junto aos postos indígenas e a outras instituições da sociedade brasileira, o que implica, a longo prazo, em redução gradativa dos recursos alimentares disponíveis no ambiente.

Com o passar do tempo, as atividades de busca e produção de alimentos ficam cada vez menos produtivas, sendo progressivamente mais difícil encontrar ou produzir alimentos nas proximidades das aldeias. Mesmo os solos férteis tendem a se esgotar, sem tempo adequado para se recuperarem, o que exige que as famílias indígenas percorram maiores distâncias para encontrar novos sítios adequados para a atividade. Quando as terras indígenas possuem dimensões reduzidas, esta possibilidade sequer existe, ficando seriamente comprometidas as possibilidades de produção autônoma de alimentos.

Ao mesmo tempo, sem condições de saneamento adequadas, tende a ocorrer uma contaminação crescente do solo e das fontes d'água por micro-organismos de origem fecal e por parasitos intestinais, o que favorece a ocorrência de diarreias e de verminose. Muitas das transformações nos

modos de vida destas populações trazem consigo diversos desdobramentos, com consequências muitas vezes desfavoráveis à manutenção de boas condições de vida e de saúde.

No que se refere a atividade física, também são comuns os registros de redução de sua frequência e intensidade, em grande parte decorrente de alterações nas atividades produtivas. Embora ainda haja contextos onde a agricultura, a caça e a pesca, atividades fisicamente exigentes, sejam fundamentais para a economia nativa, são crescentes as situações caracterizadas pelo trabalho remunerado. E, se há casos em que as funções remuneradas estão ligadas ao trabalho como mão de obra agrícola, muitas vezes as ocupações correspondem a funções como as de Agentes Indígenas de Saúde, professores e tratoristas, que são fisicamente muito menos ativas.

Estamos falando, portanto, de mudanças que favorecem tanto a ocorrência de problemas carenciais – como a desnutrição, a anemia e outras carências, como a hipovitaminose A – quanto a obesidade e doenças a ela associadas. Poderíamos estranhar a coexistência de desnutrição entre crianças e obesidade entre adultos, mas acumulam-se as evidências de que crianças desnutridas desenvolvem mecanismos fisiológicos que aumentam as chances de desenvolverem obesidade quando forem adultas (Horta, 2007; Moura, 2007).

Frequentemente observa-se a associação entre o comprometimento da disponibilidade de alimentos entre povos indígenas, especialmente pela redução drástica dos territórios anteriormente ocupados por estas populações, e ainda pela maior exposição a patógenos, com um aumento do risco de diarreias e parasitismo intestinal. Além disso, registram-se também mudanças significativas nos estilos de vida, representadas pela redução dos níveis de atividade física e por alterações significativas nas práticas alimentares. Trata-se de uma realidade que favorece, de modo preocupante, o comprometimento das condições de saúde e nutrição dos povos indígenas do país.

Nutrição, políticas públicas e serviços de saúde

De modo geral as justificativas para a relevância do conhecimento das condições de alimentação e nutrição dos povos indígenas se baseiam na ideia de que, se conhecermos os problemas de saúde e de nutrição que acontecem numa determinada comunidade poderemos tomar as providências adequadas para tratar os casos existentes e evitar que continuem acontecendo. Dessa forma, conhecer os problemas de nutrição de uma população e suas causas, torna possível direcionar políticas públicas e ações com o objetivo de prevenir, diagnosticar e tratar problemas de saúde, assim considerados pela medicina ocidental, tais como a desnutrição e a obesidade, bem como a ocorrência de doenças associadas a eles. Trata-se de racionalizar os gastos do sistema de saúde, de possibilitar sua reorganização de acordo com as necessidades da população atendida e de prevenir adoecimentos e mortes evitáveis. Em termos mais amplos, o conhecimento em profundidade destes “problemas” e de suas causas tem o potencial de revelar iniquidades e de apontar caminhos para a sua reversão.

Não devemos esquecer, no entanto, que referimo-nos aqui a um ponto de vista específico, o da medicina ocidental, que irá avaliar e dizer o que considera problemas de saúde e nutrição. A população não terá necessariamente o mesmo entendimento, ou seja, poderá não considerar preocupante o caso de um indivíduo diagnosticado por um profissional de saúde não índio como obeso, ou como desnutrido. Este é um dado fundamental a ser considerado pelos serviços de saúde, e reflete tão somente a existência de pontos de vista distintos sobre uma situação, assim como as visões de mundo e sistemas médicos daqueles que os pronunciam. São ambos, logicamente, corretos e legítimos. Como discutiremos mais adiante, é fundamental que se reconheça esta legitimidade no cotidiano dos serviços de saúde que atendem aos povos indígenas.

Voltando aos aspectos mais específicos que justificam a importância do tema, segundo o ponto de vista biomédico, um motivo fundamental para conhecermos as condições de nutrição de uma população diz respeito às relações entre estas condições e a ocorrência de uma série de

problemas de saúde. Isto significa dizer que são maiores as probabilidades de uma criança considerada desnutrida² adoecer, especialmente em decorrência de infecções. Além disso, a desnutrição favorece a ocorrência de quadros mais graves de doença, com maior chance de evolução para a morte. Indivíduos considerados obesos³, por outro lado, estão mais sujeitos a desenvolver, com o passar do tempo, problemas cardíacos e doenças como o diabetes.

Se pensarmos em medidas para a melhora das condições de nutrição de uma comunidade, então é imprescindível que conheçamos o perfil nutricional antes, durante e após a implementação das intervenções. Estes dados irão permitir o monitoramento das atividades, a avaliação dos resultados obtidos e o aprimoramento e redirecionamento dos programas e ações de saúde, quando necessário.

Além disso, se tivermos um acompanhamento da população ao longo do tempo – seja através da realização de levantamentos ou inquéritos periódicos, seja através da coleta sistemática de dados de alimentação e nutrição (num exemplo simples, algo como o registro de dados de peso e estatura ou comprimento no atendimento em postos de saúde e em visitas domiciliares por Agentes Indígenas de Saúde ou outros profissionais de saúde) – conseguiremos identificar a ocorrência de mudanças nas condições nutricionais da população, bem como o caráter das mesmas. Em outras palavras, conseguimos perceber tendências, o que possibilita a adequação das políticas públicas à realidade da população.

Ao longo das últimas décadas, por exemplo, vem-se observando uma queda marcante nas prevalências de desnutrição infantil no país, ao passo que vem aumentando a proporção de adultos com sobrepeso e obesidade (Kac, Sichieri, Gigante, 2007). Entre povos indígenas, como discutiremos, ainda é muito difícil perceber se há tendências e em que direção elas apontam, pelo simples fato de não dispormos de dados consistentes sobre a saúde e, mais especificamente, sobre a nutrição indígena. O que aconte-

² Na maior parte das vezes, especialistas definem isto a partir de medições de peso e estatura, mas há outras formas de diagnóstico como, por exemplo, exames de sangue.

³ São consideradas obesas as pessoas que possuem gordura corporal acima do esperado. O índice considerado normal é definido pelos especialistas pela relação entre peso e estatura.

tece é que os serviços de saúde trabalham com muito menos informações do que necessitam, o que limita os resultados de suas ações. É fundamental, então, que esta realidade seja modificada a curtíssimo prazo.

Outra relação a ser observada diz respeito ao perfil nutricional de uma população e suas condições de vida. A título de exemplo, pode-se afirmar que, de modo geral, problemas nutricionais carenciais (desnutrição, hipovitaminoses, anemia ferropriva...) acontecem mais facilmente onde não há saneamento básico, onde há dificuldade para conseguir uma alimentação adequada e quando as doenças infecciosas atingem as pessoas com maior frequência. Se observarmos cuidadosamente o estado nutricional de uma população, conseguiremos saber se aquele grupo enfrenta dificuldades para manter, no seu dia a dia, boas condições de saúde, alimentação e nutrição. Isto significa, portanto, que o perfil nutricional pode ser visto como um indicador das condições de vida da população, e por isso deve ser conhecido e acompanhado. O que se apresenta aqui é um instrumento fundamental para os profissionais de saúde e responsáveis pelas políticas públicas orientarem suas ações. Além disso, estes conhecimentos podem representar ferramentas para o controle social das populações envolvidas em suas demandas por melhores condições de vida. Isto se aplica também às discussões que se seguem.

Práticas alimentares nativas e intervenções

O conhecimento das condições de alimentação dos povos indígenas assume, quando entendido em suas possibilidades mais amplas, importância fundamental para a atenção à saúde dispensada a eles. Trata-se aqui de subsidiar concretamente a proposta de uma atenção diferenciada, que considere “as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais destes povos” (Brasil, 2002, p. 6). Este vem a ser o princípio que em última instância orienta a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Brasil, 2002), e que obrigatoriamente aplica-se à dimensão alimentar.

A ideia, aqui, é a de que a alimentação indígena (como a de qualquer povo) não é aleatória, nem é o resultado de “crenças” ou formas menos

sofisticadas de pensamento que a ocidental. Ela é permeada por critérios lógicos e coerentes com as visões de mundo nativas. O reconhecimento deste tipo de especificidade e, mais que isso, da legitimidade deste conjunto de ideias, é essencial para o entendimento das formas nativas de produção, distribuição e consumo de alimentos, e ainda das nuances que elas assumem na interação com novas práticas alimentares, introduzidas a partir do contato com não índios. Por sua vez, este entendimento constitui um pré-requisito para uma atuação dialógica por parte de profissionais de saúde entre estas populações. Em outras palavras, o componente alimentar e nutricional é peça fundamental para que a atuação de profissionais de saúde se traduza em uma atenção diferenciada à saúde indígena.

Alimentação e nutrição de povos indígenas: dados disponíveis

No que diz respeito ao que conhecemos hoje sobre a situação alimentar e nutricional dos povos indígenas do país, é importante contrastarmos, já de início, as possíveis fontes de dados e o que de fato está disponível para o nosso conhecimento sobre o tema, tanto para índios quanto para não índios. Quando nos referimos a não índios, temos diversas fontes de dados disponíveis. Pode-se mesmo dizer que o Brasil tem uma trajetória bastante consolidada de realização de grandes inquéritos de âmbito nacional, que incluem principalmente dados de medições corporais (“antropometria”, que compreende, na maior parte das vezes, medidas de peso e estatura), desde a década de 1970. Mais recentemente, vêm sendo realizadas “Chamadas Nutricionais”, ou seja, levantamentos realizados em dias de vacinação, aproveitando assim a presença maciça da população infantil. Há também os resultados de pesquisas realizadas por grupos de pesquisa, que geralmente têm um alcance mais regional ou local.

Tal conjunto de dados possui um caráter transversal, isto é, representa algo como um “retrato instantâneo” da realidade alimentar e nutricional da população brasileira. Por fim, podemos contar também com a coleta contínua de dados na atenção básica, quando a população é atendida nos

postos de saúde ou em suas próprias comunidades, por agentes de saúde ou outros profissionais de saúde. Tais informações são sistematizadas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

Conclui-se, assim, que, no conjunto, a população brasileira não indígena dispõe de um volume bastante significativo de dados que permitem orientar as políticas e ações em alimentação e nutrição. Mas podemos dizer o mesmo do segmento indígena da população do país? Infelizmente, não. A disponibilidade de dados para os povos indígenas do país pode ser caracterizada como bastante limitada, o que é também válido para as informações sobre a demografia e, em termos mais amplos, sobre os perfis de saúde indígena. Trata-se aqui do que já foi caracterizado como uma “danosa invisibilidade, demográfica e epidemiológica” dos povos indígenas no Brasil (Coimbra Jr. e Santos, 2000, p. 131). Parece, contudo, que estamos dando os primeiros passos em direção à reversão desta situação. Mas vejamos este quadro em maior detalhe.

Em primeiro lugar, os grandes inquéritos nutricionais de abrangência nacional, tampouco as Chamadas Nutricionais, não incluíram os povos indígenas em suas investigações, gerando uma grande lacuna de informação. As exceções correspondem ao primeiro e ao segundo “Mapas da Fome em Terras Indígenas” (Verdun, 1994; INESC/PETI-MN/ANAÍ-BA, 1995), levantamentos de abrangência nacional que buscaram identificar a ocorrência de fome e escassez de alimentos em terras indígenas. No entanto, estas iniciativas não envolveram pesagens ou medições, baseando-se em questionários respondidos por representantes das comunidades. Embora não tenham diagnosticado precisamente desordens nutricionais como a desnutrição ou a obesidade, eles evidenciaram, em termos mais amplos, a gravidade da escassez de alimentos em terras indígenas.

Além dessas fontes, contamos com estudos de caso, realizados por pesquisadores em comunidades ou terras indígenas específicas. Embora o número de pesquisas seja ainda hoje limitado, a literatura revela um aumento bastante significativo das publicações a partir da década de 1990 (Leite et al., 2007). Mais adiante apresentaremos os principais resultados destes trabalhos.

Estão atualmente em curso duas iniciativas que têm como objetivo reverter a escassez de dados e mesmo o caráter local de grande parte dos estudos sobre alimentação e nutrição indígena. Ambas possuem estratégias absolutamente distintas de coleta de dados: enquanto a primeira baseia-se na coleta regular de dados pelos serviços de saúde que prestam atenção à saúde indígena – o SISVAN Indígena –, a outra se caracteriza como um inquérito de abrangência nacional, possuindo, portanto, um caráter transversal.

O SISVAN Indígena teve sua implantação iniciada recentemente (FUNASA, 2007) e hoje funciona na maior parte dos DSEIs, embora o grau efetivo de implantação do sistema varie significativamente de um DSEI para outro. O SIASI, Sistema de Informações sobre Saúde Indígena, estruturado pela FUNASA a partir de 2000 com o objetivo de sistematizar, em caráter regular, informações sobre a saúde indígena, ainda apresenta uma série de problemas de ordem técnica, e não disponibiliza informações atualizadas sobre os perfis de nutrição dos povos indígenas. Ainda não há uma avaliação crítica do funcionamento do SISVAN, mas apenas descrições das coberturas atingidas e das prevalências encontradas para diversos indicadores, sem o aprofundamento necessário às análises (Leite et al., 2007). No entanto, há que se assinalar que o caráter geográfico relativamente circunscrito das comunidades acompanhadas e a ampla cobertura dos povos indígenas pelo Subsistema de Saúde Indígena, características bastante distintas das observadas entre não índios, conferem ao SISVAN Indígena um imenso potencial de sucesso.

O Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas foi uma pesquisa realizada por um consórcio de instituições de pesquisa e ensino superior de todo o país, coordenadas pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e pelo Institute of Ibero-American Studies, da Göteborg University, na Suécia, que responderam a uma demanda da FUNASA. A fase de campo desse inquérito foi concluída e os dados estão em fase de análise. O estudo coletou um conjunto bastante extenso de informações sobre saúde materno-infantil indígena em todo o país, e incluiu, entre outras variáveis, dados demográficos, socioeconômicos, ambientais, antropométricos e níveis de hemoglobi-

na e glicose sanguínea. Trata-se do primeiro estudo sobre o tema com representatividade nacional e, segundo as macrorregiões do país, o que representa uma mudança radical (para melhor) no atual panorama dos estudos epidemiológicos já realizados entre povos indígenas no Brasil.

E o que as fontes disponíveis hoje nos dizem?

O quadro conhecido a partir destas fontes pode ser caracterizado, de modo geral, como precário, apesar da grande diversidade de situações observáveis no panorama dos povos indígenas no Brasil. Embora o tipo de problema e sua magnitude variem de acordo com a faixa etária, de modo geral encontramos uma situação mais desfavorável que aquela observada no conjunto da população não indígena brasileira. De modo simplificado, pode-se falar numa espécie de “polarização” do perfil de nutrição (Gugelmin, 2001), em que a desnutrição assume proporções moderadas ou elevadas entre as crianças e, de outro lado, o sobrepeso e a obesidade são registrados em prevalência, por vezes impressionante, no segmento adulto de algumas etnias. Esta, no entanto, é uma simplificação extrema da diversidade encontrada nas pesquisas já realizadas, o que não chega a surpreender diante do grande número de comunidades indígenas localizadas em todo o território nacional.

Entre as crianças são frequentes os relatos de baixo peso e baixa estatura para a idade, na maior parte das vezes em proporções mais elevadas que as observadas entre não índios (para alguns exemplos ver Leite, Santos e Coimbra Jr., 2007; Pacheco, 2007; Orellana et al., 2009; Köhl et al., 2009; para uma revisão recente, ver Leite et al., 2007). No que se refere à baixa estatura, vale mencionar as evidências que indicam que durante a infância as diferenças no crescimento físico devidas a déficits nutricionais são muito mais significativas que aquelas decorrentes da herança genética (WHO, 1995). Isto significa dizer que quando submetidas a condições adequadas de vida, crianças de quaisquer origens crescem de maneira tão semelhante que podem ser avaliadas a partir dos mesmos parâmetros. É com base nesta afirmação que hoje se recomenda o uso das mesmas

curvas de crescimento, aquelas propostas pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006) para a avaliação nutricional de crianças do mundo inteiro, independentemente de sua nacionalidade ou etnia. Além disso, para minimizar possíveis diferenças, a Organização Mundial da Saúde construiu curvas, para os menores de cinco anos, com base numa amostra multiétnica, que incluiu crianças do Brasil, Ghana, Índia, Noruega, Oman e Estados Unidos (Victora et al., 2009).

A desnutrição infantil não é, no entanto, o único tipo de problema carencial.⁴ A ocorrência de anemia é registrada também entre adolescentes, adultos e idosos, embora as crianças sejam definitivamente as mais atingidas (Serafim, 1997; Hurtado-Guerrero et al., 2003; Leite et al., 2003; Morais et al., 2003; Orellana et al., 2006).

Entre os adultos, a obesidade parece despontar como um problema de dimensões ainda desconhecidas, mas evidenciado num número crescente de estudos. Parte deles ainda descreve a ocorrência de diabetes tipo II, hipertensão arterial, dislipidemias (elevação de gorduras no sangue, como colesterol e triglicerídeos) e outras alterações metabólicas associadas à obesidade (Vieira-Filho et al., 1983; Tavares et al., 1999; Capelli e Koifman, 2001; Cardoso, Mattos e Koifman, 2001; Ribas et al., 2001; Gugelmin e Santos, 2001; Santos e Coimbra Jr., 1996; Lourenço, 2006; Schweighofer, 2006; Gimeno et al., 2007). O sobrepeso e a obesidade, no entanto, não são observados somente entre adultos: é cada vez mais frequente o número de estudos que descrevem casos entre crianças (Capelli e Koifman, 2001; Ribas et al., 2001; Lima, 2004; Menegolla et al., 2006; Orellana et al., 2006) e adolescentes (Gugelmin, 2001; Lima, 2004; Leite et al., 2006; Sampei et al., 2007).

Tendências de mudanças nos perfis indígenas de nutrição

Uma das implicações da própria escassez de dados diz respeito à dificuldade de identificar tendências no perfil de alimentação e nutrição indí-

⁴ Problema ocasionado pela falta de nutrientes, como deficiências de vitaminas e minerais, em muitos casos como consequência de doenças infecciosas e parasitárias.

genas. Ao reduzido número de pesquisas sobre o tema soma-se o grande número de etnias, o caráter local da maior parte dos levantamentos e as diferenças nos métodos utilizados pelos mesmos. Todos estes aspectos limitam as possibilidades de se delinear um perfil amplo e, a partir daí, de identificar tendências mais amplas e a direção em que elas acontecem. São raras as pesquisas que possibilitam a adoção deste tipo de análise (Gugelmin e Santos, 2001; Morais et al., 2003; Morais, Alves, Fagundes Neto, 2005; Baruzzi et al., 2001; Orellana et al., 2006; Lourenço, 2006).

Entre os adultos, um caso especialmente bem documentado diz respeito aos Xavánte, de Mato Grosso. A comparação entre dados antropométricos da década de 1970 e de 1998 revelaram uma mudança drástica do perfil de nutrição, com um aumento marcante dos valores de massa corporal tanto entre os homens quanto entre as mulheres; tal mudança se reflete no surgimento de casos de hipertensão arterial e diabetes mellitus não insulino-dependente (Gugelmin e Santos, 2001). Uma nuance importante diz respeito ao fato de que duas comunidades com diferentes trajetórias de interação com não índios foram avaliadas, e apresentaram resultados bastante distintos. Em um intervalo de cerca de 30 anos, as médias de altura se mantiveram inalteradas em ambas. As médias de peso, contudo, chegaram a aumentar em cerca de cinco quilos entre os homens, e de oito quilos entre as mulheres. A mudança do perfil parecia estar atrelada, segundo os autores, à intensidade das mudanças socioeconômicas, culturais e ambientais que tiveram lugar entre os Xavánte, afetando especialmente a comunidade onde se registraram as maiores modificações no estilo de vida. Processo semelhante teve lugar entre os Suruí, avaliados em 1988 (Santos e Coimbra Jr., 1996) e em 2005 (Lourenço, 2006).

No que se refere às crianças, por exemplo, um segmento da população com maior disponibilidade de dados, tanto há situações em que se observa uma melhora do perfil nutricional (Baruzzi et al., 2001; Morais et al., 2005; Orellana, 2006) quanto outras em que o problema se agrava (Morais et al., 2003). Estas variações tão somente apontam para a já reconhecida diversidade que caracteriza a dimensão alimentar e nutricional indígena, e não permitem a identificação de uma tendência predominante, mesmo para um indicador em particular. Quanto a outros segmentos

da população, como adolescentes, adultos e idosos, o reduzido número de pesquisas representa o mesmo tipo de dificuldade enfrentada nas análises de dados infantis. Mas, diante de tão poucos estudos, a recorrência de achados específicos, não necessariamente limitados a alguma faixa etária, pode apontar para possíveis tendências, a serem acompanhadas e investigadas com maior atenção.

Parece ser este o caso da obesidade. O número crescente, principalmente entre adultos, de registros de sobrepeso, obesidade e doenças crônicas não transmissíveis constitui um dado preocupante, na medida em que mesmo nos contextos em que os casos diagnosticados são pouco numerosos eles indicam uma nova realidade entre os povos indígenas (Leite et al., 2007). Embora a magnitude do problema seja por vezes alarmante entre os adultos, e o número de investigações contemplando este segmento seja maior que aqueles que avaliam indivíduos de outras idades, este tipo de achado não se limita a esta faixa etária. Como vimos, diversas investigações registram casos entre adolescentes, em alguns casos em proporções significativas. Além disso, chama a atenção o fato de que já se observa crianças com este tipo de diagnóstico, um achado, de modo geral, ausente nos inquéritos até pouco tempo atrás.

No que se refere aos fatores associados a este problema, multiplicam-se na literatura os relatos de modificações significativas nos estilos de vida nativos, o que inclui mudanças nas dietas nativas e a redução dos níveis de atividade física – aspectos reconhecidamente envolvidos na etiologia da obesidade e em sua ascensão enquanto um problema de saúde pública em todo o mundo. A despeito de toda a escassez de dados, é digna de nota a existência de pesquisas bem documentadas, que registram entre os Suruí (Rondônia) e entre os Xavante (Mato Grosso) um aumento impressionante da proporção de adultos apresentando sobrepeso e obesidade ao longo das últimas décadas. Ao mesmo tempo, descrevem detalhadamente mudanças importantes no estilo de vida destas populações, como a sedentarização e a ocidentalização da dieta (Gugelmin e Santos, 2001; Lourenço, 2006). Apesar do caráter restrito dos casos analisados, estes estudos apresentam uma importância ímpar no panorama de estudos sobre o tema, na medida em que as situações descritas e os fatores envolvi-

dos parecem exemplares de um tipo de quadro bastante comum em todo o país. E, desta forma, chamam a atenção para a existência de condições igualmente graves mas ainda não identificadas no conjunto da população indígena do país.

Práticas alimentares

Como de resto acontece para a saúde e a nutrição indígena em seu sentido mais estrito, são escassos os estudos dedicados à descrição e análise da alimentação indígena. De modo geral, encontramos descrições pouco aprofundadas, geralmente no corpo de trabalhos dedicados às pesagens e medições, ou mesmo a outros aspectos da saúde indígena. Alguns estudos descrevem a adequação das dietas (Ribas et al., 2001; Ribas e Philippi, 2003; Schuch, 2001; Schweighofer, 2006), e em menor número dedicam-se à compreensão dos processos de mudanças a partir de um olhar sobre a dimensão alimentar da vida nativa (Santos e Coimbra Jr.; Forline, 1997; Leite, 2007a). Uma limitação enfrentada pelos estudos, contudo, diz respeito à dificuldade de estabelecimento de análises comparativas, diante da heterogeneidade das metodologias utilizadas nos inquéritos de consumo alimentar (Santos, 1993; Dufour e Teufel, 1995).

Ainda assim, os dados existentes apontam para um impacto geralmente negativo das mudanças, mas diante do elevado número de etnias indígenas existentes no país e da grande diversidade de situações observadas nas comunidades, ainda estamos distantes de conhecer as reais dimensões do problema e mesmo o conjunto de fatores nele envolvidos. Em termos mais amplos, o segundo Mapa da Fome entre os Povos Indígenas no Brasil (INESC/PETI-MS/ANAÍ-BA, 1995) revelou um quadro caracterizado pela precariedade, em que dificuldades na obtenção de alimentos – sejam elas sazonais ou permanentes – são enfrentadas por grande parte das populações descritas. Dentre as causas apontadas para o problema, a escassez de terras e o aumento da pressão sobre os recursos naturais configuram-se enquanto fatores primordiais no processo. Fica claro que, se as práticas alimentares nativas têm sido capazes, por gerações, de ga-

rantir a sobrevivência destas populações, isto só é possível dentro de uma relativa disponibilidade de recursos naturais.

Em termos mais específicos, os poucos estudos que avaliaram a adequação das dietas chamam a atenção para a sua inadequação, o que inclui calorias, proteínas, vitaminas e minerais (Ribas et al., 2001; Ribas e Philippi, 2003; Schuch, 2001; Schweighofer, 2006), embora haja exceções (Forline, 1997). As descrições apontam sistematicamente para mudanças importantes nas práticas alimentares, em direção à já mencionada ocidentalização da dieta (Santos e Coimbra Jr., 1996; Lima, 2004; Kühn et al., 2009, entre muitos outros). Via de regra tal dinâmica, compromete a qualidade da alimentação, o que resulta em dietas menos diversificadas, ricas em carboidratos simples e gorduras, e pobres em fibras, micronutrientes e proteínas.

Para concluir esta breve descrição das informações hoje disponíveis para o conjunto dos povos indígenas do país, chamamos a atenção para o fato de serem praticamente ausentes as análises que contemplem os princípios nativos relacionados às práticas alimentares (Leite, 2007a; Pacheco, 2007; Garnelo, 2007). O atendimento às especificidades culturais dos hábitos alimentares nativos corresponde hoje a uma demanda crescente, tanto por parte das comunidades indígenas, como por parte de setores não indígenas na sociedade brasileira, estando presente em diversos documentos que discutem a questão alimentar e nutricional (FUNASA, 2002a; Fórum Nacional para Elaboração da Política de Segurança Alimentar dos Povos Indígenas do Brasil, 2003; CONSEA, 2004). De modo mais amplo, o reconhecimento da importância do atendimento às especificidades culturais permeia a própria Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (FUNASA, 2002b).

No entanto, o que se observa ainda é “uma atenção pouco diferenciada, decorrente do insuficiente conhecimento da cultura dos diversos povos atendidos pelo subsistema de saúde indígena e potencializada pela alta rotatividade de pessoal” (Garnelo et al., 2003, p. 53). O documento final do Fórum Nacional para Elaboração da Política Nacional de Segurança Alimentar e Desenvolvimento Sustentável dos Povos Indígenas do

Brasil, realizado em Sobradinho (DF), resultado de 17 oficinas regionais envolvendo lideranças e representações indígenas, aponta em algumas de suas propostas especificamente para a relevância desta dimensão: “Estratégias para capacitação de recursos humanos em alimentação e nutrição com base no respeito à diversidade cultural de cada povo indígena; promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis e culturalmente aceitos (...)” (Fórum Nacional para Elaboração da Política de Segurança Alimentar dos Povos Indígenas do Brasil, 2003). Ainda assim, as intervenções junto a populações indígenas vêm frequentemente desconsiderando esta perspectiva.

Aspectos como a dinâmica dos sistemas tradicionais de produção e distribuição, assim como as representações que a população faz de suas atividades econômicas, podem constituir elementos centrais para a compreensão dos determinantes do sucesso ou fracasso dos programas de intervenção. Apesar disso, não é incomum que na prática as condutas nativas sejam vistas como problemas a serem superados, e abordagens que tangenciam a ideia de um “processo civilizatório”, apontadas como solução para os supostos problemas. Isto se aplica, assinala-se, tanto à atenção à saúde como aos programas de desenvolvimento econômico/comunitário.

É fundamental que o conhecimento das práticas alimentares nativas e das ideias que as permeiam sejam vistas, não como mero instrumento para tornar as intervenções biomédicas aceitáveis ou para garantir o seu sucesso, mas como um passo necessário em direção ao reconhecimento da diversidade de conceitos em torno de um tema de grande complexidade. Para que seja definitivamente reconhecida a legitimidade das ideias nativas, e que se desfaçam as hierarquias que no mais das vezes caracterizam a atenção à saúde indígena. E para que, deste modo, se concretize o diálogo em igualdade de termos, exigido para uma atenção efetivamente diferenciada à saúde dos povos indígenas.

Conclusões

Os dados hoje disponíveis apontam um cenário preocupante no que se refere às condições de alimentação e nutrição dos povos indígenas do país. A consistência com que se observam, entre estas populações, fatores como a circunscrição territorial, o progressivo esgotamento dos recursos naturais disponíveis e um rápido crescimento demográfico (Pagliaro, Azevedo e Santos, 2005) evidenciam um panorama em que a sustentabilidade das atividades produtivas em terras indígenas encontra-se seriamente ameaçada (Leite e Santos, 2005). O problema é ainda frequentemente agravado por outros fatores como a presença de posseiros, a demarcação das áreas após intensa exploração pela atividade agropecuária e a retirada ilegal de recursos das reservas por não índios, para não mencionar a degradação ambiental resultante de atividades como a mineração, o desmatamento e o uso de agrotóxicos. Associados a este tipo de realidade, aspectos como mudanças importantes nos estilos de vida, perfis de morbidade e mortalidade caracterizados pelo predomínio de doenças infecciosas, em índices usualmente mais elevados que os registrados entre não índios, e condições sanitárias precárias, resultam em ambientes amplamente desfavoráveis não apenas para o crescimento infantil, mas também para a nutrição e a saúde dos demais segmentos destas populações.

O conhecimento das condições de alimentação e nutrição dos povos indígenas do país assume uma importância que não se resume às relações entre a alimentação e os perfis de saúde destes povos. Ele constitui, já de início, uma “janela” para o acompanhamento e o entendimento dos processos de intensas mudanças socioeconômicas, culturais e ambientais a que estes povos vêm sendo submetidos desde os seus primeiros contatos com não índios e das implicações, sobre seus perfis de saúde e nutrição, daí decorrentes. Além disso, e da própria precariedade que os dados revelam, ele pode evidenciar as enormes e inaceitáveis distâncias, histórica e socialmente determinadas, que separam índios e não índios, no que concerne a suas condições de vida e seus indicadores de saúde. O reconhecimento destas distâncias deve obrigatoriamente se constituir em instrumento de transformação destas mesmas realidades, num processo

onde os povos indígenas tenham um papel ativo e central na escolha dos caminhos a serem percorridos. Nessa medida, há que se reconhecer como também inaceitável a própria escassez de dados que hoje ainda prevalece, e que constitui tanto mais uma evidência marcante destas distâncias como uma barreira a ser superada no caminho da redução das desigualdades.

Referências bibliográficas

BARUZZI, R.G. et al. Saúde e doença em índios Panará (Kreen-Akarôre) após vinte anos de contato com o nosso mundo, com ênfase na ocorrência de tuberculose (Brasil Central). *Cadernos de Saúde Pública*, 17:407-412, 2001.

BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002.

CAPELLI, J.C.S.; KOIFMAN, S. Avaliação do estado nutricional da comunidade indígena Parkatêjê, Bom Jesus do Tocantins, Pará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:433-437, 2001.

CARDOSO, A.M.; MATTOS, I.E. e KOIFMAN, R.J. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população Guarani-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:345-354, 2001.

COIMBRA Jr., C.E.A. e SANTOS, R.V. Saúde, minorias e desigualdade: Algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5:125-132, 2000.

CONSEA (Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional). Componentes de Segurança Alimentar e Nutricional em um Plano Nacional de Reforma Agrária. In: *II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*, pp. 23-31, Olinda: CONSEA, 2004.

DUFOUR, D.L. Diet and nutritional status of Amazonian peoples. *Cadernos de Saúde Pública*, v.7, p.481-502, 1991.

DUFOUR, D.L. e TEUFEL, N.I. Minimum data sets for the description of diet and measurement of food intake and nutritional status. In: MORAN, E.F. (Ed.) *The comparative analysis of human societies: toward common standards for data collection and reporting*, Boulder, Lynne Rienner Publishers, 1995.

- FORLINE, L.C. The Persistence and Cultural Transformation of the Guajá Indians, Foragers of Maranhão State, Brazil. Ph.D. Dissertation, Gainesville: University of Florida, 1997.
- Fórum Nacional para Elaboração da Política Nacional de Segurança Alimentar e Desenvolvimento Sustentável dos Povos Indígenas do Brasil. Documento Final (Carta de Sobradinho), Sobradinho, DF: Ministério da Saúde, 2003.
- FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Indígena*. <<http://www.funasa.gov.br/ind/ind00.htm>>. fev. 2002a.
- _____. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.
- _____. *Vigilância Alimentar e Nutricional para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas*. Norma Técnica. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/pub/pdf/VIG_ALIM.pdf. Acesso em 12/01/2007.
- GARNELO, L.; MACEDO, G. e BRANDÃO, L.C. *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
- GARNELO, L. Cosmologia, ambiente e saúde: mitos e ritos alimentares Baniwa. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 14 (suppl.):191-212, 2007.
- GIMENO, S.G.A. et al. Perfil metabólico e antropométrico de índios Aruák: Mehináku, Waurá e Yawalapití, Alto Xingu, Brasil Central, 2000/2002. *Cadernos de Saúde Pública*, 23:1946-1954, 2007.
- GUGELMIN, S.A. *Antropometria nutricional e ecologia humana dos Xavánte de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.
- GUGELMIN, S.A. e SANTOS, R.V. Ecologia humana e antropometria nutricional de adultos Xavánte, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:313-322, 2001.
- HORTA, B.L. Efeitos a longo prazo da nutrição na infância. In: Kac, G.; Sichieri, R. e Gigante, D. (Org.). *Epidemiologia Nutricional*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Atheneu, pp. 553-563, 2007.
- HURTADO-GUERRERO, A.F. et al. Condição nutricional de um grupo de idosos indígenas no distrito sanitário leste de Roraima. In: COIMBRA Jr., C.E.A. et al. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 89-103, 2003.

- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Tendências demográficas. Uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos censos demográficos 1991 e 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.
- INESC/PETI-MS/ANAÍ-BA *Mapa da Fome II*. Brasília: INESC/PETI-MS/ ANAI-BA, 1995.
- KAC, G.; SICHIERI, R. e GIGANTE, D. (Org.). *Epidemiologia Nutricional*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Atheneu, 2007.
- KÜHL, A.M. et al. Perfil nutricional e fatores associados à ocorrência de desnutrição entre crianças indígenas Kaingáng da Terra Indígena de Mangueirinha, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. vol. 25, n. 2. Acesso em: 15/12/2010, pp. 409-420, 2009.
- LEITE, M.S. *Transformação e persistência: Antropologia da alimentação e nutrição em uma sociedade indígena amazônica*. 1.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007a.
- LEITE, M.S. Sociodiversidade, alimentação e nutrição indígena. In: BARROS, D.C.; SILVA, D.O. e GUGELMIN, S.A. (Org). *Vigilância alimentar e nutricional para a saúde indígena*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 181-210, 2007b.
- LEITE, M.S. et al. Perfis de saúde indígena, tendências nacionais e contextos locais: reflexões a partir do caso Xavante, Mato Grosso. In: COIMBRA Jr., C.E.A. et al. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- LEITE, M.S.; SANTOS, R. V. A Desnutrição entre os índios. *Ciência Hoje – Revista de Divulgação Científica da SBPC*, 1 jul. 2005. Rio de Janeiro, pp. 71-73, 2005.
- LEITE, M.S. et al. Alimentação e nutrição dos povos indígenas no Brasil. In: KAC, G.; SICHIERI, R. e GIGANTE, D. (Org). *Epidemiologia nutricional*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Atheneu, pp. 503-518, 2007.
- LEITE, M.S.; SANTOS, R.V.; COIMBRA JR., C.E.A. Sazonalidade e estado nutricional de populações indígenas: o caso Wari, Rondônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23:2631-2642, 2007.
- LIMA, M.G. et al. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres indígenas Teréna de área rural, estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:1537-1544, 2001.

- LIMA, R.V. Avaliação do estado nutricional da população indígena da comunidade Terra Preta, Novo Airão, Amazonas. Dissertação de Mestrado, Manaus: Universidade Federal do Amazonas/Fiocruz, 2004.
- LOURENÇO, A.E.P. Avaliação do estado nutricional em relação a aspectos socioeconômicos de adultos indígenas Suruí, Rondônia, Brasil. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2006.
- MENEGOLLA, I.A. et al. Estado nutricional e fatores associados à estatura de crianças da Terra Indígena Guarita, Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22:395-406, 2006.
- MEYERFREUND, D. Estudo da Hipertensão Arterial e de Outros Fatores de Risco Cardiovascular nas Comunidades Indígenas do Espírito Santo – BR. Tese de Doutorado, Vitória: Programa de Pós-Graduação em Ciências Fisiológicas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, 2006.
- MORAIS, M.B. et al. Estado nutricional de crianças índias do Alto Xingu em 1980 e 1992 e evolução pondero-estatural entre o primeiro e o quarto anos de vida. *Cadernos de Saúde Pública*, 19:543-550, 2003.
- MORAIS, M.B.; ALVES, G.M. e FAGUNDES NETO, U.L. Estado nutricional de crianças índias terenas: Evolução do peso e estatura e prevalência atual de anemia. *Jornal de Pediatria*, 81:383-389, 2005.
- MOURA, A.S. Janelas críticas para programação metabólica e epigênese transgeracional. In: KAC, G.; SICHIERI, R. e GIGANTE, D. (Org.) *Epidemiologia Nutricional*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Atheneu, pp. 543-551, 2007.
- ORELLANA, J.D.Y. et al. Estado nutricional e anemia em crianças Suruí, Amazônia, Brasil. *Jornal de Pediatria*, 82:383-388, 2006.
- ORELLANA, J.D.Y. et al. Avaliação antropométrica de crianças indígenas menores de 60 meses, a partir do uso comparativo das curvas de crescimento NCHS/1977 e OMS/2005. *Jornal de Pediatria*, 85:117-121, 2009.
- PACHECO, S.S.Q.M. A gente é como aranha: vive do que tece”. Nutrição, Saúde e Alimentação entre os Índios Kiriri do Sertão da Bahia. Tese de Doutorado, Salvador: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, 2007.

- PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M. e SANTOS, R.V. *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Associação Brasileira de Estudos Populacionais/ ABEP, 2005.
- RIBAS, D.L.B. e PHILIPPI, S.T. Aspectos alimentares e nutricionais de mães e crianças indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul. In: COIMBRA Jr., C.E.A. et al. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 73-88, 2003.
- RIBAS, D.L.B. et al. Nutrição e saúde infantil em uma comunidade indígena Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:323-322, 2001.
- RICARDO, B. e RICARDO, F. *Povos Indígenas no Brasil, 2001-2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.
- SAMPEI, M.A. et al. Avaliação antropométrica de adolescentes Kamayurá, povo indígena do Alto Xingu, Brasil Central (2000-2001). *Cad. Saúde Pública*, 23:1443-1453, 2007.
- SANTOS, R.V.; COIMBRA Jr., C.E.A. Socioeconomic differentiation and body morphology in the Suruí of Southwestern Amazonia. *Current Anthropology*, 37:851-856, 1996.
- SCHUCH, I. Perfil Socioeconômico e Alimentar das Famílias Indígenas da Terra Indígena Guarita – RS. Dissertação de Mestrado, Campinas: Departamento de Planejamento Alimentar e Nutrição, Faculdade de Engenharia de Alimentos, Universidade Estadual de Campinas, 2001.
- SCHWEIGHOFER, T.R.F. Segurança Alimentar e Nutricional em Famílias Indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. Dissertação de Mestrado, Campo Grande: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2006.
- SERAFIM, M. G. Hábitos alimentares e nível de hemoglobina em crianças indígenas Guarani, menores de 5 anos, dos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Escola Paulista de Medicina, 1997.
- TAVARES, E.F. et al. Anormalidades de tolerância à glicose e fatores de risco cardiovascular em uma tribo indígena aculturada da região amazônica brasileira. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 43:s235, 1999.
- VERDUN, R. Mapa da fome entre os povos indígenas no Brasil (I): uma contribuição à formulação de políticas de segurança alimentar. Brasília: INESC, 1994.

VICTORA, C.G.; ARAÚJO, C.L. e DE ONIS, M. Uma nova curva de crescimento para o século XXI. Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/documentos/nova_curva_cresc_sec_xxi.pdf. Consulta em 11/5/2009.

VIEIRA FILHO, J.P.B.; RUSSO, E.M.K.; NOVO, N.F. A hemoglobina glicosilada (HbA1) dos índios Xavantes. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v. 27, pp. 153-156, 1983.

WHO (World Health Organization). *WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for height and body mass index-for-age: methods and development*. Geneva: WHO, 2006.

_____. *Physical status: The Use and Interpretation of Anthropometric Indicators of Nutritional Status*. Geneva: World Health Organization. (WHO Technical Report Series 854), 1995.

WIRSING, R.L. The health of traditional societies and the effects of acculturation. *Current Anthropology*, v.26, pp. 303-322, 1985.

Capítulo 6

Saúde e alimentação em
áreas rurais e urbanas:
um testemunho indígena

Trinho Trujillo Baniwa

Introdução

Este texto é produto da investigação que foi realizada pelo aluno-pesquisador Trinho Paiva Trujilho, da etnia Baniwa, natural da comunidade Juivitera, médio rio Içana, para o Curso Normal Superior/PROFORMAR II no município de São Gabriel da Cachoeira, estado do Amazonas. A pesquisa tem como foco o estudo dos Baniwa que vivem na zona urbana da cidade de São Gabriel da Cachoeira, incluindo a comunidade indígena de Itacoatiara Mirim, localizada na BR 307-Km 10. Essa estrada liga a cidade de São Gabriel ao porto de Camanaus.

O objetivo geral da pesquisa é ampliar a investigação sobre as fontes alimentares utilizadas pelos Baniwa nos ambientes urbanos e suas relações com a saúde e com a socialização dos jovens indígenas educados em espaços urbanos. Os objetivos específicos consistiam em caracterizar regras de etiqueta e ritos de preparo e consumo de alimentos em espaços urbanos, buscando apreender mudanças culturais ali ocorridas; apreender a relação ensino-aprendizado do processo de produção de alimentos dirigido às gerações mais jovens de famílias Baniwa residentes em espaços urbanos; identificar os fatores da desvalorização do conhecimento tradicional na zona urbana; sistematizar os resultados positivos e negativos de uma boa alimentação da criança e suas repercussões na relação de ensino e aprendizagem no espaço escolar.

Metodologia

A metodologia usada para desenvolver a pesquisa foi qualitativa, em que acontece a interação do pesquisador indígena com a comunidade. Dessa interação surgiram dados conseguidos através da observação direta do dia a dia das comunidades pesquisadas e de entrevistas.

A pesquisa de campo foi desenvolvida entre os anos de 2006 e 2007 e o tempo total de trabalho de campo ultrapassou o período de oito meses. Na primeira etapa ocorreu a sistematização dos resultados preliminares da investigação, ficando como segundo passo a complementação da pes-

quisa de campo. O segundo momento ocorreu entre os meses de agosto de 2007 e fevereiro de 2008 e teve como prioridade a conclusão do levantamento bibliográfico para aprimorar o estudo e a coleta de novas entrevistas, para viabilizar mais esclarecimentos sobre assuntos complexos, do contexto cultural do povo Baniwa.

Os locais pesquisados foram a comunidade periurbana de Itacoatiara Mirim, particularmente na escola Jerusalém, e a comunidade rural de Juivitera, na terra indígena ocupada pelos Baniwa. Os entrevistados foram homens e mulheres produtores de alimentos, professores de escolas de ensino fundamental e conhecedores da cultura tradicional Baniwa. Foi coletado um total de 1.500 horas de entrevistas, obtidas junto a 20 informantes. No caso da escola Jerusalém, a observação foi feita diariamente, dentro da sala de aula, e no dia a dia das famílias das crianças que estudavam na escola, visando registrar como ocorria a alimentação das pessoas e sua relação com a saúde e procurando entender a importância da alimentação na vida das pessoas que ali moravam.

A pesquisa também teve um componente comparativo, uma vez que se buscava investigar as semelhanças e as diferenças entre os modos de viver e de se alimentar dos Baniwa que vivem na terra indígena e os que vivem na cidade.

Entre os temas pesquisados, surgiram como importantes, a descrição dos tipos de doenças, correlacionando-os à alimentação e às regras de parentesco, assim como as relações entre o tratamento e as medidas corretivas necessárias quando ocorre a quebra das normas de alimentação. Também foi investigada a importância da alimentação no processo ensino-aprendizado das crianças.

Algumas informações sobre os Baniwa

O grupo étnico Baniwa tem, em território brasileiro, uma população de aproximadamente 4.650 indivíduos, distribuídos em 94 assentamentos no alto rio Negro, no Amazonas, noroeste do Brasil, numa região conhecida como cabeça de cachorro (ISA/Foirn, 1998).

O grupo domina a região do rio Içana (afluente do rio Negro) e seus afluentes, os rios Aiari, Quiari, Cuiari e Cubate. Suas comunidades e sítios se distribuem ao longo das margens desses rios, no município de São Gabriel da Cachoeira; também estão espalhados nos municípios de Santa Isabel e Barcelos. Fora do Brasil são encontrados na fronteira com a Colômbia e a Venezuela.

Os Baniwa são um povo de língua Aruak que vive na fronteira do Brasil com a Colômbia e Venezuela, em aldeias localizadas às margens do rio Içana e seus afluentes Cuiari, Aiari e Cubate, além de comunidades no alto rio Negro/Guainia e nos centros urbanos rio Negrinos de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel e Barcelos (AM) (Ricardo, 2001, p. 5).

Ainda que a palavra Baniwa não seja uma autodenominação, ela foi gradativamente adotada como uma identificação geral do povo pelos portugueses colonizadores, quando chegaram ao território do grupo.

O nome Baniwa não é uma autodenominação indígena, mas ele vem sendo usado desde o período colonial para referir-se a um conjunto de povos que se encontram ao longo do rio Içana e seus afluentes. Esses povos, assim denominados, falam línguas da família Arawak, todas elas muito relacionadas entre si (Ricardo, 2001, p. 5).

A língua falada pelos subgrupos Baniwa é muito parecida, se assemelhando inclusive com a língua Koripaco, um dos subgrupos que fala uma variante dialetal e que habita a região do alto rio Içana, já na fronteira com a Colômbia.

As falas dos Baniwa e dos Koripaco representam uma mesma língua da família Arawak, com apenas algumas diferenças lexicais e variações sintáticas superficiais. Os falantes referem-se a si mesmos com os nomes de seus principais clãs associados: Siuci, Hohodeni e Dzawinai como no caso dos Baniwa; Kumadene e Ayaneni no caso dos Koripaco (Ricardo, 2001, p. 5).

Cultura tradicional Baniwa

A ocupação territorial Baniwa é ordenada segundo suas origens mitológicas e as regras que regem as relações de parentesco. Cada fratria,¹ que forma a estrutura social desse grupo, vive conforme as suas particularidades, seus costumes e suas crenças. Elas interagem com o meio ambiente e dele extraem os recursos naturais necessários à sobrevivência. No Brasil, as fratrias residentes são: Dzawinai, Hohodeeni, Walipere, Komadamina-nai, Paraattanai. As fratrias são socialmente subdivididas em clãs, considerados consanguíneos ainda mais próximos, havendo proibição estrita de casamento entre os membros desses clãs. Assim, os membros de uma fratria devem casar-se com parceiros pertencentes a uma fratria distinta da sua. Os clãs são organizados de forma hierarquizada entre si, segundo uma ordem instituída a partir dos fundamentos míticos da sociedade

Dentro dessa organização, habitam comunidades distribuídas às margens dos rios Içana, Aiari e Cuiari, onde vivem conforme suas culturas e tradições. A comunidade é formada pelas famílias pertencentes a uma mesma fratria, mas nela podem morar cunhados, conforme haja disponibilidade de espaço para plantar roça e fazer casa.

No caso Baniwa as fratrias falam a mesma língua, com ligeiras variações no modo de falar e mantêm relações de trocas econômicas e rituais entre si. Uma das mais importantes cerimônias é o *Pudali*, que é o momento de oferta de alimentos para pessoas que, não sendo consanguíneos, podem se tornar cunhados ao estabelecerem relações de trocas de esposas. Na linguagem antropológica diz-se que mantêm relações de afinidade entre si.

Dentro da organização por fratrias os Baniwa sempre mantêm as relações de casamento com outras fratrias com as quais podem manter casamento, ou seja, podem casar-se com os que não sejam considerados irmãos consanguíneos. Os *Dzawinai*, por exemplo, podem manter

¹ De acordo com Garnelo (2003) o termo fratria designa grupos ampliados de parentes consanguíneos. As fratrias operam como unidades políticas, estabelecendo relações de trocas econômicas e matrimoniais e entre si e ocupando territórios específicos no interior das terras indígenas demarcadas para o povo Baniwa.

relações afins com os *Walipere* ou *Hohodeene*, sem quebrar a regra da tradição que vêm mantendo há milênios.

O território que cada fratria ocupa é diferenciado. Em geral há um território relativamente contínuo, ocupado pelos membros de uma mesma fratria. Cada um desses territórios apresenta um microecossistema próprio, isso significa que as pessoas têm acesso diversificado aos recursos alimentares, pois a disponibilidade de fontes de alimentação não se distribui uniformemente por toda a terra Baniwa. Assim, as fratrias que vivem em terra firme, dispõem de terrenos mais propícios para a agricultura.

É importante ressaltar que a ocupação territorial pelas fratrias é ancestral. Segundo a mitologia Baniwa ela vem desde o surgimento da humanidade, tendo sido o próprio criador, *Napirikoli*, quem decretou o local de ocupação de territórios para cada fratria. Portanto, os territórios de cada fratria são muito respeitados. Quando alguém precisa utilizar os recursos naturais de um território que não pertença ao seu clã, é preciso pedir autorização do chefe da comunidade, que é chamado de capitão, para poder pescar ou caçar nas terras ou lagos sob responsabilidade dele.

Nas regiões de terras firmes, o pescado é muito difícil, mas há abundância de produtos que vêm da roça como beiju, farinha, tapioca e as frutas da roça e do mato. As terras baixas comportam os lagos, com maior oferta de pescado; ao contrário da terra firme, há pouca disponibilidade de terras para agricultura. Essa variabilidade na oferta de alimentos, institui a obrigação de efetuar trocas recíprocas de alimentos entre as fratrias. Isso é feito reunindo os cunhados (reais ou potenciais) para a cerimônia do *Pudali* ou *Dabucuri* (Garnelo, 2003). Nesse caso, quem mora na região adequada para agricultura oferece alimentos ali disponíveis, que são trocados por pescado oriundos dos lagos controlados pelos membros das fratrias que vivem em suas proximidades (Garnelo, 2007).

O *Pudali*, ritual muito importante na cultura Baniwa, mostra a importância de repartir o que se tem, oferecer alimentos é um sinal de amor e carinho. Se as pessoas vivem em locais com fartura de pescado, elas oferecem peixe. Se vivem em local com boa terra para agricultura, oferecem beiju, farinha e frutas da mata, como ucuqui, umari e pupunha; o que tiver em quantidade deve ser oferecido. Nesse caso, destaca-se a presença

e a importância da reciprocidade nesta cultura. Na pesquisa, observou-se que as crianças nas aldeias também já praticavam essa tradição; se uma delas tivesse uma comida nas mãos, ela já tinha em mente que teria que repartir esse alimento com outros colegas que estivessem por perto. Tal divisão deve ocorrer normalmente entre crianças e adultos, se por acaso ela falhar, a pessoa pode ser censurada por não obedecer ao costume.

A alimentação tradicional entre os Baniwa é bem variada, comportando alimentos de origem vegetal, obtidos a partir de cultivo ou de coleta no mato, como é o caso do buriti, wará, umari, ucuqui, açai, patawá, bacaba e outros. Os principais alimentos tirados da roça são: cará, batata, cucura, cana, abacaxi, abiu e mandioca. Essa última oferece uma fonte essencial de alimentos cotidianos, como beiju, farinha, goma, tapioca, curadá e massoca, que representam as principais fontes de carboidratos para os Baniwa que vivem nas aldeias.

Os principais alimentos de origem animal são o peixe, o cabeçudo e outros quelônios, uirapuca, jacaré, certos anfíbios como rã. Os animais de caça mais comuns são macaco, anta, cutia, paca, veado e outros. Insetos como as formigas (maniwara e saúva) também são usados como ingredientes para o preparo do peixe cozido (quinhapira). Também se utiliza temperos como a pimenta, sementes de seringa, Japurá, caruru, maniçoba etc. Esses são os pratos mais usados na comida desse povo.

O responsável pela busca de caça e de pescado é o homem que tem habilidade e conhecimento para manusear instrumentos de caça como a zarabatana, o arco e flecha, a espingarda e os materiais de pesca como cacuri, matapi, caiá, malhadeira, anzol, linha e outros recursos tradicionais. Não há impedimento formal para a mulher caçar e pescar, mas essa não é uma prática usual nas comunidades. De modo geral o trabalho pesado como construir casa, abrir uma roça e fazer canoa costuma ficar sob a responsabilidade do homem.

A mulher tem como parte de sua responsabilidade o cuidado com a casa, a limpeza, a lavagem dos pratos, o cuidado com os filhos. Ela também tem obrigações na roça, como plantar e capinar; é responsável pelo preparo da comida, como fazer beiju, farinha, preparar o peixe, a pimenta etc. Quando tem tempo, o homem também pode ajudar a esposa na

roça e a fazer farinha e beiju, mas ele também tem seus deveres e afazeres então, nem sempre ele consegue ajudar.

Durante as atividades de pesquisa desenvolvidas sobre o tema “Saúde e alimentação entre os Baniwa”, procurei efetuar observações, tanto entre os Baniwa que vivem na zona urbana, na comunidade de Itacoatiara Mirim, quanto na comunidade de Juivitera, na zona rural do município, em área indígena no rio Içana.

Educação escolar indígena

Os povos indígenas do Brasil vivem há milênios nas suas respectivas terras com seus costumes, tradições e organização social. Com a chegada dos portugueses no ano de 1500, encontraram a terra ocupada pelos índios, assim denominados por eles. De início depararam-se com uma realidade – consideravam os índios seres incapazes, sem cultura, língua, religião nem escrita. A partir dessa visão absoluta começaram a aculturação, impondo a cultura portuguesa, causando o etnocentrismo, desvalorizando a cultura indígena. Massacrados como escravos, prestando serviço aos colonos, os índios acabaram sendo mortos. Desde então, os portugueses expandiram a ideologia da cultura envolvente, através de jesuítas, para efetuar e concretizar o objetivo que era colonizar e integrar os índios; assim se inicia a formação do Estado brasileiro. Já a educação em si passa por diversas épocas. O funcionamento da educação é pensado pela elite da sociedade, favorecendo-a, desvalorizando a classe pobre e os indígenas. Os conteúdos ensinados nas escolas são diferentes da realidade do povo indígena; isso desvaloriza a educação indígena no contexto escolar e também no contexto social.

Dentro deste contexto, a sociedade indígena começa a se organizar na década de 1980 para deparar-se com a situação política do país, formando organizações sociais, sindicatos, associações, lideranças e algumas instituições de dedicadas à causa indígena como, na época, a União das Nações Indígenas (UNI) e o apoio da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) e do Conselho Indigenista Missionário (CIMI). Essas

instituições vêm lutando em conjunto, reivindicando os direitos dos povos indígenas, o reconhecimento dos mesmos no Brasil e a demarcação das referidas terras. Essa luta se concretiza no ano de 1988, com a Constituição Federal Brasileira.

São reconhecidos aos índios sua organização social costumes, línguas, crenças e tradições e os direitos originários sobre a terra que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens (REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, Cap. VIII, art.231).

Dentro dos amparos legais da Constituição Federal e da Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional (LDB), a educação indígena passa a ser valorizada no contexto escolar e reconhecida nacionalmente, sendo a língua indígena assegurada para as comunidades como língua obrigatória na escola e a língua portuguesa como segunda língua. A educação escolar indígena é pensada pelos próprios indígenas, envolvendo a comunidade, pais de alunos, alunos, anciãos que em conjunto traçam caminhos futuros para a comunidade, analisando a realidade local, regional e nacional para levantar o objetivo da escola em relação ao conhecimento indígena, envolvendo a língua, a crença, os conhecimentos importantes para sobreviver e incluindo conhecimento da cultura envolvente, que não pode ser excluído, pois vivem no interior dela.

Como a educação escolar indígena é pensada pelos indígenas conforme a necessidade local, as demandas existentes e o conhecimento voltado a realidade com objetivo de minimizar situações-problema, espera-se que, assim, a comunidade busque e conquiste autonomia e autodesenvolvimento. Portanto, há diversas situações que existem no contexto da escola indígena; uma de fundamental importância é a pesquisa como metodologia de ensino, pois através da pesquisa é que se chega a um resultado satisfatório. Também é essencial trabalhar de forma interdisciplinar, mantendo a interrelação de conteúdos para abordar determinado tema.

O tema saúde pode ser tratado em muitas situações na sala de aula, nas diversas disciplinas. Em história, pode-se estudar a ocorrência de doenças ao longo do tempo; em geografia, o fato de que diversos fatores estão

relacionados a saúde e a doença e, especialmente, em ciências, onde são tratadas as relações do organismo humano com o meio ambiente (MEC, 2001, p. 105).

O professor-educador, na comunidade e na escola, tem um papel fundamental em relação a saúde e alimentação, um tema importante que deve ser abordado com as crianças e com a comunidade, pois é determinante para as crianças futuramente. Também é função do professor alertar os pais sobre a alimentação adequada das crianças, assim como orientar sobre a importância da alimentação em relação à saúde e buscar soluções para a situação-problema da comunidade.

Portanto, nota-se que o educador exerce diversos trabalhos na comunidade: como agente de saúde, catequista, liderança e outros. “Há que se considerar a importância do professor e do estudante indígena na prevenção dessas doenças ao divulgarem informações para os demais membros da comunidade.” (MEC, 2001, p. 108).

Abordar a promoção da saúde da comunidade através da escola é muito importante, pois desde cedo a criança precisa saber das instruções em relação à saúde, saber como funciona a situação de saúde na sua cultura e o sistema de saúde no país. O professor pode alertar para diversas doenças contagiosas, como Aids, por exemplo. É fundamental expandir a prevenção de outras doenças perigosas que existem na sociedade onde vivem, isso significa contextualizar o tema com o conhecimento do povo, demonstrando as desvantagens de descuido com a saúde e as consequências para a comunidade local. Assim, se torna possível manter a saúde em boa condição, valorizar e manter as práticas alimentares indígenas, trazendo bons resultados no trabalho e na aprendizagem.

Além dos valores para a promoção da saúde, devem ser estudados na escola os meios de prevenir a disseminação de muitas doenças. Os cuidados de higiene precisam ser tratados de maneira destacada, lembrando que há cuidados higiênicos diferentes para situações diferenciadas – novos padrões de comida, de vestuário, de moradia etc. (MEC, 2001, p. 107).

Apresentação dos dados da pesquisa

Nesta seção apresentarei os dados da pesquisa de campo, começando pelas informações sobre a vida em comunidade e passando depois para as informações coletadas em Itacoatiara Mirim.

Vida comunitária Baniwa: alimentação, saúde e tradição

Os Baniwa têm muito respeito e cuidado com sua saúde e, para eles, a alimentação é parte importante da manutenção da saúde. Assim, existem muitos cuidados que cercam a alimentação; por exemplo, quando uma pessoa vai ingerir uma certa comida sempre procura avaliar seu estado de saúde naquele momento. Se é um casal com filho recém-nascido, este é um momento de tomar muito cuidado com a saúde; logo depois do parto, o casal deve fazer dieta e nas semanas seguintes, quando os alimentos são reintroduzidos, é necessário fazer o benzimento para evitar que os espíritos maléficos (*Yoópinai*) causem problemas de saúde para o casal, ou para a criança recém-nascida. Os *Yoópinai* podem causar doenças como corpo empolado, coceira, espanto grave, choro (da criança) que não cala. Sua ação pode levar até a morte dos pais; eles podem também causar dor de estômago, diarreia crônica e dores generalizadas no corpo.

Os Baniwa acreditam que existem espíritos maléficos na selva, no rio, sobre a terra e no meio subterrâneo, no ar, nas nuvens, no céu e que eles podem ser prejudiciais à saúde. Se uma pessoa for afetada por esses espíritos ela poder ter alucinação, crises de desmaio, ficar encantada, ter dores crônicas nas juntas do corpo, principalmente joelho, cintura, cotovelo e mãos. A quebra das regras de alimentação pode causar doenças graves como *whíokali*, um tipo de diarreia crônica, ou *porakali*, uma doença que causa emagrecimento violento e o corpo empolado. Portanto, há diversas doenças que podem vir a acontecer se a pessoa não seguir as regras alimentares, que, para os Baniwa, servem como prevenção de doenças (Garnelo e Wright, 2001).

O pitiú (o cheiro forte) do peixe é considerado como algo muito perigoso e capaz de provocar doenças. A melhor maneira de prevenir isso é o uso da pimenta que é o símbolo mitológico da purificação da comida. Dessa forma, com a adição de pimenta, as caças, os peixes e outros alimentos considerados perigosos tornam-se menos agressivos quando são cozidos ou temperados com pimenta. O *whíokali* e o *porakali*, doenças causadas pelo pitiú do peixe, podem ser evitadas com uso de muita pimenta.

Todas essas doenças são consequência do uso de alimentos não benzi-dos ou de descuido antes de ir para o trabalho, pois isso também é proibido aos pais do recém-nascido. Segundo os Baniwa esses procedimentos são necessários, porque nesse momento o estômago da mãe da criança fica muito frágil, apresentando um líquido que pode causar problemas de saúde quando comido sem benzimento. A reintrodução de comidas como a caça e o peixe sempre exige o uso da pimenta, pois esse alimento, de acordo com a simbologia dos mitos, purifica a comida quebrando a rede de doenças que existe nela.

Também para o pleno desenvolvimento do ciclo vital da criança, alimentação é algo fundamental para garantir uma formação física e mental adequada. Tais cuidados começam quando se nasce. Logo, os pais pensam como será o futuro da criança e devem promover a saúde física e mental através do uso de plantas medicinais e de dietas próprias para a infância. Nesse período, usa-se remédio para prevenir diversas situações que podem acontecer no futuro. Por exemplo, existem remédios para prevenir os problemas gerados por picada de cobra e outros animais peçonhentos; se um dia a criança for picada por cobra e tiver usado o remédio na infância, não apresentará dor nenhuma (Garnelo, 2007).

Essas providências são tomadas nos rituais de passagem que são feitos na fase de mudança de criança para jovem. Nessa ocasião, se realiza o chamado *kalidzamai*. Nele o jovem é aconselhado pelos mais velhos da comunidade sobre os modos de viver no mundo Baniwa e como coexistir com os outros povos.

A partir da pesquisa bibliográfica e do trabalho de campo feito na comunidade de Juivitera pode-se dizer que os Baniwa têm um sistema de

base mitológica que lhes permite conceituar a saúde, classificar as doenças e entender a alimentação como um importante meio de prevenção de problemas de saúde. O percurso do ciclo vital humano, com suas respectivas fases, que correspondem à gravidez, nascimento, infância, juventude e idade adulta, é o principal eixo na oferta de cuidados com a alimentação. Momentos como a gravidez, o parto, o nascimento da criança e a puberdade tornam a saúde muito frágil e delicada; é um período em que a pessoa tem que ser cuidada e protegida das doenças. Uma das principais formas de fazer isso é obedecendo às regras de comportamento alimentar, que proíbem que a pessoa coma peixes com dentes, esporões, peixes com aparência de cobra, enfim, animais predadores. Caso essas dietas sejam seguidas, acredita-se, na cultura Baniwa, que a recuperação ou o crescimento físico e mental acontecerão de forma satisfatória, com boa consequência para a saúde.

Os Baniwa também conhecem plantas medicinais usadas para ajudar a criança a ser bom pescador depois que crescer; também existem plantas que ajudam a criança a ter facilidade de aprendizagem. Uma das tradições é evitar que a criança coma frutas com caroço, como o tucumã e a castanha, pois isso faz a criança ter uma cabeça dura, aí ela não consegue aprender na escola. O uso de outros alimentos com espinhos e algumas caças e peixes com dentes também devem ser evitados pelas meninas, pois são comidas que podem causar sofrimento na hora do parto. Quando a criança entra na fase da juventude realizam-se cerimônias para promover a saúde e a alimentação e evitar doenças.

Cada comunidade Baniwa possui um centro comunitário onde todos se reúnem para compartilhar o alimento. Cada família contribui levando o que tiver em sua casa, para dividir com os outros comunitários. Dentro de suas possibilidades, cabe a cada família levar beiju, pimenta, moqueado, xibé, mingau, quinhapira (o cozido de peixe com pimenta chamado "*attimapa*" em Baniwa), peixe, caça ou outra refeição disponível; o que foi conseguido naquele dia é levado para esse centro. Em uma mesa deixam os xibés de farinha, beiju, tapioca, frutas, vinhos, o que for; na outra mesa colocam as comidas que depois serão distribuídas pelos jovens da comunidade para todos os presentes. Depois de comerem,

tomam o xibé, a mistura de água com farinha que se usa para finalizar uma refeição. Depois da refeição coletiva da manhã todos partem para suas atividades; as mulheres vão à roça e os homens vão pescar, caçar ou realizar alguma outra atividade típica masculina, como derrubada ou construção. Koch-Grünberg, quando passou pela área Baniwa no início do século XX, observou essa dinâmica e registrou em seu diário de campo: “Então, cada um sai para suas ocupações, os homens para caçar e pescar, as mulheres para trabalhar nas roças; na aldeia ajfen reina um silêncio de paz” (Koch-Grünberg, 2005, p. 99). À tarde quando todos retornam do trabalho o costume é se reunir novamente para o jantar; partilham o xibé e alguma comida que alguém tenha conseguido caçar ou pescar naquele dia. A comida costuma ser servida pelos jovens, que têm essa função na comunidade (Trujillo e Garnelo, 2007).

Segundo um entrevistado na pesquisa, o senhor RS, do clã *lieda\viene* da comunidade Juivitera, essa maneira de compartilhar o alimento se originou com o próprio *Napirikoli*, o deus criador, no início do mundo. Essa seria uma tradição que expressa um sinal de amor e de solidariedade para com o outro, aplicando a lei do criador; este que teria dito que fazer o bem para outro, que fazer alguém feliz, ou amar o próximo, não é simplesmente dizer isso com as palavras, mas provar isso com obras, praticando o bem. *Napirikoli* recomenda prioridade para a coletividade e não para o individualismo. Apesar da importância do alimento tradicional, percebe-se que na zona rural já é frequente a presença dos alimentos industrializados, comprados da cidade de São Gabriel da Cachoeira. Observamos que biscoitos, milhitos, enlatados, bombons e outras comidas que não são boas para a saúde já estão sendo incorporadas no dia a dia, pelos Baniwa que vivem nas comunidades.

Nas escolas rurais, a merenda escolar que é fornecida pela Secretaria Municipal de Educação e Cultura é composta principalmente de alimentos industrializados (feijão, arroz, biscoitos, macarrão, leite, nescau, tang, charque e enlatados) comprados na própria cidade. Eles são enviados regularmente para as escolas que recebem de duas a três remessas de alimentos por ano. As escolas com poucos alunos (de 15 a 30 alunos) não possuem merendeira contratada pela SEMEC, então a merenda das

crianças é feita pelas mães das crianças, o que facilita mais ainda a entrada dos alimentos industrializados nas casas das famílias. Portanto, podemos considerar que a questão de merenda escolar fornecida aos alunos indígenas nas aldeias torna-se um desafio.

Embora ela tenha seu aspecto benéfico, pois às vezes há escassez de comida nas comunidades, ela também prejudica a preservação da cultura, porque estimula as crianças a trocarem o chibé ou quinhapira pelo tang e pela bolacha. Nessa situação, precisamos avançar em nossa discussão política sobre a educação escolar indígena, para vermos como solucionar o problema de alimentação nas escolas indígenas.

Condições de vida, saúde e alimentação dos Baniwa no espaço urbano de São Gabriel da Cachoeira

Os dados da pesquisa de campo mostraram que nas últimas décadas os Baniwa começaram a emigrar para cidade de São Gabriel da Cachoeira, uma cidade em que 95% de seus habitantes são indígenas. Eles também se instalaram nas cidades de Santa Isabel e Barcelos, municípios vizinhos a São Gabriel da Cachoeira.

Os motivos atribuídos à migração foram a busca de uma vida melhor, de escola e de atendimento à saúde dos filhos. Infelizmente, ao chegarem se deparam com uma realidade diferente da desejada, principalmente na questão da oferta de alimentos. Os Baniwa que vivem na cidade tendem a adotar os hábitos alimentares da sociedade envolvente, usando uma alimentação industrializada. O acesso às comidas tradicionais fica muito restrito, pois as famílias não dispõem de terra para fazer roça e não podem produzi-los. Tampouco conseguem comprar os alimentos tradicionais, pois a escassez acarreta em altos preços; como as famílias indígenas têm uma renda familiar muito baixa, elas tendem a consumir produtos industrializados, cujo preço é mais barato.

Poucas são as famílias que conseguem ter roças na cidade; atualmente, só as famílias que migraram há muitos anos atrás tiveram a sorte de adquirir terrenos favoráveis para agricultura; os migrantes

recentes têm que se contentar em prestar algum serviço na cidade. O dia a dia dessas famílias já não é como na comunidade de origem; na cidade não mais se reúnem para tomar xibé, mingau e compartilhar o alimento. Embora a cultura tradicional permaneça como uma referência para a orientação do comportamento, a cultura urbana tende a superar os costumes antigos.

Uma das consequências disso é que as crianças que crescem na cidade se acostumam com a comida de branco, e a prática de preparo dos alimentos tradicionais desaparece. As crianças passam muitas horas na escola, ou em casa vendo televisão, e têm pouca oportunidade de aprender com seus pais o preparo das comidas tradicionais. Trata-se, portanto, de um tipo de mudança cultural:

Existem dois tipos de mudança cultural. Uma que é interna, resultante da dinâmica, do próprio sistema cultural, e uma segunda que é o resultado do contato de um sistema com um outro (Laraia, 1997, p. 96).

Se pensarmos na explicação dada por Laraia, os Baniwa que conhecemos em São Gabriel da Cachoeira enfrentam uma mudança cultural que é fruto da apropriação que fazem da cultura urbana. Na cidade eles a vivem diariamente; praticam-na em casa, na rua e no trabalho. A alimentação disponível na cidade é muito diferente daquela consumida em suas comunidades de origem; ela é composta por comida industrializada, enlatados e frangos. Os migrantes Baniwa têm pouca informação sobre os prejuízos que essa alimentação pode causar para sua saúde; pouco sabem sobre o teor de gorduras, de açúcar, sobre a validade, e a forma de conservação desses alimentos, correndo, às vezes, muitos riscos.

A organização da cidade, o constante movimento das pessoas nas ruas, o grande número de pessoas e o alto custo dos alimentos, dificultam a partilha de comida, como é feito na comunidade rural. As pessoas passam a comprar alimento apenas para sua família e não podem compartilhar com as outras que vivem no bairro ou próximas de suas casas. O que se verifica aqui é o reforço à individualidade, o que vem quebrar uma importante regra de comportamento da cultura Baniwa,

que é a obrigação de compartilhar o alimento com todos e de priorizar a coletividade (Caillé, 2002).

Vindos de suas comunidades de origem, os Baniwa se instalam na cidade. Ali se deparam com uma realidade muito diferente da vida comunal, então eles sofrem uma grande mudança na sua maneira de se alimentar. Muitas vezes não se trata nem mesmo de opção, mas sim de utilizar os alimentos que sejam mais baratos e mais acessíveis para as famílias.

A alimentação na cidade é muito variada, mas basicamente constituída por alimentos industrializados, particularmente os enlatados. De manhã, o tradicional mingau é substituído por café, leite e pão. Na cidade, a alimentação ocorre por horários; no meio da manhã temos merenda na escola; ao meio-dia é o almoço em casa e às 15h é a merenda, para as crianças que estejam na escola; à noite, o jantar é feito por cada família, cada um na sua casa. A comida mais frequente na mesa é o frango, seguido pela carne bovina. Raras vezes consomem peixe ou caça; isso somente acontece quando há sobra de dinheiro no orçamento familiar, porque esses alimentos são raros e caros na cidade.

Na hora da refeição, uma família que more na cidade se reúne em torno de uma mesa; cada um serve seu prato para comer e não há partilha com os vizinhos e parentes. Observamos que ainda existe a tradição de tomar o xibé depois da refeição, mas o elemento acrescentado para uso depois da comida é o suco artificial. As novas gerações tendem a abandonar o tradicional uso da pimenta, que não tem muita credibilidade entre eles. Investigamos se conheciam os mitos que relatam a origem da pimenta e verificamos que essa era uma história pouco conhecida entre eles; o uso da pimenta no dia a dia já é bem raro.

Também observamos a quase total abolição dos rituais ligados a alimentação, apesar da insistência dos mais velhos, que reclamam para que sejam aplicados os rituais, dietas e prevenções de doença para a mãe e o recém-nascido.

O capitão da comunidade periurbana estudada mantém o hábito de convidar a comunidade toda para tomar mingau no salão comunitário, tocando um sino que avisa a todos para se dirigirem ao salão. Porém, o que se nota é que, diferentemente da rotina do interior, muitas famílias

não comparecem para o mingau; só alguns vão ao centro comunitário. Ali a mesa é composta de mingau, café, leite e biscoito. Muito raramente acrescentam-se outros tipos de alimento. Quando isso acontece, o mais comum é uma família trazer alimentos industrializados disponíveis em casa e que estejam sendo consumidos por eles naquele momento. Isso, porém, é raro; o mais comum é que a maioria não traga nada, assim, a comida fica pouca e muitos não comem, porque o alimento é insuficiente.

Também observamos mudanças nas práticas de preparo de alimentos. Quando vivem na comunidade as crianças convivem diariamente com seus pais e acompanham todas as tarefas cotidianas, de tal forma que o aprendizado se faz no dia a dia, tornando-se quase imperceptível. Na vida de cidade, isso se torna impossível. As crianças têm uma rotina bem diferente daquela praticada por seus pais, que saem para trabalhar enquanto elas vão à escola. Isso impede os jovens de experimentar as atividades práticas da sobrevivência cotidiana. As crianças ficam quatro horas na escola e só voltam para casa, para perto da mãe, no horário do almoço; então elas não têm oportunidade de acompanhar grande parte das tarefas ligadas ao preparo de alimentos.

As crianças ficam quatro horas por dia na escola estudando e o resto do dia ficam em casa, mas sem convivência com suas mães que estão fora, na roça. No horário em que a mãe chega da roça, o espaço doméstico é ocupado pela televisão que distrai as crianças, diminuindo o tempo que seria destinado a aprender e a desenvolver os conhecimentos tradicionais. Por fim, elas desconhecem as práticas que a mãe utiliza na roça, para o cuidado com o plantio, as técnicas de arrancar mandioca, preparar beiju, a farinha etc.

Em consequência, as novas gerações acabam não conhecendo essas práticas alimentares tradicionais, seus respectivos ritos, mitos e a sua importância para a saúde. Isso gera um grande risco de desconhecimento da cultura Baniwa; se essas pessoas tiverem que voltar a morar nas aldeias de origem, sentirão muita dificuldade para sobreviver. Nesse aspecto pode-se dizer que as crianças Baniwa da localidade urbana estudada, não detêm conhecimentos importantes sobre seu sistema cultural; caso voltem para

sua comunidade nativa, se confrontarão com um ambiente totalmente diferente, e não saberão como pescar, caçar e viver nele.

Também as escolas municipais sofrem com a merenda escolar, tal como acontece com as escolas do interior; a merenda chega três ou duas vezes por ano, então há momentos em que não há alimentação suficiente para todos, o que, inclusive, interfere na aprendizagem. Isso compromete não apenas a possibilidade de preservação de sua cultura, mas também a capacidade de sobrevivência. Como diz Laraia: “Embora nenhum indivíduo, repetimos, conheça totalmente o seu sistema cultural, é necessário ter um conhecimento mínimo para operar dentro do mesmo.” (Laraia, 1997, p. 86).

Do que foi possível observar no trabalho de campo, os jovens Baniwa residentes em São Gabriel da Cachoeira, estão desprovidos de meios de sobrevivência imediata no ambiente de selva, de onde seus pais vieram antes de migrarem para a cidade.

Conclusões e recomendações

O contexto estudado mostrou uma preocupante mudança nas práticas alimentares dos Baniwa que vivem no espaço urbano. Ainda que os elementos da cultura tradicional permaneçam oferecendo uma referência importante para o comportamento alimentar, conclui-se que as convenções da tradição não conseguem fazer frente às transformações ambientais, às mudanças de valores e às dificuldades econômicas enfrentadas pelas famílias indígenas urbanizadas, que não têm acesso ao alimento tradicional. Os alimentos preferencialmente utilizados no meio urbano têm baixo valor nutricional e tornam-se elementos de estranhamento cultural e de distanciamento entre as gerações.

Assim, a questão da alimentação torna-se um tema a ser explorado dentro da sala de aula e na comunidade como um todo. Seria importante medida pedagógica manter um registro sistemático das informações sobre a saúde e a alimentação entre o povo Baniwa e fomentar trocas de experiências entre moradores das zonas urbana e rural.

Tais iniciativas poderiam promover também a revalorização de concepções tradicionais de cuidados com o corpo e a saúde. Em atividades didáticas com os alunos poder-se-ia construir meios de reflexão sobre a saúde hoje, produzir um histórico sobre as mudanças das condições de saúde e da produção da doença no mundo Baniwa. Em conjunto com os alunos, tais estratégias poderiam acentuar a importância da saúde e alimentação para o seu próprio povo, esclarecer como a prevenção interfere na vida do ser humano e evitar doenças causadas por relações conturbadas com o meio ambiente, que, segundo as crenças dos Baniwa, desencadeiam a agressão dos espíritos maléficos (Yoópinäi), causando doenças.

A escola pode pontuar ou polemizar sobre a questão da saúde e alimentação na comunidade, a partir do embasamento obtido em pesquisas como esta, que poderia ser ampliado com as estratégias de ensino pela pesquisa. Um dos efeitos secundários seria a possibilidade de alertar os membros das comunidades (rurais e urbanas) para as consequências da má alimentação e do abandono dos cuidados rituais com a alimentação, que as novas gerações vêm desconsiderando.

No caso da cultura Baniwa, tais procedimentos não representam apenas a ação física dos nutrientes contidos nos alimentos, mas os comportamentos e ritos alimentares também traduzem valores e visões de mundo distintas daquelas existentes no mundo contemporâneo não indígena. O educador, os pais, as pessoas que atuam na saúde na comunidade, como os Agentes Indígenas de Saúde, os órgãos competentes responsáveis pela saúde do município e mesmo cada sujeito social têm uma responsabilidade fundamental na abordagem desse tema junto às novas gerações.

Referências bibliográficas

- CAILLÉ, A. *Antropologia do Dom: o terceiro paradigma*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- CASTRO, M.G. e ABROMOVAY, M. *Gênero e Meio Ambiente*. São Paulo: Cortez, Brasília: UNESCO/UNICEF, 1997.

CENTRO DE PESQUISAS LEÔNIDAS & MARIA DEANE/FIOCRUZ & ABA – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA. Relatório Final do Simpósio Estados Nacionais, Saúde e as mulheres indígenas na Amazônia: políticas públicas, cultura e direitos reprodutivos no contexto pan-amazônico. Manaus: FIOCRUZ, n. 1, 2004. CD-ROM.

GARNELO, L. *Poder, Hierarquia e Reciprocidade: Saúde e Harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro*. Coleção Saúde dos povos Indígenas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

_____. *Cosmologia, ambiente e saúde: mitos e ritos alimentares Baniwa*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos (Impresso), v. 14, p. 191-212, 2007.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S.; ALBUQUERQUE, G. *Saúde, alimentação e modo de vida: um processo de pesquisa de antropologia participativa*. Trabalho apresentado na IX Reunião dos Antropólogos do Norte e Nordeste. Manaus, 2005.

GARNELO, L. e WRIGHT, R. Doenças, práticas e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2):273-84, 2001.

HOLANDA, E. Práticas alternativas de pesquisa: alguns questionamentos sobre as potencialidades e limites da pesquisa-ação e pesquisa-participante. In: VALLA, V.V. e STOTZ, E.N. (Orgs.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

ISA/FOIRN. *Povos indígenas do alto e médio rio Negro: uma introdução à diversidade cultural e ambiental do noroeste da Amazônia Brasileira (Mapa-livro)*. São Paulo: ISA/São Gabriel da Cachoeira: FOIRN, 1998.

KOCH-GRÜNBERG, T. *Dois anos entre os indígenas*. Viagens no Noroeste do Brasil (1903-1905). Manaus, EDUA, 2005.

LARAIA, R. *Cultura: um conceito antropológico*. 10. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

LASMAR, C. *De volta ao lago de leite: a experiência da alteridade em São Gabriel da Cachoeira (alto rio Negro)*. [Dissertação de Doutorado]. Rio de Janeiro, 2002.

_____. Mulheres indígenas: representações. *Revista Estudos Feministas*. 7 (1 e 2):143-156, 1999.

LEITE, MS. *Iri' Karawa, IrTWari: Um Estudo sobre Práticas Alimentares e Nutrição entre os índios Wari (Pakaanova) do Sudoeste Amazônico*. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

MEC. *Referencial Curricular Nacional para as Escolas Indígenas*. Brasília: MEC/ Secretaria de Educação Fundamental, 2001.

MORIN, A. *Pesquisa-ação integral e sistêmica. Uma antropopedagogia renovada*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

REDSIAMA. *Red de Salud Indígena de Ia Amazónia. Memórias da Primera Mesa de Trabajo Mujer Indígena, género y problemáticas de salud social*. Villa de Levia, 2004. Disponível em <www.redsiama.org>. Acesso em 10.mar.2005.

REPÚBLICA FEDERATIVA do BRASIL. *Nova Constituição do Brasil*. Rio de Janeiro: Auriverde Editora, 1988.

RICARDO, B. *Arte Baniwa*. São Gabriel da Cachoeira. São Paulo: FOIRN/ISA, 2001.

TRUJILLO, T. e GARNELO, L. Saúde e Alimentação entre os Baniwa de São Gabriel da Cachoeira. In: *IV Jornada de Iniciação Científica do PIBIC/CNqLMD/ CNPq/FAPEAM*, 25 de junho de 2007. Manaus: FIOCRUZ/CPqLMD, 2007.

Capítulo 7

Cooperação internacional e saúde indígena

Guilherme Macedo

Para que cooperação internacional?

Quem trabalha com saúde indígena vai, mais cedo ou mais tarde, ter conhecimento de algum projeto ou atividade que envolve financiamento vindo do exterior. Algumas vezes são organizações não governamentais que atuam em parceria com entidades estrangeiras em projetos locais. Mas também existem algumas grandes organizações mundiais que costumam atuar na saúde indígena. Assim, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a Unicef e o Banco Mundial apóiam, em parceria com o governo brasileiro, ações e projetos relacionados à área de saúde das populações indígenas brasileiras.

Todos esses organismos internacionais não pertencem a apenas um país estrangeiro. São organizações supra nacionais, ou seja, recebem dinheiro de diversos países para atuar em várias regiões, de acordo com suas características e funções. Esse tipo de ajuda é chamada de cooperação técnica internacional.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) trabalha apoiando com recursos e colaborando tecnicamente com projetos de saúde nos países do continente americano. O PNUD e a UNICEF são órgãos do sistema das Nações Unidas voltados para o apoio a países com grandes problemas sociais por meio de projetos de diversas áreas (não somente de saúde, mas também econômicos e de educação) em todas as regiões do mundo. Finalmente, o Banco Mundial financia empréstimos para países em desenvolvimento também em diversas áreas: meio ambiente, educação, grandes obras e saúde.

O fato de termos entidades internacionais atuando e financiando ações em saúde indígena em nosso país nos leva a fazer muitas perguntas. Podemos listar algumas delas:

- Por que organizações internacionais têm interesse em financiar ações de saúde para indígenas brasileiros?
- Quais seriam seus interesses?
- E quais são suas formas de atuação? Eles fazem doações e não pedem nada em troca? Eles emprestam dinheiro e cobram por isso?

- final, a cooperação técnica internacional ajuda ou atrapalha as populações envolvidas?

Antes de responder a essas perguntas, é preciso voltar um pouco no tempo para mostrar como era a visão que o mundo possuía das populações indígenas e quais foram as transformações sofridas.

Até o século passado, os povos indígenas eram vistos como populações atrasadas em relação ao caminho que os países ricos definiram como a forma adequada de “desenvolvimento”. Desta maneira, os indígenas deveriam receber serviços para acelerar seu “desenvolvimento” de forma que, após um tempo, se tornassem iguais à população não indígena, perdendo sua identidade.

Um dos fatores usados para mostrar que os povos indígenas estavam “atrasados” eram os indicadores de saúde. Ou seja, na corrida por uma ideia de “desenvolvimento” que alguns consideravam adequado, um dos fatores usados para demonstrar que os índios eram menos desenvolvidos que outras populações era a maior incidência de certos tipos de doenças (infecções respiratórias agudas, diarreia, por exemplo) e de taxas maiores de mortalidade infantil e materna. No entanto, pouco se discutia sobre as causas históricas das doenças, grande parte delas devido às mudanças que as sociedades indígenas sofreram com o contato com as sociedades não indígenas. E assim, na comparação dos indicadores de saúde (e os de educação também) entre índios e não índios, os primeiros levavam a pior.

Sem dúvida os indicadores de saúde da população indígena brasileira são piores que os da população não indígena do país. Mas, se a situação da saúde indígena é pior do que a situação da saúde de não indígenas em geral, isso se deve, principalmente, às transformações que as sociedades indígenas sofreram com o contato histórico com as sociedades nacionais. Muitas mortes ocorreram, e ainda hoje acontecem, devido a conflitos gerados por disputas de terras. Mas houve também mudanças no modo de vida: as aldeias cresceram, o que facilitou a propagação de doenças com muita gente vivendo mais próxima; muitas terras indígenas são pequenas demais ou não podem produzir alimento suficiente para quem vive lá; foram introduzidos alimentos industrializados que fazem mal à saúde e há

uma maior fragilidade dos indígenas às doenças introduzidas pelo processo de colonização. Todas essas mudanças são responsáveis pela difícil situação de saúde dos povos indígenas brasileiros.

Felizmente, no final do século passado, a diversidade cultural desses povos passou a ser considerada positivamente. Muitas pessoas, após estudarem e começarem a compreender a situação vivida pelas populações indígenas, passaram a considerar que os índios não estavam “atrasados”, que o seu modo de vida era apenas diferente, e que o tão anunciado “desenvolvimento” representa transformações que não são sempre adequadas a todas as situações e, portanto, não devem obrigatoriamente ser adotadas por todos.

Por outro lado, as características que tornam os povos indígenas diferentes começaram a ser vistas como importantes e não como um obstáculo a ser superado.

Por que organizações internacionais têm interesse em financiar ações de saúde para indígenas brasileiros?

A preocupação com a saúde de toda a população do planeta permanece como uma prioridade mundial. Isso se reflete em muitas das Metas do Milênio, um compromisso dos 191 países membros das Nações Unidas para, até 2015:

- Erradicar a extrema pobreza e a fome.
- Atingir o ensino básico universal.
- Promover a igualdade de gênero e a autonomia das mulheres.
- Reduzir a mortalidade infantil.
- Melhorar a saúde materna.
- Combater o HIV e a AIDS, a malária e outras doenças.
- Garantir a sustentabilidade ambiental.
- Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.

Das oito metas, a metade está relacionada com a saúde. E para se atingir esses objetivos, já que não resta muito tempo, as populações mais vulneráveis e com piores situações de saúde (incluindo muitos povos in-

dígenas), foram priorizadas pelos organismos internacionais de financiamento e ajuda técnica.

Quais seriam os interesses das organizações internacionais em trabalhar com a saúde dos povos indígenas?

Por meio de um processo de educação e aprendizagem de experiências no passado, uma parte considerável das populações dos países ricos e desenvolvidos considera importante melhorar a situação social de todas as populações do planeta.

Os desequilíbrios e as divisões entre povos ricos e empobrecidos, que recebem tratamento adequado à saúde e que vivem em situações muito precárias, afetam o mundo inteiro. Isso porque: 1. as diferenças entre os povos passaram a ser consideradas parte do patrimônio da humanidade, e devem ser protegidas, ou seja, qualquer ameaça a um povo passa a ser considerada um risco à toda a humanidade; 2. as ameaças em relação à saúde de povos do planeta podem se transformar em ameaças globais, ou seja, uma doença pode se espalhar, passar pelas fronteiras e atingir diversos países, sejam eles pobres ou ricos; 3. os países desenvolvidos passaram a considerar que têm uma dívida com as populações nativas dos continentes devido aos prejuízos e mortes que esses povos sofreram com a colonização.

As organizações internacionais passaram a ser um instrumento de apoio aos países com maiores problemas sociais e que possuem povos cuja situação de saúde é mais precária, como os povos indígenas brasileiros.

Quais são as formas de atuação dos organismos internacionais de cooperação? Eles fazem doações e não pedem nada em troca? Eles emprestam dinheiro e cobram por isso?

A cooperação internacional atua de várias maneiras, a maior parte delas por meio de projetos nacionais, elaborados conjuntamente entre técni-

cos dos países e do organismo estrangeiro. Algumas vezes, o dinheiro do projeto é uma doação, ou seja, o organismo de cooperação internacional paga as despesas e nada tem que ser devolvido. Outras vezes, o dinheiro do projeto é um empréstimo, após alguns anos o país que recebe o projeto deve devolver o dinheiro pagando um valor em juros.

Todos os projetos possuem regras para serem executados, que incluem prestação de contas, acompanhamento dos indicadores e avaliação para ver se os objetivos estão sendo atingidos. Todos os projetos de cooperação internacional também têm um tempo determinado de vida, ou seja, eles devem executar as tarefas, atingir seus objetivos e depois terminam.

Parte dos projetos incluem, além de empréstimo ou financiamento por meio de doação, apoio técnico (contratação de mão de obra especializada para poder executar as tarefas e intercâmbio de conhecimento).

Afinal, a cooperação técnica internacional ajuda ou atrapalha as populações envolvidas?

A cooperação internacional não é uma atuação tão recente assim. No século passado, já se fazia cooperação entre países. Para responder à pergunta acima, temos que analisar as formas como a cooperação internacional vem trabalhando.

No início, devido à visão distorcida de que os povos indígenas estavam “atrasados” na corrida pelo desenvolvimento, pensava-se que os modelos de saúde e desenvolvimento social dos povos dos países ricos deveriam ser aplicados para todos. No caso da saúde, considerava-se que bastava levar para todas as populações do mundo os serviços médicos que os países ricos possuíam, que os problemas estariam resolvidos.

No entanto, rapidamente percebeu-se que exportar uma visão do que é saúde adequada e do que é um serviço de saúde adequado para todo o mundo não significava necessariamente melhorar a situação, diminuir taxas de mortalidade e de incidência de doenças. Percebeu-se que os povos são diferentes, que as estratégias para a melhoria da saúde devem ser diferentes e, o mais importante, que as populações devem ter um papel ativo nos processos relacionados à melhoria de sua saúde.

No caso dos povos indígenas, cada estratégia deve ser construída em diálogo com cada povo. O conhecimento da realidade local é uma condição básica para solucionar os problemas e esse conhecimento depende da participação das populações indígenas envolvidas. Essa participação deve acontecer também na execução das ações, para garantir que todo o esforço envolva os maiores interessados.

Portanto, a estratégia de ação da cooperação internacional para atingir as Metas do Milênio mudou radicalmente de forma a se tornar mais adequada e efetiva. Os resultados dos projetos passaram a ser mais consistentes e sólidos depois que adotou-se a visão de que os projetos devem ser construídos considerando as realidades dos povos que vão se beneficiar e se desenvolverem em permanente diálogo com os mesmos povos.

A realidade atual dos projetos de saúde indígena brasileiros com a cooperação internacional

Atualmente, os grandes projetos de saúde no Brasil envolvem o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), juntamente com a Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (AECID), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Banco Mundial.

O projeto Crianças, Segurança Alimentar e Nutrição, do PNUD/AECID, atua nas regiões de Dourados, no Mato Grosso do Sul e do Alto Solimões, no Amazonas. Seu objetivo é trabalhar a segurança alimentar e nutricional de crianças indígenas dessas regiões. Até 2010, esse projeto era coordenado pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Devido à mudança da responsabilidade da saúde indígena para o Ministério da Saúde, a partir de 2011 sua coordenação deverá ser feita pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS).

O projeto OPAS TC 38 atuava, até 2010, apoiando a FUNASA na contratação de mão de obra especializada em saúde indígena para o alcance de objetivos prioritários ligados à saúde materno-infantil, assistên-

cia farmacêutica, saúde bucal, vigilância alimentar e nutricional, e vigilância e controle de malária. Assim como o Projeto PNUD/AECID, sua coordenação deverá passar para a SESAI, a partir de 2011.

O projeto de maiores proporções e impacto na saúde dos povos indígenas, que iniciará sua terceira fase em 2011, é o Projeto de Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, mais conhecido pelo nome de Projeto Vigisus.

O Vigisus iniciou suas atividades em 1999, justamente o ano de início do subsistema de saúde indígena. O Projeto possui dois componentes distintos, um que reúne ações para o Sistema de Vigilância em Saúde de todo o Brasil e outro voltado exclusivamente para a saúde indígena, ou seja, de estruturação do Subsistema de Saúde Indígena brasileiro. Financiado pelo governo brasileiro e pelo Banco Mundial, o projeto encerrou a sua segunda fase em dezembro de 2009.

O Projeto Vigisus tornou-se bem conhecido no país devido à sua abrangência (ele trabalha com todos os Distritos Sanitários do território nacional) e à diversidade de áreas de atuação. As suas fases 1 e 2 foram executadas pela Fundação Nacional de Saúde e a terceira fase será executada pela Secretaria Especial de Saúde Indígena.

O objetivo geral do Vigisus é a estruturação do Subsistema de Saúde Indígena, o que envolve a execução de diversas atividades:

- Ações de infraestrutura, como construção de postos de saúde, pólos base e compra de equipamentos e veículos.
- Capacitação de equipes de saúde, incluindo os agentes indígenas de saúde.
- Ampliação das áreas de atendimento, desenvolvendo novos saberes para atuar na saúde indígena, nas áreas de saúde mental (alcoolicismo, suicídio e problemas com outros tipos de drogas); medicina tradicional (para estruturar o diálogo entre os saberes médicos oficiais e dos povos indígenas) e de vigilância alimentar e nutricional (para criar um sistema de informação e vigilância sobre o estado nutricional da população indígena).
- Financiamento de projetos apresentados e executados por comunidades e associações indígenas relacionados à saúde.

Estas ações, que provavelmente vão continuar durante a terceira fase do projeto, visam tornar o serviço de Atenção à Saúde Indígena realmente diferenciado, ou seja, adequado aos seus beneficiários e estruturado por meio de diálogo com populações indígenas.

A forma de trabalho do Projeto Vigisus está, portanto, alinhada com a maneira de atuação da cooperação internacional, que deve combinar experiências de outros países com as experiências nacionais, respeitando as realidades locais.

No caso da saúde indígena, a participação e o diálogo com essas populações é uma condição fundamental para se obter bons resultados. Ou seja, os serviços de saúde oferecidos devem envolver a participação indígena e devem, sempre que possível, serem adaptados às realidades locais.

Referências bibliográficas

AGÊNCIA BRASIL. *Mudanças no atendimento à saúde indígena possibilitarão “otimizar” recursos, diz diretor da Funasa*. Disponível em: <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2009/04/19/materia.2009-04-19.6388412503/view>, 2009.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Imprensa Oficial. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm, 1988.

BRASIL, Presidência da República. Lei 9836/99: Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/126880/lei-9836-99>.

FUNASA. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, 2002.

GARNELO, L., MACEDO, G. BRANDÃO, L. *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informe Saúde Indígena. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/informe_saude_indigena.pdf, 2008.

WORLD BANK. Report n. ICR00001572. Implementation Completion and Results Report on a Loan in the Amount of US\$100.0 Million to the Federative Republic of Brazil for a Second Disease Surveillance and Control Project – Vigisus II.

Capítulo 8

Controle Social: o ponto de vista das lideranças

André Fernando Baniwa

Kleber Karipuna

Depoimento de André Fernando Baniwa, ex-presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro

Entrevista concedida a Sully Sampaio, em São Gabriel da Cachoeira em 17 de julho de 2010

Sully: Eu gostaria que você começasse se identificando e que, em seguida, falasse como percebe esse conjunto de forças que existe no controle social na saúde indígena e que influência elas podem exercer no exercício do controle social.

André: Meu nome é André Fernando; sou liderança indígena da Baniwa. Na verdade 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 CONDISI¹, 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. O conselheiro é para ajudar, mas o gestor deve saber ouvir. Se tem um gestor que não escuta nosso conselho, então sou eu que não sirvo, sou eu que não estou conseguindo ser seu conselheiro. Então o que estou fazendo aqui? Estou falando e você não me escuta, continua na mesma linha. Então quem tem que sair sou eu. Você não precisa de conselheiro, fica sozinho”; foi isso que eu disse para ele. Bom, afinal ele não saiu tentou buscar solução e o DSEI não parou de funcionar.

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. Nesse caso que estou citando, investigamos e descobrimos que, de fato, quem fazia os desmentidos das nossas reivindicações, quem manobrava para que não valesse nada do que nós estávamos dizendo era a própria equipe de gestão do distrito. Eles tinham passado informações para Brasília desmentindo nossas denúncias e mostrando outros dados, diferentes dos nossos. Ou seja, eram nossos parceiros, mas não eram verdadeiros; estávamos trabalhando juntos, mas na verdade não estávamos.

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

¹ CONDISI é o Conselho Distrital de Saúde Indígena, que é o espaço onde se exerce prioritariamente o controle social no subsistema de saúde indígena.

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.

Sully: Pensando nesta correlação de forças que você desenhou tão bem, como você acha que é lidar com o Estado? Como é lidar com uma política pública tão complexa que vai do plano nacional, passa pelo nível estadual e municipal e chega até o distrital? Como é isso?

André: Como intervir?

Sully: Sim

André: Bem, existem vários caminhos, mas sempre precisará de líderes indignados com o que está acontecendo. Porque eles que vão sair conscientizando a população e informar que existem coisas erradas acontecendo. Quero lembrar que aquele que sabe de tudo isso e não age, não é liderança. Nos espaços de conselhos, em qualquer área das políticas públicas, é como já conversamos; o mecanismo que gera os problemas não muda muito. Nesse caso, vamos pensar que mesmo usando tudo quanto é recurso e conhecimentos para fazer o controle social, os conselheiros não têm resultados. E sabemos que não podemos ficar parados diante da situação enfrentada que você quer resolver. Deve-se avaliar primeiramente se não houve erros e somente depois se deve tomar outra atitude mais dura estrategicamente, como fazer denúncias, mobilizar a opinião pública, e fazer queixas formais nas instâncias de defesa dos direitos humanos, porque aí os direitos estão sendo violados.

Hoje eu estou na prefeitura, sou vice-prefeito e vejo muitos problemas ali dentro. Daqui, de onde eu hoje atuo, vejo que para o controle

social se fortalecer e provocar mudanças necessárias, não é tão difícil. Discutir política pública não é muito difícil; quer dizer, não em comparação com outras coisas que vejo agora. No controle social você discute, chama as pessoas, incentiva. E você deve discutir qualquer coisa de acordo com cada realidade local. Hoje eu vejo que o difícil é você mudar a parte burocrática do Estado brasileiro. Qualquer coisa específica, qualquer coisa local você pode trabalhar para mudar, e acho que é assim que se faz; mas a parte burocrática que vem do governo central, essa não muda. Acho que entender essa parte de funcionamento da máquina administrativa do poder público tal como é exigido pelas leis do governo brasileiro, saber como as coisas funcionam ali dentro e finalmente sair como uma ação prática é o mais difícil; isso sim, é muito difícil.

Hoje que estou na prefeitura vejo que a parte da burocracia é o assunto mais importante que o controle social precisa saber. É o entendimento dessa parte que o conselheiro tem que buscar, tem que conhecer; tem que entender isso. Na minha avaliação, sem isso o discurso de liderança, que faz controle social, sempre vai ser genérico e não atinge o centro do problema. Aí, se não atinge o problema a saúde nunca vai chegar a ficar do jeito que a comunidade precisa.

É por isso que eu ando pensando que a gente tinha que ter um programa específico para formar lideranças para aprender a lidar com o Estado brasileiro e no futuro fazer isso com competência, que é para fortalecer nossa luta. Eu tenho pensado nisso, mas não apenas para a saúde ou para ser líder de associação indígena. Penso nisso também para outras coisas, como por exemplo, para o indígena que queira ser parlamentar, para quem quer ser gestor, para quem quer ser funcionário público.

Na verdade, eu acho que qualquer brasileiro precisaria disso. Fico pensando que para melhorar cada vez mais o serviço público as pessoas teriam que conhecer como fazer o Estado atuar corretamente. A gente fala que qualquer cidadão tem que conhecer seus direitos e seus deveres. Só que não é suficiente você exigir seus direitos se você não conhece, em detalhes, quais são as possibilidades do seu direito ser

colocado em prática. Eu fico falando que nós somos só 50% cidadãos, porque nós não conhecemos como a cidadania pode ser garantida. Esse tipo de conhecimento não está disponível ou não é popularizado, apesar de estarmos em um país democrático. Isso parece ser uma coisa que os governantes escondem da sociedade para quem deveriam estar trabalhando e passando informações corretas; acho que isso fortaleceria o controle social como um todo.

Esse tipo de informação fica somente na cabeça deles; fica com o profissional da gestão que se protege com essa situação. Em tempos de globalização, de democracia, isso não deveria mais acontecer. Essa informação teria que estar disponível para todos nós. Se você for pensar num país mais desenvolvido, em outros lugares do mundo, a relação entre governo e sociedade está mais respeitável, porque lá a sociedade está mais organizada e menos tolerante com coisas erradas.

Depois de apanhar muito nesse um ano e meio em que estou na prefeitura, penso cada vez mais nisso. Penso que a gente deveria criar uma coisa como uma escola de governo. Aí deveria ser ensinado o que é a administração pública, licitação e tudo o que precisa ser trabalhado na prática da gestão pública. Eu aprendi a fazer planejamento estratégico na associação indígena, mas isso é muito diferente do planejamento que é necessário na gestão pública. São os mesmos nomes, mas os procedimentos são diferentes, então não são as mesmas coisas e não sabemos como acompanhar. Eu tenho falado sobre isso porque observo, pesquisei e li sobre isso. No momento eu estou fazendo uma proposta para a Fundação Getúlio Vargas, para ver se podemos fazer isso aqui em São Gabriel da Cachoeira, através da FOIRN (Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro).

Sully: Você considera um desafio?

André: Isso é um desafio para a liderança, para quem é do movimento indígena. É por isso que o movimento indígena não consegue fazer esse controle social; porque não conhece o que é necessário para atacar os erros; então não tem controle social. O controle social tem que estar acima do poder dos governantes. Para isso é necessário aper-

feiçãoamento do conhecimento. Porque o poder é frágil, mas se você não conhecer, não tem, de fato, como controlar os interesses que são contrários aos interesses da população. Eu acho que quem se dedica ao controle social tem que entender, em detalhes, como funciona o governo. Se não for assim não tem como continuar reivindicando esses direitos de forma que faça diferença. Se não for assim, você fica por baixo, pois como se diz, é um confronto desigual de forças. É assim que eu vejo.

Sully: Como você acha que pode ser esta preparação?

André: Eu penso em duas formas. Uma é criar este programa específico de trabalhar permanentemente a própria liderança. A outra é popularizar este conhecimento. Aí vai para a escola, buscando transformar esses assuntos em material didático. Hoje, nos materiais didáticos não tem explicação sobre como funciona o governo. Não existe praticamente nada sobre isso em materiais didáticos. Não sei como é em outros lugares, mas aqui no Rio Negro eu nunca vi esse tipo de assunto nos materiais didáticos. Ninguém fala da administração, ninguém diz o que é administração pública. Ninguém diz detalhadamente qual a função de uma câmara de vereadores, ou do poder executivo. Eu vejo tudo isso e falo até de uma forma triste, porque nos deixa muito impotente frente aos problemas. Eu chego ali na secretaria de educação e digo que quero saber sobre a merenda; por exemplo, o que está faltando? Por que não está saindo direito? Por que não chega às escolas? A pessoa que assessora o secretário me diz que o problema está na prefeitura. Ela fala como se a secretaria de educação não fizesse parte da prefeitura! E assim o problema nunca se resolve!

Deve se ensinar também história da luta. Divulgar boas ideias, como as lutas que ampliaram os direitos das minorias. Penso que a resposta a isso está na história; é ela que nos ajuda a ensinar e a ver as coisas. O desafio para a nova geração de estudantes e de lideranças é saber a história das lutas que a sociedade teve até agora, pois quem nasce hoje vê o que está aí e acha que sempre foi assim; e não foi. O pouco que conseguimos avançar foi à base de muita dificuldade. Esse

é um obstáculo do movimento indígena e também das pessoas que têm boa vontade, mas pouco conhecimento: não saber bastante sobre nossa história de luta. Só conhecer as coisas mais gerais do funcionamento das instituições e da sociedade não adianta. Se não souberem isso, é muito difícil continuar a luta.

Sully: Você pode fazer uma apresentação ampla, uma panorâmica do controle social em saúde indígena e do movimento indígena?

André: Sobre o movimento indígena eu vejo assim: acho que não existe mais tanto o movimento indígena e vou explicar por quê. O movimento indígena não é uma instituição, ele é um movimento, uma luta, uma ação; não tem CNPJ. Ter CNPJ significa que a luta das pessoas já virou uma instituição, já não representa mais aquela dinâmica do movimento social.

Acho que as lideranças do movimento precisam fazer uma certa reflexão sobre o movimento indígena no Brasil como um todo, e também aqui no Rio Negro. É preciso enxergar, discutir mais; falar mais sobre isso de novo, que é para reencontrar e retomar o sentido, de fato, do movimento. O que aconteceu é que o movimento foi formalizado para poder se representar legalmente diante do Estado. A partir daí passou-se a disputar estes cargos de presidente, diretor, secretário, tesoureiro; todos querem ser funcionários, ser coordenadores de programa. Tudo caiu para este lado técnico e burocrático e, com o tempo, esquecemos o que é, de fato, o movimento. E nestes últimos tempos não se vê mais movimento. Não se vê nenhuma iniciativa de juntar muita gente para discutir, fazer debate, propor pautas para cada temática de direito, de educação, de saúde. Esse sim é o movimento, independente de quem esteja ali. Aí se pode atuar como pessoa multiplicadora, institucionalmente responsável por trazer dinheiro de projeto e prestar conta, mas também para fazer ações de interesse da comunidade e não apenas para movimentar um CNPJ. Isso sim é movimento indígena; é trabalhar ativamente com a comunidade.

Acho que o movimento indígena precisa buscar novamente os seus princípios, se fortalecer e redefinir as suas lutas. Definindo essa luta,

quer dizer, definindo o que ela precisa buscar como direito essencial, aí tudo pode ser melhor; eu acho.

Antes havia uma luta principal que o movimento perseguia, que era a luta pela demarcação de terra. Agora as terras foram demarcadas e o movimento não tem um foco; não tem prioridade, está tudo dividido. Você vê pessoas lutando pelos direitos sociais e querendo modificar a política pública, mas tudo está muito descoordenado. Nós falamos que movimento social é controle social do Estado brasileiro. Mas para mim isso não funciona. Sem conhecer como funciona a máquina do Estado não dá para fazer controle social; isso é o que eu acho fundamental.

Para mim, controle social é isso, e só pode funcionar se selecionar o que é prioritário. O movimento indígena tem que definir o que é dele; aquilo que é só dele e não é mais de ninguém. Isso é a vida dele, assim como eu sou Baniwa. Tem coisas de Baniwa que eu nunca vou dividir com ninguém; não aceito que mudem minha história, nunca. Esse sou eu, esse é Baniwa e acabou. É por meio disso que eu vou me relacionar com as pessoas. Se eu, sendo um Baniwa, vou fazer controle social, só posso fazer isso a partir de minha realidade. Por exemplo, eu posso dizer que alguma coisa está errada porque na minha cultura funciona diferente e isso deveria ser de uma outra forma. Então, eu acho que controle social é, primeiramente, o que você faz quando está bem definido em seu espaço, em sua identidade. Aí você vai forte; pode começar a fazer controle social com o governo federal, com o estado e com o município também. Sem isso, fica tudo muito frágil, porque controle social é você acompanhar, de fato, se os direitos da sua cultura estão sendo executados ou não. Então, o movimento indígena tem que ter isso; tem que achar aquilo que é específico dele e atuar a partir daí.

Sully: Você vê influência mútua entre esses dois campos de atuação?

André: Um vai sempre procurar influenciar o outro. No Estado, quem opera essas leis? É o governo, não? O Estado obriga a ter controle social, mas as pessoas não valorizam esse espaço do poder que elas podem exercer sobre o Estado. E tem jeito de fazer isso. Cada vez que o governo

federal não funcionar, que não repassar o recurso, as pessoas têm que pressionar para que isso aconteça, para fazer funcionar. Não tem outro jeito; é uma dificuldade, mas temos que encarar. Muitas vezes as pessoas deixam pra lá e a coisa não anda. No Estado já está tudo escrito, principalmente no caso dos direitos indígenas; tudo está muito bem colocado, o problema é que o que está escrito não é respeitado; parece que sempre acham um jeito de desviar o que é o direito. E aí, muitas vezes, as pessoas ficam em silêncio, ou não fazem nada; fazem de conta que os problemas não existem e vão deixando passar. É neste momento que o controle social tem que gritar, e o movimento indígena também.

Sully: Você acha que o movimento indígena se beneficiou, de alguma forma, com a prática do controle social?

André: Acho que o movimento ainda tem muita dificuldade. Eu tenho pensado muito a respeito disso. Acho que deveria existir escola de movimento indígena. Por causa da falta dessa escola algumas pessoas ganham experiência e isso é bom, mas não há continuidade. Se formos comparar com os times de jogos brasileiros vemos que eles têm preocupação em formar novas gerações de jogadores. O movimento indígena não tem isso. As pessoas que conseguiram acumular experiência vão, num momento seguinte, para o governo, aí acaba faltando pessoas com experiência dentro do próprio movimento. As que ficam, as que não se destacavam muito no movimento, não conseguem continuar com o mesmo rigor das que saíram para atuar no governo.

Acho que existem dois momentos do movimento aqui no Brasil; primeiro era a época em que se gritava sobre os direitos indígenas; mobilizava-se os parceiros para brigar por seus direitos na Constituição. Num segundo momento, depois da Constituição, foram criadas as associações e, com a formalização dessas associações, foi possível conquistar mais terras. Depois da demarcação de terras foi o tempo dos projetos na área de educação, de alternativas econômicas, de manejo e não sei mais o quê. Hoje é a questão das mudanças climáticas que é o assunto maior. Só que aí o movimento já está somente acompanhando o que acontece, mas não define mais o que fazer, seja a longo

prazo ou permanentemente. É necessário que se tenha esta escola para formar equipes que possam atuar de forma contínua. Veja, se continuarmos comparando com o negócio do esporte, você percebe que eles têm altos e baixos, mas isso acontece porque quando piora eles aumentam as pessoas treinadas. Mas no movimento indígena não é assim; não se consegue ficar no mesmo nível, agora é um momento em que se está em baixa, porque não estão formando novas lideranças.

Sully: Você identifica algum prejuízo nesta interação entre controle social e movimento indígena?

André: Prejuízo? Eu acho que o prejuízo é o risco da liderança se entregar para o sistema brasileiro. Vamos ver o exemplo do município de São Gabriel: o Secretário de Educação é indígena e acompanha toda a discussão do movimento indígena; o prefeito foi do movimento indígena, o vice-prefeito também, mas muitas vezes a pessoa chega no governo e não quer mais saber disso. Quem entra é consumido pelo sistema burocrático brasileiro. Esse é o maior risco que existe. Então o movimento tem que atuar muito forte em cima disso e a liderança que vira governo também teria que estar muito atenta para diminuir esse risco. Esse é, para mim, o maior prejuízo que pode estar ali.

Quando você milita no movimento e cria uma ideia forte e passa a fazer o controle social e a insistir que tem que ter o direito respeitado, que as coisas têm que funcionar. Isso faz com que as pessoas passem a olhar para você, a te reconhecer. Aí quando aparece uma oportunidade elas indicam você para ocupar algum cargo. Mas há um grande risco de se passar para o outro lado e não manter o posicionamento que o levou até ali. Há um grande risco de passar a ouvir só o Estado e não mais ouvir a população. Esse é um grande prejuízo para o movimento e eu acho que isso está acontecendo em muitos lugares. Vamos dar um exemplo: eu sou Baniwa e vou aos Estados Unidos; lá não vão nem saber se sou Baniwa ou não. Passa um tempo e eu volto dizendo que sou de lá, que sou americano. Já me esqueci que sou Baniwa e que minha lealdade é com minha gente. Quando isso acontece, não é mais risco, já é um grande prejuízo.

Sully: Como você pensa que se poderia diminuir ou evitar esse prejuízo?

André: Isso é um pouco difícil. É dessa fragilidade que estávamos falando antes, que são as forças tão desiguais entre as partes. Agora como evitar isso? É muito individual, é de cada um, só posso falar de mim. O meu posicionamento hoje é manter a firmeza e a originalidade; as pessoas sabem que eu sou assim e que não vou mudar; então elas nem fazem uma proposta errada para mim. Quando querem me neutralizar, a estratégia é diferente. Eles contaminam meus conselheiros, os que são meus amigos, afastam todos de mim. Não tenho como evitar isso; é o jeito que acharam para me bloquear. É uma alternativa: te pegam individualmente, não te pegam mais como movimento. Aí, se o movimento está fraco e não acompanha isso, uma pessoa como eu fica isolada, o que é um pouco o meu caso aqui. No governo você anda de uma forma que é praticamente individual; é muito diferente de onde eu vim, do movimento indígena, onde eu trabalhava com a discussão e com o posicionamento do grupo, e todos atuávamos juntos. No governo você fica sozinho; seu posicionamento é sempre individual. Quando estamos juntos, quando há um grupo de pessoas para manter a luta, quando há pessoas falando em conjunto, umas ajudando as outras, é isso que faz a gente resistir. Sozinho ninguém aguenta. Mas isso também depende totalmente de um gestor principal.

Sully: Pensando na comunidade, como é que você vê a ação do controle social? Ele acontece? O controle social consegue atingir a comunidade? Consegue representar a voz da comunidade?

André: Nas comunidades aqui no Alto Rio Negro não estou vendo as coisas muito fortes. Nunca mais escutei que tivesse chegado carta das comunidades fazendo reivindicações. Deve existir, mas não falam. Se existe, não está sendo divulgado. O que é controle social? Isso depende de quem está fazendo o controle social. Acho que uma das tarefas é divulgar o que está acontecendo, falar sobre os problemas, fazer com que eles apareçam; todo mundo tem que saber o que está acontecendo. Assim, se o governo usa a força, usa o marketing, o controle social tem que usar isso também. Se não houver isso, está apanhando,

não está fazendo seu serviço. Eu acho que nas comunidades pouco está se fazendo essa mobilização; acho que não está suficientemente maduro, algumas pessoas sabem, mas não é discutido. Essa discussão do controle social ainda não virou cultura, não virou tradição ainda. A partir do momento em que fizer parte da nossa cultura e da nossa tradição, aí sim, o controle social vai sempre vir da comunidade. Mas por enquanto não. Não estou vendo isso hoje.

Sully: Você acha que há alguma penetração do controle social na vida política da comunidade?

André: Um pouco, com a participação do professor, do agente de saúde e da liderança da comunidade, mas eu acho que ainda é muito fraca. Muito fraca no sentido de saber fazer isso. Ninguém sabe dos problemas, ou se sabe, não consegue colocar em prática, não consegue colocar em ação. Se colocasse tudo isso em ação, aí o controle social funcionaria melhor nas comunidades.

Sully: Você acha que existe alguma incompatibilidade entre o tipo de poder que é exercido no controle social e o tipo de poder político que é exercido na comunidade?

André: Existe. O controle social sempre vai brigar com o Estado e com o governo, esse é o papel dele. Na comunidade não tem isso. Amanhece o dia e eu vou para minha roça, vou pescar, vou visitar alguém, ou me reunir com os outros na comunidade para tomar chibé. No outro dia é a mesma coisa. Neste sentido, eles não são incompatíveis como você diz, mas são diferentes. Então é por isso que a mobilização da comunidade depende de um elemento que venha, fale, conscientize, mobilize e chame a atenção para os problemas. É que, no dia a dia, as preocupações das pessoas na comunidade são outras. Elas não têm essa prática política do tipo que se faz no controle social. As pessoas conversam e dizem: “temos tal ou tal problema, vamos resolver”. Aí cada um diz o jeito que quer fazer e pronto. Mas para os problemas mais complicados, como as políticas públicas, aí precisa do agente operador, do representante que passa a elaborar documento, levar para a cidade, conversar, negociar e trazer a resposta de volta. Mas a comunidade continuará vivendo no

seu mundo de roça e de pesca. É essa a vida dela. Ali as pessoas ainda não entendem que têm a força para fazer a prefeitura, o governador ou a secretaria atuar corretamente. Elas não sabem disso. Se pudessem matar cinco cotias por dia para fazer moqueado tudo ficava bem. O professor está ali ensinando aos alunos também, mas a única coisa que vai ver é que está faltando merenda escolar; ele também não tem ideia da importância do contexto geral da política.

Sully: Como você avalia, positivamente ou negativamente, a trajetória do controle social em saúde indígena?

André: Eu agora já acho difícil falar sobre isso, porque já tem um bom tempo que eu participei, que andei discutindo o controle social. Mas olhando um pouco para trás, posso dizer que eu gosto deste trabalho, acho positivo; ele representa um nível muito alto da sociedade. No caso dos povos indígenas muitos já chegaram neste nível. No Brasil inteiro estão chegando neste nível, porque a consciência política cresceu muito; não são mais dominados, não são mais pessoas tuteladas, são pessoas que têm opinião no mesmo nível dos brasileiros que têm boa educação, que cursaram uma faculdade. O que eu acho que precisa mudar é saber se relacionar melhor com o governo; aproveitar melhor essa oportunidade de melhorar as coisas.

Mas isso não depende só da sociedade, o governo também precisa entender isso, passar a trabalhar melhor e também aprender a delegar poder. Porque a sociedade hoje não quer só receber o serviço, ela quer também fazer o serviço, ou pelo menos dizer como quer que ele seja feito. Vejo isso como algo muito positivo. Só que, no caso da saúde indígena, ainda não se conseguiu quebrar este sistema maior. Mas talvez esteja num processo que está avançando, pois a reivindicação de tirar a saúde indígena da FUNASA foi atendida, e agora vai tudo para a Secretaria Especial. Vamos ver se melhora.

A criação dessa secretaria é interessante para o movimento indígena como um todo, porque essa ideia sempre foi uma proposta do Norte. Isso é um ganho para o movimento indígena na Amazônia. Essa luta eu já tinha visto na última Conferência de Saúde Indígena a

que assisti. Na época não foi aprovado, mas agora foi, agora vai acontecer na prática. Talvez ela se fortaleça a partir daí; eu espero que sim, pois nestes últimos tempos a FUNASA não conseguiu fazer a saúde funcionar. O controle social também não foi suficiente para manter o funcionamento da saúde, tanto é que nos últimos dois ou três anos o sistema de saúde indígena praticamente não funcionou mais.

Sully: Você acha que a experiência que adquiriu no movimento indígena e no exercício do controle social contribuiu de alguma forma para o cargo que você ocupa hoje? Se contribuiu, você poderia dizer em quê?

André: Contribuiu muito. O movimento indígena é uma experiência prática, acho que é principalmente isso, não é só um discurso. É discurso e prática. Se lembrarmos como era o tempo em que eu não tinha experiência e compararmos com hoje, faz muita diferença. Eu não conseguia falar um minuto, e também as pessoas não me deixavam falar. Quando eu começava a falar, outro já respondia e já matava minha conversa. Essa história mudou, com o tempo começaram a me oferecer 15 a 20 minutos para falar da minha experiência. Quando faço isso, é prática e discurso que estou juntando no depoimento. Isso é uma mudança muito forte.

Minha experiência no movimento indígena também está muito ligada ao trabalho de comercialização de produtos de cestaria Baniwa, que foi um trabalho que fiz quando estava na associação indígena do meu povo. Tem também uma imagem muito carregada do trabalho com a educação escolar indígena, através da escola Baniwa. Na saúde indígena, eu acho que o trabalho que fizemos com a medicina tradicional também marcou muito, mas minha atuação no controle social também foi uma experiência importante. Vi isso claramente quando declarei que ia ser candidato a prefeito. Foi algo que surgiu do nada. O PT era praticamente o favorito para ter um candidato a prefeito aqui no nosso município. Mas consegui apoio para o meu posicionamento, por causa dessas experiências que tive no movimento indígena. Três meses após termos lançado minha candidatura fizemos uma divisão enorme dentro do PT, que era quem conduzia a articulação do proces-

so eleitoral. E assim foi, até que eles resolveram chamar o meu grupo para conversar e para fazer uma aliança. Aí, quando juntou nosso grupo e o deles explodimos o resultado na eleição. As pessoas comentam que, em grande parte, eu fui responsável pela quantidade de votos que recebemos; mais do que a metade dos eleitores votou na nossa chapa. Então eu considero que a imagem que construí no movimento indígena contribuiu sim para que eu esteja no cargo em que estou. Porém, de certa forma, hoje a comunidade reconhece as limitações do que posso fazer na prefeitura, e continua reconhecendo isso. Por causa disso, desse reconhecimento em termos de opinião pública – não sei qual é a porcentagem –, é que o governo me chamou recentemente para conversar sobre as possibilidades de melhorarmos o trabalho. Então é claro que minha experiência no movimento contribuiu muito para eu chegar aqui onde estou.

Para finalizar, avalio de uma forma geral, que vivemos uma experiência pessoal muito forte no movimento indígena; é o que eu vivo desde o início, quando atuei na associação local. Quando dirigi a Organização Indígena da Bacia do Içana (OIBI), tive que romper regras de lá mesmo, que também geraram inimizades com lideranças de algumas comunidades; essa inimizade tem durado, não só anos, mas décadas. Infelizmente isso aconteceu, mas não teve outro jeito. É que para fazer um trabalho sério você tem que romper alguns vícios, quebrar estratégias que não condizem com a necessidade das comunidade, que só são do interesse de alguns. Uma das coisas que fiz foi quebrar os vícios de que o dirigente entra com uma proposta e depois não faz, que não cumpre o que prometeu. Não sei se isso é medo ou má influência, o fato é que as pessoas agem assim. Quando estive na associação, só prometia o que podia fazer e cumpria tudo o que prometia. Isso me deu credibilidade junto às comunidades.

Quando me candidatei a prefeito algumas pessoas me perguntavam: “André, se você virar prefeito, será que não vai mudar? Porque todas as pessoas que entram mudam, e eu acho que com você não vai ser diferente!” Esses eram os desafios colocados o tempo inteiro para mim. Às vezes, eu me sentia até mal com isso, com tanta gente em

cima de mim desse jeito. Só que essa cobrança também servia para lembrar que eu tenho uma missão e não posso mudar. Eu tenho uma missão que é ir mudando o Estado; essa é a minha missão número um. Não é entrar no sistema e ser modificado por ele, é modificar o sistema naquilo que eu puder. Eu seria contraditório se aceitasse ser dominado pelo sistema, isso seria contra o meu discurso que é o de apreender o sistema para dominar este mesmo sistema e tentar fazer ele funcionar melhor. Hoje é nessa situação em que estou vivendo.

Depoimento de Kleber Karipuna, coordenador-tesoureiro da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB)

Depoimento da Liderança no I Encontro Internacional de Demografia e Saúde Indígena, realizado em Manaus em maio de 2010

Boa tarde a todos os presentes. Sou Kleber Karipuna, coordenador-tesoureiro da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB), liderança indígena da região do estado do Amapá.

Vou falar um pouco sobre a situação do sistema de atenção à saúde indígena. No Brasil, diante de todas as preocupações e de todos os problemas que os povos indígenas vêm enfrentando, esse panorama é mais uma imagem deste sistema de atenção à saúde, que é uma área super delicada, pois trata da saúde do nosso povo indígena. Então, temos uma preocupação que vem de bastante tempo, de muita discussão em vários encontros, seminários, conferências nacionais para tentar conseguir melhorias no atendimento aos povos indígenas.

Neste sentido, a gente sempre encontra várias barreiras, muitos problemas, principalmente de cunho político e operativo. Já não digo nem tanto do ponto financeiro, pois há um recurso um tanto quanto reduzido, é claro, mas é um recurso que dá minimamente para atender as necessidades básicas de atenção à saúde dos povos indígenas; dá também para fazer a prevenção nessa atenção à saúde dos povos indígenas. Mas infelizmente, mesmo tendo esse recurso, a gente não consegue avançar muito com esse sistema que está vigente na questão da saúde, através do subsistema de saúde indígena.

Temos vários problemas nesse campo. Por exemplo, a gente enfrenta uma discussão, desde o ano passado, que é sobre a questão da localização, quer dizer, onde vai funcionar a atenção à saúde dos povos indígenas. Até então estava lotado na estrutura da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Mas diante de um diálogo iniciado a partir de 2008, ainda que tudo tenha se concretizado mais em 2009, a gente

vive hoje a expectativa da criação da Secretaria de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, vinculada diretamente ao Ministério da Saúde.

Nossa esperança é de que isso possa quebrar um pouco essa burocracia que havia na FUNASA, que fazia com que os recursos e as orientações para a saúde nunca chegassem na base, nas aldeias. Há uma discussão feita pelas lideranças em relação a isso, mas não tem adiantado muito. Parece que agora, depois de várias reivindicações dos povos indígenas, que em vários momentos solicitaram a melhoria da saúde indígena, estamos prestes a viver uma mudança de estrutura. Não vai resolver todos os problemas da atenção à saúde dos povos indígenas, lá na ponta, nas aldeias, mas sempre temos esperança de que pode melhorar.

Mas não deixamos por menos. Sempre estamos discutindo com o Ministério da Saúde e nossa posição é que não vai adiantar apenas tirar a saúde indígena da FUNASA e criar uma secretaria específica para atenção à saúde dos nossos povos, se não tiver uma mudança do sistema de atuação desse componente da saúde. Se mudar só de órgão, sem mudar o jeito de fazer as coisas, não vai funcionar.

O que se vê hoje, dentro da estrutura da FUNASA, é um sistema até bem modelado. Há dentro dele as Coordenações Regionais com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, os DSEI. Lá tem conselho distrital e conselhos locais, que atuam e participam sempre das discussões relacionadas à atenção à saúde dos povos indígenas lá na comunidade. Isso é bom; bem interessante. O problema é que lá na ponta você não vê isso se aplicando na prática.

A população indígena exerce um controle social. Participa, reclama, apóia quando é necessário, expõe quais são os problemas que devem ser atacados para melhorar a saúde, mas, infelizmente, na prática, isso não funciona; não conseguimos ver a melhora de fato.

Foram esses problemas que apresentamos para o representante do Ministério da Saúde, o dr. Antônio Alves, que está coordenando todo esse trabalho de criação da nova Secretaria de Saúde Indígena. O que nós dissemos é o que sentimos: gostaríamos de mudar não apenas o local do funcionamento do Sistema de Atenção à Saúde Indígena, mas

sim todo o funcionamento desse sistema. E a mudança de sistema é o que a gente está propondo desde a I Conferência Nacional da Saúde Indígena, a autonomia dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Não adianta você ter um Distrito como é hoje, dentro da FUNASA, totalmente subordinado à Coordenação Regional, atrapalhado por essa burocracia que emperra tudo. Sem a autonomia dentro do DSEI, sem que o distrito possa aplicar as políticas de saúde que são discutidas com as comunidades, que são discutidas nos conselhos locais ou distritais nunca esse sistema vai funcionar. Então, tem que ter autonomia para aplicação da política lá na ponta, atuando de fato nas comunidades.

Nós queremos acreditar que a proposta hoje, com a criação da secretaria indígena é de garantir, de fato, autonomia dos DSEI. Isso já foi pré-garantido no decreto que direciona para a criação da secretaria indígena e que também estipula a autonomia dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. A gente espera que logo que seja assinado pelo presidente Lula o decreto-lei que cria a Secretaria Indígena, aí sim, poderemos passar para outra fase de discussão, que é de fato a implementação desse novo sistema, esse novo modelo de atenção à saúde dos povos indígenas. Mas com isso vem toda uma preocupação em relação a essa nova proposta. É porque estamos em um ano político e em ano político sempre surgem problemas.

Nesse ano, por exemplo, estamos com um grande problema. Os distritos ainda funcionam na estrutura da FUNASA e muitas vezes os próprios funcionários querem se eximir da responsabilidade de fornecer Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; eles alegam que tudo vai mudar para a secretaria de saúde indígena e que então o problema agora é deles. Mas não é assim. A FUNASA ainda está com a responsabilidade por essa estrutura; hoje, pela lei ainda é a FUNASA que tem que fazer esse serviço, seja na parte do saneamento básico, ou da saúde mais diretamente. Então, o que estamos vendo é que muitas vezes a FUNASA, meio indiretamente, está começando a se omitir em prestar essa atenção à saúde indígena.

Acho que essa é uma questão que a gente vai enfrentar nesse período de transição da FUNASA para a nova Secretaria de Saúde Indígena. Na verdade, a gente teme um caos na atenção à saúde dessa população indígena, porque no processo de transição vai ter muitos jogos de interesses. O atual presidente da FUNASA sai em abril, porque ele é pré-candidato nas eleições, vários outros dirigentes também são, assim como o atual coordenador do Departamento de Saúde Indígena (DESAI). E aí nós ficamos com uma grande preocupação sobre quem vai assumir essas funções; como vai ser esse processo de transição? Em uma discussão recente com a equipe do Ministério da Saúde nós expomos essa preocupação e tentamos conseguir garantia de que o processo de transição fosse mais tranquilo, sem representar um problema a mais para a população indígena. Mas é difícil, não é? Tudo é muito político.

O movimento indígena, através da COIAB e de outras organizações indígenas, está tentando levar essa discussão para o Ministério da Saúde, tentando conseguir uma garantia mínima do próprio ministro, para evitar muitos problemas nesse processo de transição, mas não temos nenhuma garantia.

Mesmo a Secretaria de Saúde Indígena é ainda meio duvidosa para nós. Não dá para vislumbrar como seria um funcionamento adequado desse órgão. Ainda não pudemos ver direito nem como é no papel, como está proposto o modelo de atenção à saúde dos povos indígenas nesse novo órgão, o que dirá na prática.

Na prática o que vemos são vários problemas que os povos indígenas enfrentam quando vão para um atendimento no hospital público, onde você deveria ter garantida essa assistência à população indígena. Mas não é isso o que se vê no atendimento dos hospitais públicos e até mesmo nas Casas do Índio. Mesmo nessas, que deveriam ser o primeiro lugar onde o povo indígena deveria buscar o atendimento para depois ser encaminhado para os postos de saúde e para os hospitais, o indígena encontra barreira. São os funcionários contratados, os técnicos ou os enfermeiros, enfim, os que trabalham lá, que não têm conhecimento das diferenças no jeito de viver do povo indígena. Nós

temos uma diversidade cultural que deveria ser respeitada, que deveria ter um tratamento diferente, em respeito à cultura. Mas não vemos nada disso, quando você vai num lugar desses é um tratamento comum, como se estivesse tratando uma pessoa sem nenhuma diferença cultural ou linguística; o jeito de ser, a cultura daquele determinado povo é esquecido.

Às vezes tem um indígena que não fala nem a língua portuguesa direito e vai ao posto em busca de um tratamento médico; ali as pessoas o tratam com ignorância; agem com uma certa brutalidade e esse indígena acaba não retornando mais para o tratamento de saúde, porque, na primeira tentativa de conseguir o tratamento já foi tratado mal; aí, muitas vezes, ele prefere morrer na comunidade, sem buscar tratamento médico. Muitas vezes não se sabe se o sofrimento maior é da doença ou da procura por tratamento médico no subsistema de saúde.

Outra questão que eu gostaria de expor é com relação aos dados que hoje a FUNASA coleta através do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Existem muitos dados sobre as populações indígenas que mostram a quantidade de população indígena nas comunidades: qual a população de homens, de mulheres e de crianças; quais as doenças acontecem especificamente em cada região, mas não vemos os DSEI usando esses dados para nada.

Os indígenas que vivem nos centros urbanos são outra preocupação. Para esses, a FUNASA, em várias regiões, se nega a oferecer tratamento quando estão doentes. Até mesmo nessa estatística do SIASI a FUNASA se nega a incluir os indígenas que vivem na cidade. Nós entendemos que eles merecem o mesmo tratamento que aquele que vive na aldeia, mas a FUNASA pensa o contrário. Achamos que é preciso inserir essas pessoas no sistema de informação da FUNASA para buscar a garantia de recursos e de atendimento também para esses parentes indígenas que ainda enfrentam a barreira por conta desse não reconhecimento. Nós temos buscado resolver essa situação via FUNAI ou através da própria FUNASA, mas não temos ainda uma solução. Hoje, estamos com um diálogo bem aberto com o pessoal do IBGE, para que no censo de 2010 seja possível garantir o levantamento real

da população indígena no país. Nesse censo várias questões foram garantidas para inserir o povo indígena nos dados da pesquisa e mostrar nossa existência, tanto nas aldeias quanto nas cidades. É importante ter os povos cadastrados num sistema como o do IBGE, que é o sistema usado pelo governo brasileiro para medir a quantidade da população do país; isso é muito interessante para nós, principalmente para os que vivem nas aldeias, que sempre foram esquecidos.

Acredito que partir desse censo de 2010 vamos ter, de fato, o número real dos indígenas que vivem no Brasil, porque eles vão visitar cada comunidade ou aldeia indígena existente hoje no Brasil e fazer um censo o mais próximo possível da realidade da população indígena. É bom sabermos que poderemos ter o número certo da população indígena real do Brasil, porque tem muita confusão nisso. No último censo, o IBGE dizia que existiam em torno de 700 mil índios. Os dados da FUNAI, diziam que eram 600 e poucos mil, e, segundo dados da FUNASA, o número de índios era bem menor do que isso. Quer dizer, fica uma situação muito incerta. Com o censo feito pelo IBGE, vamos ter um número correto, e bem alto, da quantidade de povos que vivem no nosso país.

Um técnico do IBGE nos explicou que no GPS, aparelho que eles vão usar para fazer a coleta de dados, vai ter um campo para a pessoa informar para o recenseador o nome do seu povo. Se ela falar um povo que não existe, ou que não foi identificado, o recenseador vai poder colocar no sistema como um povo existente. Então, você vai ter um número verdadeiro de povos indígenas existentes no Brasil. Nós achamos que esse é um momento muito significativo, porque esses dados poderão ser usados por nós, pelo nosso movimento, e pelos órgãos públicos do poder para fazer uma melhor política para saúde, educação e outras áreas.

Vou finalizar dizendo que nós esperamos que com a criação dessa nova estrutura, dessa secretaria vinculada diretamente ao Ministério da Saúde, sem muitos locais para impedir o recurso de chegar até as comunidades, seja possível melhorar a saúde indígena. Acreditamos que com a autonomia dos DSEI garantida teremos uma melhoria na

atenção à saúde dos povos indígenas e poderemos vislumbrar um melhor sistema de atenção à saúde dos povos indígenas; um que funcione corretamente para melhorar a vida dos povos indígenas do Brasil. Fico à disposição para questionamento. Obrigado.

Capítulo 9

Educação escolar
indígena e suas
interfaces com o
campo da saúde

Elciclei Faria dos Santos

Laura Daniel

Introdução

Falar de educação escolar indígena significa pensar na diversidade de povos indígenas que habitam o território brasileiro, possuidores de múltiplas culturas, línguas, crenças, valores e estratégias próprias de educação.

Estimativas demográficas apontam que no início da colonização existiam no Brasil cerca de cinco milhões de índios. Atualmente, segundo estimativa do censo realizado em 2001 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população indígena se reduz a pouco mais de 700 mil índios. Ao longo do processo de colonização, muitos povos indígenas foram dizimados e outros resistiram – e resistem até hoje – ao longo de cerca de 500 anos, mantendo suas culturas e formas próprias de educar. Na busca de efetivar a colonização do território nacional e de integrar os índios à sociedade brasileira, diversas estratégias foram utilizadas pelos colonizadores. Uma que merece destaque foi a implantação de escolas em terras indígenas, a partir das quais diferentes projetos de educação escolar foram impostos aos povos indígenas.

A criação de órgãos específicos (SPI, FUNAI) responsáveis pela política de educação escolar para os povos indígenas não alterou a premissa de integração. Os que tiveram acesso à escola sob atuação desses órgãos foram submetidos a processos educacionais coercitivos, com proibição de usar a língua materna e de praticar a cultura herdada de seus ancestrais. Além disso, castigos corporais não foram incomuns nessas iniciativas.

Nesse contexto, a escola e a política de educação escolar indígena impostas pelo Estado brasileiro aos povos indígenas, fiéis à proposta de construção de uma sociedade nacional que se pretendia homogênea, instituíram um processo de depreciação sistemática das produções culturais nativas. O Brasil, um dos países com a maior diversidade cultural indígena, tem uma dívida histórica com os primeiros habitantes do território que, ao longo do tempo, em que pese a variedade de estratégias utilizadas pelo Estado para integrá-los, continuaram mantendo vivos seus modos próprios de educar e de viver.

Na década de 1970, a educação escolar indígena específica e diferenciada passou a ser uma das principais reivindicações do movimento indígena no Brasil. Nessa mudança de contexto, a escola tornou-se uma necessidade cotidiana, mediante a qual diversos membros dessas entidades buscavam a concretização dos seus – e dos povos por eles representados – projetos de futuro. Cada vez mais, a escola se transforma em espaço de defesa e luta pela manutenção de territórios e valorização do modo indígena de viver. O espaço escolar hoje é entendido como uma via de conquista da autonomia para os membros das culturas diferenciadas, detentoras de processos educativos próprios, distintos daqueles adotados no mundo não indígena.

A experiência prévia das autoras com a temática da educação escolar, particularmente com a educação escolar indígena, motivou a elaboração deste texto. Iniciaremos problematizando os princípios que orientam a educação escolar indígena, bem como suas interfaces com os processos formativos em saúde. Nessa trajetória, optamos por fazer um breve histórico da educação escolar indígena no Brasil, apresentando os marcos legais da relação do Estado com os povos indígenas, os quais estão expressos na legislação específica de educação escolar indígena.

A educação escolar indígena no Brasil

A educação escolar indígena é tópico tema recente no Brasil, mas existe uma vasta literatura sobre o tema, sobretudo publicações que se reportam à formação de professoras e professores indígenas. Na área da saúde, o mais comumente encontrado são iniciativas de cursos de capacitação e treinamentos rápidos. Experiências voltadas para elevar a escolaridade e propiciar a formação técnica específica de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) ainda são incipientes.

Falar de educação escolar indígena no Brasil requer olhar para a História, na tentativa de compreender como vem se dando tal processo, desde o início da colonização do Brasil até a promulgação da

Constituição Federal de 1988, cuja preocupação com a garantia dos direitos indígenas representou um marco de mudança na relação do Estado brasileiro com essas minorias étnicas.

Silva (1998) apresenta quatro fases da educação escolar indígena no Brasil. A primeira remonta o período marcado pela ação dos missionários católicos, principalmente os jesuítas, desde o início da colonização. Além de cristianizar os índios, essa política visava a exploração de sua mão de obra, assim como integrá-los à sociedade nacional.

A segunda fase da educação escolar indígena no Brasil se deu pela ação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), no período compreendido entre 1910 a 1967. A política desse órgão também visava, de forma menos explícita, integrar os povos indígenas à sociedade nacional. Uma das estratégias utilizadas era o bilinguismo, que defendia o uso da língua materna nas escolas indígenas. Porém, este seria utilizado como uma forma de acelerar a transição do falar indígena para a Língua Portuguesa, mantendo-se assim os propósitos integracionistas da educação. Em outras palavras, segundo as premissas dessa política pública as línguas, indígenas estavam fadadas a desaparecer, e os povos indígenas passariam a compor a sociedade brasileira, como falantes monolíngues do português.

Com a criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), em 1967, a educação escolar indígena passou a ser de sua competência. A política de educação desenvolvida por este órgão também visava integrar os povos indígenas à sociedade nacional. Foram mais de duas décadas de práticas de educação escolar pouco comprometidas com o contexto cultural de cada sociedade indígena, persistindo a desvalorização das línguas e das culturas indígenas em geral, e das práticas educativas particulares de cada etnia.

A terceira fase da educação escolar indígena no Brasil apontada por Silva (1998), teve seu início no fim da década de 1970, num contexto marcado pela ditadura militar, quando começaram a surgir projetos alternativos de educação escolar indígena. Tais iniciativas foram empreendidas por organizações não governamentais (ONGs) e outras entidades de apoio à causa indígena, com assessorias especializadas de universidades como a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e Universidade Federal

do Rio de Janeiro (UFRJ), entre outras. O movimento indígena lutava por escolas que não trouxessem os modelos etnocêntricos da educação ocidental que descaracterizavam suas culturas e que desconsideravam suas línguas e seus modos próprios de educar.

Em meados da década de 1980, sob a assessoria de ONGs e outras entidades, os povos indígenas começaram a vivenciar experiências de educação escolar que culminaram na construção de currículos e regimentos escolares próprios e que, assumidos pelas comunidades indígenas, serviram de referência para outras iniciativas no país. A partir destas experiências, o movimento indígena se fortaleceu, ganhou visibilidade e intensificou a luta por projetos de educação escolar que atendessem às suas necessidades e demandas.

No fim dos anos 1980 e início da década de 1990, teve início a quarta fase da educação escolar indígena no Brasil que, de acordo com Silva (1998), refere-se à autogestão indígena de suas escolas, em suas comunidades. Esta fase é caracterizada pela luta do movimento indígena, que busca uma superação dos modelos ocidentais e integracionistas de educação escolar. Os projetos educacionais construídos no bojo destas iniciativas têm os indígenas como protagonistas, ou seja, visam o desenvolvimento de uma escola pensada *pelo índio e para o índio*.

Nesse campo de lutas mais amplas, os povos indígenas começaram a se apropriar da escola e a ressignificá-la como um espaço próprio, onde os projetos de educação escolar estão diretamente ligados aos projetos de vida de cada povo e podem contribuir para a conquista da autonomia que tanto desejam. Nesse contexto, os embates e conflitos com a chamada sociedade envolvente se intensificaram. Como resultado, podemos destacar a garantia de direitos assegurados na Constituição Federal de 1988, que deu origem a outros instrumentos legais no que se refere à educação escolar indígena específica e diferenciada, criados no início da década de 1990.

Além de garantir aos povos indígenas o reconhecimento do direito de manter sua identidade cultural, a Constituição Federal assegurou, no artigo 210, o uso das línguas maternas no sistema escolar e a valorização dos processos próprios de aprendizagem de cada grupo étnico. Já

o artigo 215, responsabiliza o Estado pela garantia e pela proteção das manifestações culturais desses povos. Assim, a escola indígena passa a ser vista como um instrumento de valorização das culturas, das línguas, das tradições e dos saberes indígenas. Pressupõe-se também, que sendo valorizada, a cultura indígena pode ofertar base para o conhecimento de outras culturas, aí incluídas as culturas das sociedades não indígenas, sem que se institua uma relação de subalternização.

Tais conquistas legais suscitaram mudanças nos marcos jurídicos que regulam a questão indígena no país e, pela primeira vez na história da educação brasileira, uma Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei n. 9.394/96) trouxe em seu texto dois artigos (78 e 79) que tratam especificamente da educação escolar indígena. É importante salientar que antes da promulgação desta lei, o Decreto n. 26/91 atribuiu ao Ministério da Educação (MEC) a competência de coordenar as ações de educação escolar indígena em todos os níveis e modalidades de ensino, cabendo às Secretarias de Educação dos estados e municípios a responsabilidade de executá-las.

O Plano Nacional de Educação (PNE), Lei n. 10.172/2001, trouxe 21 objetivos e metas que visam superar o cenário de fragmentação e descontinuidade predominante nas experiências anteriores de educação escolar indígena, que representavam um sério entrave para a universalização da educação desses povos. Apesar deste avanço, persiste uma indefinição na distribuição de responsabilidades entre a União, os estados e os municípios, o que tem dificultado a implementação de uma política nacional capaz de garantir o oferecimento de educação intercultural e bilíngue às comunidades indígenas (Brasil, 2007).

O PNE prevê a criação e regularização da categoria “escola indígena”, dotada de autonomia no que se refere ao projeto político pedagógico, ao calendário escolar, currículo e material didático. Ele também garante a participação das comunidades nas decisões sobre o processo educativo, prevê a implementação de programas especiais, em colaboração com as universidades, para a provisão de formação inicial e continuada de professoras e professores indígenas, visando aprimorar a qualidade da educação básica nas escolas indígenas (Brasil, 2002).

O Censo Escolar Indígena de 1999 revelou a heterogeneidade nos níveis de formação do professorado indígena e apontava para a necessidade de implementar políticas específicas para permitir a elevação da escolaridade e profissionalização desses sujeitos, visto que:

(...) 28,2% ainda não completaram o ensino fundamental, 24,8% tinham o ensino fundamental completo, 4,5% tinham ensino médio completo, 23,4% tinham ensino médio com magistério, 17,6% tinham ensino médio com magistério indígena e 1,5% tinham ensino superior (Brasil, 2007).

O Censo Escolar de 2005 registrou que: 9,9% dos professores que atuavam nas escolas indígenas não concluíram o ensino fundamental; 12,1% possuem o ensino fundamental completo; 64,8% possuíam ensino médio e 13,2% tinham o ensino superior. Esses percentuais representam uma significativa melhoria na formação desses profissionais indígenas, e são resultantes da implementação de políticas indigenistas, tanto por iniciativa dos sistemas de ensino quanto de organizações não governamentais (Brasil, 2007).

Os números mostram também que houve resposta parcial às carências da educação escolar indígena específica, já que muitas escolas indígenas existentes no Brasil têm, atualmente, professoras e professores indígenas atuando nas escolas implantadas nas terras indígenas de sua própria etnia, as quais ofertam ensino na língua materna. Porém, diversas etnias ainda não tiveram acesso a cursos de magistério indígena para formar seus próprios profissionais.

Os cursos de magistério indígena oferecidos têm duração média de quatro a cinco anos e são realizados de forma presencial e não presencial. Caracterizam-se como modalidade de formação em serviço e permitem que professoras e professores indígenas concluam a educação básica e tenham a formação específica intercultural para atuar nas escolas das aldeias. Ressalta-se que cerca de 10% do professorado indígena que leciona nas escolas indígenas ainda não concluiu o ensino fundamental e nunca recebeu formação específica. Tal realidade evidencia a necessidade de investimento em políticas de formação contínua que contemple as demandas indígenas. Em levantamento oficial, o Ministério da Educação

do Brasil informou que: “Norte e Nordeste constituem as duas regiões que concentram um maior número de professores indígenas com menor escolaridade: nessas regiões, o percentual de professores com o ensino fundamental incompleto é maior que a média nacional: 18,4% na região Norte e 12,6% na região Nordeste” (Brasil, 2007, p. 20).

Vale salientar que a formação mínima exigida para o exercício da docência em creche, educação infantil e séries iniciais do ensino fundamental (1º ao 5º ano) deve ser o ensino médio normal ou magistério indígena. A precariedade na formação do contingente de professoras e professores indígenas que trabalham nessas etapas de ensino nas escolas indígenas é grande, o que aponta a necessidade de “avançar na formação para a docência: 41,3% dos professores que atuam na creche, 42,5% dos da pré-escola e 40,6% dos que lecionam nas séries iniciais do ensino fundamental” (Brasil, 2009, p. 20).

Além disso, o maior desafio das escolas indígenas hoje é o atendimento da crescente demanda de jovens e adultos que anseiam prosseguir seus estudos na segunda etapa do ensino fundamental (6º ao 9º ano) e no ensino médio. A possibilidade de continuar os estudos nas próprias aldeias tem sido pauta de discussão do movimento indígena e foi amplamente discutido na I Conferência Nacional de Educação Escolar Indígena (CONEEI), realizada no ano de 2009, em Luziania-GO.

No tocante à formação em nível superior, o número de professoras e professores indígenas graduados é bastante reduzido, pois apenas 21,2% dos que atuam nos anos finais do ensino fundamental e 51% dos que atuam no ensino médio possuem licenciatura. Os números revelam urgência na expansão da oferta de cursos de licenciatura específicos para atender os que estão atuando nessa etapa e modalidade de ensino (Brasil, 2009).

A necessidade de formação de outros agentes sociais indígenas merece atenção no campo da educação escolar indígena. No que se refere a cursos de educação profissional, registrou-se um percentual de 0,7% das matrículas para essa modalidade de ensino. Se considerar as matrículas no ensino médio integrado à educação profissional, o percentual fica limitado em 0,1% das matrículas. Ainda que reduzidas, as matrículas computadas nos

cursos relativos à área da saúde, na educação profissional, são os mais frequentes, haja vista a ideia de que as sociedades indígenas poderiam ser grupos vulneráveis. Portanto, a formação de agentes de saúde dentro das próprias comunidades ganhou certo destaque. No entanto não se percebe o mesmo empenho para a diversificação de outros conhecimentos profissionalizantes (Brasil, 2009, p. 18).

Diante dessa realidade, o Estado brasileiro tem como desafio criar e implementar políticas de formação específicas para atender as necessidades crescentes por educação básica, nas terras indígenas. A essas demandas somam-se atualmente as reivindicações por oferta de cursos em nível superior, para formar professoras e professores indígenas com propostas pedagógicas interculturais, em que os saberes próprios das culturas dos distintos povos possam dialogar com os saberes de outras culturas, quer sejam indígenas ou não. Tais medidas podem promover estratégias de ensino-aprendizado culturalmente respeitadas e pedagogicamente consistentes, capazes de qualificá-los para atuar na educação básica como um todo, do 1º ao 9º ano do ensino fundamental e ensino médio. Também podem confluir para o oferecimento de cursos diferenciados de educação profissionalizante nas diferentes áreas do conhecimento, de acordo com as necessidades e demandas dos povos indígenas.

Esse cenário nacional esconde importantes diferenças entre as realidades locais, quer aquelas ligadas às especificidades de cada cultura indígena, quer aquelas oriundas das formas distintas de viabilizar o processo colonizatório, do qual a educação surgiu como elemento fundamental. Um exemplo dessas singularidades locais pode ser dado pela análise do campo educacional no Alto Rio Negro.

Educação indígena no Alto Rio Negro

Weigel (2000), que analisou essa realidade, informa que a região é povoada por uma população indígena que estabeleceu um contato his-

tórico com os brancos conquistadores desde o primeiro século da Colônia e, mais tarde, com os grupos interessados em consolidar a nação brasileira, que buscavam fortalecer e ampliar os mecanismos de integração da Amazônia às estruturas da sociedade nacional.

Os interesses dos missionários de diferentes ordens religiosas que atuavam na região do Alto Rio Negro giravam em torno da cristianização e de interesses econômicos, como o acúmulo de riquezas e a exploração de mão de obra indígena, numa situação que se perpetuou ao longo do século XVII. Estando a serviço do Reino Português, os missionários religiosos recebiam como benefício do Estado, a *côngrua*¹ (Weigel, 2000).

Até meados do século XVIII, entre as ordens religiosas que atuavam no Rio Negro destacam-se os padres das mercês, as carmelitas e os capuchinhos. A partir do século XIX, há registro da atuação dos franciscanos, que pretendiam fundar colônias missionárias na missão do rio Uaupés, mas por inabilidade no trato com os rituais sagrados do povo Tariana, foram expulsos por esses índios (Weigel, 2000).

Aliados do Estado, os missionários religiosos estiveram a serviço da Coroa Portuguesa e de seus interesses econômicos durante o período colonial em que atuaram no Alto Rio Negro. Ainda que diversas congregações religiosas se sucedessem na catequese naquela região, não houve mudanças essenciais nos propósitos e estratégias de atuação nos séculos subsequentes.

Por fazer fronteira com a Venezuela e a Colômbia, a região do Alto Rio Negro tem sido tratada pelos governantes, desde o Império, como estratégica para a segurança nacional. Para tanto, as autoridades governamentais solicitavam, incentivavam e apoiavam os empreendimentos de seus aliados religiosos que articularam formas de educação para os índios, por meio da catequese e do ensino das *primeiras letras*.

¹ Designa-se *côngrua*, a tradição cristã paroquial de dever moral e religioso do crente contribuir financeiramente para a honesta e digna sustentação do seu pároco. Estando ele todos os dias e todas as horas ao serviço da paróquia, ministrando os sacramentos e o ensino religioso, os paroquianos contribuía para que o pároco servisse em disponibilidade total. No Alto Rio Negro, os missionários religiosos a serviço do Reino Português, recebiam este benefício do Estado (Weigel, op.cit.).

Aqui é importante também voltarmos um pouco na História e nos remetermos aos jesuítas, que integraram-se, desde o início, à política colonizadora do rei de Portugal e foram os responsáveis quase exclusivos pela educação no Brasil durante 210 anos. Entretanto, os jesuítas logo compreenderam que não seria possível converter os índios à fé católica sem, ao mesmo tempo, ensinar-lhes a ler e a escrever.

A *escola de primeiras letras* foi um dos instrumentos de que lançaram mão para alcançar seu objetivo mais importante: a difusão e a conservação da fé católica, mas também esta era a escola que serviria aos interesses do Estado. Dessa maneira, o *ensino das primeiras letras* tinha finalidade de caráter elementar para os filhos dos colonos e dos índios. Segundo Aranha (1996), “desde o início da colonização o índio se encontrava a mercê de três interesses, que ora se complementam e ora se chocam: a metrópole deseja integrá-lo ao processo colonizador, o jesuíta quer convertê-lo ao cristianismo e aos valores europeus, e o colono quer usá-lo como escravo para o trabalho”.

No sentido de aprofundar e consolidar entre os indígenas um estilo de vida adequado aos interesses dos grupos sociais dominantes, o Estado brasileiro acolheu o trabalho dos missionários salesianos² e apoiou, a partir da década de 1920, a fundação de escolas no Alto Rio Negro (Weigel, 2000).

O primeiro centro missionário salesiano foi fundado em 1915 no Alto Rio Negro. Em 1919, dom Pedro Massa, prefeito apostólico substituto de monsenhor Giordano, denominou esses centros de *núcleos de civilização*. Os centros eram construídos em locais estratégicos, próximos aos núcleos indígenas mais populosos. Eram construções imponentes que reuniam escola, internato, oficina, maternidade, ambulatório, hospital, dispensário, igreja, residência dos religiosos e até estações meteorológicas. No início da década de 1950, os salesianos já haviam construído sete grandes sedes de missão: São Gabriel (1915), Barcelos (1924), Santa Izabel (1942), no rio Negro; Taracua (1924) e Iauaretê (1929), no rio Uaupés; Pari-Cachoeira

² Os salesianos são membros da “Sociedade de São Francisco de Sales ou Congregação Salesiana”, fundada por dom Bosco no fim do século XIX, para educar a juventude na cidade italiana de Turim (Barsa, 1962, p.263).

(1938) no rio Tiquié; e Assunção do Içana (1953) no rio Içana (Weigel, 2000).

Assim como a instalação das missões na região do Alto Rio Negro foi diferenciada, os processos educativos utilizados pelos missionários salesianos também o foram. Os irmãos e irmãs, oriundos de outros países, se deslocaram para essa região sem o domínio da língua portuguesa, dispostos a enfrentar distâncias, adversidades geográficas, diferenças climáticas e outros desconfortos, na busca de efetivar o projeto educacional de dom Bosco, na perspectiva de formar *o bom cristão e o bom cidadão*.

O sistema educacional adotado pelos salesianos em suas escolas consistia no curso primário (cinco anos de estudo), ensino religioso e formação para o trabalho. De acordo com o tipo de oficina existente em cada Missão, os meninos poderiam desenvolver atividades de carpintaria, marcenaria, olaria e alfaiataria; as meninas aprendiam bordado, artesanato e corte e costura. Todos se envolviam com agricultura nas roças dos colégios. Às meninas, cabia ainda a responsabilidade pelas atividades da cozinha, limpeza e lavagem de roupa (Weigel, 2000).

O sistema de internato adotado pelos salesianos permitia que o processo educativo atuasse de forma mais efetiva sobre as crianças e jovens, visto que estes ficavam reclusos, durante longo tempo, facilitando a inculcação de conhecimentos e valores das culturas e religião ocidentais. Fundamentados nas ideias de dom Bosco, a educação da juventude ali praticada buscava aproximar mestres e discípulos a partir do cultivo da arte e dos esportes. Vale salientar que os internatos salesianos tinham um sistema rígido de disciplina e controle, que incluía castigos físicos e morais àqueles que descumprissem as normas ou falassem suas línguas indígenas maternas.

A educação escolar levada a cabo pelos missionários religiosos no Alto Rio Negro visava catequizar e integrar os povos indígenas à sociedade nacional. A partir da década de 1970, o Estado brasileiro retira o seu apoio às missões salesianas, que deveriam assumir, a partir de então, os altos custos dos internatos com seus próprios recursos. Isso se tornou inviável e os internatos foram transformados em escolas comuns. A partir desse período, os missionários salesianos passaram a priorizar a criação

de escolas nas comunidades para alfabetizar e ensinar a contar (Weigel, 2000).

No fim da década de 1940 o protestantismo se instalou no Alto Rio Negro, sobretudo na área dos Baniwa do rio Içana. A missionária americana Sofia Müller, da New Tribes Mission, conseguiu converter muitos índios fazendo pregações na língua Baniwa. No processo de conversão dos índios, a própria Sofia desenvolveu práticas pedagógicas de ensino de leitura em língua indígena, visando disseminar a leitura da Bíblia. Como se observa, a implantação de escolas não fazia parte do projeto dos protestantes; a alfabetização era praticada apenas como meio de cristianização dos indígenas. Somente em meados da década de 1970, alguns chefes de comunidades protestantes conseguiram que os missionários evangélicos organizassem uma escola regular (Weigel, 2000).

Na década de 1980 já existia a figura da professora e do professor indígena atuando nas escolas missionárias católicas, bem como nas poucas escolas missionárias protestantes. Nessa mesma época foi criado o Órgão Municipal de Educação de São Gabriel da Cachoeira, que ficou responsável pela organização e administração do sistema escolar naquele município. Com isso, as escolas das comunidades indígenas foram oficializadas, passando para a jurisdição municipal (Weigel, 2000).

Depreende-se que o processo de escolarização indígena na região do Alto Rio Negro desenvolvido até meados da década de 1980, foi prejudicial para os interesses e necessidades dos diferentes povos que lá habitam, particularmente por servir aos propósitos ideológicos e econômicos do Estado, dos missionários católicos e protestantes, dos militares e dos comerciantes.

Assim, podemos inferir que o processo de educação escolar indígena no Alto Rio Negro pode ser situado nas quatro fases da educação escolar indígena no Brasil, que teve um significativo avanço a partir da Constituição Federal de 1988, conforme já referido.

A influência do Movimento Indígena no Alto Rio Negro, marcado pela criação da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), instituiu uma consistente movimentação em torno da defesa dos direitos à diferença étnica. Diversas iniciativas podem ser citadas como formas

de operacionalização das lutas indígenas. Uma das mais importantes foi a criação de várias associações indígenas que passaram a constituir uma rede capilarizada de entidades filiadas a FOIRN, com marcada atuação política descentralizada, de base comunitária. Esse conjunto de entidades selecionou pautas de atuação política, tais como a luta pela demarcação de suas terras; a implantação de projetos de desenvolvimento sustentável; a revitalização de culturas e línguas tradicionais dos grupos étnicos nessa região; as lutas pela implantação de um sistema diferenciado de atenção à saúde indígena; e, de particular interesse para esse texto, as iniciativas que visavam estabelecer uma educação diferenciada e respeitosa das culturas indígenas locais.

Como vimos, no processo civilizatório do Alto Rio Negro, a aliança entre cristianização e escolarização deixou profundas marcas nos modos de vida das populações locais, tendo a escola representado um dos principais vetores de violência do colonizador. Assim sendo, as lutas pela autonomia indígena priorizaram a atuação nesse campo como um dos pólos de interesse dos líderes do associativismo, estabelecendo-se uma nítida necessidade de demarcar fronteiras claras entre a educação salesiana e a educação indígena (Albuquerque, 2007).

Uma das bandeiras iniciais do Movimento, foi pelo reconhecimento da especificidade do ser indígena, já que a Igreja, tal como diversos outros agentes de colonização, subsumiam essa questão ao âmbito da produção rural. Assim sendo, comunidades, escolas e professores indígenas eram tidos como rurais, negando-lhes, portanto, o direito à diferença étnica garantido nos dispositivos legais de proteção aos povos indígenas em nosso país. Tratava-se, portanto, em primeiro lugar, de fazer reconhecer a existência e uma posição específica de aprender e ensinar como indígena.

Vencida essa etapa, que correu em paralelo com a bem-sucedida demarcação das terras indígenas no Alto Rio Negro, a reflexão aprofundou-se rumo à necessidade de rever a formação dos professores e, em consequência, de todo o processo formador nas escolas da região, caminhando na direção de uma escola capaz de valorizar os saberes indígenas, gerar conhecimentos locais, promover o interesse e a vinculação dos jovens à sua cultura ancestral e contribuir para a superação da subalternidade

atribuída pelo colonizador e, não raro, incorporada pelos indígenas escolarizados (Albuquerque, 2007).

Multiplicaram-se os cursos de formação de professores, os projetos demonstrativos, as assembleias, reuniões, petições, projetos, livros e diversas outras estratégias construídas com apoio de diversas parcerias não governamentais e com a diretriz política da FOIRN. Este cenário propiciou um decisivo redimensionamento na política educacional do município de São Gabriel da Cachoeira, o qual passou a contar com criativas estratégias de formação escolar, concretizando a ideia de uma educação culturalmente sensível e produzida participativamente, segundo as prioridades indígenas.

Como se vê, a educação escolar indígena teve um significativo avanço, tanto na primeira etapa do ensino fundamental (1º ao 5º ano), quanto na formação de professoras e professores indígenas, em nível médio.

Segundo Albuquerque (2007), nesse novo contexto, o movimento indígena rionegrino tirou como meta a tomada completa da gestão das escolas situadas em terra indígena e o exercício autônomo da definição de prioridades educacionais, dos currículos e de programas de formação dirigidos às prioridades definidas pelos grupos indígenas, e não mais pelos interesses das agências de contato interétnico. Esse processo, ainda em curso, tem se confrontado com barreiras burocráticas e ideológicas das instituições de ensino, mas vem avançando, lenta, mas progressivamente. Nos últimos anos, os cargos de gestão – incluindo-se aí a direção dos cargos majoritários no sistema escolar – têm sido cada vez mais ocupados por indígenas, o que redundou num criativo processo de inovação curricular e pedagógica no sistema educacional do Alto Rio Negro.

No final da década de 1990, a FOIRN e as associações filiadas, em parceria com o Instituto Socioambiental, instituíram um programa piloto de educação escolar indígena que tem funcionado como projeto demonstrativo das potencialidades de uma educação indígena radicalmente diferenciada, operando escolas nas aldeias dos povos Tuyuca e Baniwa/Coripaco. Nessas aldeias, uma singular experiência de valorização das línguas e das culturas tradicionais tem contribuído com a formulação de políticas públicas de educação indígena e reforçado uma articulação efetiva entre a política indígena, as famílias aldeadas e a corporação de

professores – todos indígenas – para ofertar apoio aos projetos sociais das comunidades específicas que buscam, em última instância, superar a tutela exercida pelas agências colonizadoras, promover a autonomia política, a autogestão do processo educativo a curto ou médio prazo, a superação da discriminação, o fortalecimento da autoestima dos indivíduos e coletividades e, de forma indireta, a autossustentabilidade (Programa de Educação Indígena Rio Negro, FOIRN/ISA, 1997).

Desse protagonismo indígena no alto Rio Negro, destacamos a realização da I Conferência Municipal de Educação em São Gabriel da Cachoeira em julho de 1997, com a participação de 300 pessoas – professoras, professores e lideranças comunitárias locais. A partir daí, foram definidas ações prioritárias e empreendidas pela Secretaria Municipal de Educação, das quais se destacam: organização interna da Secretaria de Educação; organização da Rede Escolar de Ensino (Municipal); capacitação e qualificação de recursos humanos; organização do sistema municipal de ensino; infraestrutura das escolas (Santos, 2001).

As experiências de educação escolar empreendidas no Alto Rio Negro não se deram de forma tão pacífica. Os desafios encontrados para a implementação de projetos inovadores de educação trazem à tona conflitos de interesses socioculturais, políticos e econômicos. Santos (2001) diz que ao assumir a Secretaria de Educação do município em 1997, não pensou que fosse tão difícil implantar uma política de educação escolar indígena, haja vista que trabalhou durante dez anos no Movimento Indígena local e conhecia a realidade das comunidades indígenas locais. Mesmo consciente dos desafios, conclui dizendo que:

Queremos contribuir para uma convivência mais harmoniosa e digna com nossos irmãos indígenas. Sabemos do tamanho do desafio, da complexidade e da longa jornada. Mas também temos consciência da necessidade de construir um novo processo histórico para os nossos povos, que supere a triste lembrança trágica dos 500 anos de dominação, destruição e morte (p. 129).

Na perspectiva de construir um novo processo histórico para os povos indígenas, uma frente mais recente de atuação é a capacitação técnica

profissionalizante, restrita até então à formação de professoras e professores, que passou a abranger a formação técnica dos agentes comunitários indígenas de saúde, atualmente em curso, sendo desenvolvida através de parceria da FOIRN com diversas entidades governamentais.

A formação técnica profissionalizante dos Agentes Indígenas de Saúde

Na tentativa de analisar a educação escolar indígena em interface com a saúde, faremos um breve relato do surgimento da categoria Agente Indígena de Saúde (AIS), no contexto das aldeias e algumas experiências no campo da formação deste ator social.

O Agente Indígena de Saúde surgiu no mesmo contexto que o Professor Indígena, nas últimas décadas do século XX. Consta nos Relatórios dos Encontros da antiga Coordenação dos Professores Indígenas do Amazonas, Roraima e Acre (COPIAR), hoje Comissão dos Professores Indígenas da Amazônia (COPIAM), que as demandas dos povos indígenas por educação e saúde diferenciadas pressupunham também a formação específica dos AIS.

No campo da saúde indígena, a necessidade de formação de membros das próprias comunidades para atuar como Agente Indígena de Saúde tem sido constantemente apontada nas Conferências de Saúde Indígena. Tais reivindicações visam garantir provisão da atenção básica de saúde às comunidades indígenas, a ampliação dos canais de diálogo entre estas e o Sistema Único de Saúde e garantir o respeito às singularidades das culturas indígenas. Dentre as vias priorizadas para buscar tal respeito, a formação de indígenas para atuar na prestação de cuidados de saúde tem sido uma das metas mais perseguidas (Rocha, 2007).

A FUNASA (Fundação Nacional de Saúde) define as competências e habilidades do AIS da seguinte maneira:

1. Elaborar plano de trabalho com base na identificação das necessidades relacionadas ao processo saúde-doença do seu local de atuação.
2. Desenvolver ações de promoção à saúde nas diferentes fases do ciclo vital.

3. Realizar ações de promoção à saúde utilizando os recursos dos serviços e práticas existentes.
4. Desenvolver ações básicas de atenção à saúde individual, familiar e coletiva, com ênfase na prevenção das doenças transmissíveis e no monitoramento do meio ambiente.
5. Planejar seu trabalho, atuando individualmente ou em equipe, avaliando e reorientando o processo de implementação da atenção básica (BRASIL, 2005).

Referindo-nos ao que já foi descrito sobre a realidade da escolarização indígena nas aldeias, pode-se constatar que a maioria dos AIS ingressou no campo da saúde como voluntário e possuía formação escolar precária. A realidade tem mostrado que grande parte desses profissionais encontra-se na mesma situação escolar, após décadas de serviço.

Algumas experiências de capacitação de AIS tiveram origem nas reivindicações dos povos indígenas, as quais resultaram em parcerias e ações de Universidades, instituições religiosas, ONGs e Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), conforme ocorreu na região do Alto Rio Negro, no Amazonas.

Destaca-se aqui o processo de capacitação dos AIS do Alto Rio Negro realizado nas décadas de 1980 pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Tais iniciativas configuravam-se como ações que visavam capacitar os indígenas para atuar sobre os problemas básicos de saúde da população atendida. Há registros de experiências resultantes de parceria entre a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), Organizações Indígenas e outras entidades de saúde (Rocha, 2007).

Durante esse período surgiram outras experiências de cursos de capacitação de AIS na região Amazônica – como a dos Tikuna, no Alto Solimões – no Parque do Xingu e em outras regiões do país (Rocha, 2007). Vale destacar que as demandas por capacitação dos AIS surgiram das próprias comunidades indígenas que, insatisfeitas com o precário atendimento à saúde que recebiam dos não índios, buscavam formação para os membros das suas comunidades.

Formação técnica profissionalizante em Saúde no Alto Rio Negro

Ainda que a população indígena da região do Alto Rio Negro possua o maior índice de escolaridade frente aos demais povos do estado do Amazonas, sabemos que a maior parte dos indígenas escolarizados concluiu apenas o ensino fundamental. Em se tratando dos Agentes Indígenas de Saúde desta região, apenas uma minoria concluiu o ensino médio, o que requer iniciativas de ações afirmativas para elevar a escolaridade desses profissionais.

No Alto Rio Negro, uma das formas de contribuir para a redução na lacuna de escolaridade indígena, particularmente no campo da saúde, foi a elaboração da proposta do *Curso Técnico de Agente Comunitário Indígena de Saúde: Ensino Médio Indígena Integrado à Educação Profissional Técnica de Nível Médio*. Para tal fim, buscou-se orientação na legislação brasileira para a Educação Profissional de Nível Técnico, nos marcos legais e parâmetros curriculares do Curso para Agentes Comunitários de Saúde não Indígenas e no Curso Técnico de Vigilância em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), órgão da Fundação Oswaldo Cruz.

Um dos objetivos do projeto é formar um profissional para intervir e transformar os processos de trabalho em saúde indígena, discutindo de forma crítica seus princípios e contradições, além de compreender que as condições de vida e saúde são permeadas por condicionantes políticos, econômicos, culturais e sociais que intervêm nos níveis de doença que possam ocorrer nas populações.

O curso está organizado segundo os princípios orientadores da educação escolar indígena, priorizando o ensino pela pesquisa, a valorização dos saberes locais e a geração de conhecimentos pelos próprios educandos, de modo a gerar conhecimentos sobre o cenário político, sociocultural e ambiental local, com interveniência na saúde das populações.

O curso está sendo desenvolvido em cinco polos de formação e seus conteúdos vêm sendo trabalhados na perspectiva interdisciplinar, de modo que os eixos formadores (cultura; território; cuidado; informação, educação e comunicação em saúde; e planejamento e programação em saúde) propiciarão habilitação aos AIS para empreender o monitoramen-

to das condições de vida e saúde, rumo à promoção da sanidade e da valorização das culturas de origem dos educandos.

A experiência representa um desafio para a equipe envolvida no processo formador, assim como na captação de novos recursos humanos e financeiros que, acrescidos aos já existentes, possibilitem a sua realização no tempo previsto. O curso proporcionará a elevação da escolaridade e a formação técnica profissional dos AIS, que terão uma ampla compreensão do processo de trabalho relacionado à prevenção de doenças e promoção da saúde de seu povo, em suas aldeias.

Considerações finais

O século XXI inicia-se com uma enorme dívida do Estado brasileiro para com as populações indígenas, a qual foi herdada dos séculos passados. Desta forma, urge a implementação de políticas públicas e apoio a iniciativas exitosas no campo da educação escolar e saúde indígena.

Buarque (2004) salienta que, no fim do século XV, a civilização deu seu primeiro grande salto rumo à universalização territorial – a Terra tornou-se redonda e integrada em todas as direções. Quinhentos anos depois, no final do século XX, a civilização deu o salto definitivo para a globalização plena. Mas se a universalização se fez com o mundo dividido entre índios e europeus, senhores e escravos, a globalização se completou com o mundo dividido entre incluídos e excluídos, ricos e pobres.

A grande questão social do século XXI será interromper a marcha das últimas décadas em direção a uma humanidade dividida, em que alguns viverão mais, com mais saúde e inteligência, e outros terão a mesma expectativa de vida atual, com pouca saúde e inteligência limitada (Buarque, 2004, p. 8).

O direito dos povos indígenas relacionados à educação, à saúde, à legalização de suas terras e a uma vida digna, ainda que tenha avançado nas últimas décadas, está aquém do que estabelece a legislação brasileira. As leis existem, mas esbarram na burocracia, na falta de vontade

política e na falta de articulação de órgãos competentes para cumpri-las e transformá-las em realidade.

A luta e o protagonismo do Movimento Indígena organizado são de suma importância para que seus direitos sejam colocados em prática, ou seja, saiam do papel e aconteçam de fato no cotidiano da vida dos diferentes povos indígenas que vivem no Brasil. O estabelecimento de parcerias entre os povos indígenas e entidades/instituições tem sido importante para impulsionar a criação de políticas públicas que venham de encontro ao atendimento de suas demandas, no que se refere à educação escolar e saúde indígena.

Neste sentido, entendemos que a experiência do *Curso Técnico de Agente Comunitário Indígena de Saúde: Ensino Médio Indígena Integrado à Educação Profissional Técnica de Nível Médio*, que tem como objetivo geral elevar a escolaridade e propiciar a formação técnica específica de 250 Agentes Indígenas de Saúde pertencentes ao Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) do Alto Rio Negro, é uma iniciativa piloto que vislumbra efetivar uma interface entre a educação e a saúde indígena.

Na medida do possível e guardadas as devidas proporções, o referido curso busca minimizar as injustiças sociais que ainda atingem os povos indígenas do Alto Rio Negro, sobretudo no que se refere ao descaso das autoridades competentes responsáveis pela formação do Agente Indígena de Saúde. Assim, espera-se que ao concluir o curso, este profissional tenha uma sólida formação que lhe permita refletir criticamente sobre sua prática diária e intervir de forma autônoma e consciente como protagonista do processo de trabalho que está desenvolvendo, sendo assim um agente de transformação e promotor da saúde de seu povo.

Referências bibliográficas

ALBUQUERQUE, Judite G. *Educação escolar indígena: do panóptico a um espaço possível de subjetivação na resistência*. Tese de Doutorado. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2007.

ARANHA, Maria Lucia de A. *História da Educação*. São Paulo: Moderna, 2. ed., 1996.

BRASIL. *Referencial Curricular Nacional para as Escolas Indígenas*. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Brasília: MEC-SEF, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Funasa. *Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro. Relatório de Gestão*. São Gabriel da Cachoeira, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde*. Série A, Normas e Manuais Técnicos, 2. ed. rev., Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. *Estatística sobre educação escolar indígena no Brasil*. Ministério da Educação: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Brasília, 2007.

_____. *Um olhar sobre a educação indígena com base no censo escolar 2008*. Ministério da Educação: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Brasília, 2009.

BUARQUE, Cristovam. A questão social do século XXI. In: *Texto preparado para VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais*. Coimbra-Portugal, 16 a 18 de setembro de 2004.

DOCUMENTO: *Proposta para o Curso de Formação Técnica dos Agentes Indígenas de Saúde do DSEI Rio Negro*, do Conselho Distrital de Saúde Indígena do DSEI – Alto Rio Negro, 2007.

GARNELO, Luiza. *Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ROCHA, Eron. *Uma etnografia das práticas sanitárias no Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro: noroeste do Amazonas*. Dissertação de Mestrado, Manaus: Instituto de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Amazonas, 2007.

SANTOS, Gersem Luciano dos. Desafios para a execução de uma política pública municipal de educação escolar indígena: dois anos de experiência em São Gabriel da Cachoeira – AM. In: SILVA, Araci Lopes da e FERREIRA, Mariana Kawall Leal (Orgs.). *Antropologia, história e educação: a questão indígena e a escola*. São Paulo: Global, 2001.

SILVA, Rosa Helena D. *A autonomia como valor e a articulação de possibilidades: um estudo do movimento indígena do Amazonas, Roraima e Acre, a partir dos seus encontros anuais*. Quito-Ecuador: Ed. Abya-Yala, 1998.

WEIGEL, Valéria A.C.M. *Escolas de branco em malokas de índio*. Manaus: Editora da Universidade do Amazonas, 2000.

Capítulo 10

Profissionalização indígena
no campo da saúde:
desafios para a formação
técnica de Agentes
Indígenas de Saúde

Ana Lúcia Pontes

Anakeila Stauffer

Luiza Garnelo

Introdução

A história de contato entre a sociedade nacional brasileira e os povos indígenas é marcada pela subalternização dos últimos, o que levou a transformações de seus modos de vida e instituiu precárias condições sanitárias nas comunidades, discriminação social e elevados níveis de vulnerabilidade na situação de saúde da sua população, marcada pela doença e morte evitáveis.

Somente a partir da Constituição de 1988, que as relações entre povos indígenas e o Estado brasileiro passaram a ter como base legal o respeito e o reconhecimento da organização social, costumes, línguas, crenças e tradições nativas. Desde então, geraram-se diversos debates que buscam orientar a construção de políticas de educação e saúde específicas para os povos indígenas.

No que tange ao campo educativo, os princípios que orientam a educação escolar indígena enfatizam que esta deve ser diferenciada, específica, intercultural e bilíngue, reafirmando a identidade étnica dos diferentes grupos, promovendo a recuperação de suas memórias históricas e a valorização de suas línguas e culturas (LDB, 1996). Já no campo da saúde defende-se um modelo de atenção diferenciado, que garanta o acesso à atenção integral à saúde contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política desses povos e o respeito e reconhecimento da eficácia das medicinas tradicionais indígenas (PNASPI, MS, 2002).

Nesse processo, o movimento indígena tem tido um papel fundamental na reivindicação dos direitos dos povos indígenas à terra, à educação e à saúde, enfatizando sua autonomia na construção de seus projetos de futuro e atuando como partícipe na produção de estratégias que transformem tais princípios em ação.

É, portanto, no contexto de luta pelos direitos à diferença étnica que pretendemos situar a discussão sobre a profissionalização dos agentes indígenas de saúde (AIS). Para tanto, faz-se necessário que explicitemos nossos pressupostos sobre a educação profissional, visto que na história da sociedade ocidental capitalista a educação também se constitui como

um campo de disputas e conflitos entre diferentes projetos políticos. Dessa forma, nos posicionamos a favor de uma educação profissional comprometida com a formação humana e autônoma dos educandos que, tendo o trabalho como um princípio educativo, promova a indissociabilidade entre o exercício da função intelectual e o trabalho manual, bem como entre ciência e cultura. Neste sentido, a formação profissional não se limita a um aprendizado técnico para a inserção no mundo do trabalho, cumprindo determinadas funções subalternas na sociedade. Munida de um propósito mais amplo, a educação profissional deve se preocupar em formar cidadãos. A cidadania é aqui compreendida como um lugar-identidade que o indivíduo e os grupos ocupam na sociedade, representando, portanto, um espaço de lutas e conflitos onde são instituídos direitos e deveres sociais (Pereira, 2002).

Na perspectiva por nós traçada, a formação profissional para os povos indígenas, necessariamente precisa ser organizada a partir das características culturais dos diferentes grupos, reconhecendo e valorizando os conhecimentos e línguas desses povos.

No presente texto, abordaremos a profissionalização dos agentes indígenas de saúde a partir de duas dimensões: inicialmente, refletiremos sobre o trabalho e a formação dos agentes indígenas de saúde; e, num segundo momento, discutiremos o perfil de formação profissional do Agente Indígena de Saúde (AIS), a partir do debate do modelo de atenção à saúde indígena e da experiência de profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde já empreendida no Brasil.

Panorama sobre o trabalho e a formação do Agente Indígena de Saúde

Até meados da década de 1990, a atenção à saúde dos povos indígenas ocorria de forma esporádica, sendo desenvolvida por equipes que percorriam seus territórios realizando assistência médica, vacinação e ações de controle de algumas doenças como a tuberculose. Estas ações de saúde estavam sob a responsabilidade da Fundação Nacional do Índio (FU-

NAI), que a desenvolvia por meio de equipes volantes de saúde (EVS), compostas por profissionais não indígenas.

Entretanto, a partir do final desta década, ocorreu um redimensionamento na organização da atenção à saúde indígena, fruto de distintos movimentos, tais como a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio – que representa o marco inicial da construção do atual modelo de atenção à saúde dos povos indígenas. Esse processo ocorreu concomitantemente ao movimento de reforma sanitária brasileira pela redemocratização e revitalização do sistema de saúde no Brasil (Garnelo, 2006).

Com a promulgação da Lei n. 8.080 (1990), que estruturou o Sistema Único de Saúde, foi colocado em discussão o papel da FUNAI como gestor da política de saúde indígena. Assim, quando o Conselho Nacional de Saúde se instituiu como órgão máximo de decisão do sistema, criou-se também, na década de 1990, a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) com a finalidade de discutir a política de saúde indígena, tendo a participação de representantes indígenas, membros de instituições acadêmicas, membros do serviço de saúde indígena e de órgãos indigenistas.

A partir da Lei Arouca (Lei n. 9.836/1999), instituiu-se o Subsistema de Saúde Indígena (SASI), entendido como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), na forma de um subsistema. A referida lei definiu que a oferta da atenção à saúde seria feita através de redes territorializadas de serviços organizados na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas de Saúde (DSEI). Em consequência, a saúde indígena passou, definitivamente, para a esfera de responsabilidade do Ministério da Saúde que, por sua vez, delegou à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)¹ a atribuição de executar as ações de assistência à saúde nas aldeias indígenas.

A atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, sob responsabilidade do gestor federal (a FUNASA), visa assegurar o acesso

¹ É importante destacar que a FUNASA, no momento que assumiu a gestão da política de saúde indígena, em 1999, não contava com um quadro próprio de profissionais de saúde para prestação de serviços de saúde nas aldeias. Assim sendo, adotou a compra de serviços de outras entidades (serviços de terceiros), como a principal estratégia para realizar o atendimento em saúde nas aldeias. Esse processo ficou conhecido como terceirização da saúde indígena.

à atenção integral à saúde provida pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). A delimitação dos distritos sanitários foi definida segundo critérios geopolíticos, demográficos e etnoculturais que buscavam garantir a especificidade requerida a uma política voltada para minorias étnicas.

A estrutura organizativa dos DSEIs compreende os Postos de Saúde nas aldeias, que contam com o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e do Agente Indígena de Saneamento (AISAN); os Pólos-Base, que são unidades mais complexas, que contam com equipes multidisciplinares de saúde indígena; e a Casa do Índio (CASAI) que apóia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade, habitualmente sediados em espaços urbanos. No âmbito dessa estruturação da política de atenção à saúde dos povos indígenas, os AIS, bem como os outros membros da equipe multiprofissional de saúde que atua nos DSEI, foram incorporados ao subsistema como parte integrante de seu quadro de profissionais. Entretanto, os Agentes Indígenas de Saúde já atuavam nas comunidades muito antes da criação destes distritos.

Durante a década de 1980, devido à parca presença de profissionais de saúde não indígenas nas aldeias, universidades e organizações não governamentais (ONG) desenvolveram experiências de capacitação de índios para realizarem ações de saúde no cotidiano das comunidades, bem como em situações de surtos epidêmicos. Essas experiências consolidaram a figura do Agente Indígena de Saúde, instituindo-o como um membro da comunidade responsável por desenvolver ações de saúde. À época, os AIS atuavam como voluntários, sendo indicados por suas comunidades para exercer tais tarefas (Langdon et al., 2006).

Naquela ocasião, não foram estabelecidas diretrizes que definissem as atribuições e o perfil de formação deste profissional. Tal situação acarretou uma diversidade de formas de atuar e de qualificar o trabalho dos AIS, variando de acordo com a região de origem dos agentes de saúde. É necessário ressaltar que na maior parte dessas experiências, a capacitação foi desenvolvida através de cursos de curta duração, contando com a supervisão de profissionais como médicos e enfermeiros, a fim de que os AIS pudessem desenvolver as atividades de saúde, em seu nível de com-

petência. Vários autores (Langdon et al., 2006; Rocha, 2007; Garnelo, 2001) destacam a irregularidade dos cursos e as limitações do processo formador, dada a ênfase nos conhecimentos biomédicos e a desconsideração com as especificidades culturais destes povos.

A partir de 1999, a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) gerou novas orientações para a organização do trabalho e para a formação dos profissionais de saúde. De acordo com essa política, o AIS deve ser visto como o elo entre os membros da comunidade, seus saberes tradicionais e a equipe de saúde. Segundo orientação da FUNASA (1999), cada aldeia deve ter um posto de saúde que conte com um AIS, cujas atribuições compreendem:

- acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da população infantil;
- acompanhamento de gestantes;
- atendimento aos casos de doenças mais frequentes (infecção respiratória, diarreia, malária);
- acompanhamento de pacientes crônicos;
- primeiros socorros;
- promoção à saúde e prevenção de doenças de maior prevalência;
- acompanhamento da vacinação;
- acompanhamento e supervisão de tratamentos de longa duração.

Segundo os dados desta instituição, com a implantação dos 34 DSEI no Brasil, já existiam, no ano de 2004, 4.751 Agentes Indígenas de Saúde. Tal contingente representou um significativo incremento no quantitativo dessa força de trabalho, distribuídas nas mais diversas terras indígenas.

Quanto à formação e à capacitação destes profissionais, segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002, p. 15), esta deve se constituir numa

(...) estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de se somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não. O Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde deverá ser concebido como parte do processo de construção dos DSEI. Será desenvolvido em serviço e de forma continuada,

sob responsabilidade de Instrutores/ Supervisores devidamente capacitados, com a colaboração de outros profissionais de serviço de saúde e de lideranças e organizações indígenas.

A formação dos AIS se institui, assim, como responsabilidade da FUNASA. Segundo o documento desta fundação, as equipes de professores/tutores devem receber, previamente à sua participação no processo formador, um “Treinamento Introdutório”, cujos conteúdos contemplariam conceitos antropológicos, análise do perfil epidemiológico da região e “capacitação pedagógica que os habilite a executarem a formação dos Agentes Indígenas de Saúde” (FUNASA, 1999, p. 3). Os marcos adotados para a formação dos AIS são os preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei n. 9.394/96), que prevê a profissionalização nos “níveis médio (técnico) e superior (tecnológico)” (FUNASA, 2002).

Tecendo alguns comentários sobre essas diretrizes da FUNASA, concordamos com a perspectiva de articulação entre o processo formador e as atividades dos serviços de saúde, permitindo a aproximação entre as rotinas de trabalho em saúde e o processo de ensino-aprendizagem. Não obstante, nossa experiência mostra que, em circunstâncias como essa, costuma ocorrer uma subordinação do ensino às rotinas de trabalho; dificulta-se o distanciamento da prática – necessário à reflexão, à discussão e à apropriação dos conteúdos pedagógicos. Via de regra, a formação de profissionais tende a priorizar a obtenção de respostas pragmáticas aos problemas de saúde, deslegitimando a possibilidade de uma reflexão mais aprofundada sobre as condições de vida e de saúde da população e seus determinantes.

Em 1999, a FUNASA elaborou uma proposta de formação para os AIS denominada “Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde”, com carga horária total de 1.080 horas (700hs de concentração e 380hs de dispersão) e com quatro eixos temáticos² estruturados em seis módulos: introdutório; doenças endêmicas; DST/Aids; parasitoses

² Na proposta da FUNASA os eixos foram denominados: “percebendo nossa realidade”; “entendendo o processo saúde-doença”; “promovendo a saúde e intervindo no processo saúde doença”; “conhecendo e organizando os serviços de saúde”.

intestinais e doenças de pele; saúde da mulher, da criança e saúde bucal; saúde do adulto e atendimento de urgências. Porém, do ponto de vista de implementação dessa proposta, alguns autores, como Rocha (2007), informam que o módulo introdutório foi o único implantado na maioria dos DSEI, sendo repetido diversas vezes para um mesmo grupo de educandos, como ocorreu no DSEI Rio Negro, estudado pelo autor.

Gostaríamos de fazer algumas considerações sobre o teor dessa proposta formativa e das atribuições do AIS. A estrutura temática dos módulos e as atribuições propostas pela FUNASA enfatizam uma formação voltada quase exclusivamente para as doenças mais frequentes e para a atenção à saúde de alguns grupos populacionais, como os idosos e as crianças. Chama a atenção distintas ausências, tais como: a discussão das dimensões interculturais do processo saúde-doença; a valorização das medicinas tradicionais e as formas específicas de atuação dos AIS em contexto interétnico – entendido como elo de comunicação-ação entre a comunidade e o mundo não indígena, aqui representado pelos outros membros da equipe de saúde.

Nesse sentido, destacamos a reflexão de Menéndez (2003) quando aponta que o campo cultural é identificado como um dos mais excluídos no enfoque biomédico. A partir da perspectiva higienista, os fatores culturais tendem a ser identificados pelos profissionais de saúde como crenças irracionais, facilitadores de processos de adoecimento, e que dificultam a adesão aos tratamentos e/ou normas biomédicas, como por exemplo, o planejamento familiar, a vacinação, ou uso de preservativos. Embasadas pelo olhar biomédico, as equipes de saúde tenderiam a prescrever mudanças de comportamentos que considerem incongruentes com as “boas práticas sanitárias”. Em consequência, as referências biomédicas costumam assumir uma conotação negativa, instituindo formas peconceituosas de interação junto aos grupos culturalmente diferenciados.

Para Menéndez (2003), a interação respeitosa com sistemas culturalmente diferenciados de cura e cuidados de saúde passa pelo (re)conhecimento destes universos culturais por parte dos agentes dos sistemas oficiais de saúde. Em tais circunstâncias, perguntamo-nos sobre as consequências de priorizar apenas um conjunto de abordagens biomédicas de

doença na capacitação dos Agentes Indígenas de Saúde, os quais partilham das matrizes culturais das pessoas a seus cuidados.

Para melhor refletirmos sobre os desafios da profissionalização destes trabalhadores da saúde, levantamos alguns estudos etnográficos que descrevem e problematizam o trabalho e a formação dos AIS no Brasil. Em publicação de 2006, Langdon et al. descrevem as seguintes atividades dos AIS que atuam no Sul do Brasil: 1) visitas domiciliares, 2) educação e orientação sobre cuidados de saúde e o sistema; 3) preenchimento de formulários e fichas; 4) participação no controle social (2006, p. 2.641).

De acordo com os autores, os AIS expressam sua estranheza quanto à necessidade de realizarem visitas domiciliares, particularmente onde se encontram pessoas sadias. Tais atribuições, estranhas aos padrões culturais dos agentes, são cumpridas parcialmente, resultando em visitas assistemáticas e dirigidas basicamente às pessoas doentes. Nesse estudo também foram analisadas as tensões políticas entre os agentes de saúde e seus familiares, as quais muitas vezes inviabilizavam as tarefas requeridas ao AIS. Igualmente problemático foi o desencontro entre as expectativas da comunidade (interessada na realização de atividades médicas pelos AIS) e as rotinas instituídas pelo órgão gestor da saúde indígena, restritas basicamente ao registro de informações (Langdon et al., 2006).

Segundo os relatos dos AIS, é parco o reconhecimento de seu papel quando acompanham os usuários em outros serviços do SUS. Sua efetiva incorporação como membro das Equipes de Saúde Indígena é pouco legitimada e não lhes foi fornecido subsídio adequado para a realização das tarefas delegadas pela FUNASA, tais como o preenchimento de inúmeras fichas e formulários, cuja finalidade também não resulta em produto perceptível das ações de saúde nas aldeias (Langdon et al., 2006). Estes aspectos apontam uma falta de reconhecimento profissional dos Agentes Indígenas de Saúde dentro do subsistema de saúde indígena e no restante do SUS.

Em outro estudo recente sobre o perfil e a atuação dos AIS no Parque do Xingu, Novo (2009) relata que os AIS encontram muitas dificuldades na execução de suas atividades. Com relação às visitas domiciliares, os

agentes não as realizam com regularidade e também revelam sua incompreensão em relação aos objetivos desta atividade, visto que as redes de informação das aldeias permitem o acompanhamento de enfermos e de situações de risco sem que haja necessidade de visita domiciliar para este fim (Novo, 2009).

Na relação com a equipe multidisciplinar, Novo (2009) aponta duas problemáticas que se interrelacionam: a limitada qualificação técnica dos AIS e sua desvalorização pelos outros profissionais de saúde. Reproduz-se, assim, uma cadeia de relações hierárquicas entre os membros das equipes, na qual os AIS são colocados numa posição de subordinação, agravada pelo fato de não dominarem os saberes e técnicas biomédicos necessários para a decisão e intervenção nos casos de doença.

Do ponto de vista da formação, a partir de 1995, a discussão sobre a profissionalização dos AIS no DSEI Xingu gerou uma articulação entre a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e a Escola Técnica de Saúde do Estado do Mato Grosso, a fim de se executar o I Curso de Auxiliares de Enfermagem Indígenas. Esse curso foi realizado no período de 1997 a 2001, de forma modular, com períodos de dispersão e concentração, sendo realizado concomitantemente ao ensino fundamental. Mendonça (2005) relata que o desenvolvimento do curso ajudou a delimitar um perfil de atuação do AIS voltado para a promoção da saúde.

A partir de 2006, a FUNASA assumiu a formação dos AIS do Alto Xingu, mediante uma proposta que, segundo diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002), deveria focar as ações de promoção e prevenção das doenças que mais afetam os povos indígenas. Ela deveria prover os indígenas de conhecimentos e recursos da medicina ocidental, num caráter complementar às medicinas tradicionais. Entretanto, Novo (2009) aponta que, ao serem avaliados os conteúdos do curso, estes foram considerados mais técnicos do que socioculturais. Esta sobrevalorização da dimensão técnica gera contradições e conflitos, visto que as atividades ligadas à construção de um modelo de atenção diferenciado são consideradas “fáceis” e “básicas”, sendo menosprezadas no conjunto de tarefas compreendidas como primordiais no trabalho dos AIS.

Na área Tikuna, no Alto Solimões, Erthal (2003) considera que, devido à forma como se deu a história de contato interétnico desse povo, o AIS foi entendido como um produtor de procedimentos técnicos biomédicos. Dessa forma, as primeiras propostas formativas eram no formato de treinamentos dos AIS Tikuna procuraram capacitá-los para o diagnóstico e o tratamento simplificado dos agravos mais frequentes e o encaminhamento de casos mais graves. Somente com a criação de uma entidade representativa dos AIS, a Organização de Agentes Indígenas de Saúde do Povo Tikuna, é que se iniciou a construção de um trabalho integrado com as lideranças tradicionais das comunidades, reconhecendo-se a importância da medicina tradicional (Erthal, 2003). Porém, a ausência de discussão das instâncias gestoras da saúde no Alto Solimões com os AIS demonstra as dificuldades de construção de um modelo de atenção diferenciado, capaz de superar a separação entre saberes científicos e tradicionais.

Outras dificuldades levantadas por Erthal (2003) no desenvolvimento do modelo de atenção diferenciado foram: a inconstância da supervisão do trabalho do AIS; não compreensão, pelos AIS, dos usos dos instrumentos de registro das atividades, prejudicando a produção de informações de saúde sobre a população; a formação centrada na doença e na tecnologia biomédica; a alta rotatividade dos profissionais não indígenas e sua pouca qualificação para o trabalho em contextos culturais específicos; e a inadequação dos serviços de referência para o atendimento da população indígena.

Bruno (2008) realizou uma análise dos processos formativos realizados junto aos AIS Tikuna, do Distrito Alto Solimões, a partir de 2001 – momento em que o Conselho Geral das Tribos Tikuna (CGTT) assumiu a gestão do distrito. Nessa ocasião, a formação dos AIS passou a ser coordenada por indígenas que tinham experiências anteriores na área da saúde. Dentre as críticas elaboradas por Bruno (2008), o autor destaca as lacunas na formação dos docentes contratados para realizar as atividades formativas junto aos AIS, salientando o pouco interesse e a limitada familiaridade desses profissionais sobre o processo de implantação do distrito, a história da região e da cultura Tikuna,

e sobre os campos das ciências sociais e da educação. Bruno (2008) corrobora, ainda, com a constatação de outros autores ao afirmarem o desconhecimento sobre as especificidades do processo saúde-doença entre os povos indígenas por parte dos profissionais de saúde que atuam no DSEI. Ademais, ele aponta que os profissionais-instrutores atuavam basicamente mediante a pedagogia da transmissão de conhecimentos, largamente contestada no campo da educação. Tais fatores impossibilitaram o desenvolvimento de uma pedagogia dialógica que subsidiasse o processo formador dos AIS no Alto Solimões.

Rocha (2007) realizou uma pesquisa sobre o perfil e trabalho dos AIS do DSEI Alto Rio Negro e seus estudos corroboram os dados supracitados. A capacitação dos AIS que ali atuam se caracterizou pela realização de diversos cursos de curta duração, com excesso de conteúdos ministrados em período curto de tempo e centrados em temas típicos do saber biomédico. O autor também identificou falta de supervisão nos momentos de dispersão, além da ausência de proposta consistente para a formação e a certificação profissional, impossibilitando a ampliação da escolaridade formal destes trabalhadores.

O mesmo autor levantou diversos problemas nos processos formativos ofertados aos AIS do DSEI Rio Negro, tais como, a formação fragmentária incapaz de propiciar um aprendizado totalizante do processo saúde-doença, priorizando-se o treinamento para a execução de determinadas tarefas; a elevada carga horária cursada pelos alunos, sem que esses recebessem a certificação equivalente ao processo de ensino-aprendizado ali desenvolvido; a persistente depreciação dos AIS pelos outros profissionais de saúde do DSEI, ligada à baixa escolaridade dos agentes de saúde; o não reconhecimento da necessidade de elevação da escolaridade dos AIS, apesar da maioria deles não ter ensino fundamental completo (Rocha, 2007). Outros problemas encontrados foram a intolerância das equipes com atividades cotidianas dos AIS na comunidade, como a caça, a pesca para alimentar suas famílias e a participação nas interações sociais de âmbito comunitário, como as festas e as visitas aos parentes.

O cenário de eventos descritos por Rocha (2007) leva-nos a pensar na necessária sensibilidade cultural que os processos de trabalho e de formação dirigidos aos AIS devem conter, a fim de respeitar os modos de vida dos povos indígenas e de superar os modelos de assistência e de formação profissional baseados em contextos não indígenas urbanos. Além disso, as conclusões da pesquisa demonstram, de modo irrefutável, a necessidade de articular as políticas e estratégias de profissionalização de AIS com as instâncias de gestão do trabalho do SUS.

Diante destes dilemas e impasses, os AIS da região do Alto Rio Negro têm se mobilizado para garantir seu direito à educação, tanto no que se refere à elevação de seu nível de escolaridade como a efetivação de sua formação profissional.

Os estudos que até aqui nos embasaram, apontam a falta de uma adequada política de formação para os profissionais da equipe multiprofissional, particularmente para os AIS, visto que estes não têm nenhuma formação técnica prévia, diferente do que ocorre com os demais profissionais de nível superior contratados pelo DSEI que contam ao menos com curso de graduação. As realidades descritas na literatura também são marcadas pela ausência de propostas formativas para todos os membros da equipe multidisciplinar, capazes de contemplar as especificidades culturais dos povos indígenas.

Esses estudos salientam a necessidade de um debate consistente sobre a regulamentação e a caracterização do trabalho dos AIS, e das estratégias de qualificação desses trabalhadores. Entre os problemas relevantes e ainda não explorados neste capítulo, podemos apontar a heterogeneidade de formas de contratação; a disparidade entre os salários, já que os AIS têm uma remuneração muito inferior a dos demais membros da equipe; a alta rotatividade devido à precarização dos contratos de trabalho dos profissionais dos DSEI, o que, no caso dos AIS, implica em prejuízo nos arranjos sociopolíticos nas comunidades, os quais geram a indicação e a legitimação dos AIS para desempenhar suas funções (Langdon et al., 2006).

O atual momento de mudança de gestão na saúde indígena, passando a responsabilidade da FUNASA para a Secretaria de Atenção à Saú-

de Indígena (MS), demanda a reflexão sobre os problemas que afetam os AIS, com vistas a evitar a perpetuação das indefinições que cercam a atuação desses profissionais.

A formação dos AIS e o modelo de atenção à saúde dos povos indígenas: contribuições para o debate

A partir das dificuldades e desafios existentes no cenário atual do trabalho e da formação dos agentes indígenas de saúde, gostaríamos de levantar algumas questões relativas à construção do modelo de atenção à saúde das populações indígenas, a fim de contribuir no delineamento de propostas de profissionalização de seus Agentes de Saúde. Consideramos que a formação dos AIS ocorre num contexto de reordenamento do modelo de atenção à saúde, que busca superar o modelo biomédico e curativo, adotando outros modos de organização dos serviços de saúde, com destaque para a atenção primária. Essa reflexão se faz pertinente pois, conforme destacam Pereira e Ramos (2006, p. 14), “as concepções de educação profissional de trabalhadores da saúde (...) são engendradas pelas concepções de saúde, de sociedade e de sentidos e sobre a relação entre educação e trabalho”. Ou seja, as propostas de educação profissional revelam posicionamentos políticos distintos dos agentes sociais no campo da saúde, da educação e do trabalho, refletindo-se na atuação dos profissionais da saúde.

Outra abordagem que adotaremos para conduzir essa reflexão será a aproximação com as questões e experiências provindas da luta pela profissionalização e regulamentação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Estratégia de Saúde da Família, em realidades não indígenas. Essa aproximação se justifica pelo fato de que a proposta de incorporação de membros de comunidades nas equipes de saúde, que resultou na criação do papel do Agente Comunitário de Saúde e do Agente Indígena de Saúde, provém dos marcos orientadores da política de Atenção Primária à Saúde (Langdon, 2006, Rocha, 2007; Garnelo, 2006). Da mesma forma, outra importante estratégia de or-

ganização do subsistema de saúde indígena, como a distritalização sanitária, também é oriunda do desenvolvimento dos distritos sanitários no âmbito dos municípios que assumiram a descentralização da rede de atenção primária à saúde do SUS.

Se observarmos as competências estabelecidas pela FUNASA (1999) para a “Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde”, perceberemos diversas semelhanças entre estas e as habilidades definidas pelo Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (MEC/MS, 2004) que atuam em contextos não indígenas. Ainda de acordo com o documento daquela instituição, as competências e habilidades dos Agentes Indígenas de Saúde são cinco: 1) elaborar plano de trabalho com base na identificação das necessidades relacionadas ao processo saúde-doença no seu local de atuação; 2) desenvolver ações de promoção à saúde nas diferentes fases do ciclo vital; 3) realizar ações de promoção à saúde utilizando os recursos dos serviços e práticas existentes; 4) desenvolver ações básicas de atenção à saúde individual, familiar e coletiva, com ênfase na prevenção das doenças transmissíveis e no monitoramento do meio ambiente; 5) planejar seu trabalho, atuando individualmente ou em equipe, avaliando e reorientando o processo de implementação da atenção básica.

Se analisarmos o Referencial Curricular citado anteriormente, veremos que este define três conjuntos de habilidades, a saber: 1) desenvolver ações de integração entre as equipes de saúde e as populações adscritas à unidade de saúde; 2) participar das atividades de planejamento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde; 3) desenvolver ações de promoção da saúde; desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco sanitário para a população e desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes (MEC/MS, 2004).

Ambos os perfis se inscrevem no marco da reorganização do modelo de atenção à saúde e, para compreendê-lo, lembraremos o conceito de “Atenção Primária à Saúde” que é descrito por Matta e Morosini (2009, p.44) como

uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades.

O marco desta discussão é a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978. Empreendendo uma forte crítica ao modelo biomédico de atenção à saúde, as recomendações dessa conferência apontam para uma compreensão ampliada de saúde, condicionada pelas características socioculturais e políticas dos países e comunidades. Ademais, pontuam que as equipes locais de saúde devem atuar numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, incluindo-se aí a figura do agente comunitário.

No Brasil, a partir do movimento da reforma sanitária que reestruturou as bases de organização da atenção à saúde e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), a discussão da atenção primária³ foi incorporada como um pressuposto para a reorganização do cuidado à saúde das populações, que evoluiu, ao longo da década de 1990, para a estratégia de saúde da família.

O início da implantação da saúde da família como estratégia de reorganização da atenção básica ocorreu com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, institucionalizando a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Para que este trabalhador pudesse exercer sua função, deveria possuir como requisitos básicos: ser morador da comunidade onde atuaria; ter idade mínima de 18 anos; saber ler e escrever; e ter disponibilidade para dedicar-se ao trabalho. As equipes do PACS eram supervisionadas por um profissional de enfermagem.

Em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado nacionalmente, reestruturando-se a equipe do PACS, de modo a incorporar o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e um número máximo de 12 ACS que se responsabilizariam pela população de uma área geográfica.

³ No Brasil, a atenção primária foi operacionalizada sob a denominação de atenção básica à saúde.

fica delimitada.⁴ Posteriormente, em 1996, o PSF passou a ser concebido como uma estratégia de transformação do modelo assistencial vigente no SUS, buscando o aprimoramento dos cuidados ofertados na rede de saúde. Nesse âmbito, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde é entendido como elemento fundamental, visto que este trabalhador é considerado o elo de interação entre sua comunidade e as equipes de saúde.

Nesses últimos anos, a expansão da estratégia de saúde da família propiciou uma cobertura de suas ações em 94% dos municípios brasileiros, contabilizando, para tanto, um total de 236.399 ACS, em março de 2010 (MS/SAS/DAB). Assim, além da importância estratégica do ACS na organização e na oferta da atenção primária à saúde, esses trabalhadores são numericamente significativos para o desenvolvimento das ações do SUS nas comunidades.

Devido às semelhanças já observadas entre o perfil deste profissional e aquele requerido aos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), entendemos que a trajetória de profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde pode trazer contribuições relevantes para a discussão do processo formador dos Agentes Indígenas de Saúde.

De modo semelhante ao que ocorreu com os AIS, as primeiras experiências formativas de ACS foram caracterizadas por “treinamentos”, “capacitações” e “supervisão” desenvolvidos de modo fragmentário e isolado, quando deveriam ocorrer concomitante e articuladamente ao processo de trabalho (Morosini et al., 2007). Essas iniciativas se configuraram como processos formativos aligeirados, de curta duração, irregulares, abordando questões pontuais, pouco – ou nada – articuladas com as práticas sanitárias desenvolvidas pelos ACS. Dessa forma, apesar da complexidade do trabalho desses profissionais – que envolve a integração entre a equipe de saúde e a comunidade; o desenvolvimento de atividades educativas que visam a prevenção de doenças, a redução de riscos e a promoção da saúde; o acompanhamento dos indivíduos e famílias; e a orientação quanto à utilização de serviços de saúde (Portaria 648, MS, 2006) – sua formação profissional caracterizava-se pela precariedade, não regulamentação,

⁴ Segundo as diretrizes governamentais cada ACS deve acompanhar até 750 pessoas, e cada equipe de saúde da família até 4 mil pessoas.

baixa sistematicidade e não reconhecimento da habilitação profissional (Morosini et al., 2007). Consequentemente, tal situação coexistia com um quadro de desvalorização social e baixa remuneração dos ACS.

Este cenário guarda muitas similaridades com aquele encontrado entre os Agentes Indígenas de Saúde, conforme apontado na literatura anteriormente citada. Outro dado que corrobora a desvalorização social do ACS, e que encontramos também no caso dos AIS, é o desvio de função nos serviços, o que denota um entendimento de que o trabalho desses agentes é inespecífico e de baixa complexidade.

No campo de atuação dos ACS, Morosini et al (2007) mostram que desde a institucionalização do PACS pelo Ministério da Saúde, em 1991, diversos projetos de regulamentação da prática e da formação dos ACS transitam nos poderes executivo e legislativo brasileiro. Entre 1990 e 1999, as autoras identificam pelo menos sete projetos de lei que visavam regulamentar o exercício profissional dos ACS, contendo distintas propostas de pré-requisitos, atribuições, formação e regulamentação profissional. Segundo observaram, esses projetos expressam os debates e disputas entre concepções distintas sobre trabalho, educação e saúde que orientam as propostas de formação profissional. Somente com a aprovação da Lei n. 10.507/2002 é que a profissão do Agente Comunitário de Saúde foi reconhecida, regulamentada e inicia-se um processo de incentivo à formação profissional e à elevação da escolaridade.

A trajetória dos projetos de qualificação profissional dos ACS se iniciou com uma proposta de 80 horas de capacitação, que se ampliou rumo à construção de um “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde”, no ano de 2004, através do trabalho conjunto entre os Ministérios da Educação e da Saúde. A construção dessa proposta foi viabilizada mediante uma consulta pública sobre o tema – o que propiciou a participação de diversos atores políticos no processo. Uma questão subjacente a esta discussão era a relevância e a complexidade do trabalho do ACS, exigindo que sua formação se realizasse em nível técnico, ou seja, estendendo sua escolaridade até o ensino médio, etapa final da educação básica em nosso país.

Encontramos assim, muitas semelhanças entre os dois processos, já que, a defesa da capacitação em serviço dos ACS tinha como uma de suas justificativas, a baixa escolarização destes profissionais, da mesma forma como foi observado no caso dos AIS (Rocha, 2007). Entretanto, estudos sobre o perfil dos ACS mostraram que, ao contrário do que se pensava inicialmente, mais de 55% deles tinham o ensino médio completo ou incompleto (EPSJV, 2005). Tal achado representou um ponto de facilidade na implantação de uma proposta de formação técnica profissionalizante, que requer a conclusão, concomitante ou subsequente, do ensino médio.

Ademais, atento ao quadro de heterogeneidade e de baixa escolaridade dos ACS, o “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde” (MEC/MS, 2004) foi construído de forma comprometida com a elevação da escolaridade dos ACS, organizando um itinerário formativo composto por três etapas que permitem a escolarização do trabalhador durante a profissionalização técnica. Segundo essas diretrizes, para o ingresso na primeira etapa formativa o único pré-requisito seria saber ler e escrever. A exigência de matrícula no ensino médio ocorreria somente por ocasião da terceira etapa, para que, ao final da profissionalização, os educandos pudessem obter o título de nível técnico.

Esse tipo de proposta é congruente com as necessidades dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), os quais, de acordo com os diagnósticos supracitados, demandam elevação de escolaridade, tanto no nível fundamental, quanto no ensino médio. As possibilidades delineadas pelo Referencial Curricular supracitado propiciariam que os Agentes Indígenas de Saúde iniciassem sua formação profissionalizante com a escolaridade que dispusessem, ampliando sua escolarização de modo concomitante à formação técnica em saúde.

Apesar da promulgação do Referencial Curricular do Curso Técnico de ACS (2004), poucos foram os municípios que efetivaram o processo formador destes profissionais. São dois os motivos que obstaculizam a completude do processo formativo, o primeiro, se refere ao financiamento do Ministério da Saúde para a realização do curso que se limitou

somente à primeira Etapa Formativa. A segunda razão alegada pelos gestores municipais é que a elevação da escolaridade dos ACS para o nível técnico acarretaria um impacto negativo nas folhas de pagamento dos municípios, violando a Lei de Responsabilidade Fiscal. Quaisquer que sejam as razões para a não progressão das etapas formativas, o processo de formação técnica profissionalizante dos ACS caminha em passos lentos, prejudicando a qualidade da prestação de serviços nas redes municipais de serviços de saúde.

No ano de 2006, foi promulgada a Lei n. 11.350 – que visava atualizar a Lei n. 10.507/2002 –, regulamentando o vínculo empregatício dos ACS. Apesar de alguns ganhos, a nova lei representou um retrocesso nas iniciativas de formação técnica destes trabalhadores, já que a exigência de escolaridade e de formação técnica não foi incorporada como requisito para o desenvolvimento das atividades desses profissionais. No ambiente urbano, essa lei regulamentou certos aspectos relevantes, tais como a seleção dos ACS por meio de processo seletivo público, e a instituição da obrigatoriedade de vínculo empregatício por CLT, garantindo curta estabilidade empregatícia e alguns direitos trabalhistas aos ACS.

Em que pese a existência de diferenças entre os modos de vida indígena e os espaços urbanos em que atuam os ACS, há muita similaridade entre as rotinas dos serviços de saúde encontrados nas duas realidades, já que ambos partilham os mesmos marcos da reorganização da atenção (atenção primária a saúde) a serem desenvolvidos no interior de uma equipe multiprofissional. Além disso, os dois tipos de agentes de saúde desenvolvem um papel-chave na mediação das relações entre os serviços de saúde e a comunidade; atuam na redução dos problemas sanitários de populações vulneráveis; e partilham dificuldades comuns no que diz respeito à precarização do trabalho e à formação.

Diante das reflexões até então expostas e almejando contribuir para a profissionalização dos AIS, um grupo de profissionais oriundo de diversas instituições que atuam com a questão indígena⁵ elaborou uma pro-

⁵ Instituto de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, ambos da Fundação Oswaldo Cruz; Secretaria Municipal de Educação de São Gabriel da Cachoeira, Secretaria Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira;

posta formativa para os AIS. A iniciativa originou-se de uma demanda da Federação das Organizações Indígenas do Alto Rio Negro (FOIRN), que, em 2006 solicitou à FIOCRUZ que desenvolvesse um projeto de formação técnica profissionalizante para os Agentes Indígenas de Saúde do Alto Rio Negro (AIS). A elaboração do projeto se deu de forma participativa, sendo realizado através de oficinas em São Gabriel da Cachoeira (AM), congregando Agentes Indígenas de Saúde, professores e lideranças indígenas, que delinearão as bases para a elaboração do projeto pedagógico do curso.

O grupo que se dedicou à escrita do referencial curricular para a educação profissional indígena preocupou-se em atender às especificidades do processo de trabalho, do perfil profissional e da matriz cultural dos AIS; buscou desempenhar tais tarefas sem se descuidar da necessidade de regulamentação e de legitimação da formação destes agentes – exigências já conquistadas através da luta política dos ACS e reconhecidas pelos Ministérios da Educação e da Saúde. A alternativa encontrada foi a adoção do Referencial Curricular do Curso Técnico de ACS, o qual propiciou a adequação a um marco legal de amparo à formação dos AIS do Alto Rio Negro.

Outro fator importante nesta escolha se referiu ao itinerário formativo do referencial curricular do ACS, visto que este permitiria a elevação da escolaridade dos AIS, viabilizando a concretização de uma formação profissional de nível técnico para estes trabalhadores. Esta iniciativa é extremamente relevante nessa região, na medida em que somente 3,6% dos AIS que atuam no Alto Rio Negro concluíram o ensino médio (Garnelo et al., 2009).

Em consonância com o processo de trabalho do agora denominado Agente Comunitário Indígena de Saúde (ACIS), o currículo⁶ foi organizado a partir de cinco eixos estruturantes: Cultura; Cuidado; Território; Política; Informação, Educação e Planejamento em Saúde, desenvolvidos Prefeitura de São Gabriel da Cachoeira; Secretaria Estadual de Educação do Amazonas; Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro/FUNASA; Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro-FOIRN e Associação de Técnicos de Enfermagem de S. Gabriel da Cachoeira.

⁶ Para maiores informações sobre essa proposta curricular, ver Garnelo et al. (2009).

ao longo de três etapas formativas que totalizam 1.440 horas de curso.

Os princípios norteadores para a elaboração da proposta de Curso Técnico de Agente Comunitário Indígena de Saúde são congruentes com os princípios da educação escolar indígena e do modelo de atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas, tomados como eixo principal para desenvolvimento do processo formativo.

A primeira etapa formativa do curso se caracteriza pela realização de um diagnóstico sobre o território em que vive o ACIS e a população sob seus cuidados. A segunda etapa formativa possibilita a identificação de situações de risco e vulnerabilidade – seja do ponto de vista biomédico ou das medicinas tradicionais – aos principais agravos que acometem a população atendida pelo ACIS. A terceira etapa está voltada para a formulação de planos e projetos locais de atuação que articulem todos os conhecimentos mobilizados ao longo do processo formador, com vistas a desenvolver ações sistemáticas de promoção e vigilância em saúde no território de abrangência do ACIS. A relação ensino-aprendizagem busca unir teoria, prática e vivências pessoais dos educandos para desenvolver um processo formativo capaz de articular saberes científicos e tradicionais, visando a produção de ferramentas de intervenção sanitária no território.

Ressalve-se, porém, que apesar das semelhanças geradas pela inserção de AIS e ACS na estrutura comum do sistema de saúde, é importante reconhecer as diferenças entre os contextos socioculturais de origem e de atuação de cada um deles. Em consonância com as propostas de atenção diferenciada do subsistema de saúde indígena, é crucial que não se perca de vista que a população atendida pelos AIS, bem como eles próprios, dispõem de padrões culturais singulares que precisam ser compreendidos e respeitados para que se consiga viabilizar uma adequada atenção às suas demandas de saúde.

Tal diretriz é ainda mais relevante num modelo de atenção à saúde, pautado pelas propostas da atenção primária e da promoção à saúde, as quais demandam interação permanente com as condições de vida, que, nesse caso, são moldadas pelas especificidades de cada grupo étnico atendido no subsistema de saúde indígena. Assim sendo, o reconheci-

mento e a valorização dos saberes tradicionais, particularmente aqueles ligados à doença e à cura, são dimensões relevantes para efetivar o direito à atenção diferenciada, devendo orientar os processos de formação dos Agentes Comunitários Indígenas de Saúde.

Menéndez (2003), ao abordar os modelos de atenção segundo uma perspectiva antropológica, ressalta a diversidade cultural das sociedades latino-americanas. O autor nos informa que devido à grande variabilidade cultural das populações que acessam os sistemas oficiais de saúde e ao pluralismo médico desses grupos, eles tendem a rechaçar os sistemas de saúde que se pautem exclusivamente pela perspectiva biomédica, conhecida por negar, ignorar ou marginalizar as produções culturais desses povos. Diz o autor:

Considero que si el sector salud quiere conocer y/o implementar el sistema de atención que utilizan los sujetos y conjuntos sociales, debería identificar, describir y analizar las diferentes formas de atención que los conjuntos sociales manejan respecto de la variedad de padeceres reales e imaginarios que reconocen como afectando su salud (Menendez, 2003, p. 188).

Assim, a diversidade sociocultural, geográfica e política dos povos culturalmente diferenciados – representados, no caso, pelos grupos indígenas que vivem no Brasil – configura-se como um importante desafio à construção de um modelo culturalmente sensível para prover atenção à saúde indígena. Esta é uma singularidade que não pode ser ignorada num processo de formação dos ACIS.

Um comprometimento efetivo com o bem-estar e com as necessidades das populações exigirá que processos formadores voltados para os membros dessas culturas contribuam para o fortalecimento do trabalho dos agentes de saúde, para o reconhecimento de sua profissão e de sua condição de trabalhador indígena. Nesse contexto, o trabalhador indígena deve ser entendido como um agente de valorização e revitalização de suas culturas de origem, ainda que igualmente qualificado para desenvolver ações de promoção à saúde e de melhoria das condições de vida da população com que trabalha.

Consideramos que a proposta de formação técnica, ora em curso no Alto Rio Negro, pode contribuir no debate sobre a formação profissional do trabalhador indígena em saúde, provendo um ponto de partida para sistematizar propostas de alcance nacional que respeitem as especificidades deste subsistema de saúde.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Saúde Indígena. 1999-2001. Texto acessado no endereço: <http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/p/fulltext/distritos/distritos.pdf>, em 3 de maio de 2010.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40p.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: área profissional saúde. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação 2004.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Formação inicial para agentes indígenas de saúde: modulo introdutório. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2005.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Saúde Indígena. www.funasa.gov.br. Site acessado em 15/5/08.

BRUNO, P.R.A. Saberes na saúde indígena: estudo sobre processos políticos e pedagógicos relativos à formação de agentes de saúde tikuna no Alto Solimões (AM), Brasil. Tese de doutorado apresentada no Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008.

GARNELO, L. “Análise situacional da Política de Saúde dos Povos Indígenas no período de 1990 a 2004: implicações no Brasil e na Amazônia”. In: SCHERER E; OLIVEIRA, J.A. (orgs.). *Amazônia: Políticas Públicas e Diversidade Cultural*. Rio de Janeiro: Ed. Garamond, pp. 133-162, 2006.

GARNELO, Luiza. Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena: Uma experiência de educação e comunicação em Saúde Indígena. In: VASCONCELOS, Eymard.

(Org.). *A Saúde nas Palavras e nos Gestos. Reflexões da Rede de Educação Popular em Saúde*. São Paulo: HUCITEC, pp. 237-260, 2006.

GARNELO, Luiza et al. Formação Técnica de agente comunitário indígena de saúde: uma experiência em construção no Rio Negro. *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v.7, n.2, pp.373-385m jul./out.2009.

LANGDON, E.J.; DIEHL, E.E; WIJK, F.; DIAS-SCOPEL, R.P. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12):2637-2646, dez, 2006.

MATTA, G.C. e MOROSINI, M.V.G. Atenção Primária. In: PEREIRA, I.B. e FRANÇA, J.C.F. (Orgs.) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2.ed. ver. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MENÉNDEZ, E.L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1):185-207, 2003.

MOROSINI, M.V., CORBO, A.D. E GUIMARÃES, C.C. “O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional”. *Trabalho, Educação e Saúde*, v.5 n.2, pp. 261-280, 2007.

NOVO, M.P. Saúde e Interculturalidade: a participação dos Agentes Indígenas de Saúde/ AISs do Alto Xingu. In: *Revista de Antropologia Social dos alunos do PP-GAS-UFSCar*, v.1, n.1, pp. 122-147, 2009.

PEREIRA, I.B e RAMOS, M.N. *Educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PEREIRA, I.B. *A formação profissional em serviço no cenário do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Tese de Doutorado, 2002.

ROCHA, E.S.C. *Uma etnografia das práticas sanitárias no distrito sanitário especial indígena do Rio Negro noroeste do Amazonas* [dissertação de Mestrado]. Manaus: UFAM, 2007.

Sobre os autores

Ana Lúcia Pontes é médica sanitária, mestre e doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz. Atualmente é professora-pesquisadora na Escola Politécnica Joaquim Venâncio, unidade da Fiocruz no Rio de Janeiro e se dedica a pesquisa, ensino e cooperação técnica na área de educação profissional em saúde. Há três anos está envolvida com a formação dos Agentes Comunitários Indígenas de Saúde do Alto Rio Negro.

Anakeila Stauffer é pedagoga e doutora em ciências humanas e educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Trabalha na área da educação profissional em saúde, na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, atuando, mais especificamente, na Coordenação de Cooperação Internacional.

André Fernando Baniwa atuou no movimento indígena junto a Organização Indígena da Bacia do Içana (OIBI) e foi vice-presidente da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN). Coordenou o Conselho Distrital de Saúde Indígena do DSEI Rio Negro e atuou no Conselho Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira. Atualmente é vice-prefeito do município de São Gabriel da Cachoeira no Amazonas.

Alexandra Barbosa da Silva fez mestrado e doutorado em antropologia. Trabalha com os Guarani Kaiowa de Mato Grosso do Sul há dez anos e atualmente direciona sua atenção também para os Tabajara do litoral sul da Paraíba, sempre focando o grupo doméstico e o território. Foi colaboradora no Programa Vigisus da FUNASA durante o ano de 2007, considerando as concepções kaiowa sobre saúde e doença, in-

cluindo o fenômeno do suicídio. Atualmente, é professora adjunta da Universidade Federal da Paraíba.

Elciclei Faria dos Santos é mestre em educação pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM); foi coordenadora pedagógica do curso técnico de Agente Comunitário Indígena de Saúde-ACIS no Alto Rio Negro e atualmente é professora da Universidade Federal do Amazonas, com atuação na área de formação de professores indígenas.

Fabio Mura é mestre e doutor em antropologia. Trabalha entre os Kaiowa desde 1991 e recentemente também entre os Tabajara do litoral sul da Paraíba. Suas pesquisas concentram-se principalmente sobre dinâmica territorial, tradição de conhecimento e ecologia doméstica. Em 2007, foi consultor do Programa Vigisus da FUNASA, desenvolvendo pesquisas sobre suicídio e vida emocional afetiva entre os Guarani de Mato Grosso do Sul. Atualmente é professor adjunto da Universidade Federal da Paraíba.

Guilherme Macedo é mestre em antropologia social pelo Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro e foi professor de antropologia indígena da Universidade Federal do Amazonas e coordenador técnico do Projeto Vigisus II – Saúde Indígena. Atualmente trabalha como assessor técnico do Programa Regional Amazônia da GTZ.

Jesem Douglas Yamall Orellana é sanitarista, com mestrado em ciências da saúde/saúde pública. Desenvolve atividades de pesquisa, no campo da saúde da criança e da mulher indígena, com ênfase em aspectos nutricionais. É pesquisador do Instituto de Pesquisas Leônidas e Maria Deane, da Fiocruz Amazônia.

Kleber Karipuna é liderança do movimento indígena, tendo atuado na COIAB onde exerceu a função de tesoureiro.

Laura Daniel é mestre em ciências sociais pela Universidade Estadual Paulista; foi analista de Gestão em Saúde Pública na Vice-Diretoria de Ensino do Instituto Leônidas e Maria Deane – Unidade Técnico-Científica da Fiocruz em Manaus/AM e hoje atua no Instituto Carlos Chagas – Unidade Técnico-Científica da Fiocruz em Curitiba/PR.

Luiza Garnelo é sanitarista e antropóloga, com doutorado em ciências sociais/antropologia. Há vários anos desenvolve atividades de pesquisa, capacitação e assessoramento às organizações indígenas na região do Alto Rio Negro, no campo da saúde indígena. É pesquisadora do Instituto de Pesquisas Leônidas e Maria Deane, da Fiocruz Amazônia.

Maurício Soares Leite é nutricionista e sanitarista com experiência em saúde indígena no Mato Grosso e em Rondônia. É doutor em saúde pública professor adjunto da Universidade Federal de Santa Catarina.

Maximiliano Loiola Ponte de Souza é médico psiquiatra e sanitarista. Mestre em sociedade e cultura na Amazônia, pela Universidade Federal do Amazonas. Doutor em ciências, pelo Instituto Fernandes Figueira, da Fiocruz. Atualmente é pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane, da Fiocruz. Tem experiência na área de saúde coletiva, com ênfase em ciências sociais em saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde indígena, antropologia da saúde e saúde mental.

Paulo Cesar Basta é médico sanitarista com doutorado em saúde pública. Atuou nas equipes de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas Yanomami e Leste de Roraima. Desenvolve pesquisas no campo da saúde indígena, com ênfase em vigilância e controle da tuberculose, em diversas regiões do país. É professor e pesquisador na Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz.

Rui Arantes é odontólogo sanitaria, atua há vários anos junto aos povos indígenas, implementou Programas de Saúde Bucal entre os Xavante e em etnias do Parque Indígena Xingu. Atua como pesquisador na unidade Fiocruz Cerrado Pantanal no Mato Grosso do Sul, onde desenvolve pesquisas que abordam a epidemiologia da saúde bucal entre os povos indígenas do Centro-Oeste.

Sully Sampaio é cientista social com experiência em saúde indígena. Atua há vários anos no Alto Rio Negro. Trabalha no Instituto de Pesquisas Leônidas e Maria Deane, da Fiocruz Amazônia.

Trinho Trujillo Baniwa é indígena da etnia Baniwa formado em pedagogia e com licenciatura em matemática. Trabalha na Secretaria de Educação do Município de São Gabriel da Cachoeira.

**Diretoria de Políticas para Educação
do Campo e Diversidade**

VIVIANE FERNANDES FARIA

Diretora

GERSEM JOSÉ DOS SANTOS LUCIANO
Coordenador Geral de Educação Escolar Indígena

Aline Carla Ribeiro Cavalcante

Angelise Nadal Pimenta

Cláudio Lopes de Jesus

Gerarda Maura Leopoldino Sales

Ingrid Weber

Marjorie Almeida Caldas de Moraes

Nilze Maria Garcia Figueiredo

Raquel Ribeiro Matins

Susana Martelletti Grillo Guimarães

Tonico Benites

Laced – Laboratório de Pesquisas em Etnicidade, Cultura e Desenvolvimento – Museu Nacional – UFRJ

João Pacheco de Oliveira

Antonio Carlos de Souza Lima

Coordenadores

Projeto: Educação Diferenciada, Gestão Territorial e Intervenções Desenvolvimentista

Antonio Carlos de Souza Lima

Coordenador do Projeto

Coordenação Financeira

Afonso Santoro

Financiamento

Fundação Ford

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz

Paulo Gadelha

Presidente

Isabel Brasil

Diretora

Marco Antônio Carvalho Santos

Vice-diretor de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

Claudio Gomes

Vice-diretor de Ensino e Informação

Sergio Munck

Vice-diretor de Gestão e Desenvolvimento Institucional

Coleção Educação para Todos

- Volume 01:** Educação de Jovens e Adultos: uma memória contemporânea, 1996-2004
- Volume 02:** Educação Anti-racista: caminhos abertos pela Lei Federal nº 10.639/03
- Volume 03:** Construção Coletiva: contribuições à educação de jovens e adultos
- Volume 04:** Educação Popular na América Latina: diálogos e perspectivas
- Volume 05:** Ações Afirmativas e Combate ao Racismo nas Américas
- Volume 06:** História da Educação do Negro e Outras Histórias
- Volume 07:** Educação como Exercício de Diversidade
- Volume 08:** Formação de Professores Indígenas: repensando trajetórias
- Volume 09:** Dimensões da Inclusão no Ensino Médio: mercado de trabalho, religiosidade e educação quilombola
- Volume 10:** Olhares Feministas
- Volume 11:** Trajetória e Políticas para o Ensino das Artes no Brasil: anais da XV CONFAEB
- Volume 12:** O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje
- Volume 13:** A Presença Indígena na Formação do Brasil
- Volume 14:** Povos Indígenas e a Lei dos “Branços”: o direito à diferença
- Volume 15:** Manual de Lingüística: subsídios para a formação de professores indígenas na área de linguagem
- Volume 38:** Saúde Indígena: uma introdução ao tema