

SAÚDE E OS POVOS INDÍGENAS: RETROSPECTIVA HISTÓRICA DAS INSTITUIÇÕES E LEGISLAÇÕES EM SAÚDE INDÍGENA A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL, DE 1988 ATÉ DIAS ATUAIS: O CASO DE MATO GROSSO DO SUL

Camilla de Oliveira Marné Pschisky*

© INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLÓGICAS DE CASTILLA Y LEÓN, Salamanca | 2017.

Resumo: Este artigo tem como propósito abordar a política de saúde destinada ao atendimento da população indígena por meio de regulamentações legais, programas e política públicas, a partir da Constituição Federal de 1988. Resulta daí a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI. Nesse sentido, ao falar de saúde destinada aos povos indígenas, avalia-se como ela se propõe a reconhecer a organização sociocultural distinta, a partir do conceito de interculturalidade, buscando a eficiência no atendimento à população indígena.

Palavras chaves: Saúde, Povos Indígenas e Interculturalidade.

Resumen: Este artículo tiene como propósito abordar la política de salud destinada a la atención de la población indígena por medio de regulaciones legales y políticas públicas a partir de la Constitución Federal de 1988. Resulta de ahí la creación de la Secretaría Especial de Salud Indígena -SESAI. En ese sentido, al hablar de salud destinada a los pueblos, se evalúa cómo se propone reconocer la organización sociocultural distinta a partir del concepto de interculturalidad buscando la eficiencia en la atención a la población indígena.

Palabras-claves: Salud; Pueblos Indígenas e Interculturalidad

1. SAÚDE E OS POVOS INDÍGENAS

Quando abordamos sobre a atenção à saúde destinada a população indígena, observamos que ao longo dos anos, seja quando essa atenção é efetivada pelo órgão indigenista oficial ou por Missões religiosas, permanece sempre o desafio de desenvolver uma atuação diferenciada e específica, em consonância com as características sociocsmológicas dos povos indígenas. Como discuto aqui o período posterior a 1988, quando é publicada a atual Constituição, forjada no processo de redemocratização da sociedade brasileira, após um longo período de regime de exceção militar, o artigo se atém às ações implementadas por parte da FUNAI e, posteriormente, pela Fundação Nacional de Saúde –FUNASA, sucedida pela Secretaria

Especial de Saúde Indígena -SESAI. De acordo com os marcos estabelecidos pela Constituição de 1988 o Estado deve assegurar aos índios o respeito às suas formas de organização social, crenças e costumes. Esta exigência legal obrigou o Estado a implantar políticas e serviços diferenciados para a população indígena.

A década de 1980 foi permeada pelo debate envolvendo vários movimentos sociais, em luta contra a ditadura, na busca da garantia dos direitos sociais, políticos e civis. Desse momento histórico fez parte o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, do qual fez parte o Movimento Sanitário Indigenista, “[...] composto por profissionais de diferentes áreas, que militavam pelos direitos das populações indígenas, entre eles o direito à saúde” (CHAVES, 2006: 40).

A partir daí toma corpo a discussão sobre a obrigação do Estado em oferecer uma política de saúde diferenciada para as populações indígenas. Dois anos antes da promulgação da

* É graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Atua na Prefeitura Municipal de Amambai, onde desenvolve projetos e programas na área de assistência social.

Constituição Federal, em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS). Concomitante com 8ª CNS aconteceu a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (I CNSPI), realizada nos dias 27 a 29 de novembro de 1986, em Brasília.

Para a solução ao dilema da 'descentralização sem municipalização' da saúde indígena, foi pensada a 'Distritalização Diferenciada que “[...] surge como alternativa para garantir o acesso real dos índios aos serviços e a equidade no atendimento, pressupostos para um Sistema de Saúde socialmente justo [...]” (CONFALONIERI, 1989: 446). Isto se deu por meio da criação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas -DSEI.

Os DSEIs, de acordo com Chaves (2006: 42), “compreenderiam exclusivamente as áreas indígenas, ultrapassando muitas vezes os limites geográficos de municípios, diferenciando-se dos distritos comuns do SUS¹”. Diante deste contexto,

[...] a I CNSPI propôs a criação de um Subsistema de Saúde Indígena para atender às especificidades etnoculturais, com representação indígena que pudesse participar da formulação da política de saúde para essa população, bem como do planejamento, da implantação, execução e avaliação das ações e serviços de saúde a ela prestados (CHAVES, 2006: 42).

No ano de 1990 foi sancionada a lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, conhecido como SUS. Seus principais princípios são a universalidade – “a saúde como política pública passa a ser direito de todos, cabendo ao Estado assegurar este direito” (PSCHISKY, 2014:81); a integralidade – “atendendo todas as necessidades dos cidadãos, integrando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação” (PSCHISKY, 2014: 81) e a equidade – garantindo [...] “tratar desigualmente os desiguais, visando promover o acesso universal à saúde” (PSCHISKY, 2014: 81). Mais tarde, esses princípios se fazem presentes na formulação da Lei Arouca – Lei nº 9.836/99.

Por meio da Lei 8029/90, autorizou-se a criação da FUNASA (Fundação Nacional de

Saúde), que dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração Pública Federal, fundindo a FSESP (Fundação Serviços de Saúde Pública) com a SUCAM (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública), para criação da mesma.

A autorização para instituir a Fundação Nacional de Saúde em 1990, não significou sua implementação de imediato, tanto que em 1991 foi realizada a transferência da responsabilidade pela saúde indígena da FUNAI para a FSESP proposta pelo Decreto nº 23/91, que definiu o modelo de organização dos serviços de saúde indígena sob a forma de “Distritos Sanitários de Natureza Especial”, com base nas recomendações da I CNSPI. Desta forma, FESP ficou encarregada da coordenação dos projetos, tanto na fase de elaboração, quanto na de execução, enquanto não fosse instituída a Fundação Nacional de Saúde, de que trata o artigo 11 da Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990.

Durante o ano 1991, houve a criação da Coordenação de Saúde do Índio (COSAI) e da criação da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), instituída pelo Conselho Nacional de Saúde (CSN). A CISI tinha como objetivo “assessorar o CNS na formulação de princípios e diretrizes voltadas para a Política Nacional de Saúde Indígena” (CHAVES, 2006, p. 44).

Em 1992 foi realizada a 9ª Conferência Nacional de Saúde. Nessa conferência, o Movimento Sanitário Indigenista e representantes indígenas marcaram presença em vários grupos de trabalho,

[...] conseguindo que a plenária final aprovasse o Modelo de Atenção à Saúde Indígena Diferenciado, a Moção de Apoio à Criação dos (DSEI) e a indicação para a realização da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (CHAVES, 2006: 45).

A II CNSPI, parte integrante da IX Conferência Nacional de Saúde teve como objetivo a definição das diretrizes da Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (PNASPI) e a atualização das recomendações da I CNSPI, em conformidade com o processo de consolidação do SUS e incorporação de um subsistema diferenciado de saúde para os povos indígenas.

O entendimento que a II CNPSI teve a respeito do processo saúde-doença dos povos indígenas segue a orientação das deliberações propostas nas legislações anteriores, pois

¹SUS – Sistema Único de Saúde, criado pelo governo federal com a proposta de universalizar o acesso a saúde, discutido adiante.

reconhece que:

[...] é resultado de determinantes sócio-econômicas e culturais, como integridade territorial, a preservação do meio ambiente, preservação dos sistemas médicos tradicionais – da cultura como um todo – também da autodeterminação política e não apenas da assistência médico-sanitária (RELATÓRIO da II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, 2010).

Algumas diretrizes ao longo dos anos permanecem sendo discutidas e debatidas, ainda sem uma resposta efetiva dos órgãos de governo, como é o caso do concurso público para efetivar a diretriz dos recursos humanos, majoritariamente recrutados através de contratos temporários e precários de prestação de serviços. O Agente Indígena de Saúde (AIS) foi um tema discutido, a sua inserção na saúde por meio de escolha coletiva da comunidade, sem exigência de escolaridade. Situação que em Mato Grosso do Sul modificou-se, passando a haver exigências como seletivo e escolaridade mínima.

De acordo com Brasil (2004: 115), foi por meio da Resolução da CIS nº02 de 1994, que se aprovou o “Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio”

[...] atribuía à Funai/MJ a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes e, ao Ministério da Saúde, as ações de caráter preventivo, como imunizações, saneamento básico, formação de recursos humanos e controle de endemias. Desde então, a Funasa e a Funai dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando cada uma delas, a executar as ações, de forma fragmentada e, muitas vezes, conflituosa. Tanto a Funai quanto a Funasa já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não-governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, não definiam claramente objetivos e metas a serem alcançados e indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena.

Disto resultaram frequentes questionamentos dos indígenas sobre o serviço de saúde e mesmos ações judiciais. No mesmo ano foi criado o Projeto de Lei nº 4.681/94 que dispõe sobre as condições e funcionamento de serviços de saúde para as populações indígenas, encaminhado à diversas comissões. Esse Projeto de Lei foi criado a partir do documento final da II

CNSPI, pelo Deputado Federal Sérgio Arouca, visando garantir um subsistema de saúde indígena em todo território nacional, financiado pela União, vinculado ao Ministério da Saúde, garantindo a saúde indígena de forma descentralizada, como preconiza o SUS, através dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena - DSEIs. Esse projeto de Lei também contemplava a participação da população indígena nos órgãos colegiados, os conselhos de saúde.

O Projeto de Lei nº 4.681/94 ficou tramitando pelas comissões até 1997, quando foi encaminhado novamente como Projeto de Lei da Câmara nº 63/97 e finalmente o projeto foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado, em 1999, pelo então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso, constituindo-se na Lei nº 9.836/99, conhecida como Lei Arouca, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tendo como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

A Lei nº 9.836/99 acrescentou dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que passou a vigorar acrescida do Capítulo V, com o Título 11 - que trata especificamente do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, por meio do Art. 19 (A-H).

Somente após a assinatura do Decreto Presidencial nº 3.156/1999, a Saúde Indígena foi transferida para a FUNASA,

Para viabilizar essa gestão, foi atribuída à instituição a responsabilidade pela execução da atenção à saúde indígena em estreita articulação com a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), em parceria com estados e municípios, buscando garantir acesso das comunidades indígenas ao SUS; e foram definidos incentivos de atenção básica, hospitalar (Portaria nº 1163/1999). A partir desse momento foram criados os Distritos Sanitários, que totalizam hoje 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas articulados à rede local de saúde em quase todo o território nacional, exceto nos estados do Piauí e do Rio Grande do Norte (CHAVES, 2006: 50).

Para o avanço da Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas, o Brasil contou com financiamento por meio do VIGISUS, iniciando em 1999. O VIGISUS I contou com US\$ 8 milhões de recursos entre 1999 a 2004. O

VIGISUS II, realizado entre 2004 e 2009, contou com US\$ 50,3 milhões e o VIGISUS III, última fase do projeto, visando apoiar a SESAI e a autonomia dos DSEIs, estabelecido pelo Decreto 6878/2009, com financiamento, no valor de US\$ 100.000.000, por meio do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD (BANCO MUNDIAL) (BRASIL, 2010).

2. A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

De acordo com documento da FUNASA (BRASIL, 2004: 124), o novo Modelo de Atenção à Saúde Indígena

[...] tem como propósito garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de suas práticas curativas e o direito desses povos à sua cultura.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) prevê uma atuação coordenada entre os três níveis de governo (federal, estadual e municipal), além da cooperação de outras organizações, no sentido de viabilizar as medidas necessárias ao alcance de seu propósito. Com a PNASPI foi estabelecida a forma de organização do Controle Social nos Distritos Sanitários, bem como a sua estrutura através da Portaria nº 852/1999 e, através da Portaria nº 48/1999, as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena foram oficializadas.

Essa assistência dita diferenciada, de acordo com documentos da FUNASA, está diretamente relacionada ao respeito à cultura tradicional, bem como ser um sistema de saúde que trabalhe a interculturalidade. Pode-se pensar a interculturalidade como interação, complementariedad (LERIN, 2013) entre a medicina tradicional e a medicina ocidental, buscando estratégias para abordar a compreensão da medicina tradicional como produto da cultura indígena. Entretanto, deve-se reconhecer que este princípio está longe de se efetivar integralmente nas práticas de saúde promovidas pelo Estado nas comunidades

indígenas.

Quando se observa os preceitos da interculturalidade em relação às práticas de saúde, observa-se que o atendimento diferenciado ficou no plano do discurso formal, apesar das recomendações da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). Permanece um desafio efetivar a observação de princípios como: enfoque integral da Saúde; direito à autodeterminação dos povos (OIT 169); respeito e revitalização das culturas indígenas; reciprocidade das relações; direito à participação sistemática dos povos indígenas, contemplados no Modelo de Gestão da Saúde Indígena proposto em 2013.

Para alcançar os objetivos da PNASPI, foram estabelecidas algumas diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas, entre as quais a atenção primária e os serviços de referência. Tais diretrizes intencionavam preparar os recursos humanos para atuação em contexto intercultural, promovendo a articulação dos serviços de saúde com os sistemas tradicionais. Observa-se, ainda, deficiências na promoção do monitoramento das ações, promoção do uso de medicamentos, controle social, dentre outras.

Os DSEIs, integrados aos princípios do SUS, foram organizados formalmente para atender às seguintes condições: os próprios conceitos de saúde-doença da população e os aspectos intersetoriais de seus determinantes. Para isto deveriam ser construídos coletivamente e possuir instâncias de controle social em todas as esferas de gestão, o permanece um desafio.

Aos DSEIs estão vinculados os Polos Bases e as CASAI. Essas são as unidades que organizam os serviços de atenção à saúde dos povos indígenas em consonância com as diretrizes e princípios do SUS. Até 2010, a FUNASA dispunha de um total de 751 Postos de Saúde; 358 Polos-Base; 62 CASAI e 362 hospitais de referência credenciados para o atendimento de média e alta complexidade. Todas essas estruturas foram transferidas para a SESAI.

A SESAI foi criada através do Art. 6º do Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, estabelecendo-se o prazo de 180 dias para efetivar a transição de todas as atribuições antes alocadas na FUNASA e no Ministério da Saúde. O decreto transfere a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - SASI – diretamente

vinculado ao Ministério da Saúde. Pelo Decreto nº 7.335, de 19 de outubro de 2010, a FUNASA recebeu novas competências por meio da criação do Departamento de Saúde Ambiental – DESAM, que passou a programar ações de saúde ambiental, no âmbito do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, incluindo o controle de qualidade da água para consumo humano e a identificação dos fatores ambientais que determinam risco para a saúde.

As portarias de transição, transferiram toda a estrutura da FUNASA, relacionada à saúde e saneamento básico, para a SESAI. Isso significa que a infraestrutura material, bem como os recursos humanos permaneceram os mesmos, com todos os problemas anteriores, ou seja, viaturas sucateadas, vínculo empregatício através de contrato realizado de forma terceirizada e por meio de organizações não governamentais.

Com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena e a reformulação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, diretamente vinculados ao Ministério da Saúde, todas as ações de Atenção à Saúde Indígena, incluindo as de saneamento ambiental em terras indígenas, anteriormente sob a responsabilidade da FUNASA, permaneceram em processo de transferência para o Ministério da Saúde, formalmente até o final de 2011. De acordo com o Relatório de Gestão do ano de 2010 (BRASIL, 2010), essa medida foi adotada para cumprir o disposto na Lei Sérgio Arouca, a qual estabelece que ações de saúde e saneamento em terras indígenas serão de competência da União e deverão ser desenvolvidas pela Administração Direta, de modo a atender às recomendações da auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) e à orientação do Ministério Público Federal. A SESAI, portanto, foi criada para atender a duas demandas, uma demanda expressa pela população indígena, que solicitava a extinção da FUNASA, e outra das instituições de controle do Estado, atendendo às recomendações do TCU.

A SESAI passou a coordenar e executar o processo de gestão do SASI em todo território nacional, tendo como missão principal a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas, assumindo a gestão de saúde indígena. Fica responsável por orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde, segundo

as peculiaridades dos povos indígenas, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada DSEI, em consonância com as políticas e programas do SUS.

3. REALIDADE DA SAÚDE INDÍGENA NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Os dados do censo demográfico do IBGE (2010) revelam que o Estado de Mato Grosso do Sul é o segundo mais populoso em relação à população indígena, com 77.025, dos quais 15.867 estão fora das terras indígenas, ficando para trás apenas do Amazonas. Ainda de acordo com IBGE (2010), há 75 terras indígenas, distribuídas em oito etnias, por ordem de predominância demográfica, são: Kaiowá, Guarani, Terena, Kadiwéu, Kinikinau, Guató, Ofaié, Atikun e os Camba-Chiquitano.

O Distrito Sanitário Especial Indígena do Estado de Mato Grosso do Sul (DSEI-MS) fica localizado na região do pantanal sul mato-grossense, próximo à divisa com o Paraguai e a Bolívia. O DSEI Mato Grosso do Sul iniciou o primeiro levantamento demográfico e epidemiológico nas aldeias do Estado entre 1999 e 2000. Em 2001 implantou a primeira Equipe Multidisciplinar de Saúde, bem como Programas de Saúde.

A SESAI atua diariamente em 77 terras indígenas no estado de Mato Grosso do Sul. Os Polos Base contam com Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) “[...] que é composta por médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliar de enfermagem, agentes indígenas de saneamento (AISAN), agentes indígenas de saúde (AIS)” (SCOPEL, LANGDON, SCOPEL, 2007, p.53). Incluindo, a partir da Portaria nº 2.759, de outubro de 2007, profissionais de saúde mental (psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais), que realizam acompanhamento domiciliar nas diferentes áreas, atendimento ambulatorial e encaminhamento à rede de atendimento do SUS.

Existe sob a responsabilidade do DSEI-MS, três CASAIs situadas nos municípios de Campo Grande, Dourados e Amambai. As CASAIs de Campo Grande e Dourados centralizam os principais serviços de saúde do Estado, em média e alta complexidade. Juntas as três CASAIs dispõem de quinze Polos Base atuando em vinte e nove municípios.

4.SAÚDE ENTRE OS KAIOWÁ: RELAÇÃO ENTRE ALMA, CORPO E ESPÍRITO

A relação entre alma/corpo/espírito no processo de saúde dos Kaiowá remete a dois conceitos de alma: a alma espiritual (ñe'ẽ, ayvu) - e a alma do corpo (ã, ang, angue). A primeira se manifesta através da palavra e toma seu lugar no corpo da mulher no momento da concepção (oñapykano). Durante a vida do homem essa alma fica na região da garganta, por isso que as doenças na garganta ou apenas dor de garganta são consideradas doenças graves para os Kaiowá. A origem da alma espiritual precisa ser descoberta pelo xamã -tesapyso e depois passada à criança, o que acontece logo depois a criança pronunciar suas primeiras palavras.

Para Melià e o casal Grumberg (2008), o ñe'ẽ parece estar relacionada com propriedades do sangue e do leite materno, por isso que as transfusões de sangue só são possíveis entre parentes sanguíneos. O mesmo acontece com o aleitamento materno, a criança que perde sua mãe só pode ser amamentada por parente de sangue.

Há também três aspectos distintos da alma/espírito (ñe'ẽ) tyke'yra, tyke'y mirĩ e tyvy mirĩ. Se há falta de uma delas, o homem corre perigo de perder o senso de realidade ou sua essência espiritual. Também pode ter sua alma roubada por algum ser espírito maligno, que também podem aparecer em sonhos (los pytumbory), retirando o ânimo da pessoa. As pessoas ficam debilitadas e só o xamã - mba'ekuaa, especializado nesse tipo de conhecimento, pode curar, mediante rezas, indicando o caminho de volta para a alma. Uma ausência prolongada da alma tem como consequência a morte. Quando a pessoa morre, o ñe'ẽ translada para o paraíso.

Já a alma do corpo se manifesta durante a vida, na sombra:

[...] es designada con la palabra ã. Se nos explicó este concepto, poniendo como ejemplo a aquellos Paĩ que se civilizaran y ya no viven más según el paĩ rek; son solamente paĩ ra'anga, sombras de Paĩ, pues perdieren su alma espiritual y no pueden volver más al paraíso de los Paĩ. Al morir el ã se torna angue, queda en la tierra y puede incorporarse en un animal. Los angue o animales poseídos por un angue constituyen un peligro para las almas, especialmente de parientes y amigos del difunto, porque los quieren seducir y llevárselos consigo (MELIÀ, GRUMBREG e GRÜMBERG, 2008: 171).

Egon Schaden (1998) no que concerne a medicina tradicional afirma que uma das forças mais destrutivas na sociedade kaiowá é a constante suspeita de práticas de magia negra no meio do grupo:

No hay mucha exageración en la afirmación de que el miedo de volverse víctima de prácticas de esa clase es preocupación cotidiana de todo Guaraní. Algunos grupos de la actualidad alcanzan en este sentido, en ciertas épocas, un estado de profunda exasperación colectiva, en que todos se creen amenazados por todos, situación que se explica en gran parte por la crisis aculturativa y, en especial, por el estado de deprivation y de miseria, como por las deplorables condiciones de salud en que viven. Las prácticas de magia negra entre los Guaraní son encaradas como técnicas racionales con vistas a determinado fin, no habiendo en ellas nada de místico, ni de sobrenatural, a no ser en lo referente al origen de ciertos poderes. (SCHADEN, 1998: 155).

A pessoa mais temida entre os Paĩ (autodenominação dos Kaiowá) é o feiticeiro (paje vai/mohãjary), que pode tanto ser homem quanto mulher: ele consegue um objeto que, por meio mágico, introduz no corpo da pessoa cuja morte pretende causar. "El paje vai puede ser visto por el enfermo en el sueño o en una alucinación, muchas veces como perro que busca moderle" (MELIÀ, GRUMBREG e GRUMBERG, 2008: 172).

As enfermidades mais perigosas que podem afetar toda a comunidade são as enviadas por Deus (Ñandejára mba'asy), especialmente as epidêmicas, e para combatê-las é preciso restabelecer o modo perfeito de se viver -teko porã, o que é feito através das rezas. Existem rezas para fazer o mal e reza para desfazer o efeito maléfico da reza má. "En opinión de los indios, los 'rezos para hacer el mal' no constituyen aún hechizo. Me dijeron que el 'hechizo' propiamente dicho es mohã vai hecho con restos de comida (cáscara de banana, de naranja, etc.), y de acción más lenta. No me quisieran enseñar la técnica" (SCHADEN, 1998: 156).

Para Melià e o casal Grumberg (2008), os médicos-rezadores precisam ser especialistas na relação entre a alma e corpo, mantendo os vínculos sempre fortes e saudáveis. Ñande Ru é o único que pode se comunicar diretamente com

os tupãnguéry para encontrar a causa da enfermidade e pode encontrar o objeto maligno que causa a doença e morte por feitiçaria. Mais frequentes que os verdadeiros ñande ru são os mba'ekuaa, rezadores que têm conhecimento das ervas medicinais - pohã ñana, para aplicar seus conhecimentos no apoio a comunidade. Na realidade, os Kaiowá consideram quase todas as pessoas mais velhas como mba'ekuaa.

Para Schaden (1998), as doenças podem ser originadas por qualquer corpo estranho, substâncias venenosas ou por qualquer forma prejudicial para a saúde, como consequência de magia negra, na qual o rezador só pode desfazer se encontrar o responsável, ou por via natural, que se dá pela conjunção de condições adversas ou por manifestações de certas divindades, podendo ser removida com ervas medicinais e auxílio de cerimônias religiosas. Doldán (2009) corrobora com essa ideia, dizendo que as doenças para os Guaraní se classificam em dois grandes grupos: Ñandejára mba'asy - enviada por Deus, por meio de causas físicas ou naturais. "En estos casos los curadores indígenas (Ñande Ru, Ñande Sy) tienen mejor predisposición para aceptar la colaboración de la Medicina Oficial" (DOLDÁN, 2009: 87).

No segundo grupo, encontram-se as doenças enviadas por "payé vai" (DOLDÁN, 2009: 87), que são doenças causadas pela desarmonia entre o paciente e o ambiente social. Doldán não atribui essa desarmonia à feitiçaria e, sim, a "conflictos inter-personales, inter-familiares o inter-grupales, envidia, violación de tabúes, etc.;" (DOLDÁN, 2009: 87). Para este autor, quando as doenças são circunstâncias desse grupo, somente os "Ñande Ru y Ñande Sy pueden administrar el tratamiento eficaz, ya que los doctores no entienden esta clase de enfermedad".

Para Melià, Grumberg e Grumberg (2008), o diagnóstico é feito analisando-se os sintomas e conversando com os doentes e sua parentela; podem ser parentes distantes, porque leva em consideração os antecedentes traumáticos tais como: sustos, encontros com espíritos malignos, etc.. Em todos os casos existe uma comunicação plena entre paciente e médico até chegar a um diagnóstico aceito. No tratamento usa-se uma variedade de plantas e seus derivados e também aplicam-se secreções humanas, como saliva, leite materno, óleo, especialmente para "unciones y fracciones". Também consideram importante a maneira como o paciente se

alimenta junto com os remédios, tendo em vista que os remédios são considerados delicados e não podem ser misturados com certas comidas. Ainda no tratamento

Se aplican también masajes por pellizco y por frotamiento, fricciones con substancias farmacológicas, curas exsudativas con mucho abrigo e ingestión de té caliente, y se sopla sobre las partes enfermas con humo de tabaco, conjuntamente con explicaciones sugestivas (MELIÀ, GRUMBERG E GRUMBERG, 2008: 173).

De acordo com Doldán (2009), os quadros clínicos que conseguiram constatar entre os Guaraní, atribuídos ao paje vai, foram tuberculose, depressão e estado terminal por câncer. Nesse sentido, Brand e Vietta (2004: 235) afirmam que

[...] os Kaiowá e os Guaraní acreditam que a proliferação e o surgimento de inúmeras doenças, entre as quais incluem o feitiço, a violência e o suicídio, indicam o desequilíbrio da sociedade, em face das inúmeras mudanças, e fazem uma distinção entre o potencial apresentado pelos ñanderu, no passado e no presente para controlar a sua incidência.

A morte para os Paĩ é a última e mais difícil prova da sua vida na terra que, em geral, é considerada como prova para a alma e preparação para a vida verdadeira na morada dos deuses (paraíso, 'terra sem males'). Desta forma,

Es en ese momento de la muerte cuando la solidaridad y corresponsabilidad social de los Paĩ nos parece más fuertemente visible. Toda la comunidad, en especial los parentes más cercanos y los viejos, participan y coadyuvan en la preparación del individuo para la muerte. Le acompañan con rezos, le cuentan de las bellezas de su futura vida y de los parientes ya muertos, con quienes se van a encontrar otra vez; hasta se les pide a veces llevar saludos a las almas de parientes difuntos. [...] Después de la muerte, los parientes del difuntos suelen alejarse por algún tiempo de su propia casa, si ésta cerca de la casa del difunto. Esta misma solía ser abandonada completamente y quemada. La razón es que se teme la vuelta de una de las almas del difunto, el angue, el alma que se manifiesta durante la vida en la sombra y que puede llamar el alma de cuerpo. Al morir, esta alma se queda en la tierra y puede incorporarse en algún animal y/o tornarse espíritu maligno que desea llevarse al alma de sus parientes y amigos para no estar solo. La que se traslada al paraíso y nunca muere es el alma

espíritual, ñe'ë que durante la vida se manifesta en la palabra o através del hablar y tiene su asiento en la garganta (MELIÀ, GRUMBERG & GRUMBERG, 2008: 180-181)

Corroborando com essa ideia, Schaden (1998: 161-162) diz que um dos assuntos mais difíceis entre os Guarani é o que se refere à morte e às práticas funerárias, por conta do medo dos mortos. A morte mais temida é a morte da alma, que ameaça o morto e as pessoas com as quais convive "infelices que se encontraren sobre la Tierra cuando ésta sea destruida".

Nesse sentido, podemos afirmar que a condição de saúde, não é apenas a ausência de doença. A condição sine qua non de saúde se dá pela articulação da mente, corpo e espírito e são consubstanciadas entre si. Desta forma podemos dizer que, para o Kaiowá, "o corpo é são quando a mente é sã" (MURAE SILVA, 2012: 143).

As concepções kaiowá sobre saúde, acima esboçadas, estão longe de serem contempladas no serviço de saúde oferecido pelo Estado. A SESAI encontra sérias dificuldades em estabelecer o diálogo com promotores da saúde nas comunidades, no caso os xamãs. Prevalece a tendência dos profissionais de saúde atuarem de acordo com suas formações, orientadas exclusivamente pela medicina ocidental.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi possível verificar, tendo como marco a Constituição Federal de 1988, especificamente sobre a política de saúde, houve um avanço sobre a discussão do atendimento específico e diferenciado destinado à população indígena, com o objetivo de promover uma atenção à saúde de forma equânime. Para tanto, em 1999 foi aprovada a Política Nacional de Saúde Indígena, inicialmente executada pela FUNASA e, atualmente, implementada pela SESAI, sendo a mesma, fruto das deliberações das Conferências Nacional de Saúde Indígena.

A SESAI tem a atribuição de coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo território nacional, tendo como principal objetivo a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas. Deve também atuar no desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena, em consonância com as políticas e programas do SUS. Além disso, coordena a gestão sanitária, traçando o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada DSEI. Tais ações

devem ser desenvolvidas consonância com as políticas e os programas do SUS e, em observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais indígenas. Além destas atribuições, a SESAI deve promover ações para o fortalecimento do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SASI. É inegável que o fato de ter na política de saúde na política de saúde do Estado um subsistema de saúde indígena, com uma política específica para o atendimento da população indígena, representa um avanço significativo. Porém é uma política que precisa avançar nas questões como o respeito à medicina tradicional, a interculturalidade e a efetiva participação indígena. Uma desafio para consolidação dessa política de atenção diferenciada parece ser a contração de recursos humanos em caráter permanente, via concurso específico, o que permitiria o investimento público na qualificação destes profissionais para o atendimento diferenciado à população indígena, como preconiza a legislação.

6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRAND, A. J. e VIETTA, K. (2004). Missões Evangélicas e Igrejas Neopentecostais entre os Kaiowá e os Guarani em Mato Grosso do Sul. In: WRIGHT, Robin M. (Org.). Transformando os Deuses II. Campinas: Editora da Unicamp, p. 219-260.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (2009). Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Projeto Vigisus I – 1998 – 2004. Disponível em: <[http://www.funasa.gov.br/internet/vigisus_órico.asp](http://www.funasa.gov.br/internet/vigisus_hist_órico.asp)>. Acesso em: 10/02/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (2008). Relatório de gestão 2007. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (2009). CORE/DSEI/MS. Relatório anual de Gestão 2009. Campo Grande.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (2010). Relatório de gestão

anual 2010. Campo Grande.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena (2013). Relatório de gestão anual 2013. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Operacional do Banco Mundial 4.10 Maio de 2010. Disponível em : <http://www.funasa.gov.br/site/wpcontent/uploads/2010/01/BR%20V3%20IPP%20baseada%20no%20MOP%208%20Maio%202010%20REVISION%20JOANA.pdf>. Acesso em: 10/07/2013.

CAVALCANTE, T. L. V. (2013). Colonialismo, Território e Territorialidade: a luta pela terra dos Guarani e Kaiowa em Mato Grosso do Sul. Tese de Doutorado em História. UNESP. Assis/São Paulo.

CHAVES, M. B. G (2006). A Política de Saúde Indígena no Município de Angra dos Reis: um estudo de caso. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. FIOCRUZ/RJ. Rio de Janeiro.

CONFALONIERI, U. E. C. (1989). O sistema Único de Saúde e as Populações Indígenas: Por uma integração diferenciada. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, out/dez, p. 441-450.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS (1988). Relatório da I Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas. In: Saúde em Debate, Londrina, Edição Especial, Jan.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS. Relatório da II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas. Disponível em : <http://dab.saude.gov.br/docs/geral/2cnsi.pdf>. Acesso em: 12/7/2010.

CONSÓRCIO IDS-SSL-Cebrap. Modelo de Gestão da Saúde Indígena. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modelo_gestao_saude_indigena.pdf. Acesso em: 28/08/2013.

CORE/DSEI/MS. Relatório anual de Gestão 2007. Disponível em :

<http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/conhecaFunasa/prestContas/RELAT%C3%93RIO%20DE%20GEST%C3%83O%20-%20MS%20-%202007.pdf>. Acesso em: 20/07/2010.

DOLDÁN, S. R.(2009). Antropología Cultural aplicada a las ciencias de la salud. 2ª ed. Assunción: Centro de Estudios Antropológicos de la Universidad Católica - CEADUC. Vol. 70.

LANGDON, E. J. (1988). Saúde indígena: a lógica do processo de tratamento. In: Saúde em Debate, Londrina, Edição Especial, p. 12-15, Jan.

_____ (2007). Problematizando os Projetos de Medicina Tradicional Indígena. In: Medicina Tradicional Indígena em Contextos. Anais da I Reunião de Monitoramento, Ministério da Saúde, Brasília – DF, p.110-119.

LERIN, S. Interculturalidad y Salud: Recursos Adecuados para la Población Indígena y Propuestas Orientadas a Opacar la Desigualdad Social. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ley31819.pdf>. Acesso em: 06/03/2012.

MELIÀ, B., GRÜNBERG, G., GRÜNBERG, F.(2008). Los Pa'i Tavyterã: Etnografía guaraní Del Paraguay contemporáneo. 2ª ed. Assunción: CEADUC.

MURA, F. e SILVA, A. B. (2012). Tradição de conhecimento, processos experienciais e práticas de cura entre os Kaiowa. In: GARNELO, L. e PONTES, A. L. (Orgs.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI. Cap.4, p. 128-155.

PEREIRA, L. M. (1999). Parentesco e Organização Social Kaiowá. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. UNICAMP. Campinas, SP, 251p.

_____ (2014). O território e a organização social kaiowá: inter-relações entre séries sociológicas e séries cosmológicas. In: Culturas e História dos Povos Indígenas. 2º Módulo. Campo Grande – MS.

PSCHISKY, C. O. M. (2014). Os sistemas de

atenção à saúde dos Kaiowá e Guarani em Mato Grosso do Sul: da assistência esporádica à assistência sistemática (1910 a 2013). Dissertação de Mestrado em História. UFGD/MS. Dourados.

SCHADEN, E. (1998). Aspectos Fundamentales de la Cultura Guaraní. Assunción: Biblioteca Paraguaya de Antropología, Vol.28.