



# POLÍTICA Y SALUD INDÍGENA: la mirada de la gestión del distrito sanitario 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



## RESUMEN

Este artículo, fruto de proyectos de extensión, de extensión en interfaz con la investigación y de iniciación científica desarrollados en la Universidad Federal de Juiz de Fora (UFJF) campus Governador Valadares (GV) en Minas Gerais (MG), tuvo como objetivo reflexionar sobre las concepciones de “política indigenista” y “salud indígena” presentadas por los gestores del Distrito Sanitario Especial Indígena (DSEI) – Minas Gerais (MG)/Espírito Santo (ES), con sede en Governador Valadares. Se utilizó el enfoque cualitativo, por medio de la técnica de entrevistas abiertas con esos gestores. Los testimonios revelaron que la mayoría de ellos conocen la categoría “política indigenista”, usan varias definiciones de “salud” para referirse a la “salud indígena”. En seguida, se percibió que a fin de que ocurra la materialización del derecho a la salud en el interior de ese distrito, se hacen necesarios el rompimiento con prácticas etnocéntricas, y el reconocimiento y el respeto a las cuestiones de los pueblos indígenas. Asimismo, ocurrirán la construcción y la ampliación de los espacios de diálogos, buscando la efectividad del derecho a la salud, como atributo de ciudadanía.

**Palabras clave:** Salud indígena, Población indígena, Derecho a la salud, Gestores de salud, Políticas de salud.

## 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

## Introducción

La salud de los pueblos indígenas fue punto central en la agenda de la política de salud brasileña a partir de la Constitución Federal de 1988, con la creación del Sistema Único de Salud (SUS). En esa perspectiva, este artículo hizo un breve revisión histórica de la trayectoria de las políticas de salud para los pueblos indígenas, como parte integrante de la política de salud brasileña, buscando reflexionar sobre las concepciones de “política indigenista” y “salud indígena”, que los gestores del Distrito Sanitario Especial Indígena (DSEI) Minas Gerais (MG)/Espírito Santo (ES), con sede en Governador Valadares/MG, poseen.

El cuadro a continuación presentó los principales hitos históricos de las políticas de salud y salud indígena en Brasil.

Cuadro 1 – Principales hitos históricos de las políticas de salud y de la salud indígena – Brasil.

Décadas	Acciones/Salud	Acciones/Salud Indígena
1920	Filantropía y favores	Servicio de Protección al Indio (SPI): la salud de los pueblos indígenas se basaba en acciones de emergencia y/o insertadas en los procesos de “pacificación”.
1930	Institución de las bases del sistema previsional: incorporación de los trabajadores	Consejo Nacional de Protección al Indio (CNPI).
1950	Creación del Ministerio de Salud (MS) – incorporación de la asistencia médica	Servicio de Unidades Sanitarias Aéreas (SUSA): acciones básicas de salud a las poblaciones indígenas y rural.
1960	Modelo previsional	Extinción del SPI; creación de la Fundación Nacional del Indio (FUNAI)
1970	Modelo previsional	Establecimiento del Estatuto del Indio
1980	8ª Conferencia Nacional de Salud (CNS); Constitución Federal: reconoció las organizaciones socioculturales de los pueblos indígenas y aseguró la capacidad civil plena, al establecer la competencia privada de la Unión para legislar y tratar sobre la cuestión indígena; creó el Sistema Único de Salud (SUS).	I Conferencia Nacional de Protección a la Salud del Indio: salud indígena fue coordinada por el MS, por medio de un subsistema de servicios.
1990	– Ley n. 8.080: presenta las condiciones para la promoción, la protección y la recuperación de la salud, así como sobre la organización y el funcionamiento de los servicios correspondientes. El capítulo V trató del Subsistema de Atención a la Salud Indígena.  – 9ª CNS  – 10ª CNS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fundación Nacional de Salud (FUNASA), por el Departamento de Salud Indígena (DESAI), vinculado al MS;</li> <li>- Establecimiento de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI);</li> <li>- Coordinación de Salud del Indio (COSAI), dependiente del Departamento de Operaciones de la FUNASA;</li> <li>- Comisión Intersectorial de Salud del Indio (CISI): asesoraba al Consejo Nacional de Salud;</li> <li>- II Conferencia Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas;</li> <li>- Comisión Intersectorial de Salud (CIS); Ley Arouca: Subsistema de Atención a la Salud Indígena.</li> </ul>

1ª década de 2000	- 11ª, 12ª y 13ª CNS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3ª Conferencia Nacional de Salud Indígena;</li> <li>- Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI);</li> <li>- 4ª Conferencia de Salud Indígena, realizada en 2006.</li> </ul>
2ª década de 2000	14ª CNS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Secretaría Especial de Salud Indígena (SESAI);</li> <li>- 5ª Conferencia Nacional de la Salud Indígena</li> <li>- Proyecto de Ley nº 3501: autorizaba al Poder Ejecutivo Federal a crear el Instituto Nacional de Salud Indígena (INSI).</li> <li>- Rechazo del Proyecto de Ley nº 3501.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia a partir de Brasil (1988; 1990; 2001; 2004; 2008; 2010; 2012; 2015; 2016); Fundación Nacional de la Salud (2002; 2009); Fundación Nacional del Indio (2016); Giovanella (2008).

Con las informaciones del cuadro 1, fue posible percibir que, en Brasil, desde el final del Imperio hasta la República Vieja, las acciones gubernamentales para el área de la salud quedaban restringidas a las principales ciudades y a las enfermedades epidémicas que podrían causar impactos en la economía. Asimismo, durante el periodo de la colonización portuguesa, la asistencia a la salud indígena fue ejercida por los misioneros.

De esa forma, la salud para los pueblos indígenas tuvo sus raíces fundamentadas en el poder de tutela, en el "conformismo" y en la "culpa". Los discursos oficiales, basados en la biomedicina, intentaban imprimir una culpabilidad a los pueblos indígenas por la transmisión de las enfermedades (Lima, 2014).

En el período nacional-desarrollista, se comenzó a plantear una política de salud para los pueblos indígenas, los cuales se volvieron más visibles debido al conflicto con la expansión del Estado y de la sociedad capitalista. En ese sentido, políticas de salud a los pueblos indígenas se aproximaron a las políticas de salud pública brasileña destinadas al público general, pues la enfermedad era vista como un obstáculo al desarrollo del país (Hochman; Silva, 2014).

Aún en ese período, el Servicio de Protección al Indio fue extinto, habiendo sido creada la Fundación Nacional del Indio. Sin embargo, no ocurrieron cambios en la política tutelar, así como en la falta de sensibilidad a los derechos culturales específicos de los pueblos indígenas (Luciano, 2006). Esa fundación tuvo sus acciones orientadas por el modelo de atención del Servicio de Unidades Sanitarias Aéreas, creando los Equipos Volantes de Salud (EVS), que supervisaban los trabajos de los profesionales de salud, entre otras funciones (Fundação Nacional da Saúde, 2002).

A principios de la década de 1970, debido a la crisis financiera del Estado, la FUNAI presentó dificultades para la organización de los servicios de atención a la salud indígena, ante la insuficiencia de los suministros, la capacidad administrativa y los recursos financieros; la precariedad de las estructuras básicas de salud; y la falta de un sistema de informaciones en salud adecuado, y de inversión en la calificación de los funcionarios para actuar junto a las comunidades culturalmente diferenciadas, en un escenario de dispersión geográfica de las comunidades. Además, las iniciativas de atención a la salud indígena, generalmente, igno-

rabán las representaciones, los valores y las prácticas relativas al enfermar de esos pueblos (Fundação Nacional da Saúde, 2002).

Asimismo, hasta la creación del SUS, las políticas de salud se fundamentaban en el favor y en la contractualidad, ejerciendo influencia directa en la salud indígena, la cual fue marcada por acciones curativas y preventivas, con foco en la concepción reduccionista de salud, en cuanto a la ausencia de enfermedades.

Como fue concebido en su forma original, el Sistema Único de Salud no priorizaba las acciones de salud para las poblaciones indígenas, las cuales aún estaban bajo la responsabilidad de la Fundación Nacional del Indio (Garnelo, 2012). Dentro de ese contexto, la especialización fue rápidamente surgiendo después de la Constitución Federal de 1988 (Lima, 2014).

A partir de la década de 1990, hubo la emisión de varios aparatos regulatorios para dar condiciones de sostenibilidad al SUS y a la salud indígena.

Sin embargo, la delegación de la operacionalización de las acciones de salud indígena a la Fundación Nacional de Salud no retiró del Ministerio de Salud la responsabilidad de la gestión de esa política, recayendo a la Secretaría de Asistencia a la Salud (SAS) la coordinación de la asistencia a la salud de la población brasileña en su totalidad y la interlocución con municipios en relación a la salud indígena (Garnelo, 2012).

La FUNASA fue responsable por la prevención y recuperación de la salud de los indígenas enfermos. Ya las acciones de inmunización, saneamiento, formación de recursos humanos y control de endemias quedaron bajo la responsabilidad del MS (Fundação Nacional da Saúde, 2002). También en esa década, hubo la creación del Subsistema de Atención a la Salud Indígena. Sin embargo, los pueblos indígenas aún se mantienen en una condición periférica de acuerdo con la agenda de la Política Nacional de Salud (Garnelo, 2012).

En las 1ª y 2ª décadas de 2000, fue creada la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas, enfatizando la importancia del abordaje biopsicosocial en sus directrices y la apertura de las instancias formales de control y participación social, por medio de la realización de las conferencias de salud y de las conferencias temáticas sobre salud indígena, mostrando un alineamiento de estas en la defensa de los derechos sociales de los pueblos indígenas. Pero, todavía faltaba, en esos espacios, la participación más efectiva de estos pueblos.

Hay que resaltar, en ese sentido, que también se mantuvieron acciones que retiraron el papel del Estado como agente formulador, implementador e inductor de políticas públicas con foco en la justicia social, fomentando el desmantelamiento de este, además de la revocación de los derechos sociales para los pueblos indígenas.

En 2015, hubo el intento de creación del Instituto Nacional de Salud Indígena – servicio social autónomo de derecho privado, sin fines lucrativos, mantenido con recursos de la Secretaría Especial de Salud Indígena, y para la prestación de atención de salud a los pueblos indígenas, y de servicios de atención básica, acciones de saneamiento y edificaciones de salud (Câmara dos Deputados, 2015).

La elección de este servicio como modelo de gestión fue criticada por diversos actores sociales empeñados en la defensa de la causa de los pueblos indígenas, entre ellos el Ministerio Público Federal (Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio, 2015). Esta propuesta fue considerada un intento de reforzar la precarización de los trabajadores de la salud indígena y la destitución de sus derechos (Fundación Nacional del Indio, 2016). Ese

escenario todavía es vivenciado en la sociedad brasileña por los pueblos indígenas, siendo algunas reflexiones propuestas en el presente artículo.

## Procedimientos metodológicos

Se utilizó el enfoque cualitativo, como fundamento metodológico, a fin de conocer las concepciones de los gestores del DSEI/MG y ES sobre “política indigenista” y “salud indígena”.

La elección de ese lugar se dio en razón de las vivencias de las autoras en los proyectos de: extensión; extensión interfaz con la investigación; iniciación científica promovidos por la Universidad Federal de Juiz de Fora (UFJF) campus Governador Valadares (GV) en Minas Gerais (MG). Las discusiones y acciones de esos proyectos tuvieron como foco la cuestión de la salud, la territorialidad, la seguridad alimentaria y los derechos de los pueblos indígenas de los valles de Mucuri y Rio Doce, en Minas Gerais. Esas etnias forman parte del entorno de la UFJF campus GV, posibilitando una aproximación de los saberes de la comunidad académica y de los pueblos indígenas, así como de los conocimientos de otros actores sociales. La aproximación de estas cuestiones se produjo por medio de los Grupos de Trabajo (GT) Salud/Maxakali, de las etapas local y regional de la Conferencia de Política Indigenista; del 1er Seminario Transdisciplinar en Estudios Indígenas. En esos espacios de participación, se discutió el papel de SESAI, del DSEI y de las Casas de Salud Indígena (CASAI) en la efectiva materialización de las políticas públicas volcadas para los pueblos indígenas, entre otras cuestiones.

En Brasil, 890 mil personas se declararon indígenas durante el censo realizado en 2010, siendo encontradas 305 etnias (Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), 2010). En Minas Gerais, esa población es de 31.112 indígenas, siendo doce etnias distribuidas en diecisiete territorios. 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 lingüístico Macro-Jê. Se destacaron, en la región de Governador Valadares y Teófilo Otoni: los Pataxós, originarios del sur de Bahía, conocidos por ser seminómades, presentes en el municipio de Açucena, y en Santo Antônio do Pontal, distrito de Governador Valadares; los Krenak, habitantes de la margen izquierda del Río Doce, en el municipio de Resplendor, fruto de un largo proceso histórico marcado por el carácter violento de la expansión económica sobre esa región; los Maxakali, habitantes del Valle del Mucuri, que preservaron su lengua y sus tradiciones originales, siendo considerados símbolos de la resistencia indígena.

De acuerdo con el Sistema de Informaciones de la Atención a la Salud Indígena (SIASI), el Distrito Sanitario Especial Indígena Minas Gerais y Espírito Santo prestaba asistencia a 10 etnias: Xakriabá, Maxakali, Krenak, Kaxixó, Pankararu, Xukuru-Kariri, Pataxó, Mocuriñ, Guarani y Tupiniquim, distribuidas en 95 aldeas localizadas en esos estados. Los establecimientos de salud son organizados en localidades por medio de los Polos Bases tipo I y II, UBSI, Casai y Oficina Local (Brasil, 2018; 2019).

Dentro de ese contexto, en el año 2016, se realizaron entrevistas abiertas no estructuradas con los gestores del DSEI MG/ES. Estas entrevistas tuvieron una duración de aproximadamente 30 (treinta) minutos cada una, siendo el grabador utilizado como instrumento de recolección de datos. Algunas preguntas fueron dirigidas a las entrevistas, entre ellas: “¿Qué usted entiende por política indigenista? ¿Qué entiende por salud indígena? ¿Cuáles son las prácticas en salud más frecuentemente utilizadas para promoción de la salud indígena? De acuerdo con su experiencia profesional, ¿cuáles son las dificultades encontradas en salud

indígena? ¿Cómo usted se hizo gestor(a) del DSEI? Al ingresar al DSEI, ¿tuvo alguna capacitación introductoria en la salud indígena? ¿Cuánto tiempo es gestor(a) de la salud indígena? ya visitó una aldea indígena?” Se utilizaron nombres de flores para garantizar el anonimato de los gestores y gestoras: margarida; rosa; dalia; clavel; tulipán; pensamiento.

Esas cuestiones se hicieron necesarias en la medida en que correspondieron los intentos de demostrar que, muchas veces, los gestores trabajan con la salud indígena, pero pueden no conocer la realidad de esos pueblos, porque nunca estuvieron en una aldea. Se cree que eso pueda influenciar la concepción sobre “política indigenista” y sobre “salud indígena” de esos gestores, siendo una hipótesis a ser investigada, a pesar de tratarse de un abordaje cualitativo, que no siempre cuenta con hipótesis previamente definidas.

Para el análisis de esas entrevistas, se utilizó la técnica de análisis del contenido. Según Bauer (apud Flick, 2009), esta se constituye como uno de los procedimientos clásicos para analizar el material textual, el cual puede variar desde productos de los medios hasta datos obtenidos por medio de entrevistas. La elección por la técnica en cuestión se debió al hecho de que es adecuada para entrevistas abiertas, en las cuales los autores buscan comprender las concepciones, percepciones, sentido o sentidos. El análisis de contenido busca analizar diferentes aportes de contenidos verbales o no verbales, por medio de la sistematización de métodos empleados en un análisis de datos, en tres fases: 1) pre análisis; 2) exploración del material, categorización o codificación; 3) tratamiento de los resultados, inferencias e interpretación (Sousa; Santos, 2020).

El presente trabajo tuvo dictamen favorable del Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Universidad Federal de Juiz de Fora, bajo el número 1.459.546.

## Resultados y discusión

En los testimonios recogidos fueron localizadas las siguientes categorías, previamente definidas con base en el referencial teórico utilizado: “política indigenista” y “salud indígena”.

### Política Indigenista

En Brasil, los hitos legales para los pueblos indígenas trajeron cambios significativos que impactaron en la conducción de las políticas para esos pueblos a lo largo de los siglos XX y XXI. Hubo el abandono gradual de las concepciones de “integración” de los pueblos indígenas a la sociedad brasileña; las nociones de “tutela” y de “incapacidad” también fueron, poco a poco, siendo abandonadas; hubo, además, la garantía formal de los derechos de esa población a sus costumbres y a la organización social.

Sin embargo, en la sociedad brasileña contemporánea, los pueblos indígenas aún experimentan un escenario de retrocesos y destitución de los derechos asegurados en la Constitución Federal de 1988. Hoy se dice que la tutela no acabó pese el advenimiento de esa constitución y que es necesario considerar la tutela más allá del Estado (Lima, 2014).

La política indigenista brasileña, como política de Estado dirigida a los pueblos indígenas, se caracterizó por su poder interventor. Esta presuponía que esos pueblos dejarían de existir como grupos culturalmente diferenciados. Con el paso de los años, tal presunción se mostró infundada, pues esos pueblos tuvieron gran crecimiento demográfico, presentando una enorme vitalidad cultural y ampliando sus pautas de reivindicación por derechos ligados a la diferenciación étnica (Garnelo, 2012).

Se puede ver esa cuestión en la visión de los gestores.

“Las políticas indigenistas [...] son garantías del derecho a la salud, el derecho a la vivienda, al espacio para preservar la cultura: la cultura étnica y la cultura alimentaria. La política indigenista para mí abarca [la idea de] preservar la cultura indígena en su totalidad, abriendo espacio para que el indígena pueda ser integrado a nuestros conocimientos, a nuevas ideas, nueva diversidad y [mucho más]. Y, [al] no agredir[se] a su cultura, para mí la [mejor] política es esa” (Rosa; trabaja desde hace más de 30 años en el área, ya ha visitado una aldea indígena).

[...] pasé a entender más lo que es la cultura indígena y, con eso, la política indigenista. Usted puede respetar y comprender mejor, así que [...] veo que se le han dado los derechos, [más allá de] los deberes; solo que se ha perdido un poco la cuestión de la libertad en esos dos sentidos; [...] la política indigenista no está logrando asegurar la cultura [...] de ellos [propriadamente] y hay un juego muy grande detrás de todo eso. [...] Es mucho más complejo de lo que podemos imaginar [...]” (Dalia; trabaja desde hace algunos años en la zona, ya ha visitado una aldea indígena).

En ese sentido, los relatos traídos presentaron una visión de la política indigenista que considera la cuestión cultural como forma de pensar la política para los pueblos indígenas. Por lo tanto, esos gestores, con años de trabajo en la salud indígena y que ya estuvieron en las aldeas, demuestran una concepción de política indigenista que va al encuentro de la afirmación de Lima (2014), según la cual cada actor involucrado en las políticas indigenistas, al tener contacto con los pueblos indígenas, se encuentra con las cosmologías y tradiciones culturales, así como también con los poderes de estados, presentes por medio de sus agencias.

El testimonio a continuación permite observar una clara identificación de la política indigenista con la Fundación Nacional del Indio.

“Ya escuché algo de eso [...]. Lo que la gente oye hablar de política indigenista normalmente son las acciones que tienen [...] relación con la cuestión indígena en un todo. Las actividades de estudio antropológico, en relación al indígena, estudios en el área de salud, de la evolución y no evolución, creación de algunos programas que son adoptados para mejorar en el ámbito de la salud mental, de la cuestión del alcoholismo, que es un panorama, que tiene en la salud indígena, y algunas acciones en cuestión de derechos de la tierra del indio. Yo veo de una manera general, la gente [...] no trabajó con esa política indigenista, porque la gente volvió las acciones de la salud para la salud en sí misma. [Esto se debe a] esa cuestión de las políticas indigenistas que se quedó más en la responsabilidad de la FUNAI, digamos así, y por el hecho de que trabajo mucho [...] más en el área administrativa; entonces las personas del área técnica, los técnicos, son los que tienen más esa introducción en tal área política” (Margarida; trabaja desde hace más de 15 años en la zona, ya ha visitado una aldea indígena).

Por lo tanto, en Brasil, las relaciones interinstitucionales ocurren en un escenario de luchas, a fin de transformar o conservar el campo de fuerzas. De esa forma, el Estado no es visto como un ser abstracto, sino como un espacio institucionalizado en el que actúan agentes, los cuales disputan poder y posiciones. En algunos momentos, el Ministerio Público (MP), la FUNAI y la FUNASA pueden encontrarse en campos opuestos en consecuencia de posicionamientos relativos a las cuestiones indígenas (Cruz; Coelho, 2012).

Los gestores del DSEI MG/ES mencionaron directa o indirectamente la función del Estado por ser formulador, interventor e inductor de las políticas públicas, al citar los hitos legales de la Política Indigenista y los órganos responsables en algún momento histórico por gestionar la salud indígena: Estatuto del Indio, FUNAI, FUNASA y SESAI.

"[...] lo que yo conozco más es de la historia, este,, de la evolución, [el] estatuto del indio, que tenía una organización que cuidaba antes, y ahora pasó a FUNAI y ahí después pasó a FUNASA, después se dividió y se formó la secretaría especial de salud indígena, que es como las cosas están hoy. Pero, de la política en sí, no sé mucho" (Cravina; trabaja desde hace más de 5 años en el área; nunca ha visitado una aldea indígena).

Ese informe indicó la insuficiencia de conocimiento de ese gestor sobre lo que es política indigenista. Eso tal vez se pueda atribuir a algunas lagunas en la formación de esos profesionales, a la ausencia de capacitación para actuar en el área de la salud indígena, así como al hecho de que nunca han ido a una aldea indígena.

Cabe destacar que muchos de esos gestores fueron elegidos por indicación política. Además, este distrito presenta una alta rotación de profesionales con diferentes tipos de vínculos laborales, como se observó en el testimonio a continuación:

"Mira, la mayor dificultad que veo es que se creó una secretaría y no se hizo antes la logística para ella [...]; de personal, de local, de estructura. Nuestra mayor dificultad es esa, además de la mano de obra que hoy la gente trabaja así, a título precario, porque [...] dentro del distrito existe un órgano federal y yo no tengo servidores, tengo una Organización No Gubernamental (ONG) que haría el servicio que sería de servidores, así que no tenemos personal. El desafío es, primero, [...] la discontinuidad de los gestores, digamos así, ese cambio constante de gestión, que trae un perjuicio enorme en la salud indígena, es un daño [...] a la salud indígena, es un perjuicio en función [de] que cada gestor que ocupa la función general del órgano, él viene y modifica, en lo que él modifica, aquellas acciones que venían [en] beneficio [del] indígena, [generan la] vuelta al punto de partida" (Cravina; trabaja hace más de 5 años en el área; nunca ha visitado una aldea indígena).

Esa situación también se ha reproducido en otros DSEI. Langdon, Diehl y Días-Scopel (2014) afirman que los factores que influyen en la rotación de los Agentes Indígenas de Salud (AIS) son iguales a los de los otros profesionales del Equipo Multiprofesional de Salud Indígena (EMSI), como, por ejemplo, el tipo de vínculo laboral definido por las contrataciones anuales por medio de las ONG (Langdon; Diehl; Días-Scopel, 2014).

Según Lima (2014), generalmente los profesionales de salud, cuando están en su formación, tienen acceso a algunos estudios sobre políticas de salud con énfasis en el modelo racionalista para el análisis de esas políticas. Eso hace que a los profesionales no les parezca interesante intervenir en el campo cuando es necesario hacerlo.

Para Diehl y Pellegrini (2014), la educación permanente en salud, como espacio de construcción colectiva, es fundamental y debe enfatizar la comunidad, las perspectivas sobre la salud y los servicios, con foco en la formación de consejeros y de AIS.

Por lo tanto, se hace necesario propiciar condiciones para el fortalecimiento del papel de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas, por medio de la mejora de las condiciones de trabajo, con garantía de cualificación y educación continua y permanente para los trabajadores y los gestores de esos lugares. Ese fortalecimiento puede ocurrir a nivel local y por medio de la oferta de cursos de capacitación para esos trabajadores. Algunos de esos cursos y talleres ya han sido realizados por el Núcleo Transdisciplinario de Estudios Indígenas en colaboración con la FUNAI (oficina regional) y con el DSEI MG/ES. Sin embargo, aún existen aspectos en que hay que avanzar en relación a la ampliación del debate sobre los diversos actores sociales involucrados en las políticas indigenistas, así como sobre los conflictos y las relaciones de poder expresadas directa o indirectamente en ese escenario.

A continuación, se abordará otra categoría que apareció en los testimonios tomados.

## Salud Indígena

En la concepción del gestor abajo, la salud indígena es:

“[Una parte] desde el saneamiento, de la condición de vida del indígena, para que el indígena tenga una buena salud, porque la salud es primaria; parte desde la alimentación, hacia la higiene, la condición de vivienda, para que él venga a tener una buena salud, para que no venga a atraer las enfermedades, las endemias, lo que viene, que a veces trae a través del entorno donde se encuentra [...]. La salud indígena es el todo.” (Cravina; trabaja desde hace más de 5 años en el área; nunca ha visto una aldea indígena).

Sin embargo, Cruz y Coelho (2012) afirman que la salud indígena se refiere a los saberes curativos de esos pueblos, de acuerdo con sus propias concepciones. Además, la salud indigenista constituye los servicios y las acciones formuladas e implementadas con base en las concepciones del proceso salud-enfermedad de la sociedad occidental y está dirigida a los pueblos indígenas.

Por lo tanto, ese testimonio demuestra que, a pesar de trabajar por algunos años en la salud indígena, el hecho de que ese gestor nunca haya ido a una aldea, no estableciendo un contacto mayor con los pueblos indígenas, puede haber influido en su concepción sobre salud indígena.

Aún en ese escenario, se percibe la influencia del concepto de salud como la ausencia de enfermedades para entender la categoría “salud indígena”, como referencia indirecta al reduccionismo propuesto por el modelo biomédico.

Según Lefèvre y Lefèvre (2007), la salud no puede ser solamente resumida a una visión mecánica del cuerpo y a la presencia o ausencia del agente biológico en el organismo de los individuos, lo que sería un contrasentido. Asimismo, la biomedicina se revela como un recurso de saber-poder colonizador, en la relación entre Estado, ciencia y pueblos indígenas (Kabad et al., 2020).

En ese sentido, ese gestor también hace mención a las condiciones de higiene, en el intento de explicar su comprensión en relación a la salud indígena. Para Silva (2014), el higienismo hace referencia a un cuerpo de conocimientos y prácticas de higiene, a un concepto-valor, susceptible de engendrar un habitus higienista.

Otra concepción sobre la salud indígena – presentada por uno de los gestores – se refiere a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo como ausencia de enfermedades (Organização Mundial da Saúde – OMS –, 1946). Esa definición se hace presente en las directrices de la PNASPI, enfatizando el abordaje biopsicosocial.

“Desde el punto de vista de mi formación como biólogo, antes incluso de ser biólogo ya actuaba en la parte de zoonosis [...] desde el punto de vista del concepto, no es muy diferente del concepto que está ahí, que la Organización Mundial de la Salud coloca para nosotros, en verdad, solo traduciendo en algunas acciones, que son: saneamiento, alimentación, interacción con aquel que no es indígena” (Amor-perfecto; trabaja en el área hace más de 20 años; ya ha visitado una aldea indígena).

Sin embargo, la discusión sobre salud es muy amplia, repleta de significados diversos y susceptible de varias interpretaciones, dependiendo del escenario en que se encuentra, principalmente cuando se considera a los pueblos indígenas.

En todo caso, la salud no se reduce a una evidencia orgánica, ni a un estado de equili-

brio; se relaciona con las características sociales y culturales que cada sujeto atribuye a su proceso de vivir (Dalmolin et al., 2011).

De ese modo, el relato abajo demostró la dualidad vivida por ese gestor, al reconocer las particularidades inherentes a la salud indígena, una vez que afirma que las contradicciones vividas en la práctica cotidiana de gestión de los DSEI se deben a la formación fundamentada en el modelo biomédico, con foco en la racionalidad científica. Esa percepción de ese gestor puede explicarse por el hecho de que trabaja hace muchos años en la salud y conoció a la aldea.

Según Silva (2014), no se trata solamente de la construcción de significados sobre la salud y la enfermedad, sino también de un conflicto social fundamentado en las relaciones de poder establecidas entre los profesionales de salud con curso superior.

“Aquí, el profesional entra con su formación; y [es] aquí que él aprende a lidiar con eso; es una cosa bien particularizada para salud indígena. Desde el exterior, no se puede traer un paquete y ponerlo aquí dentro, de hecho, se puede llegar aquí y ver [si] lo que tenía como proyecto [...] está adecuando[se]. Es una cosa bien particularizada y la gente habla dentro de la salud indígena; cuando la gente lo pasa a la aldea de la etnia es diferente, es más distinto aún, entonces esa diferencia [se] desdobra en más distinciones[...] y eso es lo que la gente ha enfrentado, porque el desafío es grande para nosotros dentro de la aldea, porque la gente viene con formación y con idea formada de cómo mejorar las cosas; solo que al llegar allí, uno tiene otros enfrentamientos a hacer que [...] se lo entienda (Amor-perfecto; trabaja en el área desde hace más de 20 años; ya ha visitado una aldea indígena).

Eso quiere decir que, en la salud indígena, hay una asimetría, involucrando procesos de negociación y de relaciones de poder entre la biomedicina, que se hace representada por la normatividad de las políticas de salud, por los profesionales de salud, por las concepciones cosmológicas y por las relaciones socioculturales y políticas presentes en el interior de la comunidad de los pueblos indígenas (Langdon et al., 2010).

Ante eso, en la salud indígena, aún permanecen lagunas sobre las subjetividades y los preceptos normativos, con énfasis en el saber biomédico y en la jerarquía de poderes. Esas lagunas deben ser trabajadas con énfasis en el respeto a la valorización cultural y en la articulación entre las prácticas nativas y el modelo biomédico, en la cual las prácticas nativas no sean colocadas en un segundo plano (Teixeira; Garnelo, 2014).

En esa perspectiva, el gestor, a continuación, explicó la concepción sobre salud indígena, a partir de las cuestiones culturales inherentes a los pueblos indígenas, haciendo una crítica al poder de tutela a que esos pueblos son sometidos directa o indirectamente desde la colonización portuguesa.

“¿La salud indígena? Lo que pienso es que fue agredida en el momento en que Brasil fue colonizado [...]. La salud indígena fue muy agredida y [...] la mortandad era muy grande [...]; ese pensamiento tampoco viene en la literatura y fue castrado del indígena para revertir la situación más rápido, [con] la introducción del conocimiento médico de la época, eso en aquel entendimiento y en aquella cultura, [...] tomaron la mano de obra en la época que ellos trajeron a los negros e intentaron adiestrar a los indígenas y no consiguieron. Entonces, para tener el restablecimiento de la salud, introdujeron los medicamentos de la época de la colonia y ahí llevaron al indígena a perder la cultura, perder la costumbre del uso de las hierbas, del uso de las costumbres naturales. Tiene poca preservación de la cuestión espiritual, que nadie consiguió tomar, por eso, hoy el indígena no suele usar las hierbas, [...] pero con la mezcla está muy difícil” (Rosa; trabaja hace más de 30 años en el área; ya ha visitado una aldea indígena).

Asimismo, el relato anterior presentó una visión sobre salud indígena, tomando en consideración la cuestión cultural como forma de pensar y actuar en la salud de los pueblos indígenas. Ese gestor trabaja en la salud indígena hace muchos años y ya estuvo en las aldeas, lo que puede haber influenciado su concepción. Esto corrobora las afirmaciones de Diehl y Pellegrini (2014): la relación con las comunidades indígenas hace que el sistema de salud se encuentre con la dimensión intercultural, remitiendo a la discusión sobre la adecuación ética y cultural de las prácticas sanitarias occidentales y a la relación con la salud indígena.

En ese sentido, la salud indígena puede ser percibida como

“[...] la verdadera necesidad de ella ocurre porque no tenemos espacio en la salud del blanco, no tenemos y vemos eso en todos los hospitales, aún habiendo pasado indígenas para determinados hospitales, la mirada del ser humano hacia el indígena es otro. Todavía hay una parcela muy pequeña que ve al indígena como un pueblo específico, como una cultura diferente y respeta eso [...]” (Dalia; trabaja hace algunos años en el área; ya ha visitado una aldea indígena).

“[...] un trabajo diferenciado del ofrecimiento del servicio de salud porque el no indígena tiene acceso al SUS, normalmente, pero el indígena tiene una cierta dificultad, sea por la lengua, sea la cultura. Y la salud indígena trabaja disminuyendo esa distancia de acceso al SUS” (Gestor 5; trabaja hace 7 años en el área y nunca ha visitado una aldea indígena).

Otro testimonio muestra un intento de explicar la salud indígena, con base en la política pública de salud, haciendo alusión al financiamiento, a las acciones en salud y a los modelos de gestión de esta. En las últimas décadas, la salud indígena se consolidó en las políticas públicas, reflejando la nueva coyuntura de las relaciones entre Estado brasileño y pueblos indígenas (Kabad, et al., 2020).

“Entiendo lo que hace hoy SESAI; me parece precario, a pesar de la cantidad de recursos que tiene, y hago una crítica, a pesar de que estoy dentro del órgano; es la aplicación del recurso ser mal [hecha] de una manera general, [...] por ello entiendo que la salud podría haber estado mejor, porque tiene recursos para ello, pero es mal aplicado, creo que por una serie de factores” (Tulipán; trabaja desde hace más de 15 años en el área, ya ha visitado una aldea indígena).

Los testimonios recogidos indicaron que la mayoría de los gestores actúan en la salud indígena desde hace varios años y que conocen las aldeas, o sea, la realidad de su trabajo. Esto va contra la hipótesis planteada por el presente artículo de que, muchas veces, los gestores trabajan en la salud indígena, pero pueden no conocer la realidad de esos pueblos, porque nunca estuvieron en una aldea.

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.

## Consideraciones finales

Al tomar como fundamento los conceptos de política indigenista y de salud indígena propuestos anteriormente, se puede afirmar que las discusiones sobre política indigenista y salud indígena, en Brasil, son complejas y dinámicas; además, involucran una diversidad de actores y múltiples miradas: pueblos indígenas y trabajadores y gestores de la salud indígena.

Pese que transcurrieron aproximadamente 40 años del poder de tutela, las demandas indígenas aún no han sido totalmente garantizadas en el cotidiano de los DSEI, como derecho a la salud. Esa arena está marcada, muchas veces, por conflictos, por intereses diversos y contradictorios y, también, por relaciones asimétricas de poder, principalmente cuando se tiene en cuenta la precarización de las relaciones de trabajo en la salud indígena, la destitución de derechos y el desmantelamiento del Estado, vivido en periodos anteriores.

En ese escenario, se destacan las amenazas constantes a los principios y directrices del SUS por la promulgación de la Enmienda Constitucional 95/2016, hiriendo la Constitución Federal de 1988 y la relativa autonomía de la FUNAI. Esta sufre, cada vez más, interferencias políticas del lobby del agronegocio y de los terratenientes, amenazando las nuevas demarcaciones de las tierras indígenas.

Dentro de ese contexto, las acciones de carácter extensionistas desarrolladas buscaron reducir la distancia entre la enseñanza tradicional, los saberes de los pueblos indígenas, los servicios y la universidad, siendo esta considerada un espacio privilegiado para propiciar el diálogo sobre salud, derechos individuales y colectivos, diversidad cultural, territorialidad, espacios de participación y control social.

De ese modo, cabe ampliar la discusión sobre los roles de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas, de la Fundación Nacional del Indio y de los pueblos indígenas, buscando la ampliación de los espacios de diálogo entre esos actores sociales, con énfasis en el empoderamiento de esos pueblos. Solo así, se materializará efectivamente el derecho a la salud, pensado como expresión de las luchas de las demandas por el reconocimiento y por la afirmación de los derechos, como atributo de ciudadanía, y con vistas al control y a la participación social.

## REFERENCIAS

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://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrutura\\_regimental\\_ms\\_decreto\\_7336.pdf](http://bvsm.s.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-solimoies/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 dialéctica. *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