

**CONTEXTOS INTERÉTNICOS E AFIRMAÇÃO
IDENTITÁRIA NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: UMA
ANÁLISE SOBRE OS PROCESSOS DE FORMULAÇÃO E DE
PRECARIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO
À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS**

**INTERETHNIC CONTEXTS AND IDENTITY AFFIRMATION
IN CONTEMPORARY BRAZIL: AN ANALYSIS OF THE
FORMULATION AND PRECARISATION PROCESSES OF
THE NATIONAL POLICY OF HEALTH CARE OF
INDIGENOUS PEOPLES.**

Fábio do Espírito Santo Martins¹

RESUMO

Algumas considerações etno-históricas são apropriadas para ampliar a compreensão acerca da participação indígena na reformulação dos processos normalizadores da sociedade brasileira, mais precisamente, no contexto de transitoriedade em direção à redemocratização do país após o regime ditatorial civil-militar de governo. Sendo necessário, portanto, evidenciar neste processo, o protagonismo indígena e uma construção identitária dinâmica, efetuadas sempre a partir da lógica cultural destes povos. Desta forma, este trabalho propõe analisar a historicidade que circunscreve o contexto das relações interétnicas entre os povos indígenas e a sociedade envolvente, sobretudo, no que se referem a formulação e a aplicação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Para tanto, estabelece a interlocução entre dois contextos específicos; respectivamente, o processo da sua formulação, onde é enfatizado o protagonismo indígena, e, portanto, uma agência política, já que expressa um sofisticado sistema de afirmação identitária. E, em seguida, a situação contemporânea da sua precarização, processo que está circunscrito à ameaça do retrocesso das garantias constitucionais, tanto quanto, de maneira específica, está associado à progressiva redução dos direitos dos povos indígenas na atualidade brasileira. Assim, a etnografia e as pesquisas documentais resultaram na percepção de que o contato estabelecido entre o Estado e os povos indígenas, priorizou e ainda prioriza a formulação das políticas e dos serviços de saúde para estes povos, concebendo-os como sinônimos de ampliação ao acesso aos direitos de atendimento à

¹ Doutorando em Ciências Sociais pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP/CAr). Atualmente é pesquisador colaborador do CEIMAM (Centro de Estudos Indígenas Miguel A Menéndez) da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP/CAr). E-mail: epiritomartins@bol.com.br.

saúde de modo universalizante e homogeneizador, desconsiderando as especificidades etnoculturais e não assegurando a acessibilidade a direitos constitucionais que afirmam a diferença.

Palavras-chave: Povos Indígenas. Políticas para a Saúde Indígena. Protagonismo Indígena. Supressão de Direitos.

ABSTRACT

Some ethno-historical considerations are appropriate to broaden the understanding of indigenous participation in the reformulation of the normalizing processes of Brazilian society, more precisely, in the context of transitoriness toward the redemocratization of the country after the dictatorial civil-military regime of government. It is necessary, therefore, to highlight in this process the indigenous protagonism and a dynamic identity construction, always carried out based on the cultural logic of these peoples. In this way, this work proposes to analyze the historicity that circumscribes the context of the interethnic relations between the indigenous peoples and the surrounding society, especially, as they relate to the formulation and the application of the National Policy of Attention to the Health of the Indigenous Peoples. To this end, it establishes the interlocution between two specific contexts; Respectively, the process of its formulation, where the indigenous protagonism is emphasized, and therefore a political agency, since it expresses a sophisticated system of identity affirmation. And then, the contemporary situation of its precariousness, a process that is limited to the threat of the retrocession of constitutional guarantees, as well as, in a specific way, is associated with the progressive reduction of the rights of the indigenous peoples in the Brazilian reality. Thus, ethnography and documentary research have resulted in the perception that the established contact between the State and the indigenous peoples has prioritized and prioritizes the formulation of health policies and services for these peoples, considering them as synonyms for expanding access To health care rights in a universalizing and homogenizing way, disregarding ethnocultural specificities and not ensuring accessibility to constitutional rights that affirm the difference.

Keywords: Indigenous Peoples. Policies for Indigenous Health. Indigenous Protagonism. Suppression of Rights.

Introdução

Este trabalho propõe analisar a historicidade que circunscreve a concepção, planejamento e aplicação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Para tanto, estabelece a interlocução entre dois contextos específicos, que, contém respectivamente, o processo de sua construção, onde é enfatizado o protagonismo, ou seja, a participação direta e a agência dos povos indígenas. E, em seguida o contexto contemporâneo da sua precarização, processo que está circunscrito à ameaça do gradual retrocesso das garantias constitucionais que se afirmam na atualidade, tanto quanto, de maneira específica, está associado à progressiva redução de direitos dos povos indígenas na atualidade brasileira. Desta forma, é necessário considerar que desde os tempos anteriores à invasão e a colonização europeia, os povos indígenas possuem seus próprios sistemas terapêuticos que articulam os diversos aspectos da sua organização social e da sua cultura. Assim, as medicinas indígenas obedecem a níveis de causalidade e itinerários profiláticos distintos do modelo biomédico ocidental, são articulações terapêuticas diferentes, mas não menos importantes.

Dessa maneira, este trabalho dialoga em consonância com um conjunto de preposições que sustentam que as questões inerentes à saúde e à doença devem ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais os mesmos ocorrem. Devendo também ser considerado aqui, que a esta proposição, somam-se reflexões acerca dos pressupostos teórico-filosóficos presentes à intersecção entre saúde e cultura, entre relativismo cultural e direitos humanos universais.

Neste sentido, os fatores determinantes da saúde indígena estão relacionados à garantia de sua plena cidadania, com autonomia, posse territorial, uso dos recursos naturais e integridade dos ecossistemas que ocupam. Portanto, a saúde para os povos indígenas é uma construção coletiva, conquistada através da participação e do fortalecimento do seu protagonismo e poder de decisão.

Por isso, necessariamente, a correta apreensão e o consequente entendimento acerca da concretização das políticas de atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil, devem contemplar uma profunda análise sobre os contextos que circunscreveram as discussões, a elaboração e a

aplicação, de uma série de conjuntos legislativos diretamente relacionados à reestruturação da concepção, do planejamento e da prestação dos serviços relativos à saúde pública no país. Sendo, portanto, que a referida reestruturação do acesso aos serviços de saúde deve ser compreendida estando inserida nas dinâmicas históricas e político-sociais que se efetuavam em nível nacional, àquilo que se referiu à transição de uma composição autoritária e, portanto, ditatorial, em direção a uma nova composição do Estado, alicerçada sobre novas concepções democráticas. Sobretudo, em relação ao que se referiu à agência e participação direta dos povos indígenas em tais processos.

Assim, em um contexto histórico que redefiniu a agência dos povos indígenas em relação ao que dizia respeito às suas demandas de acesso às políticas e serviços concebidos e prestados pelo Estado, é imprescindível considerar que até 1988, a “integração” havia sido o objetivo mais importante da política indigenista brasileira. Desta maneira, o princípio integracionista considerava que os povos indígenas estavam em extinção, e que não possuíam quaisquer possibilidades de continuidade quanto à sua existência. Entretanto, para uma compreensão mais apropriada a respeito da concretização dos direitos dos povos indígenas no Brasil, deve-se necessariamente, ser considerado o contexto histórico de transitoriedade em direção à redemocratização do país após o regime ditatorial de governo (1964-1985). Ou seja, a efetuação dos processos que caracterizaram a os trabalhos da Assembleia Constituinte (1986-1987) e a conseqüente promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF de 1988). Neste sentido, aquela redação não foi concessão gratuita do Congresso Nacional Constituinte. Foi também, uma conquista árdua dos povos indígenas.

A Carta Magna confirma o direito originário indígena sobre as terras de ocupação tradicional, fator necessário à continuidade cultural e à autodeterminação sobre os modos de vida específicos de cada povo. Desta forma, além da garantia dos direitos territoriais, encontra-se no texto constitucional uma série de dispositivos que garantem aos povos indígenas o reconhecimento de sua organização social, costumes, línguas e crenças. Garantiu-se também, que suas próprias comunidades e organizações se tornassem partes legítimas para lutar em juízo pela defesa desses direitos. Entendeu-se, ser inadmissível prosseguir na imposição, aos povos indígenas, do modo de vida, dos valores e dos

modelos não indígenas de desenvolvimento e de bem-estar. Reconheceu-se, portanto, a autonomia indígena nesses aspectos.

Deste modo, a redação da CF de 1988 passou a representar também uma inversão paradigmática quanto a garantia dos seus direitos. Já, que algumas considerações antropológicas foram apropriadas como colaboradoras para a elaboração de uma correta compreensão acerca da participação indígena na reformulação dos processos normatizadores da sociedade brasileira naquele momento histórico. Então, durante a década de 1980, se interpermeiam e se concretizam nas discussões e elaborações legais, a perspectiva que compreendia a diversidade como um enriquecimento cultural. Portanto, naquele contexto, os povos indígenas passaram também a reconsiderar a percepção sobre suas origens étnicas e culturais, e, conseqüentemente, seu direito de serem diferentes sem deixarem de ser iguais.

Destarte, no Brasil durante aquela transição histórica, os povos indígenas, autoconscientes e sob a orientação de seus interesses e necessidades, passaram a assumir, eles próprios, o direito de reivindicar, acima de tudo, sua identidade étnica, cultural, e social. E, deste modo, no contato dos povos indígenas com setores politicamente comprometidos da sociedade civil é que emerge essa alternativa de ação coletiva. Da mesma forma, é no contato daqueles povos entre si, que se cria outro discurso da indianidade e se esboça a possibilidade de uma organização que instrumentalize a luta. Portanto, a luta indígena se desenrola através do processo em que aquelas sociedades “aprendem” que são índios, “descobrem” que têm direitos e tentam encontrar formas de concretizar esses direitos.

1. Processos de Formulação: políticas de atenção à saúde indígena nas décadas de 1980 e 1990.

Não se pode pensar na autonomia indígena – e é disso que se trata – sem a garantia, de fato, de terem acesso a seus direitos. Condição esta, indispensável para um projeto de autodeterminação, o único projeto de *justiça*, compatível com os direitos que garantem a diferença étnico-cultural humana. Pois, só via autodeterminação, os índios podem ser sujeitos históricos, e, como tal, viverem o presente, sem a ameaça

constante do extermínio, construindo as condições de garantia quanto ao seu futuro, sendo que a direção de elaboração deste processo, cabe, apenas, a eles definir.

Neste sentido, as análises sobre a composição e aplicabilidade das políticas para a saúde indígena no Brasil precisam considerar inicialmente, as determinações da CF de 1988, que definiu um novo patamar para o relacionamento do Estado com os povos indígenas. Pela primeira vez, tem-se um capítulo específico tratando dos seus direitos, superando-se a perspectiva integracionista e etnocêntrica dos textos anteriores². De maneira simultânea, devem ser considerados também, os indicativos e consequências da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em 1986³. Passando desta maneira, ao entendimento de que às deliberações apresentadas naquela conferência, especificamente àquilo que diziam respeito ao conjunto legal destinado a promover e normatizar as ações do Estado como o responsável pela execução das políticas de atenção à saúde indígena, concretizavam uma complementariedade histórica às determinações elaboradas pela CF de 1988.

Entretanto, deve também ser compreendido, que os processos e dinâmicas relativos à concretização jurídico-legal que caracterizaram a implementação do SUS⁴, passariam a direcionar o atendimento médico e a prestação dos múltiplos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas, privilegiando a universalização de suas práticas, ou seja, desprezando sumariamente, a diversidade étnico-cultural dos muitos e diferentes povos, ao que se refere às suas concepções dos sistemas de entendimento e apreensão sobre a doença e a cura; as técnicas e as práticas que articulam complexos processos de tratamentos e os seus vários especialistas, detentores de muitos conhecimentos e saberes.

Porém, tão prejudicial quanto à imposição sobre os povos indígenas de um específico modelo de sistema de procedimentos e serviços de atenção à sua saúde, cujas prerrogativas estavam inseridas em um

² Tais direitos ficam explícitos no Capítulo VIII, Art. 231 e Art. 232.

³ Verificando-se de maneira bastante clara, que as suas indicações conclusivas, apontavam os encaminhamentos para a concretização de um novo contexto de maior amplitude democrática para a aplicação das políticas nacionais de saúde, ou seja, passou-se a gestar ali as concepções originárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

⁴ Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

processo de universalização padronizada, é a aceitação e a reafirmação de que tais processos e dinâmicas foram simplesmente impostas sobre os povos indígenas, permanecendo estes, em completo estado de passividade, caracterizados apenas como receptores inertes frente a mais esta situação de violência. Todavia, a realidade se concretizava de maneira contrária a tais especulações, pois, a permanente e intensa agência indígena, caracterizou ativamente a sua participação nos processos de elaboração de políticas de atenção à sua saúde, em específico, com relação às consequências que ecoavam sobre as suas formas particulares de organização social e política, mas, sobretudo, a respeito das suas especificidades de compreensão sobre as doenças, suas formas próprias de tratamentos e curas, assim como os seus múltiplos especialistas. Portanto, diferente da submissão passiva, frente a um intenso e extenso processo de imposição homogeneizadora, os povos indígenas, de modo consciente, organizado e ativo, tornaram concreta a sua oposição a esta situação, evidenciando-se enquanto sociedades e culturas que se caracterizam como sujeitos históricos, protagonistas e reelaboradores dos processos de mudanças sociais.

Sendo assim, tal resistência e reelaboração, foram expressos na Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI), realizada ainda em 1986⁵. Assim, o processo de elaboração política deste documento possuía a intenção de caracterizá-lo como um orientador para a definição correta das futuras legislações que viriam a normatizar a expansão dos serviços de saúde pública, naquilo que se referiam às especificidades indígenas. Assim como, a garantia de acesso àqueles serviços, compreendidos e efetuados como direitos que asseguravam a permanência das especificidades, e que, portanto, deveriam ser elas os balizadores para a definição quanto às concepções, planejamento e procedimentos de aplicação concreta dos serviços de atenção à saúde indígena. Além, obviamente, de indicar a necessidade elementar da participação direta de representantes indígenas em todos os níveis da concreta realização social deste específico sistema de atenção à saúde, desde a sua concepção, planejamento e gestão, até a aplicação dialógica

⁵ Desta maneira, circunscrita por um posicionamento que privilegiava uma relação dialógica entre os povos indígenas e o Estado, àquilo que se relacionava à aplicação dos procedimentos de atenção à saúde indígena, a CNPSI de 1986, “constituiu um momento em que, pela primeira vez, o Estado reuniu representantes de várias nações indígenas, para discutir uma proposta de Diretrizes relativas à Saúde do Índio” (RELATÓRIO FINAL DA CNPSI, 1986, p.1).

dos procedimentos clínicos e profiláticos, conjuntamente efetuados sob a concomitância entre as práticas da medicina tradicional indígena e a medicina ocidental, sem que um modelo se sobrepusesse impositivamente ao outro⁶.

Assim, tornava-se concreta a recomendação para a criação do Sistema de Atenção à Saúde do Índio (SASI). Principalmente, a partir da concepção do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)⁷. Entretanto, alguns avanços neste contexto, ocorreriam apenas a partir de 1993, com a concretização da IX Conferência Nacional de Saúde (IX CNS de 1993)⁸. Destarte, o fator preponderante, desta inversão de perspectiva paradigmática foi a elaboração da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI)⁹.

Contudo, ao longo da década de 1990, legislações conflituosas excluíram-se mutuamente, quanto a normatização que deveriam estabelecer às dinâmicas e aos processos que se articulavam para criarem uma política de atenção à saúde indígena. Já que os desencontros entre os protocolos do SUS¹⁰ e as atribuições políticas

⁶ Neste sentido, uma das proposições mais significativas da CNPSI de 1986, foi à necessidade imediata de criação de um “sistema específico de saúde para os índios, sendo que a vinculação institucional desta agência deve ser com o ministério responsável pela coordenação do sistema único de saúde, de modo a integrá-los” (IDEM, p.3).

⁷ Criados em 1991 (Decreto Presidencial nº 23/91), sugeriam a estruturação de um modelo de atenção diferenciada como forma de garantir aos povos indígenas o direito e acesso integral à saúde. Submetidos ao Ministério da Saúde (MS), os DSEIs se caracterizaram como unidades de um modelo de organização de serviços orientados para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo delimitado, dirigidos à prestação de serviços de saúde às populações indígenas.

⁸ Que indicaria as proposições da concepção sobre os processos de inserção dos povos indígenas no contexto que tratava da definição do “Modelo Assistencial” indicado para o SUS.

⁹ Realizada em outubro de 1993 em Luziânia – Goiás, projetou como objetivos principais: 1. a definição das diretrizes da Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas e o processo de consolidação no SUS; 2. a necessidade de um subsistema diferenciado de saúde para os povos indígenas, sobretudo, na criação do Subsistema de Saúde para os Povos Indígenas. Destacando que: “O sub-sistema de atenção à saúde indígena deve, obrigatoriamente, levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura indígena”. Estando ainda definido, neste registro documental, que “O modelo de atenção à saúde indígena deve se pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando a assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras e integração institucional” (RELATÓRIO FINAL DA II CNSPI, 1993. p.2).

¹⁰ Pois, incluída no capítulo V da Lei nº 8.080/90, que estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS), a responsabilidade formal e de toda a estrutura de Estado relacionada ao atendimento à saúde indígena, passou a ser da Fundação Nacional de Saúde (Funasa),

direcionadas à Fundação Nacional do Índio (FUNAI)¹¹, causaram como consequências que “desde então, a Funasa e a FUNAI dividissem a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa” (FUNASA, 2002, p.9).

E, portanto, ocasionando as possibilidades de que a realidade relacionada à aplicação do conjunto de procedimentos e serviços dirigidos à atenção à saúde dos povos indígenas voltasse a ser alterada mais uma vez. Alegava-se com isto, que se tratava de uma tentativa de reduzir os danos e déficits, que de modo sistemático, impunham-se aos indígenas, no que dizia respeito às dificuldades que enfrentavam para terem assegurados e cumpridos os seus direitos constitucionais de pleno acesso ao sistema de saúde público diferenciado de fato, mas também eficiente e eficaz¹².

órgão executivo do Ministério da Saúde. Definindo-se a partir daquele momento, que: “A missão institucional da Fundação Nacional da Saúde compreende duas vertentes principais que se desenvolvem mediante a elaboração de planos estratégicos nos segmentos de Saneamento Ambiental e de Atenção à Saúde Indígena. A Funasa é gestora do Subsistema de Saúde indígena, na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2009, p.14).

¹¹ O Decreto Presidencial nº 1.141/94 constituiu uma Comissão Intersetorial de Saúde (CIS), com a participação de vários Ministérios que se relacionavam à temática indígena, quanto a sua atuação, e ficavam todos sob a coordenação da FUNAI. O que praticamente, significou que o decreto devolvia a coordenação das ações de saúde para os indígenas à FUNAI. Em decorrência, a CIS determinou através da Resolução nº2/94, o “Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio”, que atribuiu a FUNAI, órgão circunscrito ao Ministério da Justiça (MJ), a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos indígenas doentes, enquanto os aspectos circunscritos à prevenção passavam à submissão do Ministério da Saúde, que se tornara responsável pelas “ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias” (FUNASA, 2002, p.9).

¹² Esta alteração se concretizara mediante as determinações estabelecidas pelo Decreto Presidencial nº 3.156/99. A partir das diretrizes presentes em seu Art. 2º que define “à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, objetivando o alcance do equilíbrio bio-psico-social, com o reconhecimento do valor e da complementariedade das práticas da medicina indígena”. Mas, que se explicitavam em seus §§ VIII e IX, sendo que tais determinações legais passaram a ser regulamentadas e concretizadas quanto a sua aplicação, a partir das definições dispostas na Portaria nº 1.163/99.

2. A precarização em curso: as políticas de atenção à saúde indígena no século XXI.

Ao se realizar uma criteriosa análise sobre a realidade que circunscreve o contexto de aplicação das ações dirigidas à atenção e promoção à saúde dos povos indígenas no Brasil, concretizadas pelas deliberações legais do Estado entre a última década do século XX e as primeiras décadas do século XXI, claramente se evidencia que o início da análise deve dar-se a partir de 1999, quando foi constituído pela Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde (MS), um Grupo de Trabalho para a elaboração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)¹³.

Deste modo, em um contexto onde o protagonismo indígena se expandia e concretizava em relação àquilo que dizia respeito à elaboração de um sistema de saúde, instrumentalmente eficaz e étnico-culturalmente respeitoso à diversidade dos povos indígenas, se concretizou, no ínterim entre o início dos estudos e trabalhos de constituição da PNASPI em 1999, e a sua oficialização pelo Ministério da Saúde em 2002, a III Conferência Nacional de Saúde Indígena (III CNSI) realizada em 2001¹⁴.

Contudo, contradizendo, com um posicionamento bastante antagônico em relação a III CNSI, o Conselho Indigenista Missionário (CIMI, 2013, p.12) afirma: “A terceira Conferência Nacional de Saúde Indígena

¹³ Esta política foi aprovada em caráter preliminar pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em dezembro de 2000, e oficializada pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº. 254 em 31 de janeiro de 2002. O propósito da política era garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a sua diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política. E mais, que “O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas” (FUNASA, 2002, p.18).

¹⁴ A III CNSI de 2001 relaciona-se de maneira dialética e complementar a PNASPI de 2002 e vice-versa. Pois, os interesses, propostos por aquela conferência, se verificam em alguns dos princípios gerais que conduziram a elaboração deste documento em especial os princípios de números 1, 3 e 9. Porém, possivelmente os pontos de maior importância do documento relativo à III CNSI de 2001, seja a afirmação da necessidade de “Incluir os povos indígenas ainda não reconhecidos oficialmente e os índios que residem fora das terras indígenas no planejamento das atividades dos distritos, conforme especificidades locais e com a participação dos Conselhos Distritais” (VARIOS AUTORES, 2004, p.35).

realizada em 2001 foi conduzida pelos agentes da Funasa com o objetivo de referendar a perspectiva da terceirização e a diminuição ou restrição à participação indígena no controle social”¹⁵. Destarte, o processo de implantação dos DSEIs, iniciado em 1999, foi seguindo a via da terceirização, concretizada por meio de convênios com entidades não governamentais. Por isso, Garnelo & Sampaio (2003) ao realizarem sua análise sobre o referido processo, indicam que “Tal decisão política restringe o cumprimento dos princípios constitucionais que atribuem ao governo federal a responsabilidade pela gestão do subsistema de saúde indígena”. E mais, ainda segundo estas autoras, as análises evidenciam que no caso da saúde “essa transformação resulta na impossibilidade de funcionamento adequado do Sistema de Saúde, cuja pulverização de ações e serviços tende a gerar descoordenação, ineficiência e ineficácia” (GARNELO, SAMPAIO, 2003, p.315).

Então, a análise criteriosa do vasto material que trata dos processos de implementação de tais modelos de políticas de saúde dirigidos aos povos indígenas, e das subsequentes consequências geradas por eles, possibilitou perceber que na realidade, os distritos sanitários, na qualidade de processos sociais de mudanças, “não são entendidos como tal pela maioria dos profissionais de saúde que atuam no âmbito da saúde pública e, tampouco, pelos administradores de sistemas locais de saúde” (ATHIAS, MACHADO, 2001, p.247). Deste modo, seria constituída na maior parte das vezes, a perspectiva errônea de entendimento sobre os DSEIs, sobretudo, quanto a finalidade de sua atuação, ou seja, distantes de serem compreendidos como processos sociais, seriam então percebidos como uma mera identificação

¹⁵ Assim, como sustentáculo da sua argumentação desenvolve a seguinte linha de raciocínio: Com a criação do SASI-SUS e dos DSEIs, quase todos os serviços de saúde (atenção básica, prevenção e saneamento) passaram a ser executados através de convênios firmados com organizações da sociedade civil - organizações indígenas e indigenistas - e com alguns municípios. A perspectiva, no âmbito do Ministério da Saúde, era de que a União deveria transferir as suas responsabilidades no tocante à gestão e execução das ações em saúde indígena para terceiros. A partir destas mudanças, as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde se tornaram inócuas e os Conselhos de Saúde Indígena, em muitos lugares, entes figurativos diante das ações e decisões das entidades conveniadas. O controle social foi sendo paulatinamente desconsiderado por grande parte dos gestores, ampliando com isso os problemas nos espaços de organização dos serviços de saúde. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que seriam a base de toda a política, tornaram-se apenas uma espécie de referência geográfica para que a Funasa pudesse definir os tipos de convênios e as atribuições dos prestadores de serviços.

“topográfica e burocrática”, assim como afirmara Athias e Machado (2001). E assim, seria possível a constatação sobre os erros de compreensão, e conseqüentemente, de execução das prerrogativas teóricas e metodológicas propostas pelos modelos de atenção à saúde indígena, definidos pelos DSEIs na atualidade brasileira.

Por isso, com vistas ao melhor entendimento das possibilidades do desenvolvimento de sistemas locais de saúde democráticos e culturalmente sensíveis, visando uma prática adequada quanto à atenção à saúde dos povos indígenas, dever-se-ia considerar o que propõe Athias (2001, p.429), ou seja, que “Seria interessante iniciar essa discussão pela análise da noção de *participação*”¹⁶. Neste sentido, avançar de fato, na construção de outro modelo de atenção à saúde indígena, exige-se pensá-lo a partir de sua integralidade, “como espaço de negociação, para onde possam realmente afluir novas racionalidades, códigos e lógicas de conhecimento” (ERTHAL, 2003, p. 213). Pois, a recomendação para que o desenvolvimento de estratégias de atenção primária no nível local respeite as especificidades de cada povo indígena, muitas vezes, foi ressignificada por um discurso que atribui à antropologia médica o papel de tradutora dos princípios e práticas do sistema médico ocidental para essas comunidades, controlando um processo de integração entre o sistema médico do ocidente e as práticas tradicionais de cura. “Parece claro que apesar de se buscar um discurso democrático de participação, garantia de igualdade e equidade no atendimento, os critérios e conceitos do paradigma médico ocidental presidem efetivamente essa integração”, apontou Erthal (2003, p.200).

De modo geral, grande parte dos profissionais da saúde, não se encontra disposta a considerar o entendimento real e a plena aceitação dos itinerários terapêuticos utilizados pelos indígenas (xamãs, curadores e

¹⁶ “no Brasil a formação dos profissionais de saúde está voltada prioritariamente para a intervenção e atendimento individual da demanda espontânea, pautado pela ética profissional, o que os responsabiliza pela luta na preservação da vida. Muitas vezes, isso dificulta a percepção mais ampla da necessidade de participação do grupo social nos aspectos inerentes à atenção à saúde. Neste sentido, existe uma prática de organização de serviços de saúde que relega a segundo plano a participação social, perdendo-se assim a oportunidade de diálogo, por exemplo, entre a prática médica ocidental e a medicina tradicional, a qual pode contribuir para o desenvolvimento de um sistema local de saúde adequado à realidade dos povos indígenas” (ATHIAS, MACHADO, 2001, p. 430).

parteiras), compreendidos como sendo de menor importância¹⁷. Assim, sob o indicativo de um discurso democrático de acesso indiferenciado às unidades de atendimento médico, são eliminadas as interferências das especificidades culturais que indicam a necessidade de um atendimento realmente integral e diferenciado.

O que torna necessário, que se prossiga na análise investigativa a respeito da constituição e da aplicação das políticas de atenção aos povos indígenas no país neste início de século, estando ela, por sua vez, circunscrita à historicidade destas dinâmicas. Assim, em 2004 a Funasa estabeleceu novas diretrizes para a saúde indígena¹⁸. Já no ano de 2006, foi instituído o Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena para atuar em caráter consultivo e propositivo, e em consonância com as demais instâncias decisórias do SUS. Ainda em 2006, vinte anos depois de realizada a I CNPSI, ocorreu em GO, a IV Conferência Nacional de Saúde Indígena (IV CNSI)¹⁹. Ainda, como indica este mesmo documento, a temática principal daquela Conferência, que orientou as discussões nas distintas etapas da sua realização, foi: “Distrito Sanitário Especial Indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições”. Entretanto, no processo da sua realização, várias conferências distritais apresentaram a proposta de criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)²⁰. Esta proposta foi levada ao plenário da etapa nacional da conferência, e acabou derrotada por uma pequena margem de votos, motivando a denúncia por grande parte da delegação indígena de manipulação nos trabalhos da conferência.

¹⁷ Por exemplo, “A condicionante colocada por alguns curadores de que o paciente só deve sair da aldeia após o processo de cura, é vista como demonstração de uma mentalidade primitiva e atrasada” (ERTHAL, 2003, p. 208).

¹⁸ Mediante a publicação das portarias nº 69 e 70, estabeleceu novas diretrizes visando recuperar a execução direta e reduzir o papel das conveniadas, limitando-as à contratação de pessoal, à atenção nas aldeias com insumos, ao deslocamento dos indígenas das aldeias, e à compra de combustível para a realização desses deslocamentos.

¹⁹ Que “teve por finalidade avaliar a situação de saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e do Subsistema Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde e propor diretrizes e ações para promover a saúde dos povos indígenas, com controle social” (Relatório Final da IV CNSI, 2007, p.13).

²⁰ “em razão do agravamento dos problemas recorrentes de má gestão, autoritarismo, uso político e corrupção nas coordenações regionais e instâncias centrais da Funasa” (CIMI, 2013, p.12).

Em 2007, foi editada pela Funasa a polêmica Portaria nº 2.656²¹. Apenas em 2008, depois da mobilização e das constantes manifestações realizadas pelo movimento indígena contra a Funasa, e das inúmeras denúncias de corrupção e de descaso na execução das ações e serviços nas áreas indígenas, o que vinha gerando avassaladora mortalidade infantil e alastramento de doenças, o MS resolveu ouvir as reclamações e propostas dos povos indígenas²². Concomitante a isso, a Justiça do Trabalho determinou que o governo federal fosse o gestor da política de saúde, e que a terceirização era uma prática ilegal.

Desta maneira, ainda fruto das pressões dos povos indígenas, constituiu-se um Grupo de Trabalho com a participação de lideranças indígenas²³, cujo objetivo foi o de discutir e apresentar propostas, ações e medidas a serem implantadas no âmbito do MS, no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas. Porém, somente em 2010, o governo oficializou a criação da SESAI²⁴. Desta maneira, este período de transição, entre a velha e a nova gestão da saúde indígena, caracterizou-se por uma gestão compartilhada entre SESAI e Funasa, e apesar da determinação do Estado, de um prazo de três meses para o detalhamento de sua estrutura e demais providências para torná-la operacional, a situação se arrastou por mais de três anos enquanto a assistência à saúde nas aldeias passava por momentos críticos.

²¹ Que dispunha sobre a regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas. Esta portaria gerou grandes manifestações dos povos indígenas, insatisfeitos com a política que tinha como gestora a Funasa, que reivindicaram a criação de um modelo de política compatível com a Lei Arouca e com as diretrizes da II Conferência Nacional de Saúde Indígena. A portaria, além de fortalecer a Funasa, abria perspectivas concretas para a municipalização da saúde indígena, exatamente na contramão do que pretendiam os povos indígenas (CIMI, 2013, p.13).

²² Segundo o CIMI (2013), neste mesmo período, “o Tribunal de Contas da União (TCU), desenvolveu uma auditoria sobre a Funasa, com ênfase na gestão da política de saúde indígena”.

²³ Portarias nº 3.034/2008 e nº 3.035/2008 - GAB/MS (CIMI, 2013, p.13).

²⁴ Editando a Medida Provisória nº 483, aprovada pelo Congresso Nacional e transformada na Lei nº 12.314/2010. E no dia 19/10/2010 editado o Decreto nº 7.336/2010. Assim, o novo modelo de gestão da saúde indígena passou a partir de sua implementação, a contar com uma secretaria especial, vinculada diretamente ao MS e de caráter executivo, que deveria atuar de forma descentralizada por meio dos DSEIs. Porém, a atenção à saúde indígena no Brasil desde o anúncio da criação da SESAI, tem se caracterizado por uma grande inoperância e omissão, agravando ainda mais o cenário da crise interminável que atinge a saúde dos povos indígenas nas últimas décadas.

Assim, as políticas públicas de atenção à saúde indígena que segundo o Decreto nº 7.336/10 e a Portaria nº 3.965/10 que aprovaram a Estrutura Regimental do MS, estariam desde então submetidas à gestão deste órgão institucional. Sendo ele, portanto, o responsável por gerir as questões relacionadas à saúde dos povos indígenas no Brasil²⁵.

Contudo, com o estabelecimento da nova Estrutura de Regimento do MS, foram eliminados importantes projetos que se desenvolviam no âmbito da organização e aplicação das políticas de saúde dirigidas às populações indígenas. Neste contexto, se pôde constatar a eliminação do projeto Vigisus (Sistema de Vigilância de Saúde – SUS), estabelecido em 1998. Mas, com maior prejuízo, a supressão da sua etapa posterior, isto é, o Vigisus II, que registrava nele, os componentes e subcomponentes específicos dirigidos às demandas de atendimento à saúde dos povos indígenas; sendo meta destes: “Alinhar as necessidades de saúde das populações indígenas à oferta de serviços definidos para os DSEIs, para otimizar e promover a equidade de oferta de atendimento para às comunidades indígenas” (Site da FUNASA).

Destarte, o encerramento do projeto Vigisus II, sendo entendido também como o desaparecimento da aplicação das proposições contidas no seu Subcomponente BII, passaram a significar um aumento das restrições de garantia do acesso para todos os indígenas àqueles serviços cuja diretriz era justamente a implantação da atenção básica diferenciada à saúde, considerando a forma de organização, a geografia e as maneiras como cada povo lida com as doenças, a saúde e o corpo. Já, que a consequente inexistência do subitem “Área da Medicina Tradicional Indígena”, passou a significar a concretização de um contexto onde à área que procurava desenvolver estratégias de articulação dos saberes médicos próprios de cada povo com os saberes da medicina oficial do SUS, de modo a torná-lo mais eficiente e a garantir o respeito à cultura dos povos que recebiam os serviços de atenção básica, deixou de existir.

²⁵ Condição esta, que se explicita no Capítulo I, Seção I, Art. 1º, § III daquele Regimento, que quanto à aplicação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada pela Portaria nº 254/02, cujo propósito é garantir a essas populações o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS – Lei 8.080/90. E, em sua Seção IX, estabelece a criação e a estruturação da SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena), cujas competências específicas são apresentadas no Art. 607, §§ I, II, III, IV, V, VI, VII e VIII.

Assim, foi legalmente substituído o contexto de aplicação e gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que concebia intrinsecamente inserida em sua atuação a obrigação constitucional e ética de respeito à diversidade cultural das populações autóctones do país, e, ao mesmo tempo, o direito de cidadania destes povos, o que envolve o acesso aos serviços de saúde e o direito a uma atenção diferenciada; por um emaranhado burocrático, que segundo a sua extensa rede de subsistemas que se articulam e definem a sua competência legal, efetuam apenas uma referência às formas como as diferentes sociedades indígenas concebem os processos de saúde, adoecimento e de cura, assim como, das diversas maneiras como os grupos indígenas tradicionalmente organizam e aplicam os seus múltiplos saberes para lidar e tratar as doenças²⁶.

Por isso, já no final de 2012, a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) divulgou uma carta encaminhada ao MS manifestando o clamor crescente de lideranças e organizações indígenas de todo o Brasil, quanto a sua indignação pelo preocupante quadro de caos e calamidade em que se tornou o atendimento à saúde indígena²⁷. O documento solicitava uma intervenção efetiva na SESAI, para que esta viesse a cumprir de fato a sua missão, conforme as expectativas nela depositadas desde a sua criação, como fruto da luta dos povos e organizações indígenas do Brasil. Assim, a convocação da V Conferência Nacional de Saúde Indígena em 2013²⁸, mais uma vez, foi

²⁶ Trata-se da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde, aprovada em 2010, que em seu Art.615, § VII, determina como competência da Coordenadoria Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena: “promover o fortalecimento da medicina tradicional indígena e a adequação das práticas de saúde ao contexto intercultural”.

²⁷ Para exemplificar essa triste realidade, pode-se recorrer às informações divulgadas pelo Distrito Sanitário Indígena do Mato Grosso do Sul (DSEI/MS) relativas ao período compreendido entre 2010 e 2012. Naquele estado, 118 crianças morreram ao nascer, outras 208 crianças foram a óbito antes de completar o primeiro ano de vida, e 87 morreram antes dos cinco anos. Esses números correspondem a índices muito superiores aos verificados na média nacional, que são de 23 mortes para cada mil nascidos vivos. Lideranças indígenas do Conselho da Aty Guasu denunciam que a mortalidade infantil está inserida no contexto de uma política de Estado que promove o genocídio silencioso dos povos Guarani e Kaiowá.

²⁸ A V CNSI de 2013, com o tema: “Subsistema de Saúde Indígena e SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada”, contraditoriamente, delegou para os povos indígenas e suas entidades representativas, que acompanhassem à distância os preparativos e a realização das etapas locais e distritais desta conferência, que deveriam se constituir em espaços primordiais de debates, avaliações e definições de propostas a serem encaminhadas para a etapa nacional. Mas, ao contrário, aconteceram sem a efetiva participação das comunidades e de suas lideranças. Segundo o CIMI (2013) “Na maioria das regiões do país, as etapas locais e distritais vêm sendo

fruto de uma intensa mobilização do movimento indígena, inconformado com a morosidade do governo federal em promover a implementação efetiva da PNASPI.

Desta maneira, com relação à estrutura, os protocolos e procedimentos que determinam a aplicação das políticas e dos serviços de saúde para os povos indígenas no país, torna-se bastante evidente, que as políticas de Estado priorizam na atualidade, um modelo médico que apesar das legislações redigidas e de um discurso caracterizado pela atenção e processos dialógicos em relação à diversidade indígena, naquilo que se refere às suas diferentes concepções e entendimentos para a ação das doenças e consequentes práticas de tratamentos, o que se verifica de fato, é a concretização e aplicação de um modelo que prioriza exclusivamente, uma concepção de ampliação dos direitos de acesso ao atendimento à saúde para os povos indígenas de modo universalizante e homogeneizador, concebida a partir do modelo biomédico ocidental²⁹.

Considerações Finais.

A articulação, mobilização, e luta indígena que incidiu sobre os processos políticos e sociais que caracterizaram a conformação constitucional, portanto, legal e jurídica do Brasil no período histórico de transição entre as últimas décadas do século XX e o início do século XXI, são as causas principais da construção de um modelo assistencial das políticas dirigidas à atenção à saúde indígena, que se realizam na atualidade, inquestionavelmente melhor, do que aquele que prevalecia anteriormente no país. Por isso, além da inquestionável prioridade que deve ser atribuída à agência dos povos indígenas, quando são estabelecidas as reflexões sobre as conquistas produzidas por suas lutas, em relação à melhoria qualitativa e a maior acessibilidade destes povos às políticas de atenção à saúde indígena, tanto quanto, em relação ao

realizadas longe das aldeias, geralmente em hotéis ou sedes da Funasa ou da Sesai”. Desse modo, os lugares das reuniões, quando geograficamente distantes das comunidades, são espaços impróprios pela sua artificialidade, e porque impedem que aquelas pessoas que vivenciam cotidianamente os graves problemas decorrentes da desassistência, participem das discussões, avaliações e apresentem suas críticas e propostas.

²⁹ Relatório de Gestão do Exercício do ano de 2013. Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Ministério da Saúde (MS).

modelo assistencial que passaram a concretizá-las no contexto social da atualidade brasileira, outras variáveis também necessitam ser acrescentadas a este processo. Tais como, os referenciais teóricos e científicos, que necessariamente foram articulados às decisões políticas do Estado, e que incidiram diretamente sobre os povos indígenas. Sendo que tais referenciais, principalmente aqueles derivados dos conceituais antropológicos, se distanciaram drasticamente dos postulados assimilacionistas de outrora, que propunham a integração.

Passando, por sua vez, a conceber estes povos mediante a valorização de sua autonomia, àquilo que se relaciona a melhor forma de articularem a sua especificidade étnico-cultural nos processos de contato com a sociedade envolvente. O que em absoluto, não significa que as práticas terapêuticas e de cura dos povos indígenas foram eliminadas, e que eles optaram plenamente pelos tratamentos e medicamentos dos agentes exógenos a suas culturas. Ao contrário, suas práticas foram ressignificadas, transformadas, mas de modo algum, deixaram de existir. Sendo necessário, portanto, evidenciar neste processo, o protagonismo indígena e a construção de uma identidade dinâmica que se efetua sempre a partir da lógica cultural destes povos, caracterizando-os como sociedades e sujeitos com possibilidades plenas de direitos. Condição, que possivelmente se caracterize como a maior conquista derivada das incansáveis lutas dos povos indígenas pelo seu reconhecimento.

Contudo, a principal dificuldade enfrentada pelos povos indígenas no Brasil contemporâneo, àquilo que se refere aos limites que determinam o seu acesso ao sistema de atenção à saúde, derivam do fato de que ele não é tão flexível em aceitar outros modelos que se distanciam àquele já preconizado pela convenção médica ocidental de assistência à saúde. Sendo que na maioria das vezes, a ausência de tal flexibilidade sobre a concepção de saúde e doença existente entre os povos indígenas, interfere no modelo de assistência já preconizado. Portanto, os serviços de saúde, pela falta de conhecimento mais aprofundado daquelas concepções, encontram dificuldade em adaptar o modelo de atendimento e profilaxias ocidentais, provocando assim dificuldades na organização daqueles serviços.

Devendo, entretanto, ficar bastante claro que “os problemas da prática da biomedicina não estão no seu conhecimento, mas nas suas relações

de poder e hierarquia” (LANGDON apud BECKER, 2009, p.324). Sendo também necessário considerar, segundo as indicações de Langdon (apud 2009): que “A biomedicina como ciência trabalha com universais, no sentido que as doenças são concebidas como unidades universais cujas manifestações são independentes do contexto onde acontecem” (LANGDON apud BECKER, 2009, p.324). Assim, como regra, esta medicina cria padrões de normalidade e homogeniza tratamentos, prescrições, profilaxias e diagnósticos. E, deste modo, com a imposição desta perspectiva, as populações indígenas são tratadas sem nenhuma preocupação com a diversidade étnica existente. Já, que para tais sociedades a noção de saúde está atrelada à suas diferentes cosmologias e lógicas culturais próprias.

Finalmente, a concretização desta análise, deixa evidente que as limitações de acesso dos povos indígenas à PNASPI na contemporaneidade brasileira, devem ser compreendidas mediante a percepção sobre o contexto institucional concretizado na atualidade, em que o Estado assume de modo ativo, a intencionalidade de efetuar um truculento recuo dos direitos conquistados pelos povos indígenas, direitos estes, derivados de suas lutas reivindicatórias desde a articulação e elaboração constituinte de meados dos anos de 1980, e que culminaram na CF de 1988.

Sendo, portanto, tal ação do Estado, possível de ser compreendida quando se articulam processo tais quais: 1. A institucionalização da SESAI em 2010, como agente estatal a garantir a aplicação das ações e serviços de saúde aos povos indígenas, ao custo de suprimir toda a valorização e reconhecimento das terapêuticas tradicionais indígenas, sob a alegação da assistência universalizada. O que anula todo o reconhecimento à diversidade étnico-cultural dos povos indígenas; 2. A revisão do Código Florestal em 2012, que claramente colocou em risco a integralidade de vários territórios, já assegurados pela demarcação, de muitas populações indígenas; 3. A revisão do Código de Mineração, que a se concretizar em breve, terá as mesmas consequências que a revisão do Código Florestal; 4. A estruturação econômica do Estado, na segunda metade da década de 2000, mediante as políticas de incentivo à expansão do agronegócio; 5. A possibilidade bastante clara de aprovação da “PEC – 215”, que transferirá as atribuições quanto à demarcação das novas Terras Indígenas, com a prerrogativa de poder revisar as demarcações já realizadas, ao Congresso Nacional, composto

em grande parte pela bancada ruralista; 6. Todos os processos anteriores circunscritos pelo contexto que mantém no Código Civil, mesmo revisto em 2002, a prerrogativa da tutela a se referir aos povos indígenas.

Referências

ATHIAS, R.; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Caderno de Saúde Pública**, n. 17(2), p. 425-431 mar-abr. Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986.** Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf

_____. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio de 1986.** Disponível em: http://nesp.unb.br/observaindigena/wp-content/uploads/2016/06/HITORICO_DAS_CINCO_CNSI.pdf

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

_____. **Decreto nº 23 de 04 de fevereiro de 1991.** Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas. Disponível em: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/113990/decreto-23-91>

_____. **Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde de 1993.** Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf

_____. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio de 1993.** Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/2cnsi.pdf>

_____. **Decreto nº 3.156 de 27 de agosto de 1999.** Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19

de maio de 1994, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3156.htm

_____ **Portaria nº 1.163 de 14 de setembro de 1999.** Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-92-29-1999-09-14-1163>

_____ **Relatório Final da III Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio de 2001.** Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/III_cni_relatorio.doc

_____ Fundação Nacional de Saúde (Funasa). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** Brasília. Ed. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. 2002.

_____ **Portaria nº 69 da Funasa (Fundação Nacional de Saúde) de 2004.** Dispõe sobre a criação do Comitê Consultivo da política de Atenção à saúde dos Povos indígenas, vinculando a Funasa e dá outras providências. Disponível em: <https://site-antigo.socioambiental.org/inst/leg/pib.shtm>

_____ **Portaria nº 70 da Funasa (Fundação Nacional de Saúde) de 2004.** Aprova as Diretrizes da gestão da política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em: <http://site-antigo.socioambiental.org/inst/leg/pib.shtm>

_____ **Constituição Federal de 1988.** Brasília. Ed. Senado Federal. 2005.

_____ **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio de 2006.** Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relat_final_4CNSI.pdf

_____ **Portaria nº 2.656 de 17 de outubro de 2007.** Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2656_17_10_2007_comp.html

_____ **Lei nº 12.314 de 19 de agosto de 2010.** Altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, e 8.029, de 12 de abril de 1990, que dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração pública federal; revoga dispositivos da Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12314.htm

_____ **Decreto nº 7.336 de 19 de outubro de 2010.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2010/decreto-7336-19-outubro-2010-609118-norma-pe.html>

_____ **Portaria nº 3.965 de 14 de dezembro de 2010.** Aprova os Regimentos Internos dos Órgãos do Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3965_14_12_2010.html

_____ **Convenção nº 169 sobre povos indígenas e tribais.** Resolução referente à ação da OIT / Organização Internacional do Trabalho. – Brasília. OIT. 2011.

_____ **Relatório Final da V Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio de 2013.** Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/02fev_01_relatorio_final_5cnsi.pdf

_____ **Relatório de Gestão do Exercício do ano de 2013.** Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Ministério da Saúde (MS). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisi/doc/Relat_Gestao_2013_SESAI.pdf

CIMI. A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil. Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. Ed. do Conselho Indigenista Missionário (CIMI): Brasília, 2013.

ERTHAL, R. M. C. A Formação do Agente de Saúde Indígena Tikuna no Alto Solimões: uma avaliação crítica (In): COIMBRA JR, C. E. A.; SANTOS, R. V. & ESCOBAR, A. L. (orgs.) **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. Ed FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2003.

FUNASA. **Fundação Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/>.

GAIGER, J. M. G. **Direitos Indígenas na Constituição Brasileira de 1988**. E outros ensaios. Ed. CIMI: Brasília, 1989.

GARNELO, L. & SAMPAIO, S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na Região Norte do Brasil. **Caderno de Saúde Pública** 19(1): 311-317 jan-fev. Rio de Janeiro, 2003.

LANGDON, E. J. M. Xamanismo – velhas e novas perspectivas. (In): _____ . (org.) **Xamanismo no Brasil: novas perspectivas**. Ed. UFSC: Florianópolis, 1996.

_____. A doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença. (In): **Rev. Etnográfica** vol. V (2) pp. 241-260, 2001.

_____. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia. (In): **Revista Brasileira de Enfermagem** 62(2): 323-6. Brasília mar-abril 2009.

_____.; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. (In): **Revista Latino-Americana de Enfermagem** 18(3): [09 telas]. mai-jun. 2010.

Recebido em 01/02/2017
Aprovado em 16/07/2017