



*Disciplina 8021215*  
*Atenção à Saúde Bucal*  
*em Populações Indígenas*  
*2021*



*Projeto Huka Katu*

*Cacique Raoni*

*Fonte: Greenpeace Brasil*  
<https://www.greenpeace.org>





## *Tópico 3- Institucionalização da Saúde Indígena*

- 3.1 A POPULAÇÃO INDÍGENA BRASILEIRA
- 3.2 O PARQUE INDÍGENA DO XINGU
- 3.3 SISTEMA POLÍTICO INDÍGENA – BREVE RELATO
- 3.4 PROCESSOS POLÍTICOS NA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA
- 3.5 MOMENTOS HISTÓRICOS RELEVANTES
- 3.6 ATUALIDADE DA REFORMA SANITÁRIA NO AMBIENTE DO SUBSISTEMA

Saúde Indígena - Atenção diferenciada e políticas públicas para territórios indígenas - 22min

<https://www.youtube.com/watch?v=gBtQx4jDZ6U>

### 3.1 A POPULAÇÃO INDÍGENA BRASILEIRA



Figura 20 – Fonte: <https://www.cartacapital.com.br>

Antes mesmo de quantificar a população indígena brasileira é importante defini-la em termos de identidade. Mesmo não havendo nada em comum entre as populações americanas que justificasse serem denominados por um único termo os conquistadores rotulavam de “índios” as populações mais diversas, desde o norte



até o sul do continente americano, mesmo diferindo umas das outras tanto no aspecto físico com nas suas tradições.

A necessidade de definir critérios com certa precisão está ligada a problemas de ordem prática. Atualmente, os países americanos, além da legislação referente a índios, possuem órgãos destinados a lhes dar assistência, fazendo-se necessário um critério mais ou menos preciso para distinguir aqueles que têm direito a ela. Sendo os critérios: o racial, o legal, o cultural, o de desenvolvimento econômico e o da autoidentificação étnica. Vejamos cada um deles:

- a) Critério racial – trata-se do critério mais antigo. Define o índio como entidade racial evidenciada por características físicas distintas daqueles dos conquistadores europeus.
- b) Critério legal- na atualidade muitos governos, e principalmente o americano, requerem de um grupo indígena a demonstração histórico-documental de que satisfaz a definição de “tribo” ou “nação doméstica dependente” para lhe reconhecer o direito à terra, serviços, auxílios e isenções, além de certo poder legislativo, judiciário e de polícia sobre os membros.
- c) Critério cultural - reconhece que existem dois modos pelos quais os homens transmitem suas características a seus descendentes: a que é regulada pelas leis da genética; e outras como a língua, os costumes, as crenças, os hábitos, que o indivíduo vai recebendo pouco a pouco pelo aprendizado, formal ou informal, intencional ou não, com os outros membros de sua sociedade. Ao conjunto desses elementos que não são transmitidos de modo biológico dá-se o nome de cultura.

Aqui cabe uma observação de extrema importância. As insuficiências do critério acima se devem ao fato de apoiar-se num conceito antiquado e já ultrapassado de cultura como um mero conjunto de traços culturais, a simples soma



de costumes, crenças e técnicas. Não se leva em consideração que uma cultura constitui um sistema em que elementos componentes mantêm relações entre si de forma tal que a modificação de um deles acarreta a mudança dos demais. E seus elementos não têm a mesma importância, já que não contribuem no mesmo grau para que a sociedade a que esta cultura pertença continue existindo como entidade concreta e distinta das demais sociedades. Por isto uma sociedade indígena não pode ser considerada como absorvida por outra. Uma vez que os traços culturais não têm o mesmo valor para distinguir uma sociedade indígena da sociedade brasileira, por exemplo.

Na época da invasão portuguesa, estima-se que a população indígena era de mais de cinco milhões na região que hoje chamamos de Brasil. Das várias etnias que existiam na época, muitas foram totalmente extintas, tanto por causa das guerras com os colonizadores quanto pelas doenças contagiosas trazidas pelos povos europeus.

Em 1957, o etnólogo Darcy Ribeiro publicou um cálculo da população indígena de então, que ele próprio elaborou com base na documentação disponível no Serviço de Proteção aos Índios. Como na época nem sempre era fácil averiguar se um dado etnônimo correspondia a uma sociedade ou a uma subunidade de outra maior, preferiu aplicar-lhes a expressão neutra “grupo tribal” (Ribeiro, 1957 pp. 6-7). Também devido à falta de informações a respeito da grande parte dos grupos tribais, estimou-se para cada um deles uma população mínima e outra máxima. A soma de todas as mínimas foi 68,1 mil indivíduos e da máxima, de 99,7 mil. A verdadeira população indígena do Brasil deveria estar entre estes dois números (p. 47). Alertava, ainda, para a diminuição da população indígena, que se distribuía por 230 grupos tribais em 1900 e havia-se reduzido a 143 em 1957 (p. 18).



Desses 143 grupos tribais, 33 eram isolados, isto é, viviam em lugares ainda não alcançados pela sociedade brasileira, apresentando-se arredios ou hostis aos civilizados, com os quais experimentavam contatos acidentais e muito raros. Lembrava que tal isolamento não era completo: muitos desses grupos já tinham sido alcançados por moléstias que os europeus trouxeram para a América e tinham conhecimento de instrumentos dos civilizados que passavam de um grupo para outro.

Havia 23 grupos em contato intermitente com a sociedade brasileira e 45 em contato permanente e finalmente 38 achavam-se integrados, isto é, seus membros constituíam reserva de mão de obra ou produtores especializados de determinados artigos de comércio na sociedade brasileira, tendo perdido a maior parte dos seus costumes tribais, às vezes mesmo a língua original.

Hoje os números são bem diferentes daqueles divulgados por Darcy Ribeiro há sessenta anos. Tanto a população quanto o número de grupos indígenas cresceram. E vários são os motivos que conduziram a esse novo quadro: informações mais atualizadas mostraram que não estavam extintos alguns dos grupos que ele assim considerava; grupos que eram desconhecidos no tempo de seu levantamento entraram em contato com a sociedade brasileira; novas rodovias; linhas aéreas, expansão da telefonia; a rede mundial de computadores, permitiram levar aos índios, com mais assiduidade o atendimento a saúde e também, no sentido inverso, permitiram que saíssem mais rapidamente em busca do consumo.

Mas um outro importante fator- que contribui para o aumento tanto da população como do número de etnias – é a recente reivindicação da identidade indígena por parte de grupos que haviam abandonado ou escamoteavam por serem



perseguidos por aqueles que desejavam ou ocupavam suas terras. Finalmente Darcy Ribeiro chamou a atenção para o desaparecimento físico de uma grande parte da população indígena, ao longo de quatro séculos e meio, não só devido a guerras, à escravidão, à desorganização de suas sociedades, mas sobretudo à dizimação pelas moléstias contagiosas contra as quais não possuíam resistência. Sem que tenha sido esta sua intenção, as objeções, da época, que levou àquele modo de ver conduziram à admissão do extremo oposto: a de que os índios estavam coltados irrevogavelmente ao decréscimo e a extinção.

O Censo de 2010 apontou que vivem cerca de 817 mil índios no território nacional, segundo dados do IBGE. Desse total, mais de 500 mil vivem em zonas rurais, afastada das grandes cidades, enquanto o restante habita as cidades. Esse número é subdividido em mais de 300 etnias que, juntas, são responsáveis pela prática de mais de 200 idiomas diferentes. Entre as maiores etnias, podemos citar os Tikúna, Guarani-Kaiowá e os Kaingang. Pesquisas recentes indicam que esses e outros povos viviam na América do Sul há mais de 11 mil anos!

Apesar dessas diferenças em termos de quantidade, o número de índios no Brasil vem aumentando consideravelmente nos últimos anos. Em 1991, o total era de 214 mil habitantes indígenas, o que representa um aumento de 205% entre esse ano e os dias atuais. Mesmo assim, eles representam apenas 0,5% da população brasileira.



A estimativa das etnias e composição demográfica presente no Parque Indígena do Xingu está no quadro abaixo:

ETNIA	POPULAÇÃO
AWETI	195
IKPENG	459
KALAPALO	385
KAMAIURÁ	467
KAWAIWETÉ (KAIABI)	1.193
KISÊDJE (SUIÁ)	330
KUIKURO	522
MATIPU	149
MEHINAKO	254
NAFUKUÁ	126
NARUVÔTU	69
TAPAYUNA*	60
TRUMAI	97
WAURÁ	409
YAWALAPITI	156
YUDJÁ (JURUNA)	348

Fontes: Ipeax 2011 / Unifesp 2010 / Funai 2003.

\* Estimado a partir de levantamento de Kamani KISÊDJE (2006)



### 3.2 O PARQUE INDÍGENA DO XINGU



Figura 21 – Fonte: Almanaque Socioambiental Parque Indígena do Xingu 50 anos, Instituto Socioambiental, 2011



Localizado praticamente no centro geográfico brasileiro, o Parque Indígena do Xingu reúne 16 povos e é um símbolo da sociodiversidade brasileira. Com seu território e população ameaçados pela frente colonizadora do país, a criação do Parque, em 1961, foi resultado de uma mobilização de personalidades brasileiras, com os irmãos Villas Bôas à frente, para delimitar um espaço reservado para os povos indígenas.

O limite originalmente proposto era aproximadamente dez vezes maior do que o limite que o Parque tem hoje. Quando em 1961 decretou-se uma área muito menor do que a originalmente planejada, estava implícita a necessidade de trazer outros povos indígenas, ocupantes tradicionais de territórios circunvizinhos e ameaçados pelas frentes colonizadoras, para dentro do Parque do Xingu.

Apesar dos esforços de integração do Centro-Oeste ao restante do Brasil, levados a cabo pela Fundação Brasil Central na década de 1940, a região das cabeceiras do rio Xingu só foi efetivamente ocupada na década de 1970, com a construção das rodovias BR-163, BR-158 e BR-080, quando surgiram projetos de colonização privados e governamentais que promoveram um intenso fluxo migratório de colonos do sul do país.

Os índios testemunharam a velocidade desse processo de colonização regional com muita apreensão, dada a escala do desmatamento, a degradação dos rios, a formação de uma vasta malha viária e o surgimento de cidades, delineando um quadro de confinamento territorial e destruição do entorno do Parque. Houve momentos em que se chegou a duvidar que os limites do Parque, estabelecidos antes dessa onda colonizadora, pudesse detê-la. Os índios tiveram que se mobilizar constantemente para proteger seu território de frequentes investidas.

Algumas etnias ousaram romper os limites estabelecidos e buscaram assegurar e proteger parcelas de seus territórios que haviam ficado fora dos limites do Parque, numa tentativa contundente de deter a onda destruidora do desmatamento de áreas remanescentes de seus territórios ancestrais.



Do lado de fora da fronteira do Parque do Xingu, estava o território da disputa entre gaúchos, goianos, paulistas e tantos outros que chegavam com seus sonhos de um novo Eldorado. Para eles, vencer era transformar a diversidade das paisagens florestais em monótonos campos de gado e lavoura, transportando para o cerrado o mesmo modelo de ocupação de paisagem que seus antepassados aplicaram em outras regiões do país. A presença do Parque e dos índios era um obstáculo indigesto para esses novos colonizadores porque representava o reverso do modelo que estavam importando.

Muitos na região ainda acreditam que os índios devam ser convertidos em pecuaristas e sojicultores, ou talvez que devessem franquear suas terras para essas culturas.

Atualmente, os índios fazem parte da paisagem das cidades do entorno do Parque. A maioria dos 16 povos que nele habitam recuperou o patamar populacional de antes do contato, superando as sequelas das epidemias e o fantasma da extinção e estão cada vez mais envolvidos pelo mundo globalizado que os cerca, os índios xinguanos têm se apropriado dos novos conhecimentos e mídias como instrumentos de fortalecimento da sua identidade étnica e cultural. Hoje, continuam zelando pelo seu patrimônio cultural e ambiental e buscam formas de manter um diálogo intercultural mais equilibrado com a sociedade regional.

Por outro lado, quando lideranças indígenas do Parque foram indagadas sobre a proximidade da data dos 50 anos de sua criação, ficou claro que a memória do tempo passado lhes suscitava – a depender do interlocutor e de qual povo pertencia – lembranças contraditórias. Existe uma compreensão consensual de que se o Parque não tivesse sido criado e não houvesse a inestimável dedicação dos irmãos Villas Bôas, a história poderia ter sido outra, provavelmente muito pior, a exemplo de outros povos que não tiveram a mesma atenção por parte do Estado. No entanto, as perdas populacionais e o fantasma da extinção decorrente das epidemias que enfrentaram no período pré e pós contato são um legado amargo



que permanece vivo na memória de toda uma geração que ainda está aí.

### ANEXO 50 anos ISA Instituto Sócio Ambiental

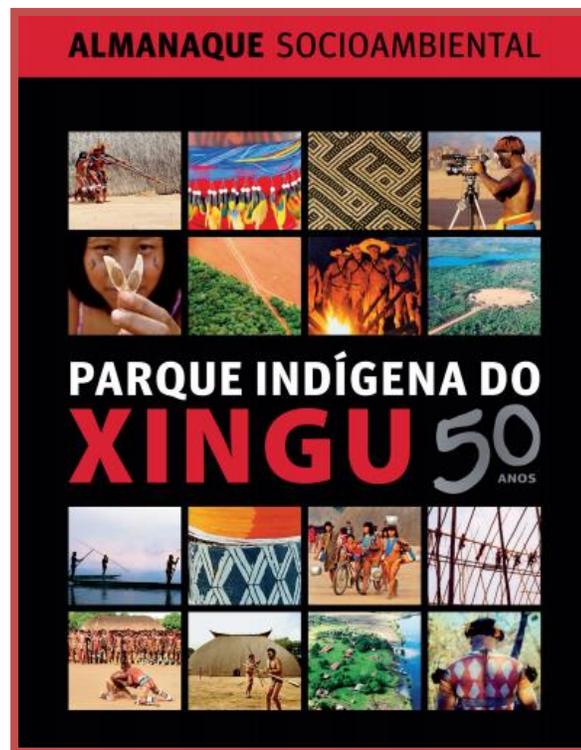


Figura 22 – Fonte: Almanaque Socioambiental Parque Indígena do Xingu 50 anos, Instituto Socioambiental, 2011

### 3.3 SISTEMA POLÍTICO INDÍGENA – BREVE RELATO

A **POLÍTICA INDIGENISTA** no Brasil foi constituída a partir de um modelo tutelar voltado para a subordinação das nações indígenas aos valores socioculturais da sociedade envolvente. O dilema entre proteção e assimilação cultural permeou a ação do Estado que, por longos anos, viu a integração como caminho para a diluição do problema. Ultrapassada a ideologia integracionista, a questão ainda é a de identificar o lugar do Índio na sociedade brasileira.

O regime tutelar indígena antecede a promulgação do Código Civil. E como já visto este, na verdade, acolheu uma visão pré-estabelecida de infantilidade



decidindo pela incapacidade dos autóctones para administrar independentemente suas relações com a sociedade envolvente. É importante destacar a relevância desta medida, visto que à época, o número de povos indígenas vivendo em completa situação de isolamento superava em muito, os que mantinham contato constante com os nacionais, inclusive dominando, mesmo que precariamente, sua língua e seus códigos sociais.

Segundo juristas, a pressuposta incapacidade dos índios resulta de sua inexperiência de convívio com outro meio cultural, com dificuldades ou problemas que ocorreriam com qualquer “não-índio” nas suas relações com outros povos que tivessem outros valores, usos e costumes.

A Constituição de 1988 reconhece aos índios, independentemente do seu grau de contato com os nacionais, o direito de se desenvolverem como grupos etnicamente diferenciados, impondo à União a obrigação de concluir os procedimentos demarcatórios das terras identificadas e agir na manutenção de sua integridade.

Art. 231. São reconhecidos aos índios o direito à organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens”. § 1º São terras tradicionalmente ocupadas pelos índios as por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários ao seu bem estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições.

É capital destacar que o que se discutia no início deste século era o fim de um modelo protecionista de Tutela que se tornou extremamente inadequado e



injusto, na medida em que não cumpria o seu papel jurídico de proteção aos interesses e direitos do tutelado e que ignorava sua vontade e capacidade de auto-gerir-se enquanto deveria tão somente prestar-lhe assistência. Contudo, não está o Estado liberado de cumprir seu dever social para com estes povos.

A nova conjuntura jurídica estabelecida pela Constituição Federal de 1988 deu bases mais sólidas ao movimento de autodeterminação dos povos indígenas do Brasil, provocando o progressivo esvaziamento das formas de atuação e assistência definidas pela Política Indigenista no País. No contexto geral, parece existir uma crescente mobilização de segmentos da sociedade civil organizada (Ong's, Núcleos de defesa dos direitos indígenas, etc.) preocupados em discutir e apoiar estas sociedades na demanda de seus direitos. Alguns dos frutos deste diálogo são as muitas Associações Indígenas hoje, juridicamente, constituídas que atuam em defesa das comunidades. Atualmente, o modelo das relações interétnicas mudou sensivelmente. Ele se caracteriza pela crescente vontade das próprias comunidades do abandono da situação de extrema dependência que existia até então. Se por um lado, o abandono da ideologia integracionista que fundamentava uma intervenção estatal extremamente protecionista é positivo, por outro lado, ela pode igualmente favorecer, em muitos casos, o desengajamento crescente do Estado nas questões indígenas. Em determinado momento o Governo desejou reduzir sua intervenção ao máximo possível, buscando delegar obrigações e responsabilidades a instituições, associações, Ong's ou outras representações não governamentais que atuam na causa ou mesmo a outras instituições públicas não necessariamente especializadas nas relações com os indígenas. O que se deve manter é a obrigação assistencial do Estado como direito garantido aos índios e que estes demonstram conhecer bem. Suas estratégias apresentam duas facetas: elas são marcadas pela luta por maior autonomia perante a sociedade dominante, via sua autodeterminação, sem que isto exclua a luta pela manutenção e melhoramento dos serviços sociais e proteção do território, obrigação do Estado-tutor. Os índios



querem deixar de ser sujeitos na lei, em uma estrutura que os coloca de fora, para serem agentes atuantes numa sociedade que os respeite, sem que isto signifique perda de garantias legais tais como: saúde, educação, posse e usufruto da terra, desenvolvimento cultural, etc.. Embora as garantias legais sejam indiscutivelmente fundamentais, acreditamos que somente quando a prática do Direito, sobre as questões indígenas, se tornar mais adequada, ultrapassando os inúmeros interesses econômicos que gravitam no entorno, e quando houver um real engajamento político neste sentido poderemos começar a visualizar um lugar digno para os índios e suas sociedades no Brasil contemporâneo.

O fato mais marcante deste quadro é a constatação da significativa participação indígena na demanda de seus direitos eles não somente estão conscientes da importância deste instrumento jurídico para a defesa de seus interesses, como das orientações tomadas atualmente pela política indigenista no País. Representantes das várias sociedades indígenas têm efetivamente acompanhado todos os debates concernentes ao destino de seus povos, inclusive propondo pautas e aprovando ou não soluções. Deste ponto de vista, os índios parecem ter aprendido melhor que muitos de nós, o verdadeiro sentido da palavra cidadania<sup>1</sup>.

Apesar de o texto magno ter estabelecido um novo panorama sobre os direitos dos povos originários do Brasil, a concretização dessa ruptura ainda está em curso, segundo os especialistas: “A quebra que existe entre a formulação e a execução desses direitos é de política de governo. Nós temos boas leis. Mas para executá-las, precisamos combater o racismo que é histórico, estrutural, institucional” - “Até esses direitos serem respeitados e de o cidadão brasileiro

---

<sup>1</sup> Referência: Márcia Helena Lopes. Regime tutelar indígena. Revista Jurídica, n. 9, 2004. Disponível em: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/revistajuridica/article/view/588/588>



comum vir, de fato, a respeitar e até a se orgulhar dos indígenas são, quem sabe, outros quinhentos anos”. (Daiara Tukano)

**VIDEO** - 30 anos de Direitos Indígenas Constitucionais – AILTON KRENAK

[https://www.youtube.com/watch?v=5-QAENABJ\\_U](https://www.youtube.com/watch?v=5-QAENABJ_U)

### 3.4 PROCESSOS POLÍTICOS NA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

Como visto acima, em 1988 a Constituição Federal estipulou o reconhecimento e o respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. O processo de discussão para a definição de uma política específica para atenção à saúde dos povos indígenas teve como marco a I e a II Conferências Nacionais sobre o tema realizadas em 1986 e 1993.



Figura 23 – Fonte: <http://www.susconecta.org.br>

No início de 1991, pelo Decreto Presidencial nº 23, foi transferida para o Ministério da Saúde a responsabilidade sobre as ações de saúde para os povos indígenas. Nesse mesmo ano o Conselho Nacional de Saúde instituiu a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), com função de assessorá-lo no acompanhamento da política governamental no campo da saúde indígena. Na contra-mão desse processo, em 1994, o Decreto Presidencial nº 1.141 constituiu a



Comissão Intersectorial de Saúde (CIS) e, na prática, devolveu ao Ministério da Justiça/FUNAI a coordenação das ações de saúde. A partir daí o Ministério da Saúde/FUNASA e o Ministério da Justiça/FUNAI passaram a dividir a responsabilidade sobre a saúde indígena, executando, cada um, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa.



Figura 24 – Fonte: <https://veja.abril.com.br/>

No final de 1998, diante da situação precária de atenção à saúde dos índios, o Ministério da Saúde/FUNASA abriu uma discussão interna, no âmbito do Governo Federal, visando assumir completamente esta responsabilidade. Além disso, abriu um processo público de discussão sobre o assunto, com a realização de 16 grandes seminários regionais, com ampla participação de lideranças indígenas e de seus aliados, onde apresentou uma proposta concreta de Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Essas reuniões expressaram com nitidez a necessidade de reformulação da atenção à saúde indígena e enriqueceram a proposta formulada pelo Ministério da Saúde/FUNASA, fortalecendo, ainda, as bases políticas para a decisão governamental (ocorrida em agosto de 1999) de transferir definitivamente para o Ministério da Saúde/FUNASA a completa responsabilidade pela atenção à saúde do índio. Com o fortalecimento político e



administrativo houve a implantação de uma Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que em consonância com os princípios do SUS, requereu a adoção de um modelo de organização dos serviços, que levou em conta as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos - os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

A implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena vinha se consolidando, e um de seus objetivos o de tornar públicas as informações e consequentemente avaliação dos resultados para com isto permitir a efetivação do controle social sobre o desenvolvimento das ações. Em 2001 foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas que identificou claramente as deficiências da FUNASA como órgão gestor da saúde indígena. O Ministério da Saúde e suas Secretarias não participam diretamente da criação das políticas e diretrizes da saúde indígena ficando estas atividades a cargo exclusivo do Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da FUNASA. Apesar de avanços inegáveis ocorridos, a instabilidade institucional e a baixa capacidade de gestão caracterizavam as ações governamentais nesse setor.



Figura 25 – Fonte: <http://www.blog.saude.gov.br>



Por isso, em 2010, atendendo a uma antiga reivindicação dos povos indígenas e da Comissão Intersectorial de Saúde Indígena do Conselho Nacional de Saúde, procedeu-se à decretação da Lei nº 12.314/2010, que autorizou a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) no âmbito do Ministério da Saúde.

A partir de então pretendia-se:

- Dar maior autonomia aos DSEI;
- Permitir a reestruturação física da rede de atenção à saúde, sede do DSEI;
- Estruturar uma Política de Recursos Humanos;
- Definir recursos orçamentários do MS;
- Ampliar Saneamento Básico;
- Fortalecer o Controle Social.



Figura 26 – Fonte: Arquivo Projeto Huka Katu



### 3.5 MOMENTOS HISTÓRICOS RELEVANTES



Figura 27 – Fonte: <https://www.brasil247.com>

Com a intenção de facilitar o entendimento dos próximos tópicos cabe aqui citar os momentos históricos relevantes da atenção à saúde ao índio brasileiro.

**1967** – Criação da FUNAI. Ações de saúde esporádicas através das equipes volantes de saúde. Com capacidades operacional e administrativa insuficientes, esta atividade foi se atrofiando até a sua paralisação.

**1986** – I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Proposição do modelo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) sob a gerência do Ministério da Saúde.

**1991** – Criação da Coordenação da Saúde do Índio, subordinada ao Departamento de Operações da FUNASA, para atender ao decreto presidencial nº 23 que transfere para o Ministério da Saúde (MS) a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas.

**1993** – II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas: reiterada a defesa do modelo dos DSEI's e pela criação de uma secretaria especial do



Ministério da Saúde (MS) para gerir a política de atenção à saúde dos povos indígenas.

**1994** – Decreto Presidencial nº 1141/94. Constitui a Comissão Intersectorial de Saúde e devolve, na prática, a coordenação da saúde indígena para a FUNAI, que fica responsável pela recuperação dos índios doentes enquanto que o MS se encarrega das ações de prevenção.

**1999** – Decreto nº 3156/99. A saúde volta a ficar a cargo do MS. “O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, cujas ações serão executadas pela FUNASA.”

**1999/2003** – A partir de 1999 a saúde indígena ascende em nível de departamento na FUNASA que inicia a denominada “reestruturação da saúde indígena”. São finalmente definidos e implantados 34 DSEI em todo Brasil, cujos serviços de atenção básica à saúde e prevenção são executados através da estratégia de terceirização via convênios firmados com organizações indígenas, não-governamentais e municípios.

**2010** – A Lei nº 12.314/2010 autoriza a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) no âmbito do Ministério da Saúde que assegura a autonomia dos DSEIs



Figura 28 – Fonte: <https://www12.senado.leg.br>

### **3.6 ATUALIDADE DA REFORMA SANITÁRIA NO AMBIENTE DO SUBSISTEMA**

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, com seus princípios fundamentais de descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social, propiciou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes capacidade civil plena, não mais de tutela, legislando e tratando sobre suas questões de saúde<sup>6</sup>. Em função das especificidades culturais multiétnicas, esses povos necessitaram de abordagens diferenciadas em saúde para que a reforma sanitária fosse efetiva, consolidando um subsistema de atenção especial, a partir da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em 2002 e posteriormente com a Secretaria Especial de Saúde Indígena no Ministério da Saúde.

A Secretaria Especial de Saúde Indígena, responsável pela atual coordenação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, foi implementada tardiamente, após inúmeros contratempos, para oferecer um novo modelo de responsabilidade sanitária e gestão. Alinhada com as diretrizes do SUS, mas também às necessidades dos povos originários, suas características especiais visam a um modelo descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária e



financeira; a fim de desenvolver ações de atenção integral à saúde e educação em saúde para essas populações, planejar e coordenar as ações de saneamento e edificações de saúde nos territórios, articular estados, municípios e organizações não governamentais nas ações de atenção à saúde indígena e promover o fortalecimento do Controle Social dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) do Brasil.

Foi preciso um olhar ampliado e adaptado para que se cumprisse a reforma sanitária nos territórios indígenas, inclusive acerca dos próprios trabalhadores de saúde envolvidos para esses fins. Respeitando suas organizações socioculturais e seus valores e práticas tradicionais de saúde, essa atual conformação de promoção e assistência à saúde indígena atualmente é alvo de ataques e retrocessos de direitos tão duramente conquistados. Esse modelo de organização construído ao longo do tempo pode contribuir para que iniquidades em saúde sejam evitadas, bem como auxiliar na prevenção de situações que indiretamente as favoreçam, como o preconceito/racismo que gera violência, abuso do álcool e um elevado índice de suicídio nesses grupos; a compreensão das transformações do seu modo de vida; os interesses políticos e econômicos de grupos não indígenas presentes nos territórios que modificam o meio e o trabalho dos indivíduos. Foram necessárias diversas e complexas adaptações para que esses grupos populacionais tivessem o acesso ao sistema de saúde brasileiro com a atual conformação das equipes de saúde, em uma estrutura orçamentária específica dos recursos desse setor e diversas políticas que visam contribuir para a luta dessas populações contra o preconceito, a exploração e as disputas territoriais.

Uma constata na cultura e no histórico de ações em alguns territórios indígenas e enfatizadas por essa política de saúde, está associada as aprendizagens colaborativas e práticas interdisciplinares estão apoiadas nas experiências de diferentes profissionais e atores a fim de prestar uma melhor qualidade de assistência. Assim, o reconhecimento dos atores de saúde



tradicionais, o apoio às lideranças e a mudança de atitudes dos profissionais de saúde de acordo com valores locais e culturais foram mecanismos que serviram de base para aperfeiçoamentos na atuação e na formação dos profissionais de saúde dos DSEI e que continuam aperfeiçoando o fazer diário da saúde indígena.

Favorecer o empoderamento dos povos originários pelos seus representantes sociais e de saúde é um mecanismo que também contribui para a promoção da saúde, a missão da Secretaria Especial de Saúde Indígena e de órgãos prestadores desses serviços: de valorização da cultura indígena e do diálogo intercultural. A contribuição dos profissionais e atores da saúde indígena para a consolidação do SUS, promoção da saúde e empoderamento desses grupos nos territórios ainda não foi retratada na literatura e dialoga com perspectivas passadas, presentes e futuras da saúde indígena.



Figura 29 – Fonte: <https://amazonia.org.br>



## Referências

- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. D.O.U. 02/02/0002. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a atenção à saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 12.314, de 19 de agosto de 2010, que autoriza a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) no âmbito do Ministério da Saúde. DOU 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do componente indígena da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretriz\\_indigena](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretriz_indigena). Acesso em 10 dez.2017.
- FUNAI. Site: [http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/ascom/2018/09-set/HISTORICO\\_SAUDE.pdf](http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/ascom/2018/09-set/HISTORICO_SAUDE.pdf)
- ISA. Almanaque Socioambiental Parque Indígena do Xingu 50 anos, Instituto Socioambiental, 2011
- RIBEIRO, Darcy. Culturas e línguas indígenas do Brasil, Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Pesquisas Educacionais, 1957. 102 p

