

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

JESSICA VAZ SILVA

INTERCULTURALIDADE EM SAÚDE INDÍGENA: UMA REVISÃO DE
LITERATURA

Porto Alegre

2018

JESSICA VAZ SILVA

INTERCULTURALIDADE EM SAÚDE INDÍGENA: UMA REVISÃO DE
LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Beatriz Borges Fortes.

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Silva, Jessica Vaz
Interculturalidade em Saúde Indígena: uma revisão
de literatura. / Jessica Vaz Silva. -- 2018.
47 f.
Orientador: Carmen Beatriz Borges Fortes.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre,
BR-RS, 2018.

1. Interculturalidade. 2. Saúde indígena. 3. Saúde
e interculturalidade. I. Fortes, Carmen Beatriz
Borges, orient. II. Título.

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso a todos os Povos Indígenas deste país, em especial ao meu povo Kaingang, à minha família que tanto me apoiou nesta trajetória, aos meus amigos/parentes.

Esta grande vitória é parte de todos nós, fruto do protagonismo dos Povos Indígenas!

AGRADECIMENTOS

Para além das amarras da vida, dos encontros e desencontros, da angústia, das alegrias, vitórias deste seis anos e meio de graduação teve gente que apareceu, teve gente que permaneceu, teve gente que só passou. Ambos com sua contribuição para minha constante formação como pessoa, por isso acredito que cabe agradecer cada uma dessas pessoas aqui.

Gratidão à minha família, pai e mãe por serem os meus maiores apoiadores, incentivadores, obrigada pelo amor que emanam e pela confiança que depositam em mim. Ao meu irmão, obrigada por me fazer sentir a irmã mais nova, mesmo sendo a mais velha, tendo a proteção de um irmão mais velho e admiração. À minha irmã, obrigada por ter trazido ao mundo uma das razões que traz felicidade para nossas vidas, o Juan. Ao meu cunhado, obrigada pelo incentivo e confiança.

Ao meu primo/tio, Claudemir pelo incentivo de sempre, pela alegria e vibração positiva a cada semestre concluído com a passada em todas as cadeiras e por ser essa pessoa a qual eu me inspiro ligada ao movimento social indígena.

À família que escolhi, meus amigos/parentes indígenas estudantes que conheci ao longo desta trajetória que por diversas vezes compartilharam comigo as angústias e alegrias, desses longos e nos últimos meses rápido, seis anos de convivência. À minha amiga Édina a qual acompanhou de perto minhas angústias, choros, inquietações, alegrias e vitórias, a quem dividi a vida durante esse tempo. Ao Marcos, gratidão por todos os momentos em que precisei de ajuda e ele estava ali, gentil, brincalhão, disposto à ajudar.

Em especial ao meu companheiro Douglas, a quem admiro muito como pessoa, indígena intelectual que é e como jovem liderança, obrigada por compartilhar comigo as minhas angústias, medos e alegrias, destes últimos meses, mostrando que não estou só. Obrigada pela contribuição intelectual na construção deste trabalho, obrigada pela construção pessoal que tem me proporcionado. Acredito que a cada dia aprendemos um com o outro, com um único objetivo, nos tornar pessoas melhores fazendo o bem para as pessoas, para nosso povo.

Ao Coletivo Indígena, obrigada por compartilharem comigo tantos momentos bons de festas, gole (que adoramos), companhias de RU, reuniões, o futebol de fim de dia na redenção. Obrigada parentes por contribuírem para minha permanência e resistência na Universidade. Em especial, obrigada Aline e Sirlei, por me conceber a alegria de ser dinda de Nã Ga e Leona. Obrigada meus parentes!

À Luísa, minha então monitora que se tornou uma grande amiga, que compartilhou mais do que ninguém minhas angústias com a faculdade, minhas preocupações diversas, as alegrias de ter passado nas provas, por ter concluído mais um semestre, obrigada! Obrigada, por ser minha dupla, inseparável, nestes últimos quatro anos, ao ser duas em uma. Obrigada por me mostrar que para quem tem fé, nada é impossível, e ainda mais por mostrar que a gentileza, generosidade fazem a diferença.

Às minhas amigas do “Zueira never ends” Luísa, Natália, Eduarda, Letícia, Stephanie, Natasha, Brunna, Victória, Ana Paula e Tayane, obrigada por contribuírem

para a minha permanência na faculdade, onde neste caso é justificada pela amizade. Além das dicas de cada semestre e das provas, é claro!

Não poderia deixar de agradecer dona Glória, pessoa a qual tive o prazer de conhecer. Dona Glória foi minha paciente desde a clínica um, até a clínica três, acompanhou os meus medos nos atendimentos, vibrava com minha aprovação nas provas e disciplinas, me tranquilizava com palavras de afeto, sempre com seu gesto único e carinhoso. Obrigada por confiar, acreditar em mim.

À Profe. Carmen, minha tutora no início do curso e orientadora deste trabalho, obrigada por aceitar me orientar e pela compreensão na construção do mesmo.

À Profe. Márcia meu agradecimento também, pelo tempo que fui sua bolsista e trabalhamos juntas.

Por último, não deixando de ser especial, obrigada a todos indígenas intelectuais, que de certa forma contribuíram e continuarão contribuir em minha formação, obrigada meu povo!

Ademais, agradeço a Deus, a todos meus familiares, amigos, parentes, conhecidos, que me apoiaram. Obrigada pelas contribuições para minha construção como pessoa, todos foram fundamentais neste processo de aprendizagem de mim mesmo.

Gratidão!

Devemos usar a proposta intercultural para descolonizar pensamentos e práticas!

Catherine Walsh

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso é resultado de um esforço intelectual através de revisão de literatura, focada em analisar a relação entre interculturalidade e saúde. De modo particular aborda esta relação no que se refere à saúde do Povos Indígenas, sua história, diversidade étnica e cosmologia, na relação com o Estado e as políticas indigenistas de saúde, aqui neste TCC, com foco na Secretaria Especial de Saúde Indígena/SESAI/MS. Temos um cenário bastante problemático construído ao longo do tempo nessa relação, historicamente os Povos Indígenas são concebidos como subalternos, marginalizados e estereotipados no projeto societário que originou o atual Brasil, o termo índio é um dos principais indícios do reducionismo frente a diversidade e riqueza cultural ameríndia. Como metodologia o estudo incorpora simultaneamente uma revisão de literatura, focalizando o conceito de interculturalidade e saúde dos povos indígenas, com vistas a qualificar a leitura sobre a Secretária Especial de Saúde Indígena (SESAI) e uma dimensão autográfica e do afeto, tendo em vista que sou Kaingang e minha coletividade de pertencimento e meu povo são usuários dos serviços prestados pela SESAI. Assim como meu coletivo vivencio os encontros e desencontros da falta de diálogo intercultural com a instituição e acompanho as constantes mobilizações dos coletivos indígena Kaingang e suas lideranças pela efetivação de uma política de saúde diferenciada. Em primeira pessoa, me situo como jovem Kaingang e intelectual indígena em formação, buscando uma auto reflexão das análises das questões de interesse do meu povo e de relevância para a Odontologia e seu compromisso para além do atendimento no processo saúde/doença. Atentando para a superação das amarras que colonização impôs aos Povos Indígenas e seus territórios.

Palavras-chave: Interculturalidade. Saúde indígena. Saúde e interculturalidade.

ABSTRACT

The present Work of Conclusion of Course is the result of an intellectual effort through literature review, focused on analyzing the relationship between interculturality and health. In a particular way, it addresses this relationship in regard to the health of Indigenous People, their history, ethnic diversity, cosmology in relation to the State, and indigenist health policies here at this WCC, focusing on the Special Secretariat of Indigenous Health / SESAI / MS. We have a very problematic scenario built over time in this relationship, historically Indigenous People are conceived as subaltern, marginalized and stereotyped in the societal project that originated the current Brazil, the term Indian is one of the main indications of reductionism in face of diversity and Amerindian cultural richness. As a methodology, the study incorporates simultaneously a literature review, focusing on the concept of interculturality and health of Indigenous People, with a view to qualify the reading on the Special Secretariat of Indigenous Health (SESAI) and an autobiographic dimension and affection, considering that I am Kaingang, my collective of belonging and my people are users is a user of the services provided by SESAI, and, as well as my collective, I live the agreements and disagreements of the lack of intercultural dialogue with the institution and I follow the constant mobilizations of the indigenous Kaingang collectives and their leaderships for the implementation of a differentiated health policy. In first person, I stand as a young Kaingang and an indigenous intellectual in formation, searching for a self-reflection of the analysis of the issues of interest of my people and of relevance to Dentistry and its commitment beyond the care in the health/disease process. Striving for the overcoming of the bonds that colonization imposed on Indigenous Peoples and their territories.

Keywords: Interculturality. Indigenous health. Health and interculturality.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição da população indígena nas regiões do Brasil.

Figura 2 - Terras Indígenas no Brasil.

Figura 3 - Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Figura 4 - Organização dos Distritos Sanitários de Saúde (DSEI)

SUMÁRIO

CONTORNOS	10
1 INTRODUÇÃO	12
1.1 POVO KAINGANG, O MEU POVO.....	14
1.2 OS DIREITOS DOS POVOS INDÍGENAS.....	15
1.3 OBJETIVOS.....	23
2 METODOLOGIA	24
3 REVISÃO DE LITERATURA	25
3.1 A SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA.....	38
4 CONCLUSÕES	41
REFERÊNCIAS	43

CONTORNOS

Antes de iniciar a abordagem deste Trabalho de Conclusão de Curso, enfatizo aqui meu lugar de fala. Dessa forma, gostaria de me apresentar e lhes contar um pouco sobre minha trajetória, trajetória esta de uma indígena universitária que não poderia deixar de ser expressada, nesta sistematização.

Me chamo Kafej, indígena Kaingang da metade sociológica Kamé, filha de mãe indígena da metade Kamé e de pai fóg (não índio), minha coletividade de pertencimento tem origem na Terra Indígena de Nonoai, norte do estado do Rio Grande do Sul.

Ingressei na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em 2012, por meio do processo seletivo específico para indígenas desta universidade, mais adiante abordo as ações afirmativas na UFRGS, pois isso possibilitou a minha inserção num curso de graduação em uma universidade pública, diga-se de passagem uma das melhores em excelência acadêmica, mas que tem muito a aprender com os Povos originários.

Inseridos num contexto histórico de atrocidades, dizimação, preconceito e exclusão; ingressar no ensino superior se tornou uma grande conquista para nós Povos Indígenas, conquista essa como tantas outras, mediante muita luta e autodeterminação dos movimentos sociais indígena. Hoje estar inserida no ensino superior, tenho como responsabilidade exaltar como esse processo se deu, mostrando quem são os verdadeiros protagonistas da atual política indigenista, que são os Povos Indígenas.

Serei a primeira indígena estudante do curso de odontologia a graduar nesta universidade, considero isso de muita importância e responsabilidade. Responsabilidade essa, no sentido de que meu povo Kaingang confia e espera em mim, além de minha qualidade agora com o curso de Odontologia, mas sobretudo o compromisso ético que constitui cada estudante indígena, como sujeito coletivo de atuar na qualificação das pautas indígenas e a superação das mazelas que o processo de colonização nos deixou. Também significa uma grande vitória, não somente para o meu povo, mas para todos os 305 povos indígenas existentes neste país. Diante disso, acessar o ensino superior e me graduar se torna um ato inédito na história desta universidade, na história deste país. Poderíamos dizer que estamos mudando as estruturas de poder estabelecidas desde a invasão.

Através de minha trajetória e das experiências vividas, creio que a universidade, deve acolher, se bem que acolher não seria a maneira/palavra correta, mas sim recepcionar plenamente, esses indígenas estudantes que hoje compõem os espaços acadêmicos da UFRGS, dando possibilidade de afirmação de suas matrizes etnológicas, de seu modo de

ser, conceber o mundo, e sobretudo o seu entendimento de tempo. Contribuindo assim para a afirmação destes indígenas no contexto universitário, não sendo um local de silenciamento, mas sim de enunciação de nossas identidades.

Quando falo no entendimento do nosso tempo, me refiro ao tempo como um dos nossos diferenciais, que muitas vezes não é bem visto, respeitado, pela estrutura acadêmica que possui os seus “sistemas de controle”, sem atentar para a mãe indígena estudante, para a liderança indígena jovem, para as mobilizações coletiva indígena, e sobre tudo o tempo de adaptação, de aprendizagem.

Fica evidente no decorrer do texto o termo “indígenas estudantes”, pois antes de ser universitária, sou indígena. Tendo este termo um grande significado para mim.

Este trabalho está organizado em quatro partes, trago dados e históricos, que acredito ser de grande relevância para o entendimento da temática estudada. Na primeira delas mostro alguns dados sobre os Povos Indígenas no Brasil. A segunda parte, tão importante quanto a primeira, falo um pouco o sobre o povo Kaingang, o qual não poderia deixar de ser contemplado neste Trabalho de Conclusão de Curso, visto que é o meu coletivo de pertencimento. Na terceira parte abordo alguns dos direitos dos Povos Indígenas como território, saúde e educação, sendo entrelaçados entre si, um depende do outro. Na quarta parte adentro no lócus do estudo, onde abordo a noção de interculturalidade, trazendo um breve histórico da saúde indígena no Brasil, concomitantemente, procuro analisar a relação entre ambas.

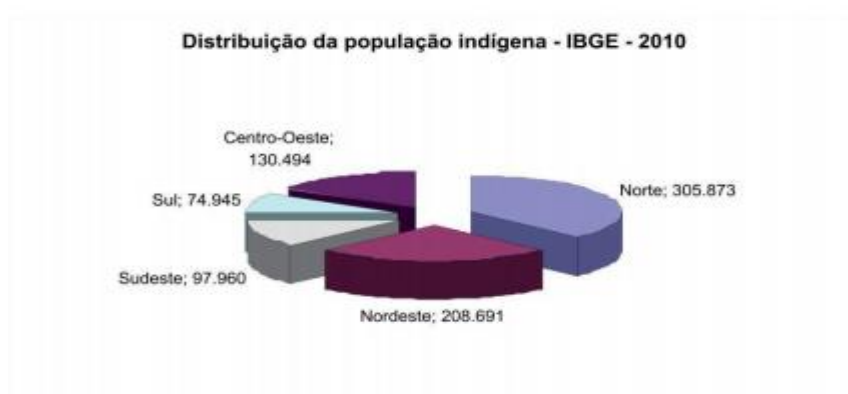
1 INTRODUÇÃO

Para avançarmos nessa sistematização considero importante apresentar o contexto sociocultural, socioambiental e em alguma medida demográfico dos Povos Indígenas no atual Brasil. Essa primeira premissa é relevante pois evidencia e situa o Brasil como detentor da maior sociodiversidade do mundo, e assim uma infinidade de cosmologias e mundos possíveis imbricados nessas humanidades, que foram impactado de modo atroz com invasão colonial e hoje se relacionam com políticas muitas vezes reducionistas e que não dialogam com seus sentidos.

Estima-se que no período em que se fez a invasão dos europeus, existiam mais de 1.000 povos somando-se entre de 2 a 4 milhões de pessoas, ou seja, o Brasil não foi descoberto pelos europeus, pois aqui já existiam humanidades e territorialidades, ricas em filosofias, tecnologias e com grande possibilidade de projetos societários autônomos e equânimes, ou seja, o Brasil se fez através de uma invasão, de violência sobre os corpos e pensamento ameríndio.

Atualmente de acordo com o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil comporta uma diversidade de 305 Povos Indígenas falantes de mais de 274 línguas, uma população com culturas, crenças e hábitos diferentes entre si, distribuídos em todas as regiões do território nacional (Figura 1). No ano de 2010, tínhamos 896.917 pessoas declaradas indígenas, cerca de 0,47% da população total do país, destes, 324.834 vivem em cidades e 572.083 em áreas rurais.

Figura 1 - Distribuição da população indígena nas regiões do Brasil.



Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010.

Dados mostram que a população indígena aumentou consideravelmente, de 250 mil no ano de 1993, para 896.917 em 2010, um crescimento significativo, sendo que o grande aumento da população indígena se deu no período de 1991 a 2000, mas que não

apaga a dizimação que esses povos sofreram com a colonização do Brasil (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE, 2010).

Segundo o Instituto Socioambiental (2018), em termos de situação fundiária, o Brasil tem uma extensão territorial de 8.511.965 km², nesse espaço existem atualmente 717 Terras Indígenas, ocupando uma área total de 117.403.035 hectares, o equivalente a 13,8% do território nacional. Desse total de extensão de terras indígenas, 98,25% situam-se na chamada Amazônia Legal. O restante, 1,75%, espalha-se pelas regiões Nordeste, Sudeste, Sul e Estados do Mato Grosso do Sul e Goiás.

Vale destacar que desse montante, seus recursos naturais (florestas, rios, fauna, solos etc.) encontram-se consideravelmente preservados, mesmo com as pressões coloniais exercidas pelas sociedades regionais e pelo próprio Estado e seus modelos de desenvolvimento.

Figura 2 - Terras Indígenas no Brasil



Fonte: INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2012.

Essa Ilustração é importante pois atualiza nossa percepção sobre algumas questões, no que se refere à situação fundiária, os dados deixam evidente o contraste em termos do número de Terras Indígenas/TI's por região, assim como podemos notar a desproporcionalidade nas dimensões das TIs do Norte e nas demais regiões do país, o que interfere diretamente nas condições socioambientais, socioeconômicas, socioculturais e como esses fatores propiciam quadros problemáticos de saúde e que não podem ser analisados por um viés totalizante, com a noção de Terras Indígenas/TI, sendo necessária

uma abordagem mais minuciosa, no que se refere, a região, a etnia, ao status de regularização fundiária, se é terra indígena homologada, se está em processo de demarcação, se estão em situações de acampamentos entre outros, tais elementos constituem quadros que muitas vezes não são levados em conta e uma mesma abordagem de saúde muitas vezes que não faz sentido para estes povos estão operando, entre estes contextos está o Povo Kaingang, e seus também diferentes contextos.

1.1 POVO KAINGANG, O MEU POVO.

Em termos linguísticos os Kaingang pertencem ao tronco Macro-Jê. Juntamente com os Laklãnõ/Xokleng, compõem os Jê-Meridionais. Como as demais sociedades indígenas sul-americanas, não configuram uma unidade política ou social, mas um horizonte lingüístico e cultural (JACINTO DA ROSA, 2015).

Constitui um dos mais numerosos povos indígenas do Brasil, sendo o 3º maior povo em termos de população, atualmente calculado em mais de 37 mil pessoas (IBGE, 2010).

Habitantes do Planalto Meridional brasileiro, mais precisamente nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e São Paulo, e extensões em Misiones na Argentina, organizam-se em coletividades que tradicionalmente têm seus territórios inscritos sob domínios de Bacias hidrográficas, eixo central da territorialidade Kaingang (TOMASINO, 1995; 2000; FREITAS, 2005).

Sendo nesses territórios onde se materializam as memórias, as práticas, as intervenções, a humanidade, identidade e cosmologia do Povo Kaingang, resultado de relações socioambientais, cosmológicas, mítico-históricas estabelecidas desde milhares de anos antes do presente, as quais produzem o território e tem na mobilidade sua força motriz.

No estado do Rio Grande do Sul, a ocupação do território kaingang inclui mais de 30 terras indígenas demarcadas pelo Estado brasileiro, mas em grande parte nosso território está sobreposto por cidades, latifúndios, lavouras, rodovias, barragens, entre outros projetos de desenvolvimento. Parte é também compartilhada por outras populações indígenas, em zonas de fronteira com Guarani, Xokleng/Laklanõ, Xetá, mas também quilombolas, agricultores sem terra, faxinalenses e outras alteridades tradicionais (JACINTO DA ROSA, 2015).

Jacinto da Rosa (2015), intelectual indígena, quando fala de seu povo Kaingang, traz a possibilidade desigual de resistência de nosso projeto societário frente ao processo

colonial e aos estigmas que nos deixou, trazendo como exemplo, a floresta de araucárias que na cosmologia Kaingang é nossa base simbólica de existência, mas que é fortemente atacado por décadas de deflorestação.

Quando se fala em princípios sociocosmológicos, temos o princípio dualista, onde se apresenta como um sistema de metades. As metades sociológicas são de descendência patrilinear e fazem referência aos heróis míticos de nosso mito de origem Kamé e Kajru. Eu, por exemplo, filha de pai fóg (não índio) e mãe indígena, recebo então, a metade de minha mãe, Kamé. Este princípio de dualidade estabelece uma série de relações socioculturais e sociopolíticas em nossa sociedade, inclusive em aspectos do cuidado em saúde.

Mesmo com as amarras que o processo de colonização nos causou, continuamos a resistir, mantendo nossa organização social, cultura, rituais, cosmologia, assim como também as mobilizações pelos nossos territórios ancestrais e uma política de saúde diferenciada e que recepcione nossos conhecimentos, princípios e valores enquanto Kaingang.

1.2 DIREITOS DOS POVOS INDÍGENAS

Considero de grande importância atentar para as questões dos direitos dos Povos Originários neste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), pois todos os dias milhares de indígenas sofrem violações de direitos no Brasil.

Dentre os direitos pelo qual lutamos constantemente, está o território e o direito originário que se desenha a partir dessa pauta na Constituição Federal de 1988, onde os Povos Indígenas atuaram de modo pungente. Para nós indígenas, possui um significado num sentido amplo, como vida, pois a partir daí lutamos pela educação, saúde entre outros; configurando-se como direitos humano fundamental e existencial.

Atualmente, tramitam no Congresso Nacional e Senado uma série de Projetos de Lei e Propostas de Emendas Constitucionais, que afetam os direitos dos Povos Indígenas, dentre esses, tramita a Proposta de Emenda Constitucional-PEC 215 que altera as regras para a demarcação de terras indígenas, quilombolas e Unidades de Conservação, transferindo assim do Poder Executivo para o Congresso Nacional, o poder de demarcar terras indígenas e reconhecer as terras já demarcadas, está proposta é caracterizada como uma ameaça, um retrocesso, para nós Povos Indígenas, tememos que a mesma dificulte a demarcação e o reconhecimento dos nossos territórios, por um motivo bem simples,

no Congresso Nacional a maior bancada é a chamada Bancada Ruralista, nossos principais inimigos.

Além de que a bancada ruralista compõe o parlamento e representam o agronegócio, é a maior defensora da PEC 215, o principal argumento desta bancada é que muitas terras demarcadas indígenas, acontecem em áreas que são oficialmente de agricultores e que é prejudicial para a renda e a economia do Estado, argumento colonial que existe desde a invasão, onde coloca nós Povos Indígenas em oposição a um projeto de desenvolvimento ufanista, este argumento, que constitui e reforça práticas de violência aos Povos Indígenas e a seus direitos originários à terra e à vida. É de se destacar que as condições práticas para o reconhecimento total das terras indígenas nunca existiram, já que os planos de desenvolvimento do Governo Federal e dos poderes regionais sempre se sobrepuseram aos direitos indígenas.

Assim como mencionei anteriormente, o território tem ligação direta com a educação, saúde e cultura, sendo assim, os movimentos indígenas têm lutado para construir uma educação diferenciada, voltada para a valorização/afirmação da cultura e da identidade indígena, mais uma vez dá-se a importância do direito à terra, onde se possa ter uma escola indígena na própria aldeia/comunidade, sendo um instrumento de afirmação cultural.

A criação de órgãos específicos como o Serviço de Proteção aos Índios (SPI) e posteriormente sua mudança de nomenclatura para Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que eram responsáveis pela política de educação escolar para os povos indígenas não alterou a ideia de integrar o indígena à sociedade. Os Povos Indígenas que tiveram acesso à escola sob atuação desses órgãos foram submetidos a processos educacionais repressivos, com proibição de usar a língua materna e de praticar a sua cultura. Além disso, castigos corporais eram comuns como forma de punição (DANIEL; SANTOS, 2012), ou seja, inicialmente a escola tinha como objetivo “integrar” o indígena à sociedade, no entanto, era uma imposição do colonizador aos Povos Indígenas, sendo destacada a proibição de falar a língua materna e praticar cultura, a escola servia para eliminar o indígena em sua essência.

Candau e Russo, abordam quatro momentos distintos da educação escolar indígena no Brasil. O primeiro inicia-se no período colonial e vai até as primeiras décadas do século XX, caracteriza-se pela violência etnocêntrica explícita de imposição da cultura oposta sobre as populações indígenas. O segundo momento, das primeiras décadas do século XX até a década de 1970, caracteriza-se pela assimilação cultural, onde o indígena

deveria ser assimilado pela cultura nacional para fazer parte da massa trabalhadora, pois o país estava se inserindo no modelo urbano/industrial. Nesse período, começam a surgir escolas bilíngues, mas quase sempre a língua materna era vista como elemento de transição para facilitar a assimilação cultural. O terceiro momento, nas décadas de 1970 e 1980, caracteriza-se pela emergência de experiências alternativas ligadas a lideranças comunitárias e à igreja católica, “preocupadas” em fortalecer a cultura e a identidade indígena, o que na prática, de certa forma, também era uma imposição para com os povos indígenas. O quarto momento inicia-se no final dos anos 1980 e continua vigente; caracteriza-se pela defesa de uma escola intercultural, bilíngue e diferenciada, propondo um diálogo entre as culturas (CANDAU; RUSSO, 2010, apud. BECKES, 2014).

Ao adentrar na questão do direito dos Povos Indígenas, podemos destacar a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 231, que reconhece o direito dos povos indígenas, sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam (BRASIL, 1988). Desse modo, a Constituição Federal de 1988, é um marco decisivo para tantos direitos dos Povos Indígenas, assim como o direito a uma educação específica, diferenciada, pois assegura a utilização da língua materna e processos próprios de aprendizagem, inaugurando assim, um novo tempo para a educação escolar indígena. Cabe ressaltar que esta constituição é uma conquista fruto do movimento social indígena, graças à força, luta e protagonismo de coletivos e lideranças indígenas, abrindo novas possibilidades, contribuindo para o processo de protagonismo, afirmação de cada povo.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e o Plano Nacional de Educação, têm abordado o direito dos povos indígenas a uma educação diferenciada. Este direito está pautado pelo uso e manutenção da língua materna, levando em consideração a valorização dos conhecimentos e dos saberes tradicionais dos povos. Também prioriza a formação dos próprios indígenas professores, para que atuem como docentes em suas comunidades (BELLINI; GARLET; GUIMARÃES, 2010).

O processo colonizador foi implementado para acabar com as “diferenças” culturais, não havia espaço para os modos de ser, saber e viver. Esse processo não acabou com o período colonial, continua marcando modos de pensar, ou seja, o fim do colonialismo não significou o fim da imposição dos valores ocidentais aos Povos Indígenas, imposição esta que impera até os dias atuais. Apesar de toda imposição empreendida para com os Povos Indígenas, se multiplicam os modos de ser, saber, viver, conhecer e resistir indígena, sendo assim, a busca pela educação indígena diferenciada é

constante, assim como a luta pela interculturalidade nos espaços de ensino superior e que se desdobra também na saúde, como pauta específica.

Acredito que cada vez mais, a escola se transforma num espaço de defesa e luta pela manutenção de nossos territórios e valorização do modo indígena de ser, viver. Sendo o espaço escolar hoje entendido como uma via de conquista da autonomia indígena, com processos educativos próprios, distintos daqueles adotados no mundo não indígena.

Ao falar de educação, adentramos na questão da presença de indígenas nas Universidades públicas, que se constitui um fenômeno recente no Brasil. A Lei nº 12.711 de 29 de agosto de 2012, sancionada pela presidenta da República Dilma Rousseff, reserva no mínimo 50% das vagas em instituições federais de ensino superior e técnico para estudantes de escolas públicas com renda familiar bruta igual ou inferior a um salário mínimo e meio per capita e metade para estudantes de escolas públicas com renda familiar superior a um salário mínimo e meio, em ambos os casos também será levado em conta candidatos autodeclarados pretos, pardos e indígenas. Cabe ressaltar que a Lei de Cotas determina o mínimo de aplicação das vagas, mas as universidades federais têm autonomia para, por meio de políticas específicas de ações afirmativas, instituir reservas de vagas suplementares (BRASIL, 2012).

No entanto, muito antes da aprovação da Lei nº 12.711/2012, no ano de 1977, há relatos de que um grupo de quatro jovens indígenas que chegaram à Brasília em busca de uma bolsa de estudos para se prepararem por meio da educação ocidental e com o apoio do governo federal, ingressarem no ensino superior (MARCOS TERENA, 2013), ou seja, muito antes de ser implementada a política de reserva de vagas, já havia uma busca pelo ensino superior por parte dos indígenas.

Segundo Freitas e Rosa (2003), até os anos 2000 uma primeira geração de indígenas cursou a graduação em universidades, em grande parte privadas, onde eram mantidos com fundos provenientes de organizações filantrópicas nacionais e internacionais.

As primeiras iniciativas visando o acesso específico de indígenas nas instituições públicas de ensino superior brasileiras, por meio de reserva de vagas ou criação de vagas suplementares, ocorreram de forma isolada. As experiências das universidades públicas estaduais do Paraná em 2002, das Universidades Estaduais do Mato Grosso do Sul e do Amazonas em 2003 e da Universidade de Brasília em 2004 foram pioneiras nesse sentido (FREITAS; HARDER, 2013).

Não posso deixar de citar alguns dos primeiros graduados e intelectuais indígenas, que hoje são referências para nós indígenas estudantes, entre eles estão Pedro Sales graduado em Enfermagem pela UNIJUÍ, Danilo Braga licenciado em História pela UNIJUÍ e Mestre em História pela UFRGS, Bruno Ferreira licenciado em História pela UNIJUÍ e Mestre em Educação pela UFRGS, Fernanda Inácio graduada em Direito pela UNIJUÍ, Maria Inês graduada em Pedagogia pela UNIJUÍ e Mestranda em Educação pela UFRGS entre outros (JACINTO DA ROSA, 2015), sendo pessoas de grande potencial, que tenho o prazer de conhecer, conviver, ouvir suas experiências/saberes.

O ingresso de estudantes indígenas na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), foi a partir da Decisão n° 134/2007 do Conselho Universitário, que atualmente está nomeada como Decisão n° 268/2012 do Conselho Universitário. Iniciando a partir de janeiro de 2008, este ingresso surgiu por meio da pressão do movimento social indígena juntamente com o movimento que se instalou na Universidade em prol de cotas para afrodescendentes/quilombolas. Esta Decisão do Conselho Universitário, foi reflexo de muita luta por parte dos movimentos sociais, em que diversos eventos trouxeram representantes indígenas em debates e outras situações em que se debatia a abertura da Universidade para setores até então ausentes na academia. Em dezembro de 2006, lideranças indígenas reunidas na UFRGS discutiram como e por que almejam o ingresso nos cursos de graduação (BERGAMASCHI, 2013).

Como citado anteriormente, a decisão do Conselho Universitário n° 134/2007, foi resultado de muita luta por parte dos movimentos sociais, indígena e quilombola, e do que tomei conhecimento houve uma ocupação nas dependências da Universidade, onde lideranças indígenas, mulheres, homens, kofás (mais velhos), crianças, jovens, se uniram em busca de um bem coletivo, da oportunidade do ensino superior, o que vai além de uma dívida histórica.

O ingresso de estudantes indígenas na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) se dá num plano de políticas públicas de ensino superior para indígenas, por meio das vagas suplementares, que são vagas exclusivas para o ingresso indígena, ou seja, a universidade tem autonomia para, por meio de políticas específicas de ações afirmativas, instituir reservas de vagas suplementares. A UFRGS situa-se entre as universidades que criam vagas suplementares para indígenas, cujo ingresso se dá por meio do Processo Seletivo Específico através do Vestibular Indígena, para Indígenas, onde são estabelecidas 10 vagas anualmente (uma em cada curso). As comunidades/lideranças indígenas, têm autonomia sobre a escolha dos cursos, que são escolhidos levando em

consideração as prioridades e necessidades da comunidade, visando com que o jovem indígena vá para a universidade adquirir o conhecimento dos fóg (não índio) e volte para sua comunidade para atuar aliando os conhecimentos.

Acredito que com o ingresso de indígenas no ensino superior deve-se reconhecer, compreender, trajetórias já vivenciadas e protagonizadas pelos indígenas estudantes e seus coletivos e isso se dá por meio da interculturalidade, tema que abordo detalhadamente mais adiante, mas que é indispensável ser pautado e praticado nas universidades, não sendo responsabilidade somente do indígena estudante, mas sim um desafio institucional dos gestores, professores e colegas de curso, garantindo assim respeito mútuo, troca de saberes, princípios e valores entre as instituições e indígenas presentes, e não a imposição que nós Povos Indígenas já sofremos há um tempo atrás, ou até mesmo, que ainda sofremos.

Ainda falando sobre os direitos dos Povos Indígenas, a partir de agora me adentro na questão pertinente deste trabalho, a saúde indígena. Falar de saúde indígena é, sobretudo, falar do ambiente como um todo que está intimamente ligado a nós, fisicamente e espiritualmente. Para meu povo Kaingang, somos interligados com os diversos seres e elementos do universo, não separamos as pessoas dos animais, da natureza, tudo está intimamente interligado.

Na perspectiva do modelo biomédico, há a diferenciação do corpo e do homem, sendo a atuação do profissional de saúde sobre o corpo biológico acometido por uma doença, onde evidencia-se que há um olhar impessoal para com a pessoa, no caso o indígena, desconsiderando elementos histórico, sociais, simbólicos e familiar presentes no processo de adoecimento (RIBEIRO et al., 2016). Para nós indígenas, o significado da doença está muito além da perspectiva do corpo físico.

Inicialmente trago um breve histórico sobre a política de saúde indígena no Brasil, sendo mais detalhado no decorrer da leitura deste trabalho. O modelo atual de atenção à saúde indígena no Brasil pode ser caracterizado como um processo em construção. Podemos incluir nessa conjuntura a própria Constituição Federal de 1988, que reconhece a pluriétnica do Estado brasileiro, que através do artigo 215 onde afirma a valorização da diversidade étnica brasileira. Em 1991, através do Decreto nº 23, a responsabilidade pela gestão da saúde indígena no País passou a ser competência da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão ligado ao Ministério da Saúde. Anteriormente, diversos órgãos como Serviço de Proteção ao Índio (SPI) e Fundação Nacional do Índio (FUNAI), tinham como missão promover a atenção básica aos povos indígenas. No ano de 1999, através da

Lei no 9.836 se viabilizou a implantação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que organizam e efetuam os serviços de atenção integral à saúde. Em 2010, por meio do Decreto 7.336 SAS/MS e fruto de luta, autodeterminação indígena, foi criada uma secretaria ligada diretamente ao Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que passou a coordenar as ações de atenção à saúde indígena, tendo como um de seus princípios a atenção diferenciada.

Trago este breve histórico para contextualizar a saúde indígena no Brasil, atentando para um de seus princípios, a atenção diferenciada, que acredito ter como premissa a interculturalidade. Diante do exposto, podemos adentrar no que se diz interculturalidade.

O termo interculturalidade vem sendo utilizado com frequência nas teorias e ações pedagógicas, saindo do contexto educacional ganhou maior amplitude passando a referir-se também às práticas culturais e políticas públicas. Este termo diferencia-se de outro bastante usado no estudo da diversidade cultural que é o da multiculturalidade, que indica apenas a coexistência de diversos grupos culturais na mesma sociedade sem apontar para uma política de convivência conjunta (FLEURI, 2005).

Segundo Catherine Walsh, uma diferença fundamental entre os dois conceitos é que a ideia de multiculturalismo foi elaborada pelos “de cima” e, portanto, está ligada à manutenção dos centros de poder. Já o conceito de interculturalidade, diz, foi desenvolvido nas lutas sociais, por grupos subalternizados, como os movimentos indígenas e afrodescendentes. Explica ainda que, “A interculturalidade tal como é concebida pelo movimento indígena introduz o jogo da diferença colonial, que o conceito de multiculturalidade esconde” (FIOCRUZ, 2011).

Nesse debate, Candau (2008) identifica dois tipos de abordagens sobre o multiculturalismo que podem contribuir para a compreensão dos usos que têm sido dados à noção de interculturalidade, uma abordagem descritiva e a outra prescritiva. A abordagem descritiva, ao perceber o multiculturalismo como constitutivo das sociedades contemporâneas, é usada para caracterizar contextos, relações e processos comunicativos, enfatizando a descrição e a compreensão das configurações interculturais em cada contexto particular. Já a abordagem prescritiva tem a interculturalidade como um projeto de transformação social voltado para a construção de relações simétricas e dialógicas, pautadas no reconhecimento mútuo e no respeito à diferença. Ao qual eu particularmente me sinto mais próxima.

A proposta de interculturalidade é construída sob tensões, neste contexto, não basta reconhecer que somos diferentes e que há uma diversidade, é preciso ir mais além e entender a diferença do outro em sua alteridade, sendo muito mais complexo do que se apresenta. Como mencionei anteriormente, embora o colonialismo tenha sido superado, enquanto projeto societário, uma vez que O Brasil não é mais colônia de Portugal, a colonialidade e relações de poderes imbricados na sociedade Brasileira nos deixou um estigma onde nós Povos Indígenas temos um lugar reservado do estereótipo e do atrasado, também presente no que se refere ao debate sobre saúde.

A interculturalidade embora complexa, pode ser uma possibilidade de pensar diferentes saberes existentes em nossa sociedade, como também as identidades socioculturais múltiplas, diversas, diferentes, pois a visão reducionista que muitas vezes impera não possibilita dialogar com o outro. Podendo ser, a interculturalidade, uma alternativa para descentralizar o pensamento Eurocêntrico dominante, como possibilidade de ultrapassar as raízes coloniais ainda existentes, uma análise histórica e decolonial ajuda a compreender o peso dessas marcas de colonialidade ainda presentes em imaginários, sobretudo nas relações do cotidiano (URQUIZA; CALDERONI, 20017).

Para Walsh (2009, apud URQUIZA; CALDERONI, 20017, p. 2-3) , o princípio da proposta intercultural é percebido como ferramenta para construir uma possibilidade de diálogo entre saberes, concebendo assim a possibilidade de descolonizar pensamentos e práticas.

Segundo Lopez-Hurtado Quiroz (2007, p. 21-22 apud CANDAU 2012, p. 242), à interculturalidade, faz a seguinte síntese da trajetória de incorporação da educação intercultural na agenda latino-americana:

Nestes 30 anos, desde que o termo foi acunhado na região, a aceitação da noção transcendeu o âmbito dos programas e projetos referidos aos indígenas e hoje um número importante de países, do México à Terra do Fogo, vêm nela uma possibilidade de transformar tanto a sociedade em seu conjunto como também os sistemas educativos nacionais, no sentido de uma articulação mais democrática das diferentes sociedades e povos que integram um determinado país. Desde este ponto de vista, a interculturalidade supõe agora também abertura diante das diferenças étnicas, culturais e linguísticas, aceitação positiva da diversidade, respeito mútuo, busca de consenso e, ao mesmo tempo, reconhecimento e aceitação do dissenso, e na atualidade, construção de novos modos de relação social e maior democracia.

Para Fleuri (2005), o conceito de interculturalidade, é usado para indicar um conjunto de propostas de convivência democrática entre diferentes culturas, buscando a interação entre elas sem anular sua diversidade, ou seja, a interculturalidade envolve em questão, quando uma ou mais culturas fazem uma relação dialógica entre si, sem que

nenhuma das culturas se sobressaia mais que a outra, favorecendo assim a interação, o respeito efetivo entre ambas. Aborda ainda que, numa perspectiva intercultural há interação intencional entre as culturas diferentes, esta relação intencional entre sujeitos de diferentes culturas constitui o traço característico da relação intercultural, este espaço pode permitir um distanciamento do pensamento colonial.

Quando o assunto se trata de saúde envolvendo a temática interculturalidade, é importante conhecer a relação entre ambas, e em questão na saúde indígena, é visto que o tratamento de saúde indicado ao indígena, na maioria das vezes, possui uma abordagem generalista no cuidado e na terapêutica. Este manejo torna-se conflitante com as culturas indígenas, pois o modo desta de encarar o corpo e a doença difere da percepção do modelo ocidental. O ditado “mente sã em corpo sã” é entendido numa outra perspectiva para o indígena: “o corpo é sã quando a mente é sã” (MURA; SILVA, 2012).

Acredito que as instituições e órgãos que trabalham com a saúde devem estar preparadas para fazer uma acolhida que atenda nós, povos indígenas, em nossas dimensões culturais e histórica, respeitando nossas especificidades e pautando/praticando a interculturalidade, e o encontro com os nossos conhecimentos, valores e princípios uma possibilidade de ampliar os horizontes em um processo criativo. Interculturalidade no sentido de construções simétricas e dialógica, pautadas no reconhecimento e respeito à diferença, com o intuito de desconstruir o pensamento colonial e ampliar a noção de saúde. E não pautando/praticando a interculturalidade como controle dos povos indígenas e silenciando nossa cultura. Diante disso, surge pensar novas metodologias, capazes de implementar processos efetivos de diálogos interculturais na garantia do respeito mútuo, diálogo, produção e transmissão de conhecimentos.

1.3 OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo analisar/refletir sobre o conceito de interculturalidade e sua relação com a noção de saúde dos Povos Indígenas, com vistas a qualificar a compreensão sobre políticas indigenistas de saúde, assim como uma melhor leitura sobre a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), e de como este órgão se relaciona com os coletivos indígenas, se fazendo valer de uma suposta interculturalidade ou saúde diferenciada. O estudo integra um posicionamento crítico, de modo que vai além de uma revisão de literatura, trazendo uma dimensão autográfica e do afeto, tendo em vista que sou Kaingang e minha coletividade de pertencimento e meu povo são usuários dos serviços prestados pela SESAI.

2 METODOLOGIA

Como metodologia, o estudo incorpora simultaneamente uma revisão de literatura focalizando o conceito de interculturalidade e saúde dos Povos Indígenas e sua relação. Para o desenvolvimento deste estudo, foram realizadas buscas de literatura científica nas seguintes bases de dados on-line/portais de pesquisa: Scielo, LILACS e BIREME. Os descritores e expressões utilizados durante as buscas nas bases de dados foram: interculturalidade, saúde indígena, saúde e interculturalidade. Foram utilizados os artigos publicados nos últimos 17 anos, os quais correspondem aos anos de 2000 ao ano de 2017, preferencialmente em português, que apresentassem relevância relativa ao tema pesquisado. Também foram utilizados documentos e publicações governamentais, extremamente importantes para definições e conceitos. Foram achados 23 artigos, tendo sido excluídos os artigos publicados antes do ano 2000, que não contemplassem o texto completo relacionado à temática abordada e que não fossem do idioma português, resultando em 16 artigos. Os artigos foram estudados em sua totalidade e compilados a partir do eixo central da pesquisa.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A saúde indígena é expressa no ano de 1999 como um subsistema vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), o que demanda um entendimento sobre algumas características do SUS.

Na década de 1980, o país passou por amplo processo de re-estruturação que visava discutir e promover uma reforma no modelo sanitário vigente. As diretrizes propostas pelo movimento, denominado Movimento pela Reforma Sanitária, foram descritas na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, e contemplavam a construção de um sistema de saúde, unificado, descentralizado, com acesso universal e atendimento integral. Existe grande consenso de que o conceito ampliado de saúde definido no relatório final da respectiva conferência constituiu o alicerce sobre o qual se tornou possível construir a proposta política e organizacional do atual Sistema Único de Saúde (BUSS, 2003).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema público de prestação de serviços de saúde para a população brasileira, que compreende atividades dirigidas a pessoas e coletividades, desenvolvidas no âmbito dos três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. As ações do SUS são voltadas para a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças. Suas atribuições prevêm ainda o controle da qualidade e desenvolvimento de pesquisa e produção de medicamentos, equipamentos e outros insumos necessários à realização das ações sanitárias no país (NORONHA, LIMA; MACHADO, 2008).

Cabe ressaltar, novamente, a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), instaurou as bases para a criação de políticas públicas voltadas para a efetivação dos direitos diferenciados dos Povos Indígenas. Propiciando assim, o avanço no campo da saúde, destacando a criação do subsistema específico para atendimento à saúde dos Povos Indígenas, que anteriormente era de atribuição de órgãos não vinculados ao Ministério da Saúde, como o Serviço de Proteção ao Índio, 1910, que visava “proteger” o índio e sua integração progressiva na sociedade.

Com a universalidade do acesso aos serviços de atenção à saúde, tornou-se necessário discutir, então, a construção de um subsistema voltado ao atendimento das especificidades dos Povos Indígenas.

Para debater especificamente a saúde indígena são realizadas Conferências Nacionais de Saúde Indígena, sendo a VI Conferência Nacional de Saúde Indígena

prevista para maio de 2019 com o tema “Política Nacional de Atenção à Saúde aos Povos Indígenas (PNASPI): atenção diferenciada, vida e saúde nas comunidades indígenas” (Brasil, 2018). Até então, ocorreram cinco Conferências Nacionais de Saúde Indígena, sendo a primeira em 1986, então chamada I Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas, com grande adesão e participação do movimento indígena, discutiu pontos importantes, como a necessidade da representação indígena em toda a organização e execução das ações de saúde indígena. Em 1993, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Indígena, cujos debates resultam na Lei Arouca (9.836/99), responsável pela instituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Foi nessa conferência que surgiram as primeiras propostas e reivindicações visando a criação dos Agentes Indígenas de Saúde e dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). A III Conferência Nacional, em 2001, proporcionou avanços na organização do Subsistema de Saúde Indígena, quando os DSEI e o controle social, assumiram funções mais consistentes, como participação nas reuniões e decisão nos temas pertinentes à saúde indígena.

Outra conquista foi a inclusão da mulher indígena na participação das políticas públicas para os povos indígenas. A IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, ocorrida em março de 2006, teve como tema central “Dsei: Território de Produção de Saúde, Proteção da Vida e Valorização das Tradições”. O objetivo foi avaliar a situação de saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígena destacando a importância de sua autonomia e do Subsistema Indígena, no âmbito do SUS (BRASIL, 2009). E finalmente, a V Conferência Nacional de Saúde Indígena, ocorrida em dezembro de 2013 com o tema “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada” (BRASIL, 2015).

Para concretizar o direito à saúde, em 31 de agosto de 1999, o Senado Federal aprovou, sem emendas, o projeto de lei originário da Câmara dos Deputados que criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a Lei Arouca nº 9.836/99 sancionada em setembro do mesmo ano, de autoria do então deputado federal Sérgio Arouca, lei esta que pode ser considerada o marco na atenção à saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2009).

O Decreto nº 3.156 de 1999, regulamentou a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI), delegando à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) a responsabilidade por geri-la e executá-la. Em 2010, por sua vez, o Decreto Presidencial nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, transferiu a responsabilidade pela gestão do Subsistema para a Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI), criada nesse mesmo ano no âmbito do Ministério da Saúde.

A Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI), aprovada então pela Portaria n° 254, de 31 de janeiro 2002, foi criada para compatibilizar a Lei Orgânica da Saúde (Lei no 8.080/1990) com a Constituição Federal de 1988. O objetivo da PNASPI é “garantir aos povos indígenas o acesso integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica e política [...] reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura” (BRASIL, 2002).

Além de estabelecer o reconhecimento às organizações socioculturais dos povos indígenas, a Constituição de 1988 também estipulou como competência da União legislar e tratar a questão indígena. Com isso, foram fixadas as diretrizes para orientar e definir instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) prevê uma atuação coordenada entre órgãos e ministérios, no sentido de viabilizar as medidas necessárias ao alcance de seu objetivo. Nesse sentido, as secretarias estaduais e municipais de saúde devem atuar de forma complementar na execução das iniciativas, em articulação com o Ministério da Saúde e os Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena, que ressaltam a necessidade de fornecer uma atenção diferenciada que garanta concomitantemente o acesso universal aos serviços de saúde, assim como o respeito e a valorização das práticas culturais (BRASIL, 2009).

Assim, além de propor um modelo complementar e distinto de organização dos serviços, essa política reconhece o direito dos povos indígenas de terem acesso a uma atenção diferenciada à saúde, adaptada às suas especificidades culturais e epidemiológicas.

As iniciativas de atenção à saúde indígena geralmente ignoravam os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e busca de tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas. Estes sistemas tradicionais de saúde se apresentam numa grande diversidade de formas, sempre considerando as pessoas integradas ao contexto de suas relações sociais e com o ambiente natural, consistindo ainda num recurso precioso para a preservação ou recuperação da saúde (BRASIL, 2002).

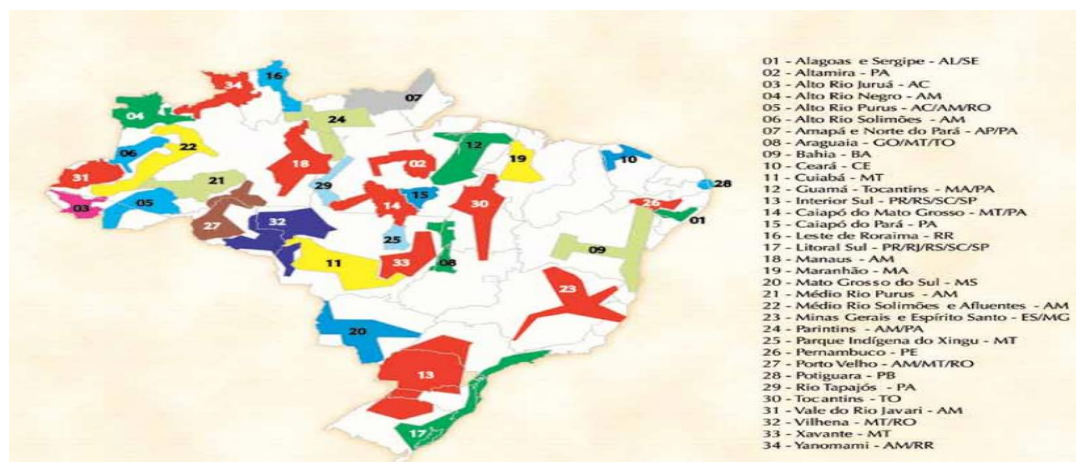
Apesar de a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI) não explicitar com qual noção de interculturalidade pauta, esta situa-se no texto oficial, em duas diretrizes: a que postula a “necessidade e preparação de recursos humanos para atuação nos contextos interculturais da saúde indígena e a que estabelece a articulação dos serviços aos sistemas tradicionais indígenas de saúde” (BRASIL, 2002).

Na diretriz que trata da preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural, a ênfase recai sobre a formação dos Agentes Indígenas de Saúde (AISs) como estratégia “que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental” (BRASIL, 2002).

Como já citado, uma das diretrizes da estratégia da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), é a “preparação de recursos humanos para atuação no contexto intercultural” constituindo-se assim uma diretriz necessária para a efetivação da atenção diferenciada, princípio defendido pela 1º Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, referendado pelas outras quatro Conferências e trazido pelo subsistema, somando-se aos demais princípios do SUS. A temática em questão, abordada neste Trabalho de Conclusão de Curso, vem de embate justamente com um dos objetivos do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que é a atenção diferenciada, o que se deixa à desejar muitas vezes por parte dos órgãos gestores e profissionais que executam a atenção à saúde dos povos indígenas.

A primeira diretriz da PNASPI estabelece como um dos principais critérios a organização dos serviços de atenção à saúde na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas localizados em diversas regiões do território nacional. Além deles, unidades como os Postos de Saúde, Polos-Base, e as Casas de Apoio à Saúde do Índio. Existem hoje no País, 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que são divididos por área territorial, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas, sendo um modelo de organização de serviços orientado para ser um espaço etnocultural dinâmico para atender as especificidades dos povos indígenas. Nesse sentido, visa a implementação de um conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica de forma que essas ações estejam articuladas com os princípios do SUS, para referência e contra-referência (BRASIL, 2009).

Figura 3 - Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.



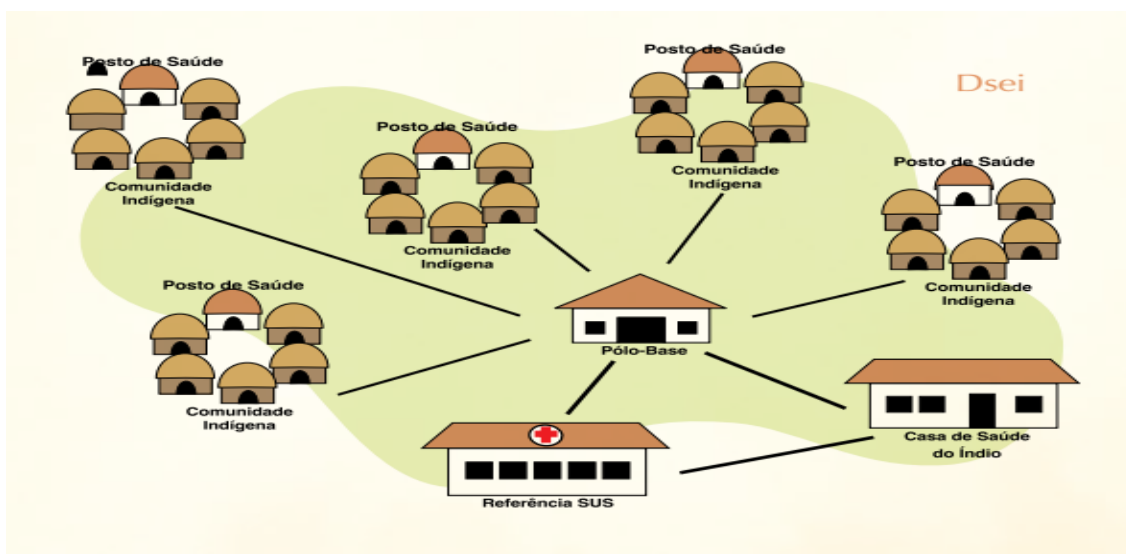
Fonte: BRASIL, 2009, p. 31.

Os Distritos Sanitários Especiais Indígena gerenciam (DSEIs) os Polos-Base, que representam outra importante instância de atendimento, sendo a primeira referência tanto na atenção primária como nos serviços de atenção secundária e terciária.

O fluxo de atenção à saúde ocorre primeiramente com o atendimento básico na aldeia, onde está implantado um posto de saúde que funciona como porta de entrada na rede hierarquizada de serviços à saúde, onde são executadas atividades de atenção básica, promoção à saúde e prevenção de doenças de maior prevalência. Esses postos de saúde funcionam com o apoio do Polo-base, que pode estar localizado em uma comunidade indígena ou num município de referência. Cada Polo-base atende a um conjunto de aldeias assim como presta assistência de saúde. Esses Pólos estão estruturados como Unidades Básicas de Saúde e contam com a atuação das equipes multidisciplinares compostas, principalmente, por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, cirurgiões-dentistas, técnicos de saúde bucal, agentes indígena de saúde, agente indígena de saneamento, entre outros profissionais.

Os agravos à saúde não atendidos nos postos de saúde, em função do grau de resolutividade ou de complexidade, são encaminhados para a rede de serviços do SUS mais próximas, que são os serviços especializados, pronto atendimento, hospitais locais, hospitais regionais e hospitais gerais. Além das unidades de referência do SUS, existem as Casa de Saúde do Índio, localizadas em municípios de referência, e ainda em algumas capitais dos estados, essas casas favorecem o atendimento secundário e terciário, conforme a necessidade serve ainda de apoio entre a aldeia e a rede de serviço do SUS (BRASIL, 2009).

Figura 4 - Organização dos Dseis.



Fonte: BRASIL, 2009, p. 32.

Em um país com uma pluralidade cultural como o Brasil, nos vemos sempre diante de questões interculturais bastante complexas/desafiadores, especialmente quando o assunto envolve a saúde dos povos indígenas. A história que contam sobre nós, povos indígenas, influência da visão ocidental, descreve a imagem que até hoje interfere na maneira como muitos nos vêem e nos julgam. As questões nesse encontro cultural entre profissionais, gestores, órgãos responsáveis pela saúde e as comunidades indígenas vão se estreitando cada vez mais, especialmente quando há falta do diálogo, do respeito cultural e, principalmente, entendimento do que o processo de colonização nos causou.

É perceptível dois mundos distintos, caracterizado pela visão de mundo dos profissionais, com o pensamento ocidental e pela visão de mundo mais ampla dos povos indígenas que traz para o encontro com os profissionais de saúde e todo o ambiente à sua volta, seus valores, sua visão do mundo espiritual, seu próprio sistema de saúde cultural. Neste sentido os profissionais que trabalham em contexto indígena, precisam de um empenho e compreensão da história dos povos indígenas, sua cultura e todo o processo de violência perpetrado historicamente sobre os Povos Indígenas, algumas inclusive simbólicas produzida na sua prática nesse encontro. Conhecer a história do processo de colonização pode contribuir para o entendimento da postura dos povos indígenas frente ao profissional de saúde, das dificuldades de adesão a determinadas intervenções terapêuticas, das dificuldades enfrentadas para saírem de suas aldeias a fim de permanecer

na cidade para receber tratamento, do comportamento frente às ações realizadas nas aldeias, dentre outros (SILVA, 2013).

A temática da interculturalidade tem sido notória em diferentes campos da antropologia e mais recentemente e timidamente, discutindo os processos de saúde. A antropologia buscava compreender a relação entre saúde e cultura, por meio de estudos que utilizaram a medicina como categoria de pesquisa nas culturas não europeias. Esses estudos fundamentaram-se na ideia de que a medicina indígena representava um modo de pensamento distinto do modelo da medicina ocidental, reconhecendo não haver uma medicina “primitiva”, mas sim uma pluralidade delas, cada uma ligada à sua cultura particular (LANGDON, 1996).

No campo da saúde indígena, a noção de interculturalidade geralmente é empregada para caracterizar os contextos da atenção, as relações e os processos comunicativos estabelecidos no contato entre duas culturas diferentes, neste caso a indígena e a ocidental. No entanto, as definições atribuídas a essa noção, em geral, são múltiplas e conceitualmente imprecisas, conformando-a como uma categoria com vários significados.

Mesmo assim, convém ressaltar que o sentido que informa essa noção está intimamente associado ao conceito de cultura. Destaca ainda que poderíamos defender que a interculturalidade no âmbito das políticas de saúde indígena, apesar de os discursos oficiais não apresentarem uma definição explícita para o termo, também seria imaginada como equivalente à noção de atenção diferenciada e ao princípio de articulação entre sistemas sociomédicos distintos. Mas, como vemos, a questão da interculturalidade remete a um problema mais amplo e complexo (FERREIRA, 2015).

Para Langdon (2014), enquanto a biomedicina constrói a doença a partir de uma visão universal, biológica e individual, a antropologia enfatiza a relação da doença e as diferenças na construção da pessoa em contextos sociais diferentes. Com base nisso, os paradigmas atuais na antropologia da saúde buscam dar conta das variadas formas de sistemas terapêuticos acionados nos processos saúde/doença, procurando ressaltar aspectos como interação entre os sujeitos e a relacionalidade inerentes às práticas sociais.

A perspectiva antropológica requer que, quando se deparar com culturas diferentes, não se faça julgamentos de valor tomados com base no próprio sistema cultural, passando a olhar as outras culturas segundo seus próprios valores e conhecimentos – através dos quais expressam visão de mundo própria que orienta as suas práticas, conhecimentos e atitudes. A esse procedimento se denomina relativismo cultural. É ele que permite compreender o porquê das

atividades e os sentidos atribuídos a elas de forma lógica, sem hierarquizá-los ou julgá-los, mas somente e, sobretudo, reconhecendo-os como diferentes (LANGDON; WIJK, 2010, p.177-178).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, preconiza reconhecimento da eficácia de práticas tradicionais e o direito a cultura dos povos indígenas. Tendo como diretriz a preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural e a articulação das práticas tradicionais indígenas como forma de garantir o acesso dos povos indígenas a esta atenção integral, diante disso se faz necessário olhar para as conquistas na saúde indígena, mas também as falhas e deficiência (FALKENBERG; SHIMIZU; BERMUDEZ, 2017).

Langdon (2006), destaca a evidente ausência de capacitação adequada e contínua, o que resulta na falta de preparação dos profissionais para atuação em contexto específico. Em um de seus trabalhos traz a fala de um Agente Indígena de Saúde sobre os profissionais de saúde, que diz em relação a um profissional de saúde não indígena: “não sabe lidar com o índio, não conhece nossa realidade”, o que ressalta ainda mais, que há necessidade de que estes profissionais devam ter uma melhor preparação para atuar de acordo com a realidade étnica específica, com a diversidade, o que sugere que o conceito de atenção diferenciada para os Povos indígenas, deva ser revisto, necessitando de um aprofundamento na capacitação e discussão do mesmo. Sobretudo na direção de uma possível interculturalidade.

O conceito de atenção diferenciada pautado em vários documentos oficiais e a própria diretriz da atenção à saúde dos povos indígenas que é, ou deveria ser diferenciada, mostra-se frágil, no sentido de abordagens que valorizem a diversidade de interpretações e modos de atenção em saúde tendo relação direta com a etnicidade e cultura. Tendo em vista que a atenção diferenciada tem como premissa a interculturalidade, partindo da perspectiva do contexto indígena, que abrange a relação com outro sistema de significados, interação entre culturas sem que uma se sobressaia mais do que a outra, reconhecer a diversidade de práticas de autoatenção é um dos caminhos para que a interculturalidade esteja sendo exercitada, não dispensando medicina ocidental, mas estabelecendo respeito com as práticas tradicionais de saúde, sem que uma anule a outra. Isso fica evidenciado na fala de um indígena Truká “A gente tem a doença que médico não cura e temos a doença que médico cura. A doença que médico cura é aquela doença que pode ser tratada com remédios, com medicamentos e a doença que médico não cura

são aquelas em que a gente procura os nossos encantos de luz, a nossa maneira de trabalhar com nosso ritual” (VIEIRA; OLIVEIRA; NEVES, 2013).

A atuação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) em suas respectivas comunidades é destacada como atenção diferenciada., onde indígenas são capacitados para atividades em saúde na atenção primária, atividades estas caracterizadas pela possibilidade de acesso e distribuição de medicamentos e pela função de comunicação com a comunidade, levando em conta as especificidades epidemiológicas e culturais de seu povo. É de se destacar a importância do agente indígena como elo entre a comunidade e profissionais, tendo papel fundamental no que se diz atenção diferenciada, porém os próprios AIS apontam a falta de reconhecimento da categoria. Diante disso, somado às reivindicações do movimento indígena e das Conferências Nacionais de Saúde Indígena, em 2010 o Agente Indígena de Saúde foi incluído como categoria profissional na família de “Agentes Comunitários de Saúde e Afins” da Classificação Brasileira de Ocupação do Ministério do Trabalho e Emprego, sendo um grande passo para que a atenção diferenciada se concretize realmente, mas ainda há desafios a serem superados no que se refere a formação/capacitação, ao vínculo e aos papéis dos AIS o que ainda está sem resolução na prática (DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012). Cabe ressaltar que a atenção diferenciada vai além das práticas de inserção do indígena como AIS juntamente com a equipe interdisciplinar, este sujeito dificilmente se vê em sua plenitude ao se encontrar com outros profissionais não indígenas, dando a impressão de estar a este reservado o papel de mero informante.

Diehl e Follmann (2014), trazem em seu estudo que a formação do indígena como profissional de enfermagem propicia um melhor serviço nas aldeias/comunidades, onde geralmente assume a função de interlocutor das recomendações médicas, curativas, bem como dos anseios e medos dos pacientes em relação aos procedimentos médico; a comunidade, por sua vez, o considerava acessível, prestativo, pronto a exercer o cuidado, destaca-os como um familiar na equipe, para quem podiam demandar sempre que necessário. Os autores ressaltam ainda, que técnicos e auxiliares manifestam-se positivamente em relação a cursos de formação, salientando que há necessidade de indígenas trabalhando na saúde e de uma maior qualificação, almejando assim uma formação universitária, a comunidade também espera que o indígena busque formação mais especializada.

Pode-se observar que conforme a distribuição geográfica e a etnia o Agente Indígena de Saúde (AIS) tem um reconhecimento diferente por parte da equipe e da

própria comunidade, mas sua importância como um elo de conexão com a comunidade e equipe de saúde é incontestável. Os AIS Munduruku demonstram capacidade de promover a articulação entre diferentes formas de atenção evidenciando em seu papel como AIS, a impossibilidade de se enquadrar como meros representantes do modelo biomédico nas aldeias, fica evidente quando o protagonismo desses agentes é delineado pelas dinâmicas socioculturais dos contextos locais, e não apenas pelas lógicas institucionalizadas através do modelo médico hegemônico (SCOPEL; DIAS-SCOPEL; LANGDON, 2015).

Diehl e Langdon (2007), trazem em seus trabalhos que os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) tem como intuito desenvolver formas de atenção diferenciada, bem como contribuir para a qualidade dos serviços em um contexto intercultural, ou seja, abordam a prática do AIS com vistas na interculturalidade, que muitas das vezes é pautada como atenção diferenciada, mas que, cabe ressaltar que a interculturalidade é vista como uma premissa da atenção diferenciada.

Não se baseando somente na mesma, poucas têm sido as reflexões sobre a contribuição dos AISs na efetivação do princípio da atenção diferenciada à saúde indígena, apesar de esse papel ter sido criado justamente com o intuito de qualificar “os serviços em um contexto intercultural”. Diehl e Langdon, destacam também, que o princípio de atenção diferenciada ainda não se tornou realidade, seja na forma de participação da comunidade ou capacitação das equipes multidisciplinares de saúde, para atuar em contextos interculturais, a realidade indica que os profissionais envolvidos nesse processo continuam operando de forma centralizada e burocrática sobre a influência do modelo biomédico, enquanto que para os indígenas, diante disso, restam suas interpretações do que seja necessário para adequar suas ações e práticas tradicionais de saúde juntamente com o modelo biomédico, não existindo de fato esta atenção diferenciada, não existindo ainda a interculturalidade propriamente dita.

Ferreira (2015), ao falar sobre o objetivo da atenção diferenciada tendo Agente Indígena de Saúde (AIS) como fio condutor, traz que, em vez de contribuir para efetivar o direito indígena à atenção diferenciada, atuando como mediadores entre saberes distintos em contextos interculturais particulares, os AIS tendem a atuar como representantes da biomedicina que reproduzem em sua prática o poder saber da medicina hegemônica, evidenciando mais uma vez a não praticada interculturalidade, pautada na atenção diferenciada, estando sujeitos como mencionei anteriormente, como informantes.

Para Falkenberg et.al (2017), há uma tensão entre o uso de práticas de cuidado à saúde tradicional e da medicina ocidental inseridas no universo cultural. Destaca a família como centralidade do cuidado em saúde, ou seja, as práticas de cuidado acontecem e se justificam na família, para a família e pela família. Destaca também, como os modos de organização do trabalho, a falta de projetos de capacitação e a falta de infraestrutura são fatores que dificultam o cuidado intercultural, diante disso podemos observar que a interculturalidade vai muito mais além das pautas hoje paradigmáticas da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

Segundo Ribeiro et al. (2016), profissionais compartilham a ideia de que todos os indígenas, como seres humanos que são, são semelhantes, possuindo suas diferenças, como sugere um profissional de saúde em um de seus relatos, “É igual um negro e o branco também, eu vejo da mesma forma. Porque, ah, porque é índio, porque isso. Eu não vejo assim.” Ao mesmo tempo que afirmaram partilhar a noção de igualdade entre os seres humanos, apresentaram uma assimetria de poder presente na relação profissional de saúde e indígena, a partir da negação daquilo que se afirma “Tem que achar que ele (indígena) é um ser humano e precisa da gente”. Os depoimentos dos profissionais revelam indícios de etnocentrismo, despreparo para atuação em contexto específico, tais indícios não permite ao profissional de saúde reconhecer totalmente as diferenças culturais, os valores, do outro no espaço do cuidado e acima de tudo os conhecimentos indígenas sobre saúde.

O etnocentrismo se refere ao apagamento das diferenças culturais, onde a própria cultura é tida como superior as demais. Práticas etnocêntricas em saúde podem ser evitadas através do olhar relativizado, que está direcionado à abordagens em saúde descentralizadas da doença e valorizam a diversidade de valores e formas de cuidados em saúde, assim a conduta dos profissionais será orientada pela lógica social do outro mundo, tornando-se importante a perspectiva intercultural na aproximação entre os pessoas com diferentes culturas e divergentes concepções sobre o processo saúde-doença-cuidado. A interculturalidade se refere ao reconhecimento da própria identidade e ao diálogo para a construção, com vistas à aceitação, respeito e valorização das diferentes culturas como algo positivo e enriquecedor para o espaço social (RIBEIRO et al., 2016).

É de se considerar que a academia universitária, da área da saúde mais especificamente, há falta de uma visão intercultural com vistas a contextos étnicos e descolonização do pensamento, tendo uma formação construída em geral segundo a medicina ocidental, não incluindo conteúdos sobre antropologia da saúde. Além da

academia não abordar a temática da saúde indígena, muitas vezes há falta de interesse dos próprios profissionais, gestores de saúde. Espera-se que os profissionais procurem respeitar, conhecer o contexto de vida e cultural da comunidade em questão, ampliando assim o entendimento do processo saúde/doença, praticando assim a atenção diferenciada em contexto intercultural. Mas, isso só ocorre se o modelo de atenção à saúde vigente, se o Estado brasileiro, iniciar um projeto de transformação social voltado para a construção de relações simétricas e dialógicas, pautadas no reconhecimento e no respeito à diferença.

Em relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, foi discutido a inclusão da disciplina Saúde Indígena nas grades curriculares de cursos técnicos e de ensino superior (enfermagem, odontologia e medicina), criação de cursos de pós-graduação em saúde indígena para trabalhadores da saúde indígena, ainda apontam a necessidade de fornecer a equipe multidisciplinar de saúde indígena e aos profissionais de saúde de hospitais públicos, conhecimentos antropológicos e culturais, por meio de cursos, palestras e encontros, com eficácia e respeito às práticas tradicionais. Porém, não existem disciplinas que abordam a temática da saúde indígena e antropologia, nos cursos da área da saúde, o reflexo disso é o despreparo para lidar com especificidades que vão para além das questões que dizem respeito à saúde, como por exemplo, organizações sociais e culturais que implicam práticas e saberes próprios de cuidados. A formação em nível de graduação está longe de contribuir para atuação em contextos interétnicos e interculturais, as Diretrizes Curriculares Nacionais falam genericamente de formação humanista, não priorizando aspectos que envolvem a diversidade étnica, o que resulta em não preparação para o trabalho com os povos indígenas (DIEHL; PELLEGRINI, 2014).

Diehl e Pellegrini (2014), trazem ainda, que talvez a educação permanente em saúde possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação, sendo uma oportunidade também para produzir o diálogo intercultural incorporando alguns temas específicos como antropologia com vistas a propiciar uma formação voltada à diversidade e preparação para o diálogo simétrico. Acredito que isso é fundamental, mas temática esta que não deve ser abordada somente para profissionais da atenção primária que trabalha com povos indígenas e sim abranger para todos gestores, profissionais e futuros profissionais de saúde.

Santos, et al. (2017) traz considerações bioéticas sobre a relação do profissional de saúde e o indígena, sendo a bioética o estudo sistemático das dimensões morais, onde inclui visão moral, decisões, conduta e políticas das ciências da vida e atenção à saúde, utilizando uma variedade de métodos éticos em cenário interdisciplinar voltada para a

solução de conflitos concretos em contextos variados e consequências decorrentes do encontro entre culturas distintas. A diversidade cultural não deve ser negligenciada; contudo, suas práticas não podem ser pretexto para justificar a violação da dignidade humana, conforme o preceituado pelo artigo 12 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, a importância da diversidade cultural e do pluralismo deve receber a devida consideração. Contudo, tais considerações não devem ser invocadas para violar a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais nem os princípios dispostos nesta Declaração, ou para limitar seu escopo.

No entanto, nem todo conflito bioético presume violação dos direitos humanos como exemplo citado por Santos et al. (2017), em que uma criança indígena da etnia Tukano que vive às margens do rio Uaupés, nos territórios da Amazônia brasileira, Colômbia e Venezuela. A criança foi picada por uma cobra jararaca e internada em unidade de saúde de Manaus, onde o pai solicitou a entrada do pajé para que tratasse de acordo com as práticas de sua cultura, mas teve seu pedido negado. Diante da negativa, o pai buscou medidas judiciais para retirar a criança da unidade de saúde e para que recebesse o tratamento tradicional, exercendo seu direito à autonomia. O médico que exercia a função de diretor do hospital teve a sensibilidade de permitir que o paciente e seus responsáveis pudessem vivenciar aspectos fundamentais de sua cultura, utilizando sua própria medicina de práticas culturais de saúde com a ocidental, mas observe que este aceite ocorreu mediante medidas judiciais, ou seja, não houve um diálogo intercultural anteriormente que considerasse, respeitasse, as especificidades culturais do povo Tukano. Demonstra que a atenção terciária, no caso hospitalar, não pratica a atenção diferenciada, assim como a atenção primária, no caso que citarei mais adiante.

Pellon e Vargas (2010), trazem que para os Guarani Mbyá existem diferentes qualidades de Karai/xamã, como detentor do saber medicinal possuem conhecimentos específicos em cada campo do saber medicinal, destaca que os indígenas relataram encontrar enorme dificuldade em se fazer entender pelos gestores dos serviços públicos de saúde a inclusão dos xamãs na atenção diferenciada, como por exemplo, uma visita de um xamã. Apontam ainda, que o sistema de saúde indígena, costumam considerar esses líderes religiosos de forma genérica, sem compreender sua especificidade na arte de promover, proteger ou recuperar a saúde.

Ferreira (2015), aponta que o processo de instrumentalização biomédico nas práticas de saúde indígena, contribuiu para simplificar, reificar e reduzir as medicinas indígenas à condição de manifestações religiosas sustentadas sobre crenças. Dessa forma,

o sistema oficial de saúde nega o direito de esses sistemas sociomédicos serem reconhecidos pelo seu valor intrínseco, enquanto sistemas de saberes e práticas.

Devido à diversidade dos povos indígenas, com isso diferentes sistemas de práticas tradicionais no cuidado à saúde, no caso dos Kaingang, Povo a qual pertencemos, temos os kujá/xamã que possui conhecimentos tanto medicinais quanto espirituais. Como citado por Pellon e Vargas anteriormente, os indígenas encontram dificuldade no deslocamento de um líder espiritual indígena para visitar/tratar de um doente, caso não tão raro ocorreu recentemente com um parente indígena Kaingang na região metropolitana de Porto Alegre, quando o mesmo solicitou a visita de um kujá de outra cidade, tendo a dificuldade em proceder com a demanda por parte da Secretaria Especial de Saúde Indígena. Percebe-se então, a imposição de um modelo assistencial que universaliza e padroniza as práticas desconsiderando a influência cultural nas formas do cuidar saúde/doença. Novamente aponto a necessidade de pautar o que é atenção diferenciada, num sentido mais amplo, abordando os aspectos culturais específicos e respeitando-os.

3.1 A SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA

A partir de agora abordo a atuação da Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI), que apesar de ter como atribuição “implementar o subsistema de atenção à saúde indígena vinculado com o Sistema Único de Saúde, baseado no cuidado integral, pautando as práticas de saúde da medicina tradicional, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais”, não aderiu as definições adotadas pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Eu, indígena inserida neste contexto, usuária dos serviços prestados pela SESAI, acompanho o trabalho e discursos por parte desta Secretaria que expressam o desconhecimento, despreparo e incompreensão dos gestores acerca das diversas realidades dos povos indígenas.

Assim como meu coletivo vivencio os encontros e desencontros da falta de diálogo intercultural com a este órgão e acompanho as constantes mobilizações dos coletivos indígena Kaingang e suas lideranças pela efetivação de uma política de saúde diferenciada. A perspectiva de integração dos conhecimentos assumida pela SESAI é vista como processo de subordinação, onde nós indígenas temos que nos adequar às práticas ocidentais, não sendo considerado nossos saberes.

Como exemplo trago a capacitação de parteiras tradicionais indígenas, que são praticantes das medicinas indígenas, mas aos serviços de saúde, para reconhecê-las, é preciso “capacitá-las” (FERREIRA, 2015).

Diante disso, mostra-se que a forma ocidental de produzir conhecimento estabelece uma hierarquia entre saberes e silencia todos aqueles que não consideram válidos, subordinando assim o conhecimento e saberes dos povos indígenas, isso fica evidente nos cursos de capacitação da SESAI que com objetivo integracionista continua a colonizar os saberes e práticas indígenas a partir do modelo médico ocidental.

Acompanhando as mobilizações do movimento social indígena Kaingang, em especial do Rio Grande do Sul, tomei ciência de um dossiê direcionado ao Ministério da Saúde, onde lideranças indígenas destacam a Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI) como figura e memória coletiva do movimento social indígena, fruto da autodeterminação indígena, como patrimônio histórico, sociopolítico e socioambiental mais recente se tratando da questão saúde indígena.

Afirmam os direitos conquistados, repudiando qualquer intenção de municipalização da saúde indígena e cobrando comprometimento do Estado brasileiro com os povos indígenas, com o que realmente está na Constituição de 1988. Como pauta, também trazem a criação do DSEI no RS, sendo que no Sul do Brasil, Rio Grande do Sul é o estado com maior população indígena, assim como apresentam um contexto de retomadas - mobilização indígena na sua luta pelo território-, que configura um cenário bastante precário de confinamento, onde há inexistência de infraestrutura, saneamento básico, moradia e exposição a fatores de risco determinantes em desfechos de doenças. Além da restrição territorial e preconceito, existe a privação no acesso dos serviços de saúde nos municípios onde estas retomadas acontecem.

Neste mesmo dossiê, o movimento social indígena aborda o tema saúde indígena como filamento importante na autonomia indígena Brasileira, e nesse sentido o princípio de respeito às instituições tradicionais indígenas, aos conhecimentos, procedimentos, práticas, ambientes e especialistas a eles vinculados, tem sido apontado como condição primária para a promoção de saúde e distensionamento nas relações entre sociedade indígena e sociedade brasileira. Evidenciam a necessidade de criar mecanismos diplomáticos que permitam a participação efetiva dos especialistas e intelectuais que integram o sistema das práticas tradicionais de saúde indígena nos processos de proposição, gestão e implementação de políticas públicas de saúde para o povo indígena, apontando aqui um verdadeiro estado de interculturalidade, onde os Povos Indígenas seus

conhecimentos, valores e princípios sejam orientadores da política de saúde em todos os processos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho procurei trazer um pouco dos Povos Indígenas deste país, especialmente em relação ao meu coletivo de pertencimento, os Kaingang, relacionando com a minha vivência junto do meu coletivo os encontros e desencontros, da falta da interculturalidade no diálogo com os órgãos responsáveis pela saúde indígena.

Trago a interculturalidade fazendo esta relação com a saúde indígena, no sentido de uma provocação, devido a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) ter como princípio a atenção diferenciada, o que sugere na própria política a interculturalidade ser uma de suas premissas, porém não ser praticada de fato. Diante do exposto, quais os limites e possibilidades a noção de atenção diferenciada, enseja?! Na medida que supostamente aponta para um diálogo, mas que em muitas de suas práticas acompanhamos a reprodução do colonialismo com os Povos Indígenas.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) não desenvolve ao certo a noção de interculturalidade, contribuindo para múltiplos entendimentos sobre o tema, pois se a interculturalidade que a Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI) pauta para os diversos povos indígenas, que detêm do conhecimento das práticas culturais de saúde, for seus cursos de capacitação como medida integracionista, estão trabalhando/abordando a temática de forma errônea, continuando a instrumentalizar os saberes e práticas de saúde indígena com o modelo médico ocidental e que necessitam ser “capacitados”. Desmerecendo, diminuindo, as práticas de saúde indígena, negando assim o direito dessas práticas serem reconhecidas. O modo como este sistema de atenção à saúde indígena aborda a interculturalidade é um caminho certo para a reafirmação da colonização dos saberes e imposição dos conhecimentos biomédicos, silenciamento das práticas culturais indígenas.

Candau (2008) traz a interculturalidade como processo de transformação social voltadas para construções simétricas e dialógica, pautadas no conhecimento mútuo e reconhecimento à diferença. Logo, existe esse processo de transformação social, atuando como um controle dos órgãos de atenção à saúde, ou até mesmo do Estado, sobre os Povos Indígenas.

Acredito que a temática abordada é complexa, tendo vários viés de entendimento, podendo ser um controle dos órgãos de atenção à saúde sobre os povos indígenas, assim como uma alternativa para os povos indígenas desconstruir o pensamento colonial predominante. Porém, é o primeiro entendimento que rege a atenção diferenciada, tendo

poucas possibilidades na forma como está colocada de diálogo entre saberes, não tendo a possibilidade de descolonizar pensamentos e práticas.

Nota-se que vários autores abordam a atenção diferenciada tendo os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) como fio condutor da diretriz, evidenciando o elo que o AIS tem com os profissionais da equipe de saúde e com a comunidade. Porém os AIS tendem a atuar como “representantes” da medicina ocidental, sendo o objetivo dos órgãos que atuam na saúde indígena. Além de que, capacitar um indígena como AIS para “mediar” as relações e elo com a comunidade, não significa estar trabalhando, abordando atenção diferenciada, diálogos interculturais, pois como já mencionei é algo bem complexo, que vai além desse “elo”.

Quando abordo a academia, a formação profissionalizante na área da saúde, trago que há uma falta de visão intercultural nestes espaços, espaços estes elitizados, espaços estes colonizados e colonizadores. Como primeira indígena graduanda do curso de odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, trago esta inquietação comigo de que as universidades, em especial os cursos da saúde, deveriam pautar a temática interculturalidade e disciplinas sobre a saúde dos Povos Indígenas, visto que há presença indígena nestes espaços e mesmo que os futuros profissionais não vá atuar diretamente com a saúde dos povos indígenas, devem ter conhecimento de que o subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas existe, e que nós indígenas estamos ali, presentes nas universidades e fora dela e que podemos ampliar os horizontes sobre saúde/doença.

Porém, é sabido que, se a temática interculturalidade for abordada de forma a estereotipar, a silenciar as práticas culturais de saúde, não se está chegando no objetivo com vistas à valorização e respeito das culturas e sim, reproduzindo o que já existe e essencializando as diferenças.

Ademais, finalizo concluindo que se nós Povos Indígenas e profissionais de saúde, não pautarmos a efetivação da atenção à saúde diferenciada, e pela prática da interculturalidade como projeto de transformação social, voltadas para construções simétricas e dialógicas, descentralizando e atentando contra o pensamento colonial dominante, não teremos a avanços se não estarmos colaborando para a manutenção de relações de poder hierarquizadas. No contexto atual e a iminência de crises globais de saúde, crises ambientais, políticas e de humanidade, os conhecimentos indígenas e a interculturalidade nunca foram tão emergentes.

REFERÊNCIAS

BACKES, J. A escola indígena intercultural: espaço/tempo de afirmação da identidade étnica e de desconstrução da matriz colonial. **Interações (Campo Grande)**, Campo Grande, v. 15, n. 1, p. 13-20, jan./jun. 2014.

BELLINI, M. ; GARLET, M.; GUIMARÃES, G. Cotas para estudantes indígenas: inclusão universitária ou exclusão escolar? **Educação**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 65-74, jan./abr. 2010.

BERGAMASCHI, M.; et al. Relatório da comissão de acesso e permanência do estudante indígena. In: BERGAMASCHI, M. A; NABARRO, E.; BENITES, A. **Estudantes indígenas no ensino superior: uma abordagem a partir da experiência na UFRGS**. Porto Alegre; Ed. UFRGS, 2013. p. 19-35.

BOTELHO, M.; SECCHI, D. A formação superior do enfermeiro indígena: desafios da interculturalidade. **Rev. Forum Indentidades**, Itabaiana: Gepiade, v. 16, p. 7-15, jul./dez. de 2014.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: COSTA, D.C. (Org.). **Promoção de saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

BRASIL. **Constituição da República do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/508200/CF88_EC85.pdf> Acesso em 20 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei 12.711/2012**. Disponível em : <<http://portal.mec.gov.br/busca-geral/212-noticias/educacao-superior-1690610854/18150-lei-de-cotas-e-regulamentada-e-portaria-esclarece-a-aplicacao/>> Acesso em 15 abr. 2018.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca: a Funasa e os 10 anos de saúde indígena**. Brasília, 2009. p. x-x. Disponvel em: <www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNASA. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena** : relatório final, Conselho Nacional de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CANDAU, V. M. Direitos humanos, educação e interculturalidade: as tensões entre igualdade e diferença. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 37, p. 45-56, 2008.

DANIEL, L.; SANTOS, E. **Educação escolar indígena e suas interfaces com o campo da saúde**. Rio de Janeiro: Ed. USP, 5. ed. p. 243-244, 2012.

DIEHL, E.; LANGDON, E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.16, n.2, p.19-36, 2007.

DIEHL, E.; LANGDON, E.; DIAS-SCOPEL, R. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 819-831, maio 2012.

DIEHL, E.; PELLEGRINI, M. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e e educação permanente de trabalhadores em contextos interculturais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 867-874, abr. 2014.

DIEHL, E.; FOLLMANN, H. Indígenas como trabalhadores de enfermagem: a participação de técnicos e auxiliares nos serviços de atenção à saúde indígena. **Texto Contexto - Enferm.** Florianópolis, v. 23, n. 2, abr-jun. 2014.

FERREIRA, L.; Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. In: LANGDON, E.; CARDOSO, M. **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina**, Florianópolis, Ed. UFSC, p. 217-246, 2015.

FLEURI, R. Intercultura e educação. **Rev. Educação Sociedade e Culturas**, Portugal, v. 23, p. 91-124, 2005.

FIOCRUZ. Interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/dicionario-jornalistico/interculturalidade>> Acesso em: 25 maio 2018.

FREITAS, A.; ROSA, R. **Diagnóstico antropológico do Programa de Bolsas de Manutenção da Diakonisches Werk para estudantes indígenas universitários na UNIJUÍ**. Porto Alegre: NIT/UFRGS, 2003.

FREITAS, A.; HARDER, E. Entre equidade social e assimetria de poder: uma análise da implementação de políticas de ação afirmativa de educação superior para indígenas no Brasil. Século XXI, **Rev. de Ciências Sociais**, Fortaleza, v. 3, p. 62-87, jan./jun. 2013.

FALKENBERG, M.; SHIMIZU, H.; BERMUDEZ, X. As representações sociais dos trabalhadores sobre o cuidado à saúde da população indígena Myá-Guarani. **Rev. Latino-Am. Enf.** Ribeirão Preto, v. 25, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Distribuição da população indígena nas regiões do Brasil**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/censo-2010-populacao-indigena-896-9-mil-tem-305-etnias-fala-274/>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. **Povos indígenas no Brasil**. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Quem_s%C3%A3o>. Acesso em: 2 mar. 2018.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. **Localização e extensão das terras indígenas**. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Localiza%C3%A7%C3%A3o_e_extens%C3%A3o_das_TIs>. Acesso em: 2 mar. 2018.

JACINTO DA ROSA, D. **Gestão socioambiental de terras indígenas sob uma perspectiva Kaingang**: um ensaio (auto) etnográfico em Re Kuju - Campo do Meio - bacia hidrográfica do alto uruguai, atual Rio Grande do Sul. 2015, p. 8, Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Gestão Ambiental) - Universidade Federal do Paraná Setor Litoral, Matinhos, 2015.

- LANGDON, E. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. **Antropologia em primeira mão**, Florianópolis: UFSC, 1996.
- LANGDON, E. et al. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2637-2646, dez. 2006.
- LANGDON, E.; WIJK, F. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, maio/jun., 2010.
- LANGDON, E. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciênc. Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1019-1029, 2014.
- MURA, F.; SILVA, A. Tradição de conhecimento, processos experienciais e práticas de cura entre os Kaiowa. In: GARNELO, L.; PONTES, A.L. (Org). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**, Brasília: Unesco, v. 22, n. 5, p. 128-155, 2012.
- NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 435-472, 2008.
- PELLON; L., VARGAS; L. Cultura Interculturalidade e processo saúde e doença: (des)caminhos na atenção à saúde dos Guarani Mbyá de Aracruz, Espírito Santo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1377-1397, 2010.
- RIBEIRO, A. et al. Aspectos culturais e históricos na produção do cuidado em um serviço de atenção à saúde indígena. **Rev. Ciênc. e Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 2003-2012, jul. 2017.
- SCOPEL, D.; DIAS-SCOPEL, R.; LANGDON, E. Intermedicalidade e protagonismo: a atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da terra indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2559-2568, dez. 2015.
- SANTOS, A. et al. Considerações bioéticas sobre a relação médico-paciente indígena. **Rev. Bioét.** Brasília, v. 25, n. 3, p. 603-610, 2017.
- SILVA, C. Profissionais de saúde em contexto indígena: os desafios para uma atuação intercultural e dialógica. **ANTROPOS Rev. de Antropol.** Brasília, v. 6, p. 3-36, dez. 2013.
- TERENA, M. O estudante indígena no ensino superior. In: BERGAMASCHI, M. A.; NABARRO. E.; BENITES, A. **Estudantes indígenas no ensino superior: uma abordagem a partir da experiência na UFRGS**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2013, p. 9-13.
- URQUIZA, A., CALDERONI, V. A interculturalidade como ferramenta para (des)colonizar. **Prim@ facie**, João Pessoa, PPGCJ, v. 16, n. 33, p. 2-29, set./dez. 2017.
- VIEIRA, H.; OLIVEIRA, J.; NEVES, R. A relação de intermedicalidade nos índios Truká, em Cabrobró - Pernambuco. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 566-574, 2013.