

O ESBULHO DOS DIREITOS INDÍGENAS NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: OS PROCESSOS DE CONSTRUÇÃO E DE PRECARIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS.

MARTINS, Fábio do E. S.¹

Eixo Temático: Políticas Públicas de Saúde.

RESUMO

Este trabalho propõe analisar a historicidade que circunscreve a concepção, o planejamento 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 construção, onde é enfatizado o protagonismo indígena. E, em seguida, o contexto contemporâneo 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. Desta forma, nas relações que o Estado estabelece com os povos indígenas se evidencia uma articulação institucional cujas perspectivas políticas derivam de concepções universalizantes e homogeneizadoras, que resultam, por sua vez, em políticas públicas que desconsideram as especificidades etnoculturais e que não asseguram a acessibilidade a direitos que afirmam a diferença.

Palavras-Chave: povos indígenas, políticas para a saúde indígena, supressão de direitos.

1 INTRODUÇÃO

Necessariamente, a correta apreensão e o conseqüente entendimento acerca da concretização das políticas de atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil, devem contemplar uma 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 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 à agência e participação direta dos povos indígenas naqueles processos.

¹ UNESP/Araraquara. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais.
epiritomartins@bol.com.br

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, como indica Kaiser (2010, p.207), que “até 1988, a *incorporação* havia sido o objetivo mais importante da política indigenista brasileira”. Desta maneira, o princípio integracionista considerava os povos indígenas em extinção, e que não possuíam quaisquer possibilidades de continuidade quanto à sua existência.

Então, para a correta compreensão 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 militar ditatorial de governo (1964-1985). Ou seja, a efetuação dos processos que caracterizaram a constituinte e a consequente promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF de 1988).

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. Assim como, 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.

2 PROCESSOS DE CONSTRUÇÃO: POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NAS DÉCADAS DE 1980 E 1990.

Neste sentido, as análises sobre a composição e aplicabilidade das políticas para a saúde indígena no Brasil precisam considerar inicialmente, os indicativos e consequências da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Entretanto, devem também ser compreendidos que os processos e dinâmicas relativos à concretização jurídico-legal que caracterizaram a implementação do SUS, 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, 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 que se relacionam a este contexto, foram sumariamente desprezados.

Contudo, processos de resistência à tal contexto, foram expressos na Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, realizada ainda em 1986, em que, a 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. Do mesmo modo, 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 até a sua gestão. Conjuntamente efetuados sob a concomitância entre as práticas da medicina tradicional indígena e a medicina ocidental, sem que um modelo se sobrepusesse impositivamente ao outro. 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).

Entretanto, alguns avanços neste contexto, ocorreriam apenas a partir de 1993, com a concretização da IX Conferência Nacional de Saúde. Destarte, o fator preponderante, desta inversão de perspectiva paradigmática foi a elaboração da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas.

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, ou seja, os desencontros entre os protocolos do SUS e as atribuições políticas direcionadas à Fundação Nacional do Índio (FUNAI) 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 eficaz.

3 A PRECARIZAÇÃO EM CURSO: AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO SÉCULO XXI.

Ao se analisar 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 ela deve se iniciar 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).

Deste modo, em um contexto onde o protagonismo indígena se expandia em relação àquilo que dizia respeito à elaboração de um sistema de saúde, instrumentalmente eficaz e étnico-culturalmente respeitoso à diversidade daqueles povos, se concretizou a III Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2001. Contudo, contraditando, com um posicionamento bastante antagônico em relação a III CNSI, o Conselho Indigenista Missionário (CIMI, 2013, p.12) afirmou: “A terceira Conferência Nacional de Saúde Indígena 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”. 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) 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”.

Então, a análise do vasto material que trata dos processos de implementação de tais modelos de políticas de saúde dirigidos aos povos indígenas, e das 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, 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 “topográfica e burocrática”, assim como afirmara Athias (2001).

Por isso, 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). Entretanto, 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. 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.

Então, em 2006, ocorreu em GO, a IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, em que foi apresentada a proposta de criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). 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.

Em 2007, foi editada pela Funasa a polêmica Portaria nº 2.656. 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 indígenas. 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.

Porém, somente em 2010, o governo oficializou a criação da SESAI. 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 Brasil. Contudo, com o estabelecimento da nova estrutura de regimental, 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. Porém, maior prejuízo, deu-se com 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. Destarte, o encerramento do projeto Vigisus II, 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. Assim, foi legalmente substituído o contexto de aplicação e gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que concebia intrinsecamente 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, 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 doenças.

Por isso, já no final de 2012 a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil divulgou uma carta encaminhada ao MS manifestando o clamor crescente de lideranças, comunidades e organizações indígenas de todo o Brasil, e sua indignação pelo preocupante quadro de caos e calamidade em que se tornou o atendimento à saúde indígena. 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 2013, mais uma vez, foi 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 sua estrutura, os protocolos e procedimentos que determinam a aplicação das políticas e dos serviços de saúde para os povos indígenas no país, deixam bastante evidente que as políticas de Estado priorizam na atualidade, um modelo médico que prioriza exclusivamente, uma concepção de direitos de acesso ao atendimento à saúde para os povos indígenas, de modo universalizante e homogeneizador, concebida a partir do modelo biomédico ocidental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

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 eles não são tão flexíveis em aceitar outros modelos, que se distanciam daqueles já preconizados pela convenção médico ocidental de assistência à saúde. Portanto, os serviços de saúde, pela falta de conhecimento mais aprofundado de outras 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, 2009, p.324). Sendo também necessário considerar, segundo as indicações de Langdon (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, 2009, p.324). Assim, como regra, esta medicina cria padrões de normalidade e homogeneiza 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 próprias.

Finalmente, fica evidente que as limitações de acesso dos povos indígenas à PNASPI na contemporaneidade brasileira, devem ser compreendidas mediante a percepção de que o Estado assume de modo ativo, a intencionalidade de efetuar um truculento recuo dos direitos conquistados pelos povos indígenas na CF de 1988. Sendo, portanto, tal ação, 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.

REFERÊNCIAS

ATHIAS, R. & MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. (In): **Caderno de Saúde Pública** 17(2): 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://nosp.unb.br/observaindigena/wp-content/uploads/2016/06/HITORICO_DAS_CINCO_CNSI.pdf

_____. **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>

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.

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://wwwconselho.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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2656_17_10_2007_comp.html

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

CIMI. **A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil.** Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. Brasília. Ed. do Conselho Indigenista Missionário (CIMI). 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.** Rio de Janeiro. Ed FIOCRUZ, 2003.

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.

KAISER, H. **Os Direitos dos Povos Indígenas no Brasil:** desenvolvimento histórico e estágio atual. (Trad.) RURACK, M. G. L. & RURACK, K. P. Porto Alegre. Ed. Sérgio Antônio Fabris. 2010.

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