



# POLÍTICA E SAÚDE INDÍGENA: O OLHAR DA GESTÃO DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA

*INDIGENOUS HEALTH AND POLICY: THE VIEW OF THE MANAGEMENT OF THE SPECIAL INDIGENOUS HEALTH DISTRICT*

**Patrícia Aparecida Baumgratz de Paula**

Universidade Federal de Juiz de Fora  
Governador Valadares, MG, Brasil  
patricia.paula@ufjf.br  
ORCID: 0000-0001-7769-7772

**Maria Cristina de Albuquerque Barbosa**

Universidade Federal de Juiz de Fora  
Governador Valadares, MG, Brasil  
cristina.albuquerque@ufjf.br  
ORCID: 0000-0003-2957-342X



## RESUMO

Este artigo, fruto de projetos de extensão, de extensão em interface com a pesquisa e de iniciação científica desenvolvidos na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) *campus* Governador Valadares (GV) em Minas Gerais (MG), teve como objetivo refletir sobre as concepções de "política indigenista" e "saúde indígena" apresentadas pelos gestores do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) - Minas Gerais (MG)/Espírito Santo (ES), sediado em Governador Valadares. Utilizou-se a abordagem qualitativa, por meio da técnica de entrevistas abertas com esses gestores. Os depoimentos revelaram que a maioria deles conhece a categoria "política indigenista", usam várias definições de "saúde" para se referir à "saúde indígena". Logo, se percebeu que para que ocorra a materialização do direito à saúde no interior desse distrito, tornam-se necessários o rompimento com práticas etnocêntricas, e o reconhecimento e o respeito às questões dos povos indígenas. Assim, ocorrerão a construção e a ampliação dos espaços de diálogos, visando à efetivação do direito à saúde, enquanto atributo de cidadania.

**Palavras-chave:** Saúde indígena, População indígena, Direito à saúde, Gestores de saúde, Políticas de saúde

## ABSTRACT

This article presents the results of extension projects conducted in interface with research and scientific initiation at the Federal University of Juiz de Fora (UFJF) *campus* Governador Valadares (GV) in Minas Gerais (MG). The purpose of this study was to examine the conceptions of "indigenous policy" and "indigenous health" held by the managers of the Special Indigenous Health District (DSEI) - Minas Gerais (MG)/Espírito Santo (ES), based in Governador Valadares. The study adopted a qualitative approach, using open interviews with these managers. The testimonies revealed that the majority of the managers were familiar with the concept of "indigenous policy" and used various definitions of "health" when referring to "indigenous health". It became evident that in order to ensure the realization of the right to health within this district, it is necessary to dismantle ethnocentric practices and acknowledge and respect the concerns of indigenous peoples. Therefore, the creation and expansion of dialogue spaces will be pursued with the aim of promoting the fulfillment of the right to health as fundamental aspect of citizenship.

**Keywords:** Indigenous health, Indigenous population, Right to health, Health managers, Health policies

## Introdução

A saúde dos povos indígenas foi ponto central na agenda da política de saúde brasileira a partir da Constituição Federal de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa perspectiva, este artigo fez um breve resgate histórico da trajetória das políticas de saúde para os povos indígenas, como parte integrante da política de saúde brasileira, buscando refletir sobre as concepções de "política indigenista" e "saúde indígena", que os gestores do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Minas Gerais (MG)/Espírito Santo (ES), sediado em Governador Valadares/MG, possuem.

O quadro abaixo apresentou os principais marcos históricos das políticas de saúde e saúde indígena, no Brasil.

Quadro 1 – Principais marcos históricos das políticas de saúde e da saúde indígena – Brasil.

Décadas	Ações/Saúde	Ações/Saúde Indígena
1920	Filantropia e bem-estar	Serviço de Proteção ao Índio (SPI): a saúde dos povos indígenas baseava-se em ações emergenciais e/ou inseridas nos processos de "pacificação".
1930	Instituição das bases do sistema previdenciário: incorporação dos trabalhadores	Conselho Nacional de Proteção ao Índio (CNPI).
1950	Criação do Ministério da Saúde (MS) Incorporação da assistência médica	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA): ações básicas de saúde às populações indígena e rural.
1960	Modelo previdenciário	Extinção do SPI; criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI).
1970	Modelo previdenciário	Criação do Estatuto do Índio
1980	8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS); Constituição Federal: reconheceu as organizações socioculturais dos povos indígenas e assegurou a capacidade civil plena, ao estabelecer a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena; criou o Sistema Único de Saúde (SUS).	I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio: saúde indígena foi coordenada pelo MS, por meio de um subsistema de serviços.
1990	- Lei n. 8.080: dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. O capítulo V tratou do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.  - 9ª CNS e 10ª CNS	- Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), pelo Departamento de Saúde Indígena (DESAI), vinculado ao MS;  - Estabelecimento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI);  - Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações da FUNASA;  - Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI): assessorava o Conselho Nacional de Saúde;  - II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas;  - Comissão Intersetorial de Saúde (CIS);  - Lei Arouca: Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

1ª década de 2000	- 11ª, 12ª e 13ª CNS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;</li> <li>- Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI);</li> <li>- 4ª Conferência de Saúde Indígena, realizada em 2006.</li> </ul>
2ª década de 2000	- 14ª CNS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI);</li> <li>- 5ª Conferência Nacional da Saúde Indígena;</li> <li>- Projeto de Lei nº 3501: autorizava o Poder Executivo Federal a criar o Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI).</li> <li>- Rejeição do Projeto de Lei nº 3501</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (1988; 1990; 2001; 2004; 2008; 2010; 2012; 2015; 2016); Fundação Nacional da Saúde (2002; 2009); Fundação Nacional do Índio (2016); Giovanella (2008).

Com as informações do quadro 1, foi possível perceber que, no Brasil, desde o final do Império até a República Velha, as ações governamentais para a área da saúde ficavam restritas às principais cidades e às doenças epidêmicas que poderiam causar impactos na economia. Assim, durante o período da colonização portuguesa, a assistência à saúde indígena foi exercida pelos missionários.

Dessa forma, a saúde para os povos indígenas teve suas raízes fundamentadas no poder de tutela, no "conformismo" e na "culpa". Os discursos oficiais, baseados na biomedicina, tentavam imprimir uma culpabilização aos povos indígenas pela transmissão das doenças (Lima, 2014).

No período nacional-desenvolvimentista, começou-se a pensar numa política de saúde para os povos indígenas, os quais se tornaram mais visíveis devido ao conflito com a expansão do Estado e da sociedade capitalista. Nesse sentido, políticas de saúde aos povos indígenas aproximaram-se das políticas de saúde pública brasileira destinadas ao público geral, pois a doença era vista como um obstáculo ao desenvolvimento do país (Hochman; Silva, 2014).

Ainda nesse período, o Serviço de Proteção ao Índio foi extinto, tendo sido criada a Fundação Nacional do Índio. Todavia, não ocorreram mudanças na política tutelar, bem como na falta de sensibilidade aos direitos culturais específicos dos povos indígenas (Luciano, 2006). Essa fundação teve suas ações pautadas no modelo de atenção do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas, criando as Equipes Volantes de Saúde (EVS), que supervisionavam os trabalhos dos profissionais de saúde, entre outras funções (Fundação Nacional da Saúde, 2002).

No início da década de 1970, devido à crise financeira do Estado, a FUNAI apresentou dificuldades para a organização dos serviços de atenção à saúde indígena, face à insuficiência dos suprimentos, da capacidade administrativa e dos recursos financeiros; à precariedade das estruturas básicas de saúde; e à falta de um sistema de informações em saúde adequado, e de investimento na qualificação dos funcionários para atuar junto às comunidades culturalmente diferenciadas, em um cenário de dispersão geográfica das comunidades. Além disso, as iniciativas de atenção à saúde indígena, geralmente, ignoravam as represen-

tações, os valores e as práticas relativas ao adoecer desses povos (Fundação Nacional da Saúde, 2002).

Assim, até a criação do SUS, as políticas de saúde fundamentavam-se na benesse e na contratualidade, exercendo influência direta na saúde indígena, a qual foi marcada por ações curativas e preventivas, com foco na concepção reducionista de saúde, quanto à ausência de doenças.

Como foi concebido na sua forma original, o Sistema Único de Saúde não priorizava as ações de saúde para as populações indígenas, as quais ainda estavam sob a responsabilidade da Fundação Nacional do Índio (Garnelo, 2012). Dentro desse contexto, a especialização foi rapidamente surgindo após a Constituição Federal de 1988 (Lima, 2014).

A partir da década de 1990, houve a emissão de vários aparatos regulatórios para dar condições de sustentabilidade ao SUS e à saúde indígena.

Entretanto, a delegação da operacionalização das ações de saúde indígena para a Fundação Nacional de Saúde não retirou do Ministério da Saúde a responsabilidade da gestão dessa política, cabendo à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) a coordenação da assistência à saúde da população brasileira na sua totalidade e a interlocução com municípios em relação à saúde indígena (Garnelo, 2012).

Coube à FUNASA a responsabilidade sobre a prevenção e a recuperação da saúde dos índios doentes. Já as ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias ficaram sob a responsabilidade do MS (Fundação Nacional da Saúde, 2002). Também nessa década, houve a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Todavia, os povos indígenas ainda se mantêm numa condição periférica de acordo com a agenda da Política Nacional de Saúde (Garnelo, 2012).

Nas 1ª e 2ª décadas de 2000, foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, enfatizando a importância da abordagem biopsicossocial nas suas diretrizes e a abertura das instâncias formais de controle e participação social, por meio da realização das conferências de saúde e das conferências temáticas sobre saúde indígena, mostrando um alinhamento destas na defesa dos direitos sociais dos povos indígenas. Mas, ainda faltava, nesses espaços, a participação mais efetiva desses povos.

Deve-se ressaltar, nesse sentido, que, ainda permaneceram ações que retiraram o papel do Estado como agente formulador, implementador e indutor de políticas públicas com foco na justiça social, fomentando o desmantelamento deste e, ainda, a destituição dos direitos sociais para os povos indígenas.

Em 2015, houve a tentativa de criação do Instituto Nacional de Saúde Indígena – serviço social autônomo de direito privado, sem fins lucrativos, mantido com recursos da Secretaria Especial de Saúde Indígena, e para a prestação de atendimento de saúde aos povos indígenas, e de serviços de atenção básica, ações de saneamento e edificações de saúde (Câmara dos Deputados, 2015).

A escolha desse serviço como modelo de gestão foi criticada por diversos atores sociais empenhados na defesa da causa dos povos indígenas, entre eles o Ministério Público Federal (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2015). Essa proposta foi considerada uma tentativa de reforçar a precarização dos trabalhadores da saúde indígena e a destituição de seus direitos (Fundação Nacional do Índio, 2016). Esse cenário ainda é vivenciado na sociedade brasileira pelos povos indígenas, sendo algumas reflexões propostas no presente artigo.

## Procedimentos metodológicos

Foi utilizada a abordagem qualitativa, como fundamento metodológico, a fim de se conhecer as concepções dos gestores do DSEI/MG e ES sobre "política indigenista" e "saúde indígena".

A escolha desse local se deu em razão das vivências das autoras nos projetos de: extensão; extensão interface com a pesquisa; iniciação científica promovidos pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) *campus* Governador Valadares (GV) em Minas Gerais (MG). As discussões e as ações desses projetos tiveram como foco a questão da saúde, da territorialidade, da segurança alimentar e dos direitos dos povos indígenas dos vales do Mucuri e Rio Doce, em Minas Gerais. Essas etnias fazem parte do entorno da UFJF *campus* GV, possibilitando uma aproximação dos saberes da comunidade acadêmica e dos povos indígenas, bem como dos conhecimentos de outros atores sociais. A aproximação dessas questões aconteceu por meio dos Grupos de Trabalho (GT) Saúde/Maxakali, das etapas local e regional da Conferência de Política Indigenista; do 1º Seminário Transdisciplinar em Estudos Indígenas. Nesses espaços de participação, foram debatidos o papel da SESAI, do DSEI e das Casas de Saúde Indígena (CASAI) na efetiva materialização das políticas públicas voltadas para os povos indígenas, entre outras questões.

No Brasil, 890 mil pessoas se declararam indígenas durante o censo realizado em 2010, sendo encontradas 305 etnias (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010). Em Minas Gerais, essa população é de 31.112 indígenas, sendo doze etnias distribuídas em dezessete territórios. Estas são: Maxakali, Xakriabá, Krenak, Aranã, Mukuriñ, Pataxó, hã-hã-hãe, Catu-Awá-Arachás, Caxixó, Puris, Xukuru-Kariri e Pankararu, sendo todas pertencentes ao tronco linguístico Macro-Jê. Destacaram-se, na região de Governador Valadares e Teófilo Otoni: os Pataxós, originários do sul da Bahia, conhecidos por serem seminômades, presentes no município de Açucena, e em Santo Antônio do Pontal, distrito de Governador Valadares; os Krenak, habitantes da margem esquerda do Rio Doce, no município de Resplendor, fruto de longo processo histórico marcado pelo caráter violento da expansão econômica sobre essa região; os Maxakali, habitantes do Vale do Mucuri, que preservaram sua língua e suas tradições originais, sendo considerados símbolos da resistência indígena.

De acordo com o Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), o Distrito Sanitário Especial Indígena Minas Gerais e Espírito Santo prestava assistência a 10 etnias: Xakriabá, Maxakali, Krenak, Kaxixó, Pankararu, Xukuru-Kariri, Pataxó, Mocuriñ, Guarani e Tupiniquim, distribuídas em 95 aldeias localizadas nesses estados. Os estabelecimentos de saúde são organizados em localidades por meio dos Polos Bases tipo I e II, UBSI, Casai e Escritório Local (Brasil, 2018; 2019).

Dentro desse contexto, no ano de 2016, foram realizadas entrevistas abertas não estruturadas com os gestores do DSEI MG/ES. Estas entrevistas tiveram a duração de aproximadamente 30 (trinta) minutos cada, sendo o gravador utilizado como instrumento de coleta de dados. Algumas questões foram norteadoras para as entrevistas, entre elas: "O que o(a) senhor (a) entende por política indigenista? O que o(a) senhor (a) entende por saúde indígena? Quais são as práticas em saúde mais frequentemente utilizadas para promoção da saúde indígena? De acordo com sua experiência profissional, quais são as dificuldades encontradas em saúde indígena? Como o(a) senhor(a) se tornou gestor(a) do DSEI? Ao ingressar no DSEI, o(a) senhor(a) teve alguma capacitação introdutória na saúde indígena? Quanto tempo

o(a) senhor(a) é gestor(a) da saúde indígena? O(A) senhor(a) já visitou uma aldeia indígena?" Foram utilizados nomes de flores a fim de garantir o anonimato dos gestores e gestoras: margarida; rosa; dália; cravina; tulipa; amor-perfeito.

Essas questões se fizeram necessárias na medida em que corresponderam as tentativas de demonstrar que, muitas vezes, os gestores trabalham com a saúde indígena, mas podem não conhecer a realidade desses povos, porque nunca estiveram em uma aldeia. Acredita-se que isso possa influenciar a concepção sobre "política indigenista" e sobre "saúde indígena" desses gestores, sendo uma hipótese a ser investigada, apesar de se tratar de uma abordagem qualitativa, que nem sempre conta com hipóteses previamente definidas.

Para a análise dessas entrevistas, foi utilizada a técnica de análise do conteúdo. Segundo Bauer (*apud* Flick, 2009), esta constitui um dos procedimentos clássicos para analisar o material textual, o qual pode variar desde produtos da mídia até dados obtidos por meio de entrevistas. A escolha pela técnica em apreço deveu-se ao fato de ela ser adequada para entrevistas abertas, nas quais os autores buscam compreender as concepções, percepções, sentido ou sentidos. A análise de conteúdo visa analisar diferentes aportes de conteúdos verbais ou não verbais, por meio da sistematização de métodos empregados em uma análise de dados, em três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material, categorização ou codificação; 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação (Sousa; Santos, 2020).

O presente trabalho teve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o número 1.459.546.

## Resultados e discussão

Nos depoimentos colhidos foram localizadas as seguintes categorias, previamente definidas com base no referencial teórico utilizado: "política indigenista" e "saúde indígena".

### Política Indigenista

No Brasil, os marcos legais para os povos indígenas trouxeram mudanças significativas que impactaram na condução das políticas para esses povos ao longo dos séculos XX e XXI. Houve o abandono gradual das concepções de "integração" dos povos indígenas à sociedade brasileira; as noções de "tutela" e de "incapacidade" também foram, aos poucos, sendo abandonadas; houve, ainda, a garantia formal dos direitos dessa população aos seus costumes e à organização social.

Todavia, na sociedade brasileira contemporânea, os povos indígenas ainda vivenciam um cenário de retrocessos e destituição dos direitos assegurados na Constituição Federal de 1988. Hodiernamente, é dito que a tutela não acabou com o advento dessa constituição e que é necessário se pensar na tutela para além do Estado (Lima, 2014).

A política indigenista brasileira, como política de Estado dirigida aos povos indígenas, caracterizou-se por seu poder interventor. Esta tinha como pressuposto que esses povos deixariam de existir como grupos culturalmente diferenciados. Com o passar dos anos, tal presunção mostrou-se infundada, pois esses povos tiveram grande crescimento demográfico, apresentando uma enorme vitalidade cultural e ampliando suas pautas de reivindicação por direitos ligados à diferenciação étnica (Garnelo, 2012).

Pode-se ver essa questão na visão dos gestores.

"As políticas indigenistas [...] são garantias do direito à saúde, o direito à moradia, ao espaço para preservar a cultura: a cultura étnica e a cultura alimentar. A política indigenista para mim abrange [a ideia de] preservar a cultura indígena em sua totalidade, abrindo espaço para o índio ser integrado aos nossos conhecimentos, a novas ideias, nova diversidade e [muito mais]. E, [ao] não [se] agredir a sua cultura, para mim a [melhor] política é essa" (Rosa; trabalha há mais de 30 anos na área, já visitou aldeia indígena).

[...] eu passei a entender mais o que é a cultura indígena e, com isso, a política indigenista. Você consegue respeitar e compreender melhor, então, assim, [...] eu vejo que foram dados os direitos, [além dos] deveres; só que se perdeu um pouco a questão da liberdade nesses dois sentidos; [...] a política indigenista, ela não está conseguindo assegurar a cultura [...] deles [propriamente] e isso tem um jogo muito grande por trás de tudo isso. [...] É muito mais complexo do que a gente pode imaginar [...]" (Dália; trabalha há alguns anos na área, já visitou aldeia indígena).

Nesse sentido, os relatos trazidos apresentaram uma visão da política indigenista que considera a questão cultural como forma de se pensar a política para os povos indígenas. Portanto, esses gestores, com anos de trabalho na saúde indígena e que já estiveram nas aldeias, demonstram uma concepção de política indigenista que vai ao encontro da afirmação de Lima (2014), segundo a qual cada ator envolvido nas políticas indigenistas, ao ter contato com os povos indígenas, depara-se com as cosmologias e tradições culturais, assim como também com os poderes de estados, presentes por meio das suas agências.

O depoimento abaixo permite observar uma clara identificação da política indigenista com a Fundação Nacional do Índio.

"Um pouco, já ouvi [...]. O que a gente ouve falar de política indigenista normalmente são as ações que têm [...] relação com a questão indígena num todo. As atividades de estudo antropológico, em relação ao indígena, estudos na área de saúde, da evolução e não evolução, criação de alguns programas que são adotados para melhoria no âmbito da saúde mental, da questão do alcoolismo, que é um "geralção", que tem na saúde indígena, e algumas ações em questão de direitos da terra do índio. Eu vejo de uma forma geral, a gente [...] não trabalhou com essa política indigenista não, porque a gente voltou as ações da saúde para a saúde mesmo. Isso porque essa questão das políticas indigenistas ficou mais na responsabilidade da FUNAI, vamos dizer assim, e pelo fato de eu trabalhar muito [...] mais na área administrativa; então as pessoas da área técnica, os técnicos, eles é que têm mais essa introdução nessa área de política" (Margarida; trabalha há mais de 15 anos na área, já visitou aldeia indígena).

Logo, no Brasil, as relações interinstitucionais ocorrem num cenário de lutas, a fim de transformar ou conservar o campo de forças. Dessa forma, o Estado não é visto como um ser abstrato, mas como um espaço institucionalizado no qual atuam agentes, os quais disputam poder e posições. Em alguns momentos, o Ministério Público (MP), a FUNAI e a FUNASA podem se encontrar em campos opostos em decorrência de posicionamentos relativos às questões indígenas (Cruz; Coelho, 2012).

Os gestores do DSEI MG/ES fizeram menção direta ou indiretamente à função do Estado por este ser formulador, interventor e indutor das políticas públicas, ao citarem os marcos legais da Política Indigenista e os órgãos responsáveis em algum momento histórico por gerirem a saúde indígena: Estatuto do Índio, FUNAI, FUNASA e SESAI.

"[...] o que eu conheço mais é da história, assim né(?), da evolução, [o] estatuto do índio,

que tinha uma organização que cuidava antes, e agora passou pra FUNAI e aí depois passou pra FUNASA, depois dividiu e se formou a secretaria especial de saúde indígena, que é hoje. Mas, da política em si, não tenho muito conhecimento, não" (Cravina; trabalha há mais de 5 anos na área; nunca visitou aldeia indígena).

Esse relato indicou a insuficiência de conhecimento desse gestor sobre o que é política indigenista. Isto talvez possa ser atribuído a algumas lacunas na formação desses profissionais, à ausência de capacitação para atuarem na área da saúde indígena, bem como ao fato de nunca terem ido a uma aldeia indígena.

Cabe salientar que muitos desses gestores foram escolhidos por indicação política. Além disso, esse distrito apresenta uma alta rotatividade de profissionais com diferentes tipos de vínculos trabalhistas, conforme se observou no depoimento abaixo:

"Olha, a maior dificuldade que eu vejo é que foi criada uma secretaria e não foi feita a logística dela [...] antes; de pessoal, de local, de estrutura mesmo. A nossa maior dificuldade é essa, inclusive de mão de obra que hoje a gente trabalha assim, a título precário, porque [...] dentro do distrito existe um órgão federal e assim, eu não tenho servidores, eu tenho uma Organização Não Governamental (ONG), que faria o serviço que seria de servidores, então assim, a gente não tem pessoal. Desafio é, primeiro, [...] a descontinuidade dos gestores, vamos dizer assim, essa mudança constante de gestão, isso traz um prejuízo enorme na saúde indígena, ela é prejuízo [...] na saúde indígena, ela é prejuízo em função [de] que cada gestor que ocupa a função geral do órgão, ele vem e modifica, no que ele modifica, aquelas ações que estavam vindo [em] benefício [do] índio, [geram a] volta lá na estaca zero" (Cravina; trabalha há mais de 5 anos na área; nunca visitou aldeia indígena).

Essa situação também foi reproduzida em outros DSEI. Langdon, Diehl e Dias-Scopel (2014) afirmam que os fatores que influenciam na rotatividade dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) são iguais àqueles dos outros profissionais da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI), como, por exemplo, o tipo de vínculo empregatício definido pelas contratações anuais por meio das ONGs (Langdon; Diehl; Dias-Scopel, 2014).

Segundo Lima (2014), geralmente os profissionais de saúde, quando em sua formação, têm acesso a alguns estudos sobre políticas de saúde com ênfase no modelo racionalista para análise dessas políticas. Isso faz com que esses profissionais se fechem quando necessitam intervir no campo.

Para Diehl e Pellegrini (2014), a educação permanente em saúde, como espaço de construção coletiva, é fundamental e deve enfatizar a comunidade, as perspectivas sobre a saúde e os serviços, com foco na formação de conselheiros e de AIS.

Portanto, torna-se necessário propiciar condições para o fortalecimento do papel dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, por meio da melhoria das condições de trabalho, com garantia de qualificação e educação continuada e permanente para os trabalhadores e os gestores desses locais. Esse fortalecimento pode ocorrer no âmbito local e por meio da oferta de cursos de capacitação para esses trabalhadores. Alguns desses cursos e oficinas já foram realizados pelo Núcleo Transdisciplinar de Estudos Indígenas em parceria com a FUNAI (escritório regional) e com o DSEI MG/ES. Entretanto, ainda existem aspectos que necessitam de avanço em relação à ampliação do debate sobre os diversos atores sociais envolvidos nas políticas indigenistas, bem como sobre os conflitos e as relações de poder expressas direta ou indiretamente nesse cenário.

A seguir, outra categoria que emergiu nos depoimentos colhidos será abordada.

### Saúde Indígena

Na concepção do gestor abaixo, a saúde indígena é:

"[Uma parte] desde o saneamento, da condição de vida do indígena, para que ele tenha uma saúde boa, porque a saúde é a primária; ela parte desde a alimentação, a higiene, a condição de moradia, para que ele venha a ter uma boa saúde, para que não venha a atrair as doenças, as endemias, aquilo que vem, que às vezes traz através do ambiente onde ele está [...]. A saúde indígena é o todo." (Cravina; trabalha há mais de 5 anos na área; nunca visitou aldeia indígena).

Entretanto, Cruz e Coelho (2012) afirmam que a saúde indígena se refere aos saberes curativos desses povos, de acordo com as suas próprias concepções. Além disso, a saúde indigenista constitui os serviços e as ações formuladas e implementadas com base nas concepções do processo saúde-doença da sociedade ocidental e é direcionada aos povos indígenas.

Logo, esse depoimento demonstra que, apesar de trabalhar por alguns anos na saúde indígena, o fato de esse gestor nunca ter ido a uma aldeia, não estabelecendo um contato maior com os povos indígenas, pode ter influenciado na sua concepção sobre saúde indígena.

Ainda nesse cenário, percebe-se a influência do conceito de saúde como a ausência de doenças para entender a categoria "saúde indígena", como referência indireta ao reducionismo proposto pelo modelo biomédico.

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2007), a saúde não pode ser somente resumida a uma visão mecânica do corpo e à presença ou à ausência do agente biológico no organismo dos indivíduos, o que seria um contrassenso. Assim, a biomedicina se revela como um recurso de saber-poder colonizador, na relação entre Estado, ciência e povos indígenas (Kabad *et al.*, 2020).

Nesse sentido, esse gestor também faz menção às condições de higiene, na tentativa de explicar a sua compreensão em relação à saúde indígena. Para Silva (2014), o higienismo faz referência a um corpo de conhecimentos e práticas de higiene, a um conceito-valor, passível de engendrar um *habitus* higienista.

Outra concepção sobre a saúde indígena – apresentada por um dos gestores – refere-se à saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doenças (Organização Mundial da Saúde – OMS –, 1946). Essa definição se faz presente nas diretrizes da PNASPI, enfatizando a abordagem biopsicossocial.

"Do ponto de vista da minha formação como biólogo, antes mesmo de ser biólogo eu já atuava na parte de zoonoses [...] do ponto de vista do conceito, não é muito diferente do conceito que está aí, que a Organização Mundial da Saúde coloca para nós, na verdade, só traduzindo em algumas ações, que são: saneamento, alimentação, interação com não índio" (Amor-perfeito; trabalha na área há mais de 20 anos; já visitou aldeia indígena).

Todavia, a discussão sobre saúde é muito ampla, repleta de significados diversos e passível de várias interpretações, dependendo do cenário em que se encontra, principalmente quando se consideram os povos indígenas.

De toda forma, porém, a saúde não se reduz a uma evidência orgânica, e nem a um estado de equilíbrio; relaciona-se às características sociais e culturais que cada sujeito atribui ao seu processo de viver (Dalmolin *et al.*, 2011).

Desse modo, o relato abaixo demonstrou a dualidade vivida por esse gestor, ao reconhecer as particularidades inerentes à saúde indígena, uma vez que ele afirma que as contradições vivenciadas na prática cotidiana de gestão dos DSEI são devidas à formação fundamentada no modelo biomédico, com foco na racionalidade científica. Essa percepção desse gestor pode ser explicada pelo fato de ele trabalhar há muitos anos na saúde e ter conhecido a aldeia.

Segundo Silva (2014), não se trata somente da construção de significados sobre a saúde e a doença, mas também de um conflito social fundamentado nas relações de poder estabelecidas entre os profissionais de saúde com curso superior.

“Aqui, o profissional entra com a formação dele; e [é] aqui que ele aprende a lidar com isso; isso é uma coisa bem particularizada para saúde indígena. Lá de fora, você não consegue trazer um pacote e colocar aqui dentro, na verdade, você consegue chegar aqui dentro e ver [se] aquilo que você tinha como projeto [...] aqui está [se] adequando. É uma coisa bem particularizada e a gente fala aqui dentro da saúde indígena; quando a gente joga pra aldeia da etnia, aí é bem diferente, é mais diferente ainda, então essa diferença ela [se] desdobra em mais diferenças [...] e é isso que a gente tem enfrentado, porque o desafio é grande para nós dentro da aldeia, porque a gente vem com formação e com ideia formada de como melhorar as coisas; só que chega lá, você tem outros enfrentamentos para fazer com que [...] entenda [aquilo] (Amor-perfeito; trabalha na área há mais de 20 anos; já visitou aldeia indígena).

Isso quer dizer que, na saúde indígena, há uma assimetria, envolvendo processos de negociação e de relações de poder entre a biomedicina, que se faz representada pela normatividade das políticas de saúde, pelos profissionais de saúde, pelas concepções cosmológicas e pelas relações socioculturais e políticas presentes no interior da comunidade dos povos indígenas (Langdon *et al.*, 2010).

Diante disso, na saúde indígena, ainda permanecem lacunas sobre as subjetividades e os preceitos normativos, com ênfase no saber biomédico e na hierarquia de poderes. Essas lacunas devem ser trabalhadas com ênfase no respeito à valorização cultural e na articulação entre as práticas nativas e o modelo biomédico, na qual as práticas nativas não sejam colocadas em um segundo plano (Teixeira; Garnelo, 2014).

Nessa perspectiva, o gestor abaixo explicou a concepção sobre saúde indígena, a partir das questões culturais inerentes aos povos indígenas, fazendo uma crítica ao poder de tutela a que esses povos são submetidos direta ou indiretamente desde a colonização portuguesa.

“A saúde indígena? O que eu penso é que ela foi agredida no momento em que o Brasil foi colonizado [...]. A saúde indígena foi muito agredida e [...] a mortandade estava muito grande [...]; esse pensamento também não vem na literatura e foi castrado do índio pra reverter a situação mais rápido, [com] a introdução do conhecimento médico da época, isso naquele entendimento e naquela cultura, [...] tomaram a mão-de-obra na época que eles trouxeram os negros e tentaram adestrar os indígenas e não conseguiram. Então, pra ter o restabelecimento da saúde, introduziram os medicamentos da época da colônia e aí levaram o índio a perder a cultura, perder o costume do uso das ervas, do uso dos costumes naturais. Tem pouca preservação da questão espiritual, que isso aí ninguém conseguiu tomar, por isso que hoje o índio não tem o costume, o hábito de usar as ervas, [...] mas com a miscigenação tá muito difícil” (Rosa; trabalha há mais de 30 anos na área; já visitou aldeia indígena).

Assim, o relato acima apresentou uma visão sobre saúde indígena, levando em consideração a questão cultural como forma de pensar e agir na saúde dos povos indígenas.

Esse gestor trabalha na saúde indígena há muitos anos e já esteve nas aldeias, o que pode ter influenciado a sua concepção. Isto corrobora as afirmações de Diehl e Pellegrini (2014): o relacionamento com as comunidades indígenas faz com que o sistema de saúde se depare com a dimensão intercultural, remetendo à discussão sobre a adequação ética e cultural das práticas sanitárias ocidentais e à relação com a saúde indígena

Nesse sentido, a saúde indígena pode ser percebida como

"[...] a real necessidade dela é porque nós não temos espaço na saúde do branco, não temos e vemos isso em todos os hospitais, mesmo tendo repasse da saúde indígena pra determinados hospitais, o olhar do ser humano para o indígena é outro. Ainda tem uma parcela muito pequena que vê o indígena como um povo específico, como uma cultura diferente e respeita isso [...]" (Dália; trabalha há alguns anos na área; já visitou aldeia indígena).

"[...] um trabalho diferenciado do oferecimento do serviço de saúde porque o não indígena, ele tem acesso ao SUS, normalmente, só que o indígena ele tem uma certa dificuldade, que seja pela língua, pela cultura. E a saúde indígena trabalha diminuindo essa distância aí, dele, no acesso ao SUS" (Gestor 5; trabalha há 7 anos na área e nunca visitou aldeia indígena).

Outro depoimento mostra uma tentativa de explicar a saúde indígena, com base na política pública de saúde, fazendo alusão ao financiamento, às ações em saúde e aos modelos de gestão desta. Nas últimas décadas, a saúde indígena se consolidou nas políticas públicas, refletindo a nova conjuntura das relações entre Estado brasileiro e povos indígenas (Kabad, *et al.*, 2020).

"Entendo o que hoje a SESAI faz; acho precário, apesar do montante de recurso que tem, e eu faço uma crítica, apesar de eu estar dentro do órgão; é a aplicação do recurso ser mal [feita] de um modo geral, [...] então, assim, eu entendo que a saúde poderia ter sido melhor, estar melhor, porque ela tem recurso para isso, mas é mal aplicada, acredito que por uma série de fatores" (Tulipa; trabalha há mais de 15 anos na área, já visitou aldeia indígena).

Os depoimentos colhidos indicaram que a maioria dos gestores atuam na saúde indígena há vários anos e que conhecem as aldeias, isto é, a realidade do seu trabalho. Isto vai de encontro a hipótese levantada pelo presente artigo de que, muitas vezes, os gestores trabalham na saúde indígena, mas podem não conhecer a realidade desses povos, porque nunca estiveram em uma aldeia.

Os relatos evidenciaram que há muito a se avançar na discussão da política indigenista e da saúde indígena, reconhecendo-se que ambas perpassam pela compreensão da apropriação do território e dos direitos sociais e, ainda, pelas particularidades inerentes aos povos indígenas. Nesse sentido, para que os gestores do DSEI regional MG/ES possam contribuir efetivamente para a materialização do direito à saúde desses povos no cotidiano das aldeias, torna-se necessário o respeito às especificidades deles, o abandono de práticas etnocêntricas e a aproximação com os povos indígenas.

## Considerações finais

Ao se tomar como fundamento os conceitos de política indigenista e de saúde indígena

propostos anteriormente, pode-se afirmar que as discussões sobre política indigenista e saúde indígena no Brasil são complexas e dinâmicas; além disso, envolvem uma diversidade de atores e múltiplos olhares: povos indígenas e trabalhadores e gestores da saúde indígena.

Apesar de transcorridos aproximadamente 40 anos do poder de tutela, as demandas indígenas ainda não foram totalmente garantidas no cotidiano dos DSEI, como direito à saúde. Essa arena é marcada, muitas vezes, por conflitos, por interesses diversos e contraditórios e, também, por relações assimétricas de poder, principalmente quando se leva em consideração a precarização das relações de trabalho na saúde indígena, a destituição de direitos e o desmantelamento do Estado, vivenciado em períodos anteriores.

Nesse cenário, destacam-se as ameaças constantes aos princípios e às diretrizes do SUS pela promulgação da Emenda Constitucional 95/2016, ferindo a Constituição Federal de 1988, e a relativa autonomia da FUNAI. Esta sofre, cada vez mais, interferências políticas do lobby do agronegócio e dos latifundiários, ameaçando as novas demarcações das terras indígenas.

Dentro desse contexto, as ações de caráter extensionistas desenvolvidas buscaram reduzir a distância entre o ensino tradicional, os saberes dos povos indígenas, os serviços e a universidade, sendo esta considerada um espaço privilegiado para propiciar o diálogo sobre saúde, direitos individuais e coletivos, diversidade cultural, territorialidade, espaços de participação e controle social.

Desse modo, cabe ampliar a discussão sobre os papéis dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, da Fundação Nacional do Índio e dos povos indígenas, visando à ampliação dos espaços de diálogos entre esses atores sociais, com ênfase no empoderamento desses povos. Só assim, haverá a efetiva materialização do direito à saúde, pensado como expressão das lutas das demandas pelo reconhecimento e pela afirmação dos direitos, enquanto atributo de cidadania, e com vistas ao controle e à participação social.

## REFERÊNCIAS

Brasil (1988). *Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal.

Brasil (1990). 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF. Seção 1. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm).

Brasil (2001). Ministério da Saúde. *Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil (2004). Ministério da Saúde. *Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil (2008). Ministério da Saúde. *Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil (2010). Ministério da Saúde. Estrutura regimental do Ministério da Saúde: *decreto nº 7.336*, Secretaria-Executiva. Coordenação Geral de Inovação Gerencial. Disponível em: <http://>

bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrutura\_regimental\_ms\_decreto\_7336.pdf.

Brasil (2012). Ministério da Saúde. *Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil (2015). Ministério da Saúde. *Relatório final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Brasil. Ministério da Saúde. 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde. 305 p.

Brasil(2016). Ministério da Saúde. *Relatório final da 15ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil (2018). Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena – SIASI*.

Brasil (2019). Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena – SIASI*.

Câmara dos Deputados (2015). *Projeto de Lei nº 3501*. Brasília, DF: Câmara dos Deputados. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesweb/fichadetramitacao?idProposicao=2028634>.

Cruz, K. R.; Coelho, E. M. B. (2012). A saúde indigenista e os desafios da particip(ação) indígena. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, 21, 185-198. Supl. 1.

Dalmolin, B. B. et al. (2011). *Significados do conceito de saúde para docentes*. Escola Anna Nery, Santa Maria, 15(2), 389-394.

Diehl, E.E.; Pellegrini, M. A. (2014). Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(4), 867-874.

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. (2015) *Instituto Nacional de Saúde Indígena: pomo da discórdia*. Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/instituto-nacional-de-saude-indigena-pomo-da-discordia>.

Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: ARTMED.

Fundação Nacional da Saúde (Brasil) (2002). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde.

Fundação Nacional da Saúde (Brasil) (2009). *Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena*. Brasília, DF: Funasa.

Fundação Nacional do Índio (Brasil)(2016). *Funai divulga os resultados da primeira Conferência Nacional de Política Indigenista*. Brasília, Disponível em: <http://radios.ebc.com.br/reporter-solimoos/edicao/2016-02>.

Garnelo, L. (2012). Política de saúde indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: Garnelo, L.; Pontes, A. P. (Org.). *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília, DF: MEC-SECADI.

Giovanella, L. (Org.) (2008). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Hochman, G.; Silva, R. (2014). Campanhas públicas, populações (quase) invisíveis, endemias rurais e indígenas na saúde pública brasileira. In: Teixeira, C. C.; Garnelo, L. (Org.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010). *Censo 2010*. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>.

Kabad, J.F. *et al.* (2020). Relações entre produção científica e políticas públicas: o caso da área da saúde dos povos indígenas no campo da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25(5), 1653-1665.

Langdon E. J.; Wilk F. B. (2010). Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. Maio-jun 2010; 18(3): [9 Telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt\\_23](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23).

Langdon, E. J.; Diehl, E. E.; Dias-Scopel, R. P. (2014). O papel e a formação dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. In: Teixeira, C. C.; Garnelo, L. (Org.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Lefèvre, F.; Lefèvre, A. M. C. (2007). Saúde como negação da negação: uma perspectiva dialética. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1), 15-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/>.

Lima, A. C. S. (2014) Revisitando a tutela: questões para se pensar as políticas de saúde para os povos indígenas. In: Teixeira, C. C.; Garnelo, L. (Org.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Luciano, G. S. (2006). Índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília, DF: *Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade*. LACED/Museu Nacional.

Organização Mundial da Saúde (1946). *Carta da Organização Mundial de Saúde*. Nova Iorque, 22/07/46. Disponível em: <http://www.onuportugal.pt/oms.doc>.

Sousa, J. R.; Santos, S. C. M. (2020). Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. *Pesquisa e Debate em Educação*. Juiz de Fora: UFJF, 10(2), 1396-1416.

Silva, C. D. (2014). De improvisos e cuidados: a saúde indígena e o campo da enfermagem. In: Teixeira, C. C.; Garnelo, L. (Org.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Teixeira, C. C.; Garnelo, L. (Org.) (2014). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

**DATA DE SUBMISSÃO: 25/10/2021**

**DATA DE ACEITE: 27/05/2022**