

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

ALICE SARCINELLI

**A POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL NA DÉCADA DE  
1990 E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O CASO DAS ALDEIAS DO  
ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA  
2009

ALICE SARCINELLI

**A POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL NA DÉCADA DE  
1990 E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O CASO DAS ALDEIAS DO  
ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

VITÓRIA  
2009

ALICE SARCINELLI

**A POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL NA DÉCADA DE  
1990 E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O CASO DAS ALDEIAS DO  
ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Prof.<sup>o</sup> Dr. Adauto Emmerich  
Orientador

A meus pais,  
por todo AMOR.

Agradeço primeiramente a meus pais, Roberto e Solange, por seu exemplo e estímulo. Não me vejo sem vocês!

A meu irmão Gabriel, pelo companheirismo.

A todos meus amigos que dividiram comigo momentos de anseio e empolgação ao longo dessa jornada. Em especial a Gija e Déia, as irmãs que a vida ainda criança me deu, minhas fiéis escudeiras. E a Letícia, minha mais nova amiga de infância, terapeuta oficial.

Ao Ricardo por estar a meu lado nos quase três anos de grandes transformações em nossas histórias.

A meu Orientador, Adauto Emmerich, por me acompanhar nessa jornada.

A minha Tia Maria Ignês Pfister, que interveio orientando-me na hora em que eu mais precisava.

Às comunidades indígenas de Aracruz-ES, pela acolhida.

Aos profissionais das equipes de saúde indígena e da Secretaria Municipal de Saúde de Aracruz, por toda colaboração. Sem vocês esse trabalho não se realizaria.

Aos entrevistados pelas valiosas informações prestadas de maneira tão carinhosa. Vocês deram riqueza à pesquisa.

À Celeste Ciccarone pela cessão de documentos de seu acervo particular relativos ao histórico da saúde indígena no Município de Aracruz.

À professora Maristela Dalbello Araújo pelas orientações metodológicas.

A Marlon Bartolani pela bibliografia concedida e experiência partilhada.

Aos professores Ricardo Ventura Santos e Rita de Cássia Duarte Lima pelas contribuições apresentadas na qualificação do trabalho.

## RESUMO

Em 1999, foi regulamentado, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o Subsistema de Saúde Indígena brasileiro, que visa a garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, respeitando a especificidade e diversidade dos mesmos. Sua implementação originou os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). As Aldeias Indígenas do Município de Aracruz - Espírito Santo (ES), de etnia Tupiniquim e Guarani, fazem parte do DSEI Minas Gerais/ES. O presente estudo de caso exploratório-descritivo se propôs a analisar a implementação da política de saúde indígena em Aracruz-ES, de 1990 a 1999, identificando marcos normativos da Política Indígena Nacional, e correlacionando-os com o processo de decisões e ações por eles desencadeado localmente. Foram realizadas pesquisa de campo e documental, através de análise de registros administrativos da Fundação Nacional de Saúde, da Fundação Nacional do Índio e da Prefeitura Municipal de Aracruz (PMA), de documentos do Núcleo Interinstitucional de Saúde do Índio do ES (NISI-ES), do documento final da I Conferência Estadual de Saúde Indígena do ES, entre outros. Na pesquisa de campo, a coleta de dados foi realizada através de entrevistas com atores-chave, indígenas e não-indígenas. As informações documentais foram comparadas, complementadas e enriquecidas pelos dados coletados nas entrevistas, buscando validá-las ao mesmo tempo em que iam se configurando respostas aos objetivos da pesquisa. Os resultados evidenciaram que o Município, antecipando-se à institucionalização do subsistema indígena, desde fins da década de 90 já se responsabilizava pela atenção à saúde nas aldeias, facilitando o processo de implementação do DSEI MG/ES, cujo modelo organizacional se baseia em uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada, com complexidade crescente, e articulada com o SUS. Esse processo foi facilitado pelo fato de a PMA, desde 1997, já se encontrar habilitada na gestão plena do sistema municipal de saúde, possibilitando a transferência automática e direta de recursos do nível federal ao fundo municipal de saúde, a partir de novembro de 1999, para o pagamento tanto dos Agentes Indígenas de Saúde quanto, posteriormente, das Equipes Multidisciplinares de Saúde da Família Indígena. Outro fato positivo foi já haver nessas aldeias, desde 1994, a estruturação de uma rede física de atenção à saúde

indígena, arquitetada em parceria com a FUNAI e a FUNASA, onde as equipes puderam se instalar. Entretanto, apesar dos avanços conseguidos, não são ainda levadas na devida consideração as especificidades da população indígena. A qualidade ou quantidade dos recursos físicos se sobrepuja à capacitação dos recursos humanos, esvaziando de sentido a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos Indígenas, e, conseqüentemente, não alcançando seus objetivos.

Palavras-chaves: Política de Saúde; Sistema Único de Saúde; Saúde Indígena.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACBR	– Associação Comunitária de Barra do Riacho
ACD	– Auxiliar de Consultório Dentário
AIH	– Autorizações de Internação Hospitalar
AIS	– Agente Indígena de Saúde
AISAN	– Agente Indígena de Saneamento
AITG	– Associação Indígena Tupiniquim e Guarani
ANVISA	– Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BANDES	– Banco de Desenvolvimento do Espírito Santo
BANESTES	– Banco do Estado do Espírito Santo
CASAI	– Casa de Saúde do Índio
CEC	– Conselho Estadual de Cultura
CESIES	– Conferência Estadual de Saúde Indígena do Espírito Santo
CIMI	– Conselho Indigenista Missionário
CISI	– Comissão Intersetorial de Saúde do Índio da Fundação Nacional de Saúde
CIS	– Comissão Intersetorial sob responsabilidade da Fundação Nacional do Índio
CNES	– Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	– Conferência Nacional de Saúde
CNSPI	– Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio
COFAVI	– Companhia Ferro e Aço de Vitória
CORE/ES	– Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde no Espírito Santo
COSAI	– Coordenação de Saúde do Índio
DAB	– Departamento de Atenção Básica
DATASUS	– Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEC	– Departamento Estadual de Cultura
DENSP	– Departamento de Engenharia de Saúde Pública
DEOPE	– Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde
DESAI	– Departamento de Saúde Indígena
DSEI	– Distrito Sanitário Especial Indígena



DST	– Doença Sexualmente Transmissível
EMATER	– Empresa do Brasil em Desenvolvimento Agropecuário
EMSFI	– Equipes Multidisciplinares de Saúde da Família Indígena
EMSI	– Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
EMCATUR	– Empresa Capixaba de Turismo
ES	– Espírito Santo
EVS	– Equipes Volantes de Saúde
FIOCRUZ	– Fundação Oswaldo Cruz
FNS	– Fundação Nacional de Saúde
FNS	– Fundo Nacional de Saúde
FSESP	– Fundação de Serviços de Saúde Pública
FUNAI	– Fundação Nacional do Índio
FUNASA	– Fundação Nacional de Saúde
GT	– Grupo de Trabalho
HUCAM	– Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes ou Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Espírito Santo
IAB-PI	– Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas
IAE-PI	– Incentivo para a Atenção Especializada aos povos Indígenas
IAPI	– Fator de Incentivo para Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPCA	– Índice de Preços ao Consumidor
ISA	– Instituto Socioambiental
LBA	– Legião Brasileira de Assistência
LOS	– Leis Orgânicas da Saúde
MAB	– Ministério da Agricultura e Abastecimento
MAC	– Média e Alta Complexidade Hospitalar
MAIC	– Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio
MDA	– Ministério do Desenvolvimento Agrário
ME	– Ministério dos Esportes
MEC	– Ministério da Educação
MI	– Ministério da Integração
MJ	– Ministério da Justiça

MMA	– Ministério do Meio Ambiente
MPF	– Ministério Público Federal
MS	– Ministério da Saúde
NISI-ES	– Núcleo Interinstitucional de Saúde do Índio do Espírito Santo
OIT	– Organização Internacional do Trabalho
ONG	– Organização Não Governamental
PAB	– Piso de Atenção Básica (PAB
PAC	– Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	– Programa de Agentes Comunitários
PL	– Projeto de Lei
PMES	– Polícia Militar do Espírito Santo
PPA	– Plano Plurianual
PPI	– Programação Pactuada Integrada
PPS	– Partido Popular Social
PMA	– Prefeitura Municipal de Aracruz – ES
PNASPI	– Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PSF	– Programa de Saúde da Família
RDC	– Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária
SAMU	– Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEAMA	– Secretaria de Estado do Meio Ambiente e Recursos Hídricos
SEMSA	– Secretaria Municipal de Saúde de Aracruz
SAS	– Secretaria de Atenção à Saúde
SPI	– Serviço de Proteção aos Índios
SPILTN	– Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais
SIABI	– Sistema de Informação sobre Saneamento Básico em Áreas Indígenas
SIASI	– Sistema de Informações de Saúde Indígena
SISVAN	– Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional
SNT	– Serviço Nacional de Tuberculose
SPU	– Serviço de Patrimônio da União
SUCAM	– Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	– Sistema Único de Saúde
SUSA	– Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas

TI	– terras indígenas
UAE	– Unidade de Atendimento Especial
UBCLAI	– União Banda de Congo “Luzes do Arco-Íris”
UBSFI	– Unidades Básicas de Saúde da Família Indígena
UCIS	– Unidade Comunitária de Integração Social
USFI	– Unidades de Saúde da Família Indígena
USI	– Unidades de Saúde Indígena
UFES	– Universidade Federal do Espírito Santo
USFI	– Unidade de Saúde da Família Indígena

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Recursos previstos no Plano Plurianual.....	57
Quadro 2 – PAB e IAPI no período de 2000 a 2004 (valores em reais, deflacionados) .....	60
Quadro 3 – Distribuição da população indígena, do número de famílias e de residências por aldeia. ....	61
Quadro 4 – Ações de saúde determinadas no Plano de Trabalho do NISI-ES, para as aldeias de Caieiras Velhas, Irajá, Comboios, Pau-Brasil e Boa Esperança, no ano de 1994.....	94
Quadro 5 – Detalhamento das metas para o ano de 1995 do Projeto Saúde Aldeias Indígenas a serem cumpridas nas aldeias de Caieiras Velhas, Irajá, Comboios, Pau-Brasil e Boa Esperança. ....	96
Quadro 6 – Visão da comunidade indígena Guarani de Tekoá-Porã a respeito de suas relações institucionais com organizações governamentais e não-governamentais. ....	100
Quadro 7 – Dados referentes ao Programa de Saúde da Família Indígena no Município de Aracruz-ES no ano 2000.....	103
Quadro 8 – Distribuição dos recursos humanos lotados nas Unidades Básicas de Saúde da Família Indígena no município de Aracruz-ES, por cargo e unidades, em 2007.....	111

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>CAPÍTULO I - PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	21
1.1 Análise da implementação da Política de Saúde Indígena nas aldeias de Aracruz – ES.....	21
1.2 Técnicas e análise da pesquisa.....	21
1.3 Espaço da pesquisa .....	24
<b>CAPÍTULO II - A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS: ANTECEDENTES E FORMULAÇÃO</b> .....	25
2.1 Índios no Brasil: quem e quantos são? .....	25
2.2 Antecedentes: histórico da política de saúde indígena brasileira.....	31
2.3 Formulação: processo de discussão da Política Nacional de Saúde Indígena ...	36
<b>CAPÍTULO III - SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA</b> .....	41
3.1 Organização do Subsistema de Saúde Indígena.....	41
3.2 Formação e capacitação de recursos humanos para atuação em saúde indígena.....	46
3.3 Sistema de Informações de Saúde Indígena (SIASI) .....	46
3.4 Controle social .....	48
3.5 Gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena .....	50
3.6 Financiamento do Subsistema de Saúde Indígena .....	56
<b>CAPÍTULO IV - POVOS INDÍGENAS NO ESPÍRITO SANTO</b> .....	61
4.1 Os Tupiniquim: características gerais.....	62
4.2 Os Guarani: características gerais.....	66
4.3 A questão da terra .....	70
4.3.1 Os conflitos fundiários .....	71
4.3.2 A interface da luta pela terra com alguns aspectos da vida da população indígena de Aracruz-ES .....	74
<b>CAPÍTULO V - DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO MUNICÍPIO DE ARACRUZ-ES NA DÉCADA DE 1990</b> .....	79
5.1 I e II Encontros Indígenas do Espírito Santo .....	79

5.2 O processo de formulação e institucionalização da Política de Saúde Indígena no Município de Aracruz .....	88
5.3 Implementação da Política de Saúde Indígena no Município de Aracruz .....	101
5.4 Política de Saúde Indígena no Município de Aracruz: panorama atual, entraves e perspectivas .....	104
5.4.1 Gestão dos serviços de assistência à saúde .....	104
5.4.2 Organização dos serviços de assistência à saúde .....	107
5.4.3 Oferta e produção dos serviços de saúde nas Unidades de Saúde Indígena (USI) e rede credenciada .....	109
5.4.4 Financiamento dos serviços de assistência à saúde .....	117
5.4.5 Controle social .....	119
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>122</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>126</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>135</b>

## INTRODUÇÃO

Historicamente, os primeiros cuidados de saúde dispensados aos índios brasileiros partiram das missões religiosas, como parte do processo de colonização territorial (CONFALONIERI, 1989). Somente em 1910, com a criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), órgão destinado a proteger os índios, iniciou-se uma política nacional voltada exclusivamente para indígenas, que retirou da igreja a responsabilidade total na relação com esses povos. O SPI foi fundado como Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN), vinculado ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio (MAIC), criado pelo Decreto n.º 8.072, de 20 de julho de 1910 e inaugurado em sete de setembro do mesmo ano (LIMA, 1992; RIBEIRO, 1996). Mesmo após sua implementação, a assistência às populações indígenas se manteve desorganizada e esporádica, não sendo instituída qualquer forma de prestação sistemática de serviços. As ações restringiam-se a emergenciais ou inseridas em processos de “pacificação”, até a extinção do órgão, em 1967 (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - FUNASA, 2002b), que se deu em meio a inúmeras denúncias de crimes cometidos contra os índios pelos próprios funcionários do SPI.

O SPI foi sucedido pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), órgão subordinado ao Ministério da Justiça, cuja divisão de saúde ficou responsável pelas ações de promoção e prestação da assistência médico-sanitária aos índios, através das Equipes Volantes de Saúde (EVS) (FUNASA, 2002b). A FUNAI sempre enfrentou dificuldades na organização desses serviços de saúde, situação agravada com a crise do Estado brasileiro pós-milagre econômico. O trabalho das EVS nas aldeias era insatisfatório. Os profissionais atuavam de forma descontínua, prestando assistência médica, vacinação e supervisionando a equipe local de trabalho em saúde, geralmente composta por auxiliares ou atendentes de enfermagem (FUNASA, 2002). Havia falta de planejamento e de integralidade das ações, política de remuneração não contempladora de tempo integral, carência crônica de infraestrutura e recursos, falta de articulação com outros níveis de atenção, ausência de um sistema de informação em saúde e o preparo inadequado de quadros para a atuação em comunidades culturalmente distintas (CONFALONIERE, 1989). Com o

passar do tempo, os profissionais das EVS foram se fixando nos centros urbanos, nas sedes das administrações regionais, e sua presença nas aldeias se tornava cada vez mais esporádica, até não mais ocorrer (FUNASA, 2002b).

A Constituição Federal de 1988 representou um marco na reestruturação que o Estado brasileiro vem apresentando para lidar com a questão indígena sob diversos aspectos. Após sua promulgação, a FUNAI e o Ministério da Justiça se mantiveram responsáveis pela demarcação oficial dos Territórios Indígenas reconhecidos pelo Estado. Mas leis, decretos e outros atos normativos distribuíram, a partir da década de 90, atribuições até então da Fundação para outros setores do aparato estatal (GRAMKOW et al., 2007). O campo da atenção à saúde indígena é um exemplo dessa mudança. Em fevereiro de 1991, a promulgação do Decreto Presidencial n.º 23, do presidente Collor (1990-1992), repassou a responsabilidade de gestão e execução da política indígena de saúde da FUNAI para a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), do Ministério da Saúde (VERANI, 1999; FUNASA, 2002b), e definiu pela primeira vez a organização desses serviços sob a forma de “Distritos Sanitários de Natureza Especial” (FUNASA, 2002b). Mas esse Decreto foi revogado, e a responsabilidade pela prestação de cuidados à saúde aos povos indígenas passou a se alternar entre a FUNAI e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (órgão do Ministério da Saúde criado após a extinção da FSESP) até 1999, quando foi aprovada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

Integrada à Política Nacional de Saúde, a PNASPI compatibilizou as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais. Esta proposta foi regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, pela Medida Provisória n.º 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, na qual está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei n.º 9.836/99, que em setembro de 1999 estabeleceu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS (FUNASA, 2002b).



Ao implantar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a FUNASA manteve o modelo de distritalização – um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços, iniciado em 1991, voltado para a proteção, promoção e recuperação da saúde das populações indígenas - através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) (FUNASA, 2002a). A fundação se manteve à frente da coordenação das ações de saúde a serem desenvolvidas em áreas indígenas, mas optou pela renúncia à execução direta das mesmas, através da terceirização dos serviços via convênios com prefeituras, organizações governamentais e não governamentais, as chamadas “conveniadas” (BRANDÃO, 2003; FUNASA, 2005; GARNELO; MARQUES, 2003). No país, foram instalados 34 DSEIs, que estão espalhados em quase todo o território brasileiro, exceto no Piauí e no Rio Grande do Norte (FUNASA, 2002a), com o objetivo de atender 460.000 índios pertencentes a cerca de 210 povos que falam mais de 170 línguas diferentes, residentes de aldeias oficialmente reconhecidas (FUNASA, 2007).

As aldeias do estado do Espírito Santo fazem parte do DSEI Minas Gerais/ Espírito Santo (FUNASA, 2002a). Sua população, estimada em 2.950 indivíduos, é formada pelos povos tupiniquim (90,2%) e guarani e concentram-se no município de Aracruz, no litoral norte, aproximadamente a 70km de Vitória. Está distribuída em sete aldeias, sendo quatro da etnia Tupiniquim, Caieiras Velha (1.239 habitantes), Irajá (470), Pau Brasil (477) e Comboios (474) e três da etnia Guarani, Boa Esperança (86 habitantes), Piraqueaçu (37) e Três Palmeiras (167) (FUNASA, 2008a).

O presente estudo propõe uma aproximação acerca da questão da política de saúde indígena em Aracruz no período de 1990 a 1999 – momento prévio e inicial da implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no município, tomando como referência a dinâmica de formulação e implementação da PNASPI no Brasil.

A primeira Lei Municipal que previu apoio à saúde da população indígena aldeada de Aracruz foi a Lei n.º 1.384, de 17 de abril de 1990 (ARACRUZ, 1990a). Foi sancionada em meio ao amadurecimento sócio-político-cultural dos grupos indígenas das aldeias do Espírito Santo, conformado a partir do Movimento de Revitalização da Identidade Cultural Indígena, iniciado em 1985. Tal Movimento fortaleceu a luta pelas demandas internas dos grupos indígenas de Aracruz –

inicialmente representadas pela luta pela terra – (COUTINHO, 2003), e influenciou de maneira decisiva a organização da I Conferência Estadual de Saúde Indígena do Espírito Santo (CESIES), em outubro de 1993 (CONFERÊNCIA..., 1993) – para fins desse texto, considerada o marco representativo do início da formulação de políticas de saúde indígena no Estado.

Do documento final dessa I Conferência, elaborado pelos 24 delegados eleitos com este objetivo, constaram propostas a serem apresentadas na II Conferência Nacional Para os Povos Indígenas, realizada em Luziânia – Goiás, em outubro de 1993 (CONFERÊNCIA..., 1993). Dentre elas, estava a regulamentação do Decreto Presidencial n.º 23/91, com a sua redação original. A promulgação desse Decreto, em fevereiro de 1991, repassou a responsabilidade de gestão e execução da política indígena nacional de saúde da FUNAI para a FSESP, do Ministério da Saúde (FUNASA, 2002b; VERANI, 1999), e definiu pela primeira vez a organização dos serviços de saúde indígena sob a forma de “Distritos Sanitários de Natureza Especial” (FUNASA, 2002b).

De fato, a conformação do DSEI MG/ES só se deu a partir 1999, após um percurso não linear e conflituoso, que imprimiu à população indígena de Aracruz precárias condições de saúde e dificuldade de acesso aos serviços sanitários por anos. É essa história que este trabalho se propõe a contar.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar o processo de implementação da política de saúde indígena no município de Aracruz-ES, no período de 1990 a 1999. Os objetivos específicos são:

- a) identificar marcos normativos da Política Indigenista Nacional na década de 1990 e correlacioná-los com o processo de decisões e ações por eles desencadeado nas aldeias indígenas do Espírito Santo, contextualizando, descrevendo e analisando a implementação da política de saúde indígena no município de Aracruz no período de 1990 a 1999;
- b) discutir a inserção da população indígena no Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Aracruz e a adaptação do SUS local à especificidade dessa população.

Dentre os estudos que tratam de aspectos da política de atenção à saúde indígena atualmente em vigor no Brasil há que se destacar os trabalhos de Marques (2003) e Chaves (2006). Ao analisarem o percurso histórico da implementação da atual política de saúde indígena em realidades locais, Cuiabá e Angra dos Reis, respectivamente, as autoras inspiraram o delineamento da pesquisa aqui descrita, na qual se buscou problematizar esse processo nas aldeias de Aracruz-ES.

A respeito da saúde e política de saúde indígena no Espírito Santo, a bibliografia indispensável se encontra em Ciccarone (2001) - Drama e sensibilidade: Migração, Xamanismo e Mulher Mbya Guarani; Bertolani (2008) – Representações sociais da saúde e políticas de saúde voltadas a populações indígenas: uma análise entre o sistema de saúde Guarani e a Biomedicina e Pellon (2008) – Tensões interculturais e os impactos no processo saúde-doença na população Guarani Mbyá do município de Aracruz-ES. Os três autores dissertam sobre os Guarani das aldeias de Aracruz, e fornecem informações importantes para o entendimento da cultura e cosmologia desses povos, em complementaridade ao estudo aqui exposto.

Espera-se, com os resultados desse trabalho, contribuir para a análise de implementação da PNASPI e do Subsistema de Saúde Indígena, seus entraves e alcances, indicando possibilidades de rumos e alternativas para o serviço de saúde indígena ofertado no Espírito Santo.

## **CAPÍTULO I PERCURSO METODOLÓGICO**

### **1.1 ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NAS ALDEIAS DE ARACRUZ - ES**

Trata-se de um estudo de caso exploratório-descritivo sobre o processo de implementação da Política de Saúde Indígena no município de Aracruz, na década de 1990 (1990 a 1999). Para Marconi e Lakatos (1996, p. 77), estudos exploratório-descritivos combinados

[...] são estudos exploratórios que têm como objetivo descrever completamente determinado fenômeno, como por exemplo, o estudo de um caso para o qual serão realizadas análises empíricas e teóricas. Podem ser encontradas tanto descrições quantitativas e/ou qualitativas [...].

O estudo de caso é um exemplo de pesquisa exploratória que, habitualmente, envolve levantamentos bibliográfico e documental e entrevistas, tendo como objetivo proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato (GIL, 1999). Nesse tipo de estudo são utilizadas

[...] estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. E é útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança”,

tornando-a a modalidade de abordagem compreensiva de escolha para a pesquisa aqui descrita (MINAYO, 2006, p. 164).

A definição da década de 1990 como recorte para coleta de dados se deve à correspondência da mesma ao período histórico nacional de intensa discussão, formulação e implementação da Política de Saúde Indígena atualmente em vigor.

### **1.2 TÉCNICAS E ANÁLISE DA PESQUISA**

Foram realizadas pesquisa de campo e pesquisa e análise documental e bibliográfica.

A pesquisa e análise documental e bibliográfica visando à contextualização geográfica, cultural, social e econômica dos povos Tupiniquim e Guarani no Espírito Santo, sua cosmologia, a questão da luta pela terra e a interface da mesma com alguns aspectos da vida dessa população. O levantamento documental e bibliográfico sobre a formulação, o desenvolvimento e a implementação da política de atenção à saúde indígena no Brasil e no nível local relativos ao período de análise (década de 1990).

Sobre a pesquisa documental, Ferrari (1974, p. 228) pontua:

[...] realiza-se sobre materiais que se encontram elaborados. São fontes acabadas que não receberam ainda um tratamento analítico ou se isso aconteceu ainda podem oferecer contribuições de reforço, ou podem ainda receber uma nova reformulação de acordo com os objetivos da pesquisa [...]

Tomando por base tal conceito, a pesquisa documental foi realizada através de análise de registros administrativos e legislação da FUNASA Coordenação do Espírito Santo (CORE/ES), da FUNAI e da Prefeitura Municipal de Aracruz (PMA), dos relatórios dos I, II e III Encontro Indígena do Espírito Santo, de documentos do Núcleo Interinstitucional de Saúde do Índio do Espírito Santo (NISI-ES), do documento final da I Conferência Estadual de Saúde Indígena do Espírito Santo, do Diagnóstico Participativo de Saúde da Aldeia Tekoá-Porã de Santa Cruz (ES), do Estudo antropológico da Petrobras/Biodinâmica sobre as terras e as populações indígenas situadas próximas ao traçado do gasoduto Cacimbas-Vitória, de documentos da imprensa (notícias publicadas em jornais de circulação estadual e municipal, a saber: A Tribuna, A Gazeta e Seara Aracruzense) e de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, responsável por coletar, processar e disseminar informações sobre saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde de Aracruz disponibilizou seus relatórios de gestão dos anos 1999 a 2008, alegando que documentos anteriores a esse período não teriam como ser resgatados nesse momento, assim como a FUNASA CORE/ES só pôde dispor de consolidados de informação referentes a períodos posteriores a 2004.

Procurou-se superar as dificuldades impostas ao resgate documental utilizando o seguinte critério de inclusão: documentos que relatem a história e fatos da política de saúde de Aracruz e/ou da política de saúde indígena do município, assim como documentos concernentes à saúde da população indígena no Espírito Santo, a partir de 1990 (até o presente), e em período imediatamente anterior a esse, embora o período proposto para a análise da Implantação da Política Indígena de Saúde no município de Aracruz tenha sido a década de 1990. Dessa maneira, buscou-se uma melhor aproximação dos problemas relacionados à gestão, organização, oferta e produção, e financiamento dos serviços de saúde ofertados à população indígena aldeada do Município, para o entendimento da inserção da população indígena no SUS no município de Aracruz e a adaptação do SUS local à especificidade dessa população.

Na pesquisa de campo, a coleta de dados foi realizada através de entrevistas, a partir de roteiro semi-estruturado (ANEXOS A e B).

Conforme conceituado por Minayo (2006, p. 261)

Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem, pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo'. A entrevista semi-estruturada 'combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.

As entrevistas foram realizadas com atores-chave indígenas (em número de 5) e não-indígenas (4), identificados e escolhidos por sua vivência junto à população indígena local, e/ou participação no processo de implementação das Políticas de Saúde nas aldeias de Aracruz (ES). Procurou-se dar voz aos representantes de diferentes instituições, governamentais e não-governamentais, dentre elas: FUNASA, FUNAI, PMA, profissionais de saúde gestores e atuantes nas equipes multidisciplinares de saúde indígena, lideranças indígenas com representação nos conselhos de saúde indígena local e distrital e usuários do sistema local de saúde indígena.

A análise do material foi descritiva, de abordagem qualitativa. As informações levantadas por meio de pesquisa bibliográfica e documental foram comparadas, complementadas e enriquecidas pelos dados coletados nas entrevistas, buscando validá-las ao mesmo tempo em que iam se configurando respostas aos objetivos da pesquisa.

### 1.3 ESPAÇO DA PESQUISA

O estudo não se limitou espacialmente ao território das aldeias. Foram identificadas e analisadas a rede assistencial de saúde do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena disponível à população indígena das aldeias do Município de Aracruz (ES) e a rede credenciada de referência, pública e privada, desde a década de 1990 até o quadro atual, a saber: 4 USFI, 1 Pólo-base, Hospital São Camilo e Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM, – Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Espírito Santo).

A pesquisa, desde sua fase inicial, cumpriu a resolução n.º 304, de 9 de agosto de 2000 (BRASIL, 2008a), de regulamentação complementar à Resolução CNS n.º 196/96 (Diretrizes e Normas Regulamentadoras Envolvendo Seres Humanos), que aprova Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – Área de Povos Indígenas, e prevê a submissão do projeto à avaliação ética e a comunicação aos Conselhos Distrital e Local Indígenas (BRASIL, 1996). Assim sendo, o projeto foi encaminhado para apreciação à Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA - ES), para que fossem feitas as devidas comunicações aos conselhos indígenas, e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo. Após as devidas autorizações, o estudo teve início com visita à FUNASA (Coordenação Regional – ES), para levantamento de documentos, identificação dos dados e informações disponíveis, bem como para preparação das visitas a aldeias, unidades de saúde, pólo base, e demais componentes da rede assistencial de saúde indígena.

## CAPÍTULO II

### A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS: ANTECEDENTES E FORMULAÇÃO

#### 2.1 ÍNDIOS NO BRASIL: QUEM E QUANTOS SÃO?

Quem são os índios no Brasil?

Em 19 de dezembro de 1973 foi decretada lei a principal carta brasileira específica, até os dias atuais, a regulamentar os assuntos indígenas no país, que ficou conhecida como “Estatuto do Índio”, Lei de n.º 6.001/1973 (BRASIL, 1973). O Estatuto estabeleceu, em seus 3º e 4º Artigos, as definições de índio e comunidades indígenas como sendo:

I - Índio ou Silvícola - É todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional;

II - Comunidade Indígena ou Grupo Tribal - É um conjunto de famílias ou comunidades índias, quer vivendo em estado de completo isolamento em relação aos outros setores da comunhão nacional, quer em contatos intermitentes ou permanentes, sem contudo estarem neles integrados.

I - Isolados - Quando vivem em grupos desconhecidos ou de que se possuem poucos e vagos informes através de contatos eventuais com elementos da comunhão nacional;

II - Em vias de integração - Quando, em contato intermitente ou permanente com grupos estranhos, conservam menor ou maior parte das condições de sua vida nativa, mas aceitam algumas práticas e modos de existência comuns aos demais setores da comunhão nacional, da qual vão necessitando cada vez mais para o próprio sustento;

III - Integrados - Quando incorporados à comunhão nacional e reconhecidos no pleno exercício dos direitos civis, ainda que conservem usos, costumes e tradições característicos da sua cultura.

Para o historiador Arruti (2006), essa tradição legalista e o forte senso comum sobre o que deve ser um índio (naturalidade e imemorialidade) têm funcionado como sérios obstáculos à implementação de avanços teóricos e jurídicos no reconhecimento de povos indígenas resistentes, que desde a década de 70 vêm demandando sua homologação como indígenas. Tal pensamento se explica pelo fato de, no Brasil, o que historicamente garantiu aos povos indígenas acesso a recursos, inclusive à terra, foi o reconhecimento pelo Estado de sua condição de índio.



Em entrevista concedida a Castro (2006, p. 43), Viveiros, antropólogo, ressalta que a definição de quem é ou não índio, demandada a antropólogos desde a década de 70 pelo Estado brasileiro, é equivocada, e envolve interesses, principalmente territoriais, além de se fundamentar na idéia ultrapassada de assimilação desses povos.

Por mais bem sucedido que tenha sido ou esteja sendo o processo de desindianização levado a cabo pela catequização, pela missionarização, pela modernização, pela cidadania, não dá para zerar a história e suprimir toda a memória, porque os coletivos humanos existem crucial e eminentemente no momento de sua reprodução, na passagem intergeracional daquele modo relacional que é o coletivo, e a menos que essas comunidades sejam fisicamente exterminadas, expatriadas, deportadas, é muito difícil destruí-las totalmente.

Viveiros, ainda, faz reflexões no sentido de criar uma definição mais ampla possível ao falar sobre as questões polêmicas de “quem é índio?” e “[...] o que define o pertencimento a uma comunidade indígena?”. Uma definição

[...] que reconheça que a questão de quem é ou não índio cabe às comunidades que se sentem concernidas, implicadas por ela. Não cabendo ao antropólogo definir quem é índio, compete-lhe criar condições teóricas e políticas para permitir que as comunidades interessadas articulem sua indianidade (CASTRO, 2006, p. 41).

Em entrevista ao Instituto Socioambiental ele afirma:

‘Índio’ é qualquer membro de uma comunidade indígena, reconhecida por ela como tal.

‘Comunidade indígena’ é toda comunidade fundada nas relações de parentesco ou vizinhança entre seus membros, que mantém laços histórico-culturais com as organizações sociais indígenas pré-colombianas.

1. As relações de parentesco ou vizinhança constitutivas da comunidade incluem as relações de afinidade, de filiação adotiva, de parentesco ritual ou religioso, e, mais geralmente, definem-se nos termos da concepção dos vínculos interpessoais fundamentais própria da comunidade em questão.

2. Os laços histórico-culturais com as organizações sociais pré-colombianas compreendem dimensões históricas, culturais e sociopolíticas, a saber:

(a) A continuidade da presente implantação territorial da comunidade em relação à situação existente no período pré-colombiano. Tal continuidade inclui, em particular, a derivação da situação presente a partir de determinações ou contingências impostas pelos poderes coloniais ou nacionais no passado, tais como migrações forçadas, descimentos, reduções, aldeamentos e demais medidas de assimilação e oclusão étnicas;

(b) A orientação positiva e ativa do grupo face a discursos e práticas comunitários derivados do fundo cultural ameríndio, e concebidos como patrimônio relevante do grupo. Em vista dos processos de destruição, redução e oclusão cultural associados à situação evocada no item anterior, tais discursos e práticas não são necessariamente aqueles específicos da área cultural (no sentido histórico-etnológico) onde se acha hoje a comunidade;

(c) A decisão, seja ela manifesta ou simplesmente presumida, da comunidade de se constituir como entidade socialmente diferenciada dentro da comunhão nacional, com autonomia para estatuir e deliberar sobre sua composição (modos de recrutamento e critérios de inclusão dos seus membros) e negócios internos (governança comunitária, formas de ocupação do território, regime de intercâmbio com a sociedade envolvente), bem como de definir suas mobilidades próprias de reprodução simbólica e material (CASTRO, 2006, p. 49).

A partir da ratificação, em 2002, da Convenção 169 sobre “Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes”, da Organização Internacional do Trabalho – OIT, de 1989, que estabeleceu que a “[...] consciência de sua identidade indígena ou tribal deverá ser considerada como critério fundamental para determinar os grupos aos quais se aplicam as disposições da presente Convenção”, o Estado brasileiro abdicou formal e teoricamente da prerrogativa de ser detentor da classificação e do reconhecimento dos povos indígenas. Mas sua aplicabilidade prática, assim como observada em outros países latino-americanos, ainda encontra inúmeros obstáculos, muitos devido ao enraizamento dos antigos conceitos há tanto firmados na legislação e no senso comum brasileiros (ARRUTI, 2006, p. 51).

Quantos são os índios no Brasil?

O contingente populacional indígena brasileiro é bastante difícil de ser determinado. Isso se deve ao fato de não haver até hoje um censo indígena. Os cálculos globais têm sido feitos pelas agências governamentais (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, FUNAI ou FUNASA), por instituições religiosas, de saúde, organizações não governamentais e organizações de povos indígenas existentes atualmente, dentre elas a Igreja Católica (Conselho Indigenista Missionário - CIMI), e o Instituto Socioambiental (ISA), apontando para estimativas que oscilam entre 350.000 e mais de 700 mil (AZEVEDO, 2000; PAGLIARO; AZEVEDO; SANTOS, 2005). A disparidade de dados envolve o número de indivíduos, povos e datas, e

reflete a diversidade dos critérios censitários utilizados, havendo povos sobre os quais simplesmente não há informações.

Desde 1991, o IBGE inclui a categoria Indígena no quesito “raça ou cor” nos questionários da amostra dos censos demográficos nacionais. Para a captação das respostas, o instituto utiliza a metodologia da “auto-identificação”, recenseando os indígenas que vivem em terras indígenas, os que residem em áreas rurais fora das terras indígenas e os localizados em domicílio urbano (IBGE, 2005). Em censos anteriores, 1872, 1880, 1890, 1940, 1950, 1960 e 1980, quando considerados, os índios eram contabilizados como “pardo” ou “amarelo” (AZEVEDO, 2005; IBGE, 2005).

A iniciativa de incluir a categoria “indígena” nos censos do IBGE a partir de 1991 é considerada de grande importância (SANTOS; COIMBRA JUNIOR, 2003), porém, a carência de dados pertinentes aos povos indígenas está longe de ser remediada. Há ainda questionamentos quanto à confiabilidade dos princípios de classificação e ao predomínio do conceito de índio genérico, gerado pela falta de informações sobre grupos étnicos específicos (COIMBRA JUNIOR; SANTOS, 2000).

Nos censos do IBGE de 1991, o total de pessoas que se autodeclararam indígenas foi de 294.131, número que passou para impressionantes 734.131 no Censo Demográfico 2000. Ainda assim, a categoria indígena permaneceu como aquela com menor porcentagem da população total do país, 0,2% e 0,4%, respectivamente, em 1991 e 2000 (IBGE, 2005). Esse crescimento da população indígena total em ritmo pronunciado, ao invés de uma tendência de descenso, como antes imaginada (PAGLIARO; AZEVEDO; SANTOS, 2005), evidencia o que se denominou de “revolução demográfica” indígena no Brasil (SANTOS e PEREIRA, 2005).

Ainda considerando as evidências de não se tratar do mesmo universo de pesquisa, algumas possibilidades que explicariam este aumento populacional, de causas não totalmente claras, seriam: o crescimento vegetativo dessa população, a imigração internacional e principalmente o aumento da proporção de indígenas urbanizados que optaram pela categoria indígena no Censo Demográfico 2000, e que

anteriormente se classificavam em outras categorias (IBGE, 2005; PEREIRA, SANTOS; AZEVEDO, 2005).

A tendência de crescimento também é observada na população indígena latino-americana como um todo, que há pelo menos 10 anos vem mantendo altos índices de fecundidade, com taxa de crescimento anual estimada em 3%.

Isso indica que esses povos estão com uma dinâmica demográfica completamente distinta daquela observada na maioria dos países do mundo, [...] que em grande parte estão com baixos níveis de fecundidade (ou baixando) e baixos níveis de mortalidade (ou baixando), ou seja, passando pela transição demográfica (AZEVEDO, 2006).

O ISA considera, para seus cálculos, índios residentes em Terras Indígenas ou em áreas urbanas próximas a essas terras, e os que vivem em capitais do país, estimando a população indígena brasileira em 225 povos, somando cerca de 600.000 indivíduos. Esses dados foram elaborados de forma heterogênea, baseando-se em dados da FUNAI, a FUNASA e de uma extensa rede de colaboradores, com diferentes datas base. O ISA também destaca que, de maneira geral, a população total de cada povo indígena segue mantendo um ritmo acelerado de crescimento; porém, 12 povos têm população de 5 a 40 pessoas, permanecendo ameaçados de desaparecimento (RICARDO; RICARDO, 2006).

A FUNASA, através do Sistema de Informações de Saúde Indígena (Siasi), contabiliza apenas a população indígena aldeada. Esse sistema de informação para os povos indígenas foi concebido em 1999 e sua implantação iniciada em 2000, simultaneamente em todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEIs (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007). Em seu módulo demográfico estão registrados aproximadamente 460.000 índios, pertencentes a cerca de 210 povos, residentes em 662 aldeias oficialmente reconhecidas, ocupando cerca de 12% do território nacional, presentes em todos os estados brasileiros, exceto nos estados do Piauí e no Rio Grande do Norte (FUNASA, 2007).

A FUNAI (2008), assim como a FUNASA, estimam essa população em 460.000 índios vivendo em aldeias, mas distribuídos entre 225 sociedades indígenas, havendo outros 100 a 190 mil vivendo fora das terras indígenas, inclusive em áreas

urbanas. Ainda considera 63 referências de índios ainda não-contatados, além da existência de grupos que estão requerendo o reconhecimento de sua condição indígena.

Para Azevedo (2000), as dificuldades encontradas no estudo demográfico das sociedades indígenas brasileiras envolvem a falta de dados confiáveis e a metodologia inadequada para análise de populações de menor porte, ressaltando a “[...] pouca ou nenhuma possibilidade de comparação entre os diferentes censos demográficos nacionais [internamente e entre outros países], devido à disparidade de critérios de definição da categoria ‘índio’”.

No Brasil, desde o censo de 1991 pesquisam-se as populações indígenas através do quesito cor da pele. Os EUA utilizam o quesito raça na pesquisa dessas populações. Esse mesmo caso de “identificação étnica por povo” é utilizado nos censos canadenses. Nos censos mexicanos prevalece um critério linguístico, através do quesito “língua falada” (não estrangeira). E países como Colômbia, Venezuela e Paraguai realizam censos especiais para essas populações ao mesmo tempo em que o censo demográfico nacional vai a campo (AZEVEDO, 2000). O censo paraguaio, Censo Nacional Indígena de Población y Vivendas, de 2002, é considerado um dos melhores, e utiliza três critérios para definição de categoria indígena: localização geográfica (áreas indígenas), línguas faladas e auto-declaração (AZEVEDO, 2006).

Para o caso brasileiro, Azevedo (2000) recomenda uma melhora na metodologia de coleta de dados nos censos oficiais do IBGE e uma mudança no critério operativo de identificar os povos indígenas, assinalando para os exemplos norte-americanos e canadenses. Recomenda, ainda,

[...] a realização de censos indígenas, integrando ou complementando os censos globais, elaborados com ampla participação das comunidades indígenas em todas as suas fases (desde a elaboração do instrumento de coleta de dados) em convênios com organismos que a elas prestam assistência técnica ou econômica.

Há ainda que se ressaltar que outras importantes características demográficas da população indígena brasileira, que não o contingente populacional, também podem

ser extraídas dos censos demográficos. A partir do Censo Demográfico 2000, pode-se verificar a permanência de baixos níveis de escolaridade dos indígenas e diferenças importantes nas taxas de fecundidade total das mulheres indígenas urbanas (2,7 filhos) e rurais (5,7 filhos). Um aprofundamento nos dados mostrou uma taxa de mortalidade infantil de 51,4 por mil, em contraste com a taxa nacional, que é de 30,1 por mil (SANTOS; PEREIRA, 2005).

A respeito da importância do conhecimento das mais diversas dimensões da dinâmica demográfica dos povos indígenas brasileiros, Santos e Pereira (2005) concluem:

No atual patamar de discussão sobre a demografia indígena, é imprescindível refletir comparativamente, de modo a situar os parâmetros dos indígenas no âmbito nacional. Inquestionavelmente a sociedade brasileira tem uma importante dívida para com os povos indígenas. Análises demográficas podem se constituir em exercícios que, respeitando as particularidades socioculturais dos povos indígenas, evidenciam situações de desigualdade. Os indicadores demográficos ajudam-nos a melhor visualizar esse quadro que, embora amplamente conhecido, ainda precisamos melhor compreender em seus contornos específicos.

## 2.2 ANTECEDENTES: HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA BRASILEIRA

Historicamente, os primeiros cuidados de saúde dispensados à população indígena brasileira partiram das missões religiosas, como parte do processo de colonização do território brasileiro (CONFALONIERI, 1989). Iniciado em meados do século XVI, o confinamento de índios em aldeias, ou seja, sua reunião e sedentarização sob governo missionário ou leigo, era comum no Brasil (CUNHA, 1992). Tal prática configurava a realização do projeto colonial, garantindo a conversão, a ocupação do território, sua defesa e uma constante reserva de mão de obra para o desenvolvimento da colônia (MOISÉS, 1992).

Essa política de concentração de grupos indígenas se prestava a múltiplos interesses, já que os tirava ou alocava em parcelas de regiões disputadas por frentes pastorais ou agrícolas, ao mesmo tempo em que os levava para onde se achava serem mais úteis (MOISÉS, 1992). Tal atitude etnocêntrica dos missionários perante as sociedades ditas “primitivas” destruiu a confiança dos índios em seus

valores, sem terem sido capazes de introduzir outros que lhes assegurassem condições de sobrevivência (RIBEIRO,1996). Anteriormente, esses povos tinham suas próprias maneiras de lidar com os problemas de doenças, cura e prevenção (VERANI,1999).

Desde então, passaram a existir duas categorias de índios brasileiros: os aldeados ou aliados dos portugueses, e os inimigos, espalhados pelos “sertões“. Aos primeiros era garantida a liberdade, e a política dispensada seguia o ideal da catequização e civilização. Já os inimigos estavam destinados à escravidão e dizimação decorrente de guerras (MOISÉS, 1992).

Massacres ainda maiores de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis ocorreram no início do século XX, provocados pela expansão das fronteiras econômicas para o centro-oeste do país e a construção de linhas telegráficas e ferrovias (FUNASA, 2002b). Nessa época, surgem como contraponto trabalhos políticos e práticos, como o desenvolvido pelo general Rondon, que ganham notoriedade ao demonstrar que era possível entrar em contato com tribos indígenas sem hostilizá-las. Nesse contexto, a partir de campanhas por parte da imprensa, que a princípio descreviam chacinas cometidas contra os povos indígenas e cobravam providências do governo, deflagrou-se o movimento que levaria à criação de um órgão governamental incumbido de tratar dos temas indígenas (RIBEIRO, 1996).

O SPI, órgão destinado a proteger os índios, foi fundado em 1910 como SPILTN, vinculado ao MAIC, criado pelo Decreto n.º 8.072, de 20 de julho de 1910, e inaugurado em 07 de setembro do mesmo ano (LIMA, 1992; RIBEIRO, 1996). Foi a primeira política nacional voltada exclusivamente para os povos indígenas, e retirou da igreja pela primeira vez a responsabilidade total na relação com esses povos.

O então tenente-coronel Cândido Mariano da Silva Rondon organizaria o aparelho que fora convidado a criar, e o faria inspirado na teoria positivista. Por meio de projetos educacionais e agrícolas, os índios, considerados num estágio infantil da humanidade, passaram a ser vistos como passíveis de evolução e integração na

sociedade brasileira (FUNASA, 2002a; LIMA,1996). Nesse processo de integração pacífica, em que o idealismo de alguns homens encontrava no mundo real entraves práticos, o contato com essas populações, ao mesmo tempo em que as salvava da extinção, trazia mazelas, como a doença, a fome e o acultramento (RIBEIRO, 1996). E apesar dos avanços legislativos, os índios não deixavam de ser encarados como um “entrave ao desenvolvimento nacional” (COSTA, 1987, p. 390), nem a invasão de suas terras era contida.

Especificamente em relação à atenção à saúde, mesmo após a criação do SPI, a assistência às populações indígenas se manteve desorganizada e esporádica, não sendo instituída qualquer forma de prestação sistemática de serviços. As ações restringiam-se a emergenciais ou inseridas em processos de “pacificação” até a extinção do órgão, em 1967 (FUNASA, 2002), que se deu em meio a inúmeras denúncias de crimes cometidos contra os índios pelos próprios funcionários do SPI.

Paralelamente, na década de 50, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), no Ministério da Saúde, objetivando levar ações básicas de saúde às populações indígenas e rurais em áreas de difícil acesso. As atividades promovidas consistiam em vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis (FUNASA, 2002b).

O SUSA, primeiro serviço público de assistência à saúde das populações indígenas do país, foi uma proposta do médico indigenista Noel Nutels (COSTA, 1987), fruto de sua experiência e de demais expedicionários, como os irmãos Vilas-Boas, na expedição Roncador-Xingu, organizada pela Fundação Brasil Central. A fundação objetivava desbravar terras entre o centro do Brasil e a Amazônia, e com isso diversas populações indígenas eram contatadas. Nutels se sensibilizou com os problemas de saúde enfrentados por essas populações, que incluíam uma grande mortalidade por doenças infecciosas trazidas através do contato branco-índio, principalmente a tuberculose, o que o levou a fazer um curso sobre a doença no Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) (COSTA, 1987).



Após o curso no SNT, em 1952 Nutels apresentou um projeto que previa a implantação de unidades volantes para atendimento à saúde indígena e de ações preventivas, visando a impedir a mortalidade indígena por doenças infecciosas. O trabalho do médico, a princípio aglutinando profissionais que voluntariamente viajavam ao Araguaia e Alto Xingu realizando vacinações e cadastro torácico nas populações atendidas, foi institucionalizado em 1956, durante o governo de Juscelino Kubitschek, como SUSA. O serviço estava ligado ao SNT, apesar de não restringir suas ações ao controle da tuberculose, e se ampliou para grupos indígenas do sul de Mato Grosso e da área do Rio Negro, na Amazônia.

Esse modelo de atenção serviu de base para a implantação das EVS quando da criação da FUNAI, em 1967, órgão subordinado ao Ministério da Justiça que sucedeu o SPI, então degenerado (FUNASA, 2002b).

Oficialmente, desde sua criação, a principal finalidade da FUNAI era proteger e representar os índios, como o pai faz com os filhos menores de 18 anos, em uma relação jurídica conhecida no Brasil como tutela, além de estabelecer diretrizes e garantir o cumprimento da política indigenista. A tutela se combina com a idéia de que a condição indígena é transitória: os índios caminhariam para uma inevitável assimilação à totalidade da população brasileira, cabendo à FUNAI cuidar para que esse processo ocorra sem sobressaltos (GRAMKOW et al., 2007). É o ideal positivista do SPI revisitado.

As ações de promoção e prestação da assistência médico-sanitária aos índios ficaram a cargo da divisão de saúde da Fundação, através das EVS (FUNASA, 2002b). Já o SUSA foi rebatizado com o nome de Unidade de Atendimento Especial (UAE) em 1968, passando a trabalhar apenas com tuberculose (COSTA, 1987).

A FUNAI sempre enfrentou dificuldades na organização dos serviços de saúde, situação agravada com a crise do Estado brasileiro pós-milagre econômico. O trabalho das EVS nas aldeias era insatisfatório. Os profissionais atuavam de forma descontínua, prestando assistência médica, vacinação e supervisionando a equipe de trabalho em saúde local, geralmente composta por auxiliares ou atendentes de

enfermagem (FUNASA, 2002b). Havia falta de planejamento e de integralidade das ações, política de remuneração não contempladora de tempo integral, carência crônica de infra-estrutura e recursos, falta de articulação com outros níveis de atenção, ausência de um sistema de informação em saúde e preparo inadequado de quadros para a atuação em comunidades culturalmente distintas (CONFALONIERE, 1989). Com o passar do tempo, os profissionais das EVS foram se fixando nos centros urbanos, nas sedes das administrações regionais, e sua presença nas aldeias se tornava cada vez mais esporádica, até não mais ocorrer (FUNASA, 2002b).

Posteriormente à criação da FUNAI, em 19 de dezembro de 1973, foi decretada lei a principal carta específica, até os dias atuais, a regulamentar os assuntos indígenas no país, que ficou conhecida como “Estatuto do Índio”. Essa Lei, de n.º 6.001/1973, foi importante em inúmeros aspectos, porém manteve o conceito de tutela e da assimilação dos índios à população brasileira global, de acordo com seus artigos 7º e 1º, respectivamente, o que a tornou inconstitucional após 1988 (BRASIL, 1973; GRAMKOW et al., 2007).

De acordo a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 2008b), em seu Capítulo VIII, Artigos 231 e 232, os povos indígenas passaram a ter direito às terras que tradicionalmente ocupam, mantendo suas próprias formas de organização social, suas línguas, seus hábitos e costumes; e a poder representar a si mesmos na vida civil, sendo considerados partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, com a intervenção do Ministério Público em todos os atos do processo. Como pela hierarquia jurídica brasileira toda legislação infraconstitucional deve se sujeitar aos preceitos da constituição em vigor no país, o Estatuto do Índio esvaziou-se de sentido, e propostas para sua alteração se acumulam no congresso nacional há anos, sem que a contradição tenha sido resolvida (GRAMKOW et al., 2007).

O Estatuto, no artigo 54, garantiu aos índios direito aos meios de proteção à saúde facultados à comunhão nacional, devendo, na infância, na maternidade, na doença e na velhice, ser assegurada ao silvícola especial assistência dos poderes públicos,

em estabelecimentos a esse fim destinados (BRASIL, 1973). Mas sua materialização jurídica nada influenciou nas ações sanitárias até então executadas pela FUNAI, e a estruturação de um novo modelo de atenção à saúde indígena brasileiro só viria a ser proposto na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, marco inicial da política de saúde indígena atualmente em curso (GARNELO, 2004), como parte do processo de democratização do Estado brasileiro.

### 2.3 FORMULAÇÃO: PROCESSO DE DISCUSSÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA

A Constituição Federal de 1988 representou um marco na reestruturação que o Estado brasileiro vem apresentando para lidar com a questão indígena sob diversos aspectos. Após sua promulgação, a FUNAI, órgão governamental específico para lidar com temas indígenas desde 1967, e o Ministério da Justiça, ao qual está subordinada, mantiveram-se responsáveis pela demarcação oficial dos Territórios Indígenas reconhecidos pelo Estado. Mas leis, decretos e outros atos normativos distribuíram, a partir da década de 90, atribuições até então da fundação para outros setores do aparato estatal (GRAMKOW et al., 2007).

O campo da atenção à saúde indígena é um exemplo dessa mudança. Hoje, o maior responsável pelo setor é o Ministério da Saúde (MS). A transferência de competências interministeriais foi deflagrada pela Constituição Federal de 1988, que declarou a saúde como um direito universal aos cidadãos brasileiros, legalizando o SUS. Para a regulamentação do SUS, foi sancionada a Lei Orgânica da Saúde (LOS - Leis n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990), que atribuiu o comando único das políticas sanitárias ao Ministério da Saúde, tornando a gestão da política de saúde indígena, até então exercida pela FUNAI, inconstitucional (BRASIL, 2008b; GARNELO, 2004; MENDES, 1999).

Para solucionar essa questão, em fevereiro de 1991 a promulgação do Decreto Presidencial n.º 23, do presidente Collor (1990-1992), repassou a responsabilidade da gestão e execução da política indígena da FUNAI para a FSESP, do Ministério da Saúde (FUNASA, 2002b; VERANI, 1999), e definiu pela primeira vez a organização dos serviços de saúde indígena sob a forma de “Distritos Sanitários de Natureza

Especial” (FUNASA, 2002b), com base no relatório final da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (I CNSPI) realizada em 26-29 de novembro de 1986 (BRASIL, 1986).

A I CNSPI, recomendada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)<sup>1</sup>, marcou o início da política de saúde indígena atualmente em curso (GARNELO, 2004) ao referendar a “Distritalização Diferenciada” como parte de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que seria a criação de áreas especiais de saúde, os DSEI<sup>2</sup>. Esses distritos deveriam englobar apenas comunidades indígenas, segundo critérios geográficos, demográficos e culturais, diferenciando-se dos distritos comuns do SUS, e atender à especificidade desses povos, disponibilizando recursos humanos capacitados para esse trabalho (CONFALONIERI, 1989).

Além de específico, esse subsistema deveria ser integrado ao sistema nacional e subordinado a uma coordenação única nacional, e os representantes indígenas deveriam participar da formulação de políticas setoriais, da gestão, execução e avaliação das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 1986). Nesse momento em que se atribuem a instituições do governo federal o protagonismo na condução e execução de políticas públicas dirigidas a minorias étnicas, a política de saúde indígena entra em conflito direto com a normatização do SUS, que propõe uma progressiva descentralização de poder do plano federal para os planos estaduais e municipais de saúde (GARNELO, 2004).

---

<sup>1</sup> As conferências Nacional e Indígena aconteceram de forma concomitante, num momento em que o novo quadro econômico e político brasileiro influenciava diretamente os rumos das políticas de saúde, trazendo à arena sanitária novos sujeitos sociais, que foram conformando o projeto sanitário brasileiro (MENDES, 1999b). Esse projeto foi debatido democraticamente na 8ª CNS, considerada “[...] ponto culminante de um movimento – o Movimento Sanitário – que foi simultaneamente de resistência ao regime autoritário e de reformulação do sistema de saúde [...]” (SILVA, 2003, p. 13). O Movimento pela Reforma Sanitária, que também era composto pelo Movimento Sanitário Indigenista, possibilitou a inclusão da questão indígena na agenda da reforma (VERANI, 1999). As propostas advindas do trabalho de 135 grupos integrados por profissionais e representantes de organizações da sociedade civil, de sindicatos e de grupos das bases populares desdobraram-se em um conjunto de trabalhos técnicos. Seu relatório final influenciou de forma determinante a elaboração da Constituição Federal de 1988, Seção da Saúde, que materializou juridicamente a Reforma Sanitária brasileira (BRASIL, 2008b; MENDES, 1999a, 2001; SILVA, 2003).

<sup>2</sup> Sobre os Distritos do SUS, consultar Mendes (1999a), e a respeito do processo de implantação dos DSEI, consultar Athias e Machado (2001).

Para implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena baseado nos DSEI, explicitado no Decreto n.º 23, foi criada, no MS, a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao departamento de Operações (DEOPE), da Fundação Nacional de Saúde (FNS). A FNS surgiu a partir da fusão da Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP) e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), pelo Decreto Presidencial n.º 100, ainda em 1991. No mesmo ano, a Resolução n.º 11, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), criou a Comissão Intersectorial de Saúde do Índio (CISI), tendo como principal atribuição assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena (FUNASA, 2002b).

A II CNSPI atualizou as recomendações da I CNSPI e o delineamento do Subsistema Diferenciado de Saúde Indígena centrado nos Distritos Sanitários e no Controle Social. A conferência foi realizada em 1993, em Luziânia, Goiás, recomendada pela 9ª CNS, viabilizada pela articulação da CISI junto ao Conselho Nacional de Saúde, movimento sanitário indigenista e organizações indígenas. Teve como objetivo definir as diretrizes da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, e reiterou que

[...] o caráter descentralizado do SUS, conformado pelo processo de municipalização, deve ser concebido, no caso das populações indígenas, de acordo com os preceitos constitucionais relativos aos direitos indígenas, que definem a responsabilidade indelegável da União na sua assistência [...] (BRASIL, 1993).

Contrariando as recomendações das I e II Conferências Nacionais de Saúde Indígena e o próprio processo de construção da política de saúde indígena no âmbito do SUS, a vigência do Decreto n.º 23 não ultrapassou o ano de 1994, quando foi revogado e substituído pela edição do Decreto n.º 1.141, de 19 de maio de 1994. Assinado pelo presidente Itamar Franco (1992-1994), o decreto devolveu para a FUNAI a responsabilidade pela provisão de atenção à saúde dos povos indígenas, tomando como base a observância de normas do Estatuto do Índio, e criou a Comissão Intersectorial (CIS), formada por diversos Ministérios, entre eles os da Saúde e da Justiça, ficando a coordenação da CIS sob responsabilidade da FUNAI (CHAVES, 2006). O processo de distritalização foi interrompido.

Na prática, a iniciativa da FUNAI gerou uma paralisação dos investimentos, ainda incipientes, do Ministério da Saúde, e não se traduziu numa resposta efetiva às necessidades sanitárias dos povos indígenas, face ao acentuado sucateamento a que o órgão indigenista também foi submetido (GARNELO, 2004, p. 8).

A situação ficou ainda mais confusa quando, por intermédio da Resolução n.º 2, de outubro de 1994, a CIS aprovou o “Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio”, que atribuía à FUNAI a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes, deixando as ações de prevenção, como imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias, a cargo da FNS. Essa polarização das responsabilidades sobre a atenção à saúde indígena fez com que cada uma das Fundações, uma do Ministério da Justiça e outra subordinada ao Ministério da Saúde, passassem a executar as ações de forma fragmentada e conflituosa (FUNASA, 2002b).

No ano de 1998, veio a público um parecer do Ministério Público demonstrando a inconstitucionalidade do Decreto n.º 1.141, inaugurando uma nova etapa de deslegitimação da FUNAI na condução da política de saúde indígena e gerando um vácuo institucional que durou até 1999, quando [só então] a Lei Arouca foi aprovada no Congresso (GARNELO, 2004).

Nesse ínterim, a Medida Provisória n.º 1.911-8, aprovada em 29 de julho de 1999, levou à transferência de recursos materiais e humanos destinados para a saúde indígena da FUNAI para a FNS, que em 1999 adotou a sigla FUNASA. Mas a efetiva responsabilização pela execução da saúde indígena por parte da FUNASA só foi garantida pelo Decreto Presidencial n.º 3.156/1999, somado à Portaria n.º 1.163/1999, que definiu incentivos da atenção básica, hospitalar e de apoio diagnóstico para as populações indígenas (CHAVES, 2006).

A Lei n.º 9.836, de 23 de setembro 1999, conhecida como Lei Arouca, instituiu o Subsistema de Saúde Indígena, tendo como base os DSEI, adotou a concepção integral e diferenciada de saúde e instituiu a representação indígena nos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde:

Acrescenta dispositivos à Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que 'dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências', instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. [...] A organização das atividades de atenção à saúde das populações indígenas dar-se-á no âmbito do Sistema Único de Saúde e efetivar-se-á, progressivamente, por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, ficando assegurados os serviços de atendimento básico no âmbito das terras indígenas (BRASIL, 1999).

O projeto de Lei n.º 4.881/1994, que a originou, tramitava no Congresso desde 1994, quando o documento final da II CNSPI foi encaminhado ao Deputado Federal pelo Rio de Janeiro, do Partido Popular Social (PPS), Sérgio Arouca, solicitando a elaboração de um projeto de lei para a criação do Subsistema Diferenciado de Saúde Indígena (CHAVES, 2006; VERANI, 1999). Esse projeto foi encaminhado em 1997 ao Senado Federal, como Projeto de Lei da Câmara n.º 63/1997, aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), constituindo-se na Lei n.º 9.386/1999 (CHAVES, 2006).

Todo esse conjunto normativo levou à atual configuração da PNASPI, finalmente aprovada, em 31 de janeiro de 2002, pela portaria do Ministério da Saúde n.º 254 (FUNASA, 2002), e regulamentada pelo aparato legal que havia sido recém formulado (Medida Provisória n.º 1.1911-8/99, Decreto Presidencial n.º 3.156/99 e Lei Arouca).

Na 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996, houve uma mesa redonda sobre a questão da saúde do índio, tornando possível aprovar, na plenária final, recomendações à necessidade de implantação dos DSEI como base de um subsistema cujas demais instâncias já estavam criadas legalmente, e à realização da III Conferência Nacional de Saúde para Populações Indígenas (VERANI, 1999), que veio a acontecer apenas em 2003.

### **CAPÍTULO III SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA**

A saúde indígena no Brasil se configura como um Subsistema do Sistema Único de Saúde, regulamentado pela PNASPI.

A PNASPI é uma política setorial que tem como propósito:

[...] garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, 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 sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (FUNASA, 2002b, p. 13)

A elaboração da PNASPI se baseou na definição de diretrizes, responsabilidades institucionais e financiamento.

As diretrizes foram estabelecidas com a finalidade de “[...] orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas” (FUNASA, 2002b, p. 13), para garantir o propósito da política.

#### **3.1 ORGANIZAÇÃO DO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA**

A primeira Diretriz da PNASPI diz respeito ao modelo organizacional prioritário do subsistema de saúde indígena, preconizando a adoção de sistemas locais de saúde. Recomendam a “[...] organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólo-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam” (FUNASA, 2002b, p. 13).

O Distrito Sanitário Especial Indígena foi conceituado como:

[...] um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando a medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a



reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social (FUNASA, 2002b, p.13).

O DSEI compreende uma unidade organizacional da FUNASA e deve ser entendido como uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária claramente identificada, colimando um conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica, articulado com a rede do Sistema Único de Saúde – SUS. E deve ser entendido como um espaço produtor de saúde, para referência e contra-referência, composto por equipe mínima multiprofissional necessária para executar suas ações (FUNASA, 2007).

Não se tratava de um conceito novo. A implantação dos distritos havia sido iniciada pela FUNASA em 1991, com a criação do distrito sanitário dirigido ao povo Yanomámi (GARNELO; BRANDÃO, 2003). Mas o retorno da gestão da saúde indígena para a FUNAI, em 1994, paralisou o processo, que foi retomado em 1999, novamente pela FUNASA.

A partir desse momento, os 34 DSEIs hoje existentes no Brasil foram sendo criados, baseando sua definição territorial nos seguintes critérios estabelecidos pela PNASP:

- população, área geográfica e perfil epidemiológico;
- disponibilidade de serviços, recursos humanos e infra-estrutura;
- vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional (FUNASA, 2002b, p.14).

Os DSEIs deveriam ainda ser definidos num processo conjunto de construção com as comunidades indígenas, profissionais e instituições de saúde, e se pautarem não apenas por critérios técnico-operacionais e geográficos, mas respeitando, também, a cultura, as relações políticas e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, o que necessariamente não coincide com os limites de Estados e/ou Municípios onde estão localizadas as terras indígenas (FUNASA, 2007).

A configuração territorial inicial dos 34 DSEIs implantados no país a partir de 1999 foi modificada em 2006, quando se verificou a necessidade de discutir as áreas de abrangência dos mesmos. A partir de solicitações e discussões englobando usuários, profissionais e gestores da saúde indígena, foram extintos os DSEIs Litoral Sul e Interior Sul e criados, simultaneamente, os Distritos Sul-Sudeste e Paraná, por entenderem ser essa a melhor configuração (FUNASA, 2007). Essas transformações

dos DSEI foram definidas pela portaria ministerial n.º 1.810, de 3 de agosto de 2006 (BRASIL, 2007c).

No Subsistema de Saúde Indígena, cada distrito deve organizar uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e articulada com o SUS (FUNASA, 2002b).

O fluxo nessa rede de serviços de saúde deve iniciar-se pela atenção básica, realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde, nos postos de saúde e por meio de visitas periódicas programadas das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde (AIS) e agentes indígenas de saneamento (AISAN), contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários. Esse seria o primeiro nível de atenção à saúde a que a população indígena teria acesso (FUNASA, 2002b).

Os parâmetros que relacionam o número de profissionais e de equipes à população atendida são indicados pelo Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da FUNASA e pelo Programa de Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde, que propõe um modelo para a organização da atenção básica à saúde no âmbito do SUS (FUNASA, 2007).

Uma próxima instância de atendimento são os Pólos-Base, primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Cada pólo-base cobre um conjunto de aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. Neste último caso, correspondem a uma unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município. Estes são os locais de atuação contínua das EMSI e onde a maioria dos agravos à saúde deve ser resolvida. As equipes ainda devem realizar a capacitação dos agentes indígenas de saúde (FUNASA, 2002b).

As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos Pólo-Base, serão referenciadas à rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade local. Fazem parte desse terceiro nível de atenção os hospitais e unidades especializadas (público ou privadas) que, através de convênios ou contratação de serviços, prestam assistência às populações indígenas, por intermédio de diferenciação de financiamento.

De acordo com a FUNASA,

O modelo de organização de atendimento à saúde hierarquizada resolverá grande parte dos problemas de saúde dentro das aldeias e dos Pólos-Base, evitando a evolução de doenças para formas graves/severas, uma vez que a detecção e a resolução dos casos passam a ser precoces e mais eficientes. Com isso, haverá significativa redução de gastos com transportes para remoção de pacientes e com tratamentos de maior complexidade (FUNASA, 2008b).

Ao serem encaminhados para tratamento fora da aldeia, em municípios onde está localizada a rede de serviços de referência do SUS, os indígenas e seus acompanhantes devem receber apoio das Casas de Saúde do Índio (CASAI).

Essas Casas de Saúde deverão estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso.

Além disso, as Casas deverão ser adequadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades.” (FUNASA, 2002b, p. 15).

A implementação dessa rede de serviços evidenciou a necessidade de criação de normas, critérios e diretrizes para elaboração de projetos de construção em áreas indígenas. Dessa maneira, a FUNASA, por intermédio de Departamento de Engenharia de Saúde Pública (Densp), promoveu fóruns de debates sobre os temas, envolvendo diversos segmentos voltados para a atenção à saúde dos povos indígenas. Os procedimentos debatidos resultaram na Portaria n.º 479, da FUNASA, de 13 de agosto de 2001, que “[...] estabelece as diretrizes para elaboração de

projetos de estabelecimentos de saúde, de abastecimento de água, melhorias sanitárias e esgotamento sanitário em áreas indígenas” (FUNASA, 2002a, p. 1).

As diretrizes da Portaria n.º 479 foram revogadas e substituídas pela Portaria n.º 840, de 15 de agosto de 2007 (FUNASA, 2007). Isso se deu devido aos novos critérios para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde lançados pela Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – RDC n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002, que indicaram a necessidade de revisão do Anexo I da Portaria n.º 479/FUNASA. De 3 a 5 de maio de 2005, profissionais do Desai e do Densp se reuniram com a pauta de revisão da mencionada Portaria. Nessa ocasião, técnicos do Desai especificaram um modelo de Rede de Atenção à Saúde do Índio, com alteração da tipologia dos estabelecimentos de saúde e acréscimo de atividades a serem desenvolvidas nesses estabelecimentos para atender às novas portarias do Ministério da Saúde relativas à atenção básica.

A partir dos tipos de estabelecimentos e das atividades definidos pelo Desai, os profissionais do Densp desenvolveram a programação funcional dos diferentes estabelecimentos, com os ambientes necessários e áreas mínimas respectivas, em consonância com a norma da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). De acordo com a portaria, caso o planejamento das ações de saúde apresente demandas complementares àquelas já estabelecidas na programação básica, essas deverão ser justificadas pelos DSEIs, para que os respectivos ambientes sejam contemplados nos projetos de arquitetura dos estabelecimentos. E caso o planejamento das ações não apresente demandas que justifiquem a inclusão de todos os ambientes da programação básica, esses poderão ser retirados mediante justificativa dos DSEIs.

Os cinco tipos de estabelecimentos de rede física de saúde e as respectivas atividades a serem realizadas em cada um deles foram listados pela Portaria n.º 840/2007 (BRASIL, 2007) (ANEXO C).

### 3.2 FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA ATUAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA

A capacitação de recursos humanos para a saúde indígena, através de cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (indígenas e não-indígenas) das várias instituições que atuam no sistema, é fundamental para adequar as ações e os serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços (FUNASA, 2002b). A organização e ou execução do processo de formação e de educação continuada para os profissionais que atuam no âmbito dos DSEIs é de responsabilidade da FUNASA.

A formação dos Agentes Indígenas de Saúde deve ocorrer em serviço e de forma continuada, sob a responsabilidade da Equipe Multidisciplinar. O processo deve ser elaborado dentro dos marcos preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB, Lei n.º 9.394/96), no que diz respeito ao ensino básico, direcionado para a construção de competências/habilidades, visando a facilitar o prosseguimento da profissionalização nos níveis médio (técnico) e superior (tecnológico).

A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa a favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não (FUNASA, 2002b, p.15).

### 3.3 SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE INDÍGENA (SIASI)

Consta das diretrizes da PNASPI a recomendação para a organização do Sistema de Informações da Saúde Indígena (SIASI), que permitisse o monitoramento das ações de saúde desenvolvidas no âmbito dos DSEIs, na perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde voltado para a população indígena (FUNASA, 2002b).

O objetivo era viabilizar o acompanhamento e a avaliação da estrutura, do processo e dos resultados da atenção à saúde dos povos indígenas, facilitando a gestão e o

controle social, visando à coerência entre as ações necessárias planejadas e efetivamente executadas.

O desenvolvimento desse sistema de informação para os povos indígenas já havia sido apontado pela 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde Índio, realizada em 1986, mas o SIASI só foi concebido em 1999, e sua implantação iniciada em 2000, simultaneamente em todos os 34 DSEIs (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007).

O SIASI foi concebido para funcionar em oito módulos: demográfico, morbidade, imunização, saúde bucal, nutrição, acompanhamento à gestação, recursos humanos e infra-estrutura, mas atualmente apenas os três primeiros estão implantados. Um nono módulo, saneamento, constituiu um sistema próprio, o Sistema de Informação sobre Saneamento Básico em áreas Indígenas – SIABI.

Até 2004, o SIASI havia passado por três versões. Na primeira (versão 1.0), constava apenas o já referido módulo demográfico. Na segunda (versão 2.0, de 2002), foi incluído o módulo de morbidade. Na terceira (versão 2.1.9, de 2004), foi introduzido o módulo de imunização (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007, p. 856).

O funcionamento *on-line* do sistema, como pretendido inicialmente, alimentado a partir dos pólos-base e com encaminhamento dos dados instantaneamente para a FUNASA em Brasília não foi possível devido ao mau funcionamento ou mesmo à inexistência de equipamentos e à precariedade da rede de *Internet* (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007, p. 856).

A partir do início de 2002, quando se tornaram cada vez mais evidentes as dificuldades operacionais relacionadas à alimentação *on-line* dos dados produzidos nos DSEI, houve uma mudança de estratégia do nível central, com a criação do chamado SIASI local [...]. Em meados de 2002, para viabilizar essa nova estratégia, o DESAI iniciou uma série de treinamentos em diversas localidades do país, com a realização de quatro oficinas (em Belém, Pará; Canela, Rio Grande do Sul; Fortaleza, Ceará; e Manaus, Amazonas). Em 2004, foi realizado outro treinamento nacional (em Belém), dividido em duas fases: uma voltada para treinar profissionais para suporte operacional (instalação e funcionamento do sistema) e outra para a utilização do módulo de imunização, além dos outros módulos já instalados (demográfico e morbidade) (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007, p. 856).

O percurso dos dados e das informações do sistema passou a se configurar da seguinte maneira: iniciavam-se nas aldeias, sendo posteriormente encaminhados

aos pólos-base; em cada pólo-base os dados seriam digitados no SIASI local e enviados para a FUNASA, em Brasília, que coordenaria o funcionamento do sistema, gerenciando a base de dados nacional (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007, p. 857).

Ainda hoje:

As principais limitações do SIASI referem-se aos instrumentos de coleta, à capacitação dos recursos humanos, à ausência de interface com os demais sistemas nacionais de informação em saúde, à dificuldade de acesso às informações e à não utilização das informações para o planejamento das ações. Entre as potencialidades, destacam-se a simplicidade do sistema, sua integralidade e as possibilidades de desagregações. Frisa-se a importância de um sistema de informação em saúde específico para os povos indígenas em decorrência de suas especificidades socioculturais e demográficas (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007, p. 860).

### 3.4 CONTROLE SOCIAL

A PNASPI prevê a participação indígena “[...] em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, contemplando expressões formais e informais [...]” (FUNASA, 2002b).

As instâncias onde deve se dar essa participação incluem os Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena; as Reuniões Macrorregionais; as Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e o Fórum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena e os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, através da presença de representantes indígenas.

Os Conselhos Locais de Saúde devem ser constituídos pelos representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos Pólos-Base, incluindo lideranças tradicionais, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros. Os Conselhos Distritais devem ser compostos em 50% por usuários e 50% por organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos, e formalizados pelo presidente da FUNASA, mediante portaria publicada no Diário Oficial. No âmbito nacional, o controle social deve ser exercido pelo CNS, assessorado pela CISI, já existente e em funcionamento. As Conferências Nacionais

de Saúde dos Povos Indígenas devem fazer parte das Conferências Nacionais de Saúde e obedecerão à mesma periodicidade.

A 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio foi realizada em 1986, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde foram definidos os pressupostos do Subsistema de Saúde Indígena, que incluía recomendação para que o gerenciamento das ações e serviços de atenção à saúde indígena deveria ser de responsabilidade do MS, de forma a fazer parte do SUS.

A 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, realizada em 1993, consolidou o processo político deflagrado na 1ª CNSPI, com a definição dos princípios e diretrizes do Modelo de Atenção Diferenciado para a Saúde do Índio, aprimorando a proposta de distritalização sanitária, recomendando a manutenção do Ministério da Saúde como responsável pela atenção sanitária aos povos indígenas e a extensão dos princípios de universalidade, equidade, acessibilidade e controle social, oriundos do SUS, para os povos indígenas a serem assistidos (BRASIL, 2007a; SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007, p. 854).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada somente em 2001, teve como finalidade analisar os obstáculos e avanços do Sistema Único de Saúde na implantação dos distritos sanitários especiais indígenas e propor diretrizes para a sua efetivação. Seu tema foi o desdobramento do que pautou a 9ª Conferência Nacional de Saúde, que a precedeu: “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde indígena, com controle social”. Manteve as recomendações em relação à gestão da saúde indígena no âmbito do MS, e acrescentou recomendações a respeito de vigilância em saúde; estratégia de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis e alcoolismo; fortalecimento do controle social; formação, reconhecimento e capacitação dos Agentes Indígenas de Saúde desenvolvimento de recursos humanos; acompanhamento da hiper-medicação; ética em pesquisa, dentre outras (BRASIL, 2001).



A 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, ocorrida em 2006, como parte integrante da 12ª Conferência Nacional de Saúde, teve por finalidade avaliar a situação de saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e do Subsistema Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde e propor diretrizes e ações para promover a saúde dos povos indígenas, com controle social. O tema central da 4ª CNSI, que orientou as discussões nas distintas etapas da sua realização, foi: “Distrito Sanitário Especial Indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições” e teve cinco eixos temáticos: I. Direito à Saúde; II. Controle Social e Gestão Participativa; III. Desafios Indígenas Atuais; IV. Trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde; V. Segurança Alimentar, Nutricional e Desenvolvimento Sustentável (BRASIL, 2007a).

### 3.5 GESTÃO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

A partir de 1999, com a regulamentação da chamada “Lei Arouca” (n.º 9.836), de 23 de setembro de 1999, que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a gestão, a coordenação, a normatização e a execução das ações de saúde indígena brasileira permaneceram a cargo da FUNASA, enquanto órgão do MS, organizada nacionalmente a partir de DSEI, constituindo um segmento específico no âmbito do SUS. Essa disposição jurídica de designar ao Governo Federal total poder decisório sobre a saúde é única e contrária à trajetória descentralizadora do SUS brasileiro.

Desde o primeiro momento essa gestão foi compartilhada, combinando a execução dos serviços pelas esferas central e regional da FUNASA, em parcerias com municípios e por meio de convênios, sobretudo com as organizações não-governamentais indígenas ou indigenistas (ONGs), muitas destas com tradição na gestão de serviços de saúde em áreas indígenas, mesmo antes de constituírem-se os DSEIs (FUNASA, 2005). Dessa maneira, a FUNASA optou pela renúncia à execução direta das ações, adotando a terceirização<sup>3</sup> das ações de saúde a serem desenvolvidas em áreas indígenas (GARNELO; BRANDÃO, 2003), mas se responsabilizando pela coordenação e definindo com suas conveniadas as linhas de

---

<sup>3</sup> Para fins desse texto, terceirização é considerada um “processo político administrativo de transferência total ou parcial das atribuições essenciais do Estado para a esfera privada” (GARNELO; SAMPAIO, 2005, p. 1218).

atuação a serem seguidas, repassando recursos federais e fiscalizando os gastos efetuados<sup>4</sup> (VIANNA, 2006).

A pactuação entre governo e entidades civis regulada por convênios tem se demonstrado particularmente conflituosa e problemática, especialmente no tocante às ONGS indígenas.<sup>5</sup> A burocratização implícita na relação entre Estado e conveniadas expressas, por exemplo, na morosidade de repasses de recursos, reflete-se diretamente na credibilidade das organizações indígenas, que assumem responsabilidades de autores e vigilantes das mesmas ações (GARNELO; SAMPAIO, 2005).

Em janeiro de 2004, o MS e a FUNASA definiram mudanças no modelo de gestão do sistema de saúde indígena no sentido de uma (re)estatização. Foram duas portarias do MS, a Portaria n.º 69 e Portaria n.º 70, ambas de 20 de janeiro de 2004 (BRASIL, 2004, 2008d), que serviram de base para um projeto que conferiu maior poder à FUNASA e criou o Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Com as modificações, a FUNASA pretendeu recuperar a execução direta das ações do setor, reduzindo o papel das conveniadas, limitando-as à contratação de pessoal, à atenção nas aldeias com insumos, ao deslocamento de índios das aldeias e à compra de combustível para a realização desses deslocamentos.

A FUNASA justificou tal intervenção minorando as alterações efetuadas, considerando o “novo” modelo uma mera correção de rumos do que estava em vigor desde 1999, já que as conveniadas, ao contrário do que previsto em lei (Artigo 19-E da Lei Arouca), estavam atuando mais do que apenas de forma “complementar” na execução das ações de saúde, devendo então ser redefinidas as competências de cada um nesse processo. Mas uma análise da situação para além dos parâmetros da legalidade trouxe um questionamento inevitável: teria a FUNASA naquele

---

<sup>4</sup> A forma de terceirização assumida pela FUNASA, com renúncia total à execução das ações de saúde indígena, não encontra correspondente em qualquer outra área do SUS, que mantém a compra de serviços de entidades privadas sem se eximir da oferta de serviços próprios (GARNELO; SAMPAIO, 2005).

<sup>5</sup> Sobre as particularidades na vinculação entre organizações indígenas à proposta de terceirização ver Garnelo e Sampaio (2003).

momento condições para, de fato, executar as ações básicas de saúde indígena diretamente? (VIANNA, 2006).

Para os representantes de organizações indígenas e ONGs, essa mudança abrupta e pouco participativa na gestão da saúde indígena realizada pela FUNASA em 2004, na qual a descentralização perdeu força, imprimiu um retrocesso nas conquistas alcançadas pós Lei Arouca, trazendo um cenário caótico no qual o problema da gestão dos recursos e o retorno de epidemias e doenças suscitaram protestos em povos indígenas em todo Brasil a partir de 2005, revelando constante abandono e descaso no atendimento das populações indígenas. Segundo eles, a situação sanitária nas áreas indígenas só piora, enquanto os recursos públicos são consumidos em meio à morosidade e burocratização no repasse dos recursos federais às entidades conveniadas (a quem coube especialmente a pior parte, a da burocracia da administração de pessoal), causando constantes atrasos nos pagamentos de salários e na quitação de dívidas com os fornecedores, revelando ineficiência da FUNASA na centralização da compra de medicamentos e da contratação de horas de voo. As denúncias ainda incluem loteamento político dos cargos de coordenação regional da FUNASA nos estados e irregularidades no trato com a verba pública destinada à população indígena, dentre outras (WEIS; ZANCHETTA, 2006).

Já a FUNASA avaliou como sendo positiva a gestão da saúde indígena no Brasil (VIANNA, 2006), não havendo de maneira alguma “loteamento” de cargos ou uso político na nomeação de coordenadores regionais, conforme entrevista dada por Paulo Lustosa, então presidente do órgão, em abril de 2006, à reportagem do Instituto Socioambiental (LUSTOSA, 2006). Lustosa (2006) afirmou que as críticas à FUNASA se deviam a uma manipulação que ONGs exercem sobre lideranças indígenas, muitas vezes em função de seus interesses. O que se constata, em um ou outro modelo de gestão, é a restrita capacidade gerencial, tanto da FUNASA quanto das instituições conveniadas, cada uma com suas particularidades e entraves.

A discussão mais atual em torno da gestão da saúde indígena tem em vista o encaminhamento ao Congresso Nacional do texto do Projeto de Lei (PL) n.º 3.958/2008, que altera a Lei n.º 10.683, de 28 de maio de 2003, sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios (BRASIL, 2008c). Entre as propostas do PL estão a criação da Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde e a transferência de competências e atribuições exercidas pela Fundação Nacional de Saúde ao Ministério da Saúde. Se a lei for aprovada, um novo departamento, ainda sem nome, pertencente à futura Secretaria de Atenção Primária à Saúde, ficará responsável pela política de saúde dos índios, e a FUNASA terá sua extinção efetivada (SAÚDE INDÍGENA YAHOO GRUPOS, 2008).

O PL toma como justificativa para as mudanças propostas o fato de que

[...] a gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas, calcada essencialmente em convênios com Estados, Municípios e Organizações Não-Governamentais, [...] gera, na sua execução, grande volume de convênios para análise e acompanhamento, assim como o acúmulo de Tomadas de Contas Especiais referentes a obras não realizadas, inacabadas ou de qualidade inadequada.

Caso o novo órgão seja aprovado, a expectativa é de que a futura secretaria irá contar com 120 cargos comissionados, o que vai custar R\$ 8,780 milhões ao ano .

Dando seguimento ao PL n.º 3.958/2008, o Ministro da Saúde José Gomes Temporão assinou a Portaria n.º 1.922, de 11 de setembro de 2008, criando um Grupo de Trabalho (GT), com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à atenção à saúde dos povos indígenas, visando à incorporação de competências e atribuições procedentes da Fundação Nacional de Saúde nessa área (BRASIL, 2008c). O GT é composto pelos seguintes representantes de órgãos e entidades a seguir relacionados: Secretaria de Atenção à Saúde (Gabinete/SAS e Departamento de Atenção Básica - DAB/SAS); Secretaria - Executiva; Secretaria de Vigilância em Saúde; FUNASA; Departamento de Saúde Indígena; Departamento de Administração e Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, sob coordenação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. O prazo

para a publicação do relatório com a conclusão dos trabalhos foi de 60 dias, a contar da data de publicação da Portaria, o qual ainda não se teve acesso.

Os Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígenas se manifestaram contra o Projeto de Lei n.º 3.958/2008, solicitando ao Ministro da Saúde a supressão de tal proposta e a reavaliação do item que versa sobre a transferência das competências e atribuições da Fundação Nacional de Saúde/FUNASA para a Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde, que está sendo criada no âmbito do Ministério da Saúde. Esclareceram, ainda, que essa decisão vai contra as deliberações das instâncias legais da Política Nacional de Saúde Indígena – Conselhos Distritais de Saúde Indígena, 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (março/2006) e 13ª Conferência Nacional de Saúde (novembro/2007) e propuseram o cumprimento de todas as deliberações das conferências de saúde acima citadas, especialmente no que se refere à transformação dos DSEI em Unidades Gestoras, com autonomia política, financeira e administrativa, dentre outras aprovadas nas referidas conferências (SAÚDE INDÍGENA YAHOO GRUPOS, 2008).

Tais reivindicações fizeram parte de um documento elaborado pelo Fórum Permanente de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena, encaminhado ao Ministro José Gomes Temporão e à Câmara dos Deputados, Senado Federal, Casa Civil e MPF 6ª. Câmara. O Fórum, instituído através da Portaria n.º 644/GM de 27 de março de 2006, tem como atribuições acompanhar e propor medidas que busquem a melhoria no atendimento à saúde das populações indígenas, sendo uma instância permanente de debate e encaminhamentos sobre as políticas públicas de saúde atuando no interesse das populações indígenas e composto pelos 34 conselhos distritais. Sua argumentação, além do acima exposto, toma como base a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), da qual o Brasil é signatário, cujos artigos 5º e 6º garantem:

Artigo 5º:

1. Ao se aplicarem as disposições da presente convenção:
  - a) Serão reconhecidos e protegidos valores e práticas sociais, culturais, religiosos e espirituais desses povos e levada na devida consideração à natureza dos problemas que enfrentam, tanto em termos coletivos como individuais;
  - b) Será respeitadas a integridade dos valores, práticas e instituições desses povos;

- c) Com a participação e cooperação dos próprios afetados, adotar-se-ão medidas para atenuar suas dificuldades de ajuste a novas condições de vida e de trabalho.

Artigo 6º:

1. Ao aplicar as disposições da presente Convenção, os governos deverão:
  - a) Consultar os povos interessados, mediante procedimentos apropriados e, particularmente, por meio de suas instituições representativas, sempre que se tenham em vista medidas LEGISLATIVAS OU ADMINISTRATIVAS (grifo nosso) capazes de afetá-los diretamente;
  - b) Criar meios através dos quais os povos interessados possam participar livremente, pelo menos na mesma proporção que os demais segmentos da população, em todos os níveis de tomada de decisões em instituições eletivas ou organismos administrativos e de outra natureza responsáveis por políticas e programas que lhes sejam concernentes;
  - c) Criar condições para o pleno desenvolvimento de instituições e iniciativas desses povos e, quando for o caso, prover os recursos necessários para esse fim.
2. As consultas realizadas na aplicação desta Convenção deverão ser feitas, de boa fé e de maneira apropriada às circunstâncias, com o objetivo de se chegar a um acordo ou consentimento com as medidas propostas.

Também em posição contrária ao PL, Cibele Verani (Mestra em Antropologia Social e pesquisadora associada da Fundação Oswaldo Cruz), em mensagem postada em 23 de setembro de 2008 no grupo de discussão sobre Saúde Indígena do site do Yahoo ressalta que a tentativa de criar a Secretaria de Atenção Primária do SUS, no âmbito do MS, proposta pelo Congresso Nacional, não menciona a atenção diferenciada, nem os DSEIs e seus órgãos de controle social:

É uma ignorância ancestral dos militantes do SUS<sup>6</sup> em relação à questão indígena, mas também uma fragilidade em relação aos militantes anti-indigenistas do Congresso e da Sociedade Nacional. Se não houver alguém no GT com experiência, coragem e conhecimento da história do movimento sanitário indigenista, todos os ex-militantes do SUS, que nunca viram a saúde indígena como algo a ser tratado diferenciadamente do resto do SUS, vão engolir os DSEIs e estadualizar e municipalizar a Saúde do Índio.

Pontua ainda que o GT do Ministério da Saúde deve evitar essa descentralização via FUNASA, coordenações estaduais, estados e municípios, enfatizando o princípio legal de que a saúde indígena é de responsabilidade do nível federal e será desenvolvida através dos DSEIs.

---

<sup>6</sup> Os sanitaristas a quem se refere Verani (1999) são aqueles que refutam a estratégia de racialização das políticas públicas de saúde no Brasil, inaugurada no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso e expandida no governo Lula (MAIO et al., 2007). Eles defendem que o SUS, de tradição não-racialista e universal, não deve incorporar uma agenda que particularize, a partir do recorte de "raça", o acesso dos cidadãos aos serviços públicos de saúde e educação (MAGGIE, 2007).

O preocupante, em se tratando do PL n.º 3.958/2008, é o fato de que a discussão da gestão da saúde indígena acaba tomando uma dimensão menor quando analisada frente a outras questões. A grande tensão ali implícita abrange os recursos do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) do Governo Lula, que até 2010 reservou R\$ 4 bilhões para serem investidos pela FUNASA em saneamento básico em municípios de até 50 mil habitantes, os quais seriam agora destinados à nova Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde.

Mais uma vez o foco das discussões volta para a gestão do Subsistema de Saúde Indígena, em detrimento de uma avaliação acurada da execução da atenção. No cabo de guerra por recursos e cargos políticos, a saúde indígena acaba virando troco.

### 3.6 FINANCIAMENTO DO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA

De acordo com a PNASPI,

[...] as ações [de saúde] a serem desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas serão financiadas pelo orçamento da FUNASA e do Ministério da Saúde, podendo ser complementadas por organismos de cooperação internacional e da iniciativa privada. Os Estados e Municípios também deverão atuar complementarmente, considerando que a população indígena está contemplada nos mecanismos de financiamento do SUS. O financiamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá ser de acordo com o montante da população, situação epidemiológica e características de localização geográfica (FUNASA, 2002b, p. 24).

Na prática, para seu financiamento, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas conta com diferentes fontes de recursos. De contrapartida do Governo Federal, há os (1) recursos previstos nos Planos Plurianuais (PPA) do Governo para os programas e ações destinados aos povos indígenas, (2) os recursos do Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI) e (3) os recursos do Incentivo para a IAE-PI.

Esse financiamento específico deve se prestar à promoção de atenção diferenciada prevista pelo Subsistema de Saúde Indígena e funcionar como aporte financeiro suplementar aos recursos já definidos no SUS, como o Piso de Atenção Básica (PAB) e as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), que consideram a

população total dos municípios e, dessa maneira, incluem a população indígena (DIEHL; DRACHLER; RODRIGUES, 2003).

Os recursos previstos nos PPA do Governo Federal contemplam diversos ministérios. O MS, o Ministério da Justiça (MJ), o Ministério do Meio Ambiente, o Ministério da Integração (MI), o Ministério da Educação (MEC), o Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA), o Ministério da Agricultura e Abastecimento (MAB) e o Ministério dos Esportes (ME) compõem o “núcleo central” da política indigenista governamental (VERDUM, 2006). No período entre 2000 e 2005<sup>7</sup>, esses ministérios receberam cerca de R\$ 1,55 bilhão, utilizados em 73 ações indígenas, distribuídas em seis programas. Desse montante, o gasto com a saúde indígena, recebido pelo MS e de responsabilidade da FUNASA, foi de R\$ 1,036 bilhão<sup>8</sup>, representando quase 70% do gasto total, conforme detalhado no Quadro 1 (VERDUM, 2006) (Quadro 1).

Ministério/Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Saúde (MS)	90.600.820	144.593.064	167.468.589	160.866.354	218.265.805	255.043.890	<b>1.036.838.522</b>
Justiça (MJ)	52.324.388	103.112.753	89.234.125	84.448.974	84.414.724	84.152.103	<b>497.687.067</b>
Meio Ambiente (MMA)	437.200	2.941.067	1.463.946	2.522.211	1.702.965	1.008.428	<b>10.075.817</b>
Integração (MI)	562.321	258.773					<b>821.094</b>
Educação (MEC)	624.345	431.393	351.314	377.373	2.103.666	2.932.469	<b>6.820.560</b>
Desenvolvimento Agrário (MDA)					1.631.594	1.502.794	<b>3.134.388</b>
Agricultura e Abastecimento (MAB)	206.184	326.240	51.387				<b>583.802</b>
Esportes (ME)						825.252	<b>825.252</b>
<b>Total</b>	<b>144.755.258</b>	<b>251.663.290</b>	<b>258.569.352</b>	<b>248.214.912</b>	<b>308.118.754</b>	<b>345.464.936</b>	<b>1.556.786.502</b>

Quadro 2 – Recursos previstos no Plano Plurianual  
Fonte: Verdum (2006, p. 125)

<sup>7</sup> O autor que realizou a análise, para tornar comparáveis os números dos gastos realizados pelo Governo Federal em cada ano do período em foco, multiplicou os valores nominais anuais pelo respectivo valor do Índice de Preços ao Consumidor (IPCA/IBGE), tendo por base o mês de fevereiro de 2006.

<sup>8</sup> O período de 2000 a 2005 inclui os quatro anos do PPA 2000/2003 (segundo mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso) e os dois anos do PPA 2004/2007 (mandato do presidente Lula). Nesse período houve mudança no nome dos programas, na redistribuição de algumas ações entre os programas e ministérios, bem como a eliminação e a criação de novas ações (VERDUM, 2006, p. 124).



É dessa fonte (PPA) que a FUNASA repassa verbas às suas Coordenações Regionais, dispondo de recursos para firmar convênios com Prefeituras e Organizações Não-Governamentais quando da terceirização das ações de saúde a serem desenvolvidas por ela (FUNASA) em áreas indígenas. Há também situações em que o município que abriga população indígena não formaliza convênio com a FUNASA para execução de serviços de atenção à saúde indígena, não recebendo, por conseguinte, repasse algum diretamente da FUNASA. Nesses casos, as coordenações regionais utilizam parte da verba do PPA do Governo Federal para suprir as necessidades da população não sanadas pelas prefeituras, através da aquisição de insumos e serviços, conforme solicitação das comunidades indígenas/DSEI.

A forma burocrática de pactuação entre o governo e entidades civis reguladas por meio de convênio tem se expressado na morosidade dos repasses de recursos, que acaba comprometendo a continuidade das programações e a fixação de equipes capacitadas para execução das ações (GARNELO; SAMPAIO, 2005; WEIS; ZANCHETA, 2006). O problema foi agravado após a mudança no modelo de gestão da saúde indígena, realizada em 2004 pela FUNASA, que retomou o controle sobre a maior parte das verbas destinadas à saúde indígena, deixando às instituições conveniadas um papel “complementar” (contratação de pessoal, atenção nas aldeias com insumos, deslocamentos de índios e combustível). Mesmo a destinação de cerca de R\$ 290 milhões repassados aos 34 DSEIs, em 2005, não impediu os constantes atrasos no pagamento de salários e dívidas com os fornecedores contratados pelas conveniadas. Denúncias dos próprios indígenas deram conta de que a centralização da compra de medicamentos e a contratação de horas de voo pela FUNASA revelaram-se ineficientes, consumindo os recursos públicos, enquanto a situação sanitária nas áreas indígenas só piora (WEIS; ZANCHETA, 2006).

Na relação dos órgãos do governo Federal com os níveis estaduais e municipais do SUS, a celebração de convênios foi superada com a Programação Pactuada Integrada (PPI) da gestão plena da atenção e o repasse direto dos recursos para os

fundos de saúde<sup>9</sup> (GARNELO; SAMPAIO, 2005). Os recursos do IAB-PI e do IAE-PI provêm do Fundo Nacional de Saúde (FNS), e são administrados pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS, que os repassa “fundo a fundo” aos Estados e Municípios credenciados, para aplicação nas atividades de atenção à saúde indígena. O IAB-PI se destina à oferta de consultas e procedimentos de atenção básica às comunidades indígenas, enquanto o IAE-PI se destina à implementação qualitativa e equânime da assistência ambulatorial, hospitalar, apoio diagnóstico e terapêutico a essa população.

Esses incentivos foram instituídos pela Portaria do Ministério da Saúde n.º 2. 656, de 17 de outubro de 2007, que “Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde, e regulamentação do Incentivo de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas” (BRASIL, 2007b). A partir desse momento, ficou revogada a Portaria n.º 1.163/GM, de 14 de setembro de 1999, que até então regulamentava o Fator de Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas (também conhecido como Piso da Atenção Básica – PAB saúde indígena), o Fator de Incentivo para Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena (IAPI), doravante denominado IAB-PI e IAE-PI.

A Portaria n.º 1.163/GM/1999 e as várias portarias conjuntas anteriores a 2007 não especificavam critérios que definissem valores a serem repassados “fundo a fundo” a cada município. Já a Portaria n.º 2. 656/GM/2007 estabelece:

- a) que os valores do IAB-PI devem ser calculados pela soma de um valor fixo – parte fixa do IAB-PI, acrescido de um valor per capita regionalizado, multiplicado pela população indígena de cada município, conforme relação da população indígena cadastrada no SIASI/FUNASA e proposta de distribuição dos valores referentes ao IAB-PI, por município – 2007, constantes do anexo da Portaria n.º 2.656;

---

<sup>9</sup> “Esses mecanismos de gestão são próprios das relações entre os diferentes níveis de comando – federal, estadual, municipal – do SUS, não podendo ser replicados nas pactuações entre governo e entidades civis que permanecem sendo reguladas por convênios” (GARNELO; SAMPAIO, 2005, p. 1218).

b) que o valor do IEA-PI incidirá sobre os procedimentos pagos do SIH/SUS, proporcionais à oferta de serviços prestados pelos estabelecimentos à população indígena, no limite de até 30% da produção total as AIH aprovadas.

A Portaria n.º 2.656/GM/2007 ainda determina que esses recursos somente poderão ser repassados a Municípios e Estados mediante (1) assinatura do Termo de Pactuação, no qual deverá constar as responsabilidades e atribuições da FUNASA, SAS, Municípios ou Estados e Conselhos Distritais de Saúde Indígena, e (2) cadastramento e atualização periódica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dos estabelecimentos de saúde habilitados ao recebimento do IAE-PI e das Unidades Básicas de Saúde com suas respectivas equipes (BRASIL, 2007b).

No ano de 2004, os recursos do Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI) e os recursos do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI), àquela época PAB e IAPI, foram repassados a 241 municípios brasileiros, somando um valor superior a R\$ 82,809 milhões, sendo R\$ 63,119 do PAB – Saúde Indígena, e R\$ 19,689 do IAPI. Quando analisados no período de 2000 a 2004, pode-se verificar que, na média, os valores do PAB quadruplicaram, enquanto os valores do IAPI se mantiveram estáveis, conforme detalhado no Quadro 2 (VERDUM, 2006).

Incentivo	2000	2001	2002	2003	2004	Total
PAB	15.216.874	42.209.311	57.855.786	52.653.631	63.119.907	<b>231.055.509</b>
IAPI	14.251.836	22.194.902	20.269.145	19.862.262	19.689.221	<b>96.267.366</b>
<b>Total</b>	<b>29.468.710</b>	<b>64.404.213</b>	<b>78.124.931</b>	<b>72.515.893</b>	<b>82.809.128</b>	<b>327.322.875</b>

Quadro 3 - PAB e IAPI no período de 2000 a 2004 (valores em reais, deflacionados)  
Fonte: Verdum (2006, p. 128).

## CAPÍTULO IV POVOS INDÍGENAS NO ESPÍRITO SANTO

A população indígena aldeada do Estado do Espírito Santo reside no município de Aracruz, no litoral norte, aproximadamente a 70 km de Vitória (LIMA, 2005) e está distribuída em sete aldeias. Destas, quatro são habitadas por índios da etnia Tupiniquim (aldeias de Caieiras Velha, Irajá, Pau Brasil e Comboios) e três por Guarani (aldeias de Boa Esperança, Piraqueaçú e Três Palmeiras), atingindo um contingente populacional de 2.950 pessoas, predominantemente da etnia Tupiniquim (90,2%) (FUNASA, 2008a). Está distribuída em 736 famílias, sendo que as famílias Guaranis são compostas por 4,39 membros, enquanto as famílias Tupiniquins por 3,97 membros, em média (FUNASA, 2008b) (Quadro 3). Na faixa etária até 19 anos estão 52,1% da população indígena, de 20 a 39 anos estão 30,3% e com 40 anos e mais de idade estão apenas 17,6% (FUNASA, 2006b). Essas aldeias fazem parte do DSEI Minas Gerais/Espírito Santo (FUNASA, 2002a).

ALDEIA	POPULAÇÃO			NÚMERO DE FAMÍLIAS	NÚMERO DE RESIDÊNCIAS
	MASCULINO	FEMININO	TOTAL		
CAIEIRAS VELHA	627	612	1.239	342	265
IRAJÁ	247	223	470	132	97
PAU BRASIL	247	230	477	110	110
COMBOIOS	247	227	474	86	82
<b>TOTAL DE TUPINQUINS</b>	1.368	1.292	2.660 (90,2%)	670	554
BOA ESPERANÇA	38	48	86	22	22
PIRAQUEAÇU	18	19	37	7	7
TRÊS PALMEIRAS	86	81	167	37	35
<b>TOTAL DE GUARANIS</b>	142	148	290 (10,8%)	66	64
<b>TOTAL GERAL</b>	1.510	1.440	2.950	736	618

Quadro 4 - Distribuição da população indígena, do número de famílias e de residências por aldeia.

Fonte: FUNASA (2008a).

Os Tupiniquim, nativos do Espírito Santo, habitavam o território onde hoje se encontra o distrito de Santa Cruz, no município de Aracruz, quando, em 1556, os padres Brás Lourenço e Diogo Jácome fundaram ali um núcleo de catequese. Em

16 de dezembro de 1837 foi criado o distrito de Santa Cruz, tornado município em 03 de abril de 1848 e instalado em 16 de janeiro de 1849. Em fevereiro de 1874, chegaram a Santa Cruz 386 colonos trentinos<sup>10</sup>, migrantes em busca de terras cultiváveis e de uma nova vida. Em 1931, foi incorporado à Santa Cruz o município de Riacho Doce e seus respectivos distritos (FUNAI, 1994). Em 1943, uma resolução da comarca municipal transferiu a sede do município para o povoado de Suassu. O município e respectiva sede só passaram a denominar-se Aracruz em 31 de dezembro desse mesmo ano, pelo Decreto n.º 15.177 (INSTITUTO DE APOIO À PESQUISA E AO DESENVOLVIMENTO JONES DOS SANTOS NEVES, 2005).

Já os Guarani, povos não originários do Estado, chegaram ao Espírito Santo em 1967, fixando sua primeira aldeia apenas em 1979, no território de Caieiras Velha, em Aracruz.

#### 4.1 OS TUPINIQUIM: CARACTERÍSTICAS GERAIS

Os Tupiniquim, do grupo Tupinambá, são, entre inúmeros povos indígenas, dos mais citados e paradoxalmente mais desconhecidos no Brasil (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2008). Pertencem à grande nação Tupi, da qual fazem parte também os Guarani, o que faz com que essa nação seja conhecida como Tupi-Guarani<sup>11</sup> (COUTINHO, 2003, p. 51).

Com a colonização do Espírito Santo pelos portugueses, que se deu a partir de 1535<sup>12</sup>, os índios que habitavam esse Estado, como os Goytacazes, Tupinambá, Tupiniquim e Tupinaé, do ramo Tupi; Aimorés e seus descendentes Botocudo do grupo Macro-Gê, além dos Maxacali, Pataxó, Malali e Puri-Coroado, bem como

---

<sup>10</sup> Trento é uma província do Norte da Itália.

<sup>11</sup> Tupiniquim é sinônimo de nacional na língua corrente (antropologia tupiniquim, cinema tupiniquim etc.) (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2008).

<sup>12</sup> A primeira povoação da colônia portuguesa no Espírito Santo foi Vila Velha (1535), seguida de Vitória (1551) e da Aldeia Nova (1556), no território do Município de Aracruz, que passou a chamar-se Aldeia Velha após 1580 e Santa Cruz desde 1848 (COUTINHO, 2003, p. 63).

grupos menores, foram progressivamente dizimados, restando apenas os Tupiniquim (COUTINHO, 2003), na Região de Aracruz<sup>13</sup>.

Além de intensa dizimação por doenças, massacres e guerras, por volta de 1840 a cultura e a religião dos remanescentes Tupiniquim espírito-santenses já se encontravam esfaceladas pelos quase três séculos de catequese jesuítica. Sua língua era falada por uns poucos e seus costumes já se misturavam aos dos colonos e negros, num intenso processo de homogeneização cultural, o que fez com que seus representantes fossem desconsiderados em sua identidade étnica particular e apontados como índios civilizados, caboclos ou roceiros (COUTINHO, 2003; VEIGA et al., 2004).

No século XX, antes da exploração madeireira, a região em que viviam os Tupiniquim em Aracruz era de mata virgem, e a comunicação entre as localidades se fazia por trilhas no meio da floresta. Entretanto, em sua maior parte, as famílias indígenas eram encontradas dispersas pela mata, plantando nos trechos de capoeira, com a eventual agregação de parentes e afins.

As aldeias tinham a disposição de ruas, e em Caieiras Velhas havia um pátio largo, onde uma pequena capela secular fechava a área. As casas eram de pau-a-pique e sapê, cercadas pelo mato ou capoeira, utilizados na medida da necessidade. Com frequência os Tupiniquim mudavam de casa e roçado, seja pela realização de um casamento ou em busca de melhores condições de sobrevivência. Havia uma posse comunal da terra nessas aldeias, e os cultivos em extensões podiam ser utilizados à vontade por cada grupo familiar. Matas, rios e fontes possibilitavam a reprodução das famílias (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2008).

Os mais antigos não se recordam de ter conhecido regras matrimoniais ou qualquer outra norma de parentesco diferente das de hoje, cujas prescrições são idênticas às

---

<sup>13</sup> Na Região de Aracruz, os Tupiniquim reconheciam como ocupações mais de vinte localidades, entre aldeias constituídas por algumas casas vizinhas, lugares com poucas casas esparsas - a grande maioria - e locais onde havia se instalado apenas uma família. Foram identificadas pelos índios as localidades de Caieiras Velhas, Irajá, Pau-Brasil, Comboios - entre ocupações atuais -, e Amarelo, Olho d'Água, Guaxindiba, Porto da Lancha, Cantagalo, Araribá, Braço Morto, Areal, Sauê (ou Tombador), sertão e litoral do Gimuhúna, Piranema, Potiri, Sahy Pequeno, Batinga, Santa Joana e Córrego do Morcego - extintas (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2008).

da população rural. As memórias dos grupos sociais apresentam um passado marcado pela abundância de recursos naturais, fauna e flora, que favorecia a caça e a coleta e extração de alimentos da natureza. Os anciãos relacionam as caçadas às relações de parentesco. A pesca era sempre praticada entre amigos e membros da unidade doméstica, caracterizando uma produção para o consumo e economia de troca (VEIGA et al., 2004).

Os Tupiniquim se declaravam católicos. As festas de São Benedito, Santa Catarina, São Sebastião e Nossa Senhora da Conceição eram comemoradas pelos índios com apresentação de suas bandas de congo, em Caieiras Velhas, Pau-Brasil e Comboios, havendo intercâmbio entre as duas primeiras, quando esses atravessavam as matas em busca de festividades. Antigamente, o Capitão do Tambor detinha prestígio e era também reconhecido como curandeiro (rezador) pelos demais.

Os índios tiravam o mastro da mata, e o Capitão do Tambor, todo ornamentado, usando bastão e cocar, comandava a banda, saindo, de casa em casa, a convocar os índios para a dança. Na ocasião, as índias preparavam uma bebida, a coaba, feita com aipim fermentado, enquanto os índios empregavam como instrumentos de percussão a casaca (reco-reco antropomorfo) e o tambor, feito de madeira oca, recoberto de couro. Hoje a Dança do Tambor só permanece em Caieiras Velhas, reforçando o intercâmbio e a integração simbólica dos Tupiniquim e dando suporte à ressurgência indígena, possibilitando o estabelecimento de uma distinção cultural que os identificava, frente à população regional, não como índios selvagens, mas como caboclos Tupiniquim (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2008).

A partir dos anos 1940, a Companhia Ferro e Aço de Vitória (COFAVI) começou a devastar as matas em áreas tradicionais de cultivo das aldeias Tupiniquim, para produzir carvão vegetal. A degradação prosseguiu com a plantação de eucaliptos pela Aracruz Florestal, no fim dos anos 60, que se seguiu pelas décadas seguintes.

Como consequência vieram a enorme redução das áreas de plantio em terras indígenas, além do impedimento da tradicional rotatividade das roças, que inferiram

mudanças drásticas no modo de vida nas aldeias – o padrão de convivência que resultava da ocupação territorial. Esse confinamento ao qual se tornou sujeita a população indígena, inicialmente ocasionado pela perda de suas terras para projetos de desenvolvimento, foi seguido pela ocupação do território por áreas dedicadas a mutirões e plantações de eucalipto fomentadas pela Aracruz e pelo incremento demográfico, explicado pela alta taxa de natalidade e pelo retorno de grupos para a terra, que ocorreu nas décadas de 1980 e 1990.

Em reação, os Tupiniquim passaram a reorganizar politicamente o território, expandindo geograficamente as colocações<sup>14</sup>, deslocando grupos do centro das aldeias para a periferia, numa tentativa de evitar perdas adicionais. Entretanto, tal estratégia provocou um deslocamento não apenas físico como simbólico do poder e da capacidade de propor novas abordagens e relações com a natureza (VEIGA et al., 2004).

Atualmente, as poucas espécies de plantas nativas ainda encontradas são coletadas pelos Tupiniquim para uso medicinal e confecção de artesanato, costume praticado por poucos. As gerações mais novas, menos expostas à variedade de ambientes e à biodiversidade, tendem a perder cada vez mais conhecimento indígena. As casas, também pela escassez das matas, são substituídas pelas construções de alvenaria. A caça se tornou ocasional, e os índios queixam-se da ausência de animais e da redução das áreas de floresta propícias a essa atividade (VEIGA et al., 2004).

Grande parte das famílias não consegue sobreviver apenas com os recursos naturais e das atividades econômicas desenvolvidas nas aldeias. Sua fonte de renda provém basicamente do artesanato, do turismo, do auxílio de programas do governo federal, como o “Bolsa Família” e da agricultura, numa terra sem boas condições para o cultivo. Há os que pleiteiem um emprego formal na zona urbana do município, como forma de solucionar sua situação econômica. Porém, ao tentarem uma

---

<sup>14</sup> Na perspectiva Tupiniquim o território está ligado às famílias, núcleos de parentesco, casas, roças, mangues e florestas. Consideram uma “casa” uma nova unidade familiar, e seu conjunto origina uma “colocação”, composta por uma casa principal, geralmente um casal de sogros, seguido das casas dos filhos. A colocação é composta por casas e áreas comuns para o plantio, pasto e demais necessidades dos grupos. Os filhos são criados em conjunto, nas unidades domésticas, e sua paternidade é compartilhada entre essas unidades (VEIGA et al., 2004).



interface maior com a comunidade não indígena, são alvo constante de intensa discriminação, deflagrada pelos conceitos sobre índios firmados no senso comum dos munícipes. Após anos de luta pela terra com a empresa Aracruz Celulose, principal empregadora da região, tornou-se difusa a idéia de que o índio é preguiçoso, de que representa um “atraso ao avanço” e um “problema” ao desenvolvimento da cidade.

As transformações sociais e espaciais no território das aldeias desencadearam o estabelecimento de novas relações dos indígenas com práticas e comportamentos da sociedade não-indígena envolvente. Essas, por sua vez, deflagraram ainda mais mudanças no modo de vida indígena, dificultando a restauração da identidade cultural e a reestruturação organizacional desses povos.

#### 4.2 OS GUARANI: CARACTERÍSTICAS GERAIS

Nos anos 50, Schaden (1972, p.2, apud CICCARONE, 2001) propôs uma divisão das parcialidades guarani que viviam no Brasil em três principais subgrupos: Kaiowa, Nhandeva e Mbya, cada qual exprimindo suas diferenças nas formas linguísticas, costumes, práticas rituais, organização política e social, orientação religiosa, assim como formas específicas de interpretar a realidade vivida e de interagir segundo as situações em sua história e em sua atualidade (LADEIRA, 2003).

Há uma unanimidade entre os autores quanto às dificuldades de quantificar os Guarani. De acordo com dados levantados na década de 1990, a população Guarani no Brasil é estimada em torno de 34.000 pessoas, entre os Kaiowa (18.000 a 20.000), Nhandeva (8.000 a 10.000) e Mbya (5.000 a 6.000). No Paraguai, calcula-se a população indígena guarani por volta de 21.000, entre os Pai Tavyterã / Kaiowa (9.000), Nhandeva (7.000) e Mbya (5.000). Na Argentina, a população guarani é quase exclusivamente Mbya e concentra-se na província de Misiones, em torno de 4.000 pessoas.

No Espírito Santo, os Guarani Mbya, povos não originários do Estado, chegaram em 1967. Esse grupo é fruto de um processo migratório conduzido pela líder espiritual

Tatati Ywa Reteë, iniciado a partir da Guerra do Paraguai, quando se intensificou a perda do território indígena originário, no Paraguai Oriental, região representada pelos Mbya como o centro da terra, o Yvy Mbyte<sup>15</sup>. Os movimentos migratórios desencadeados nesse período se configuraram como processos de afirmação étnica na busca de novos espaços, à medida que seguiam o caminho estreito (*tape miri*), escondido, trilhado por grupos anteriores que abriram a rota ao longo das caminhadas (oguatá), e que ligam os aldeamentos ao longo do território (VEIGA et al., 2004).

Tatati partiu em busca de uma terra sagrada, com atributos ecológicos e topográficos que estivessem em conformidade com o modo de vida do seu grupo, segundo rota indicada pelos deuses através dos seus sonhos<sup>16</sup> (CICCARONE, 2001). No Espírito Santo, a princípio se instalaram precariamente no Bairro da Penha, em Vitória. Aurora, filha de Tatati, a pedido de sua mãe, deslocou-se para o litoral norte, e junto a seu esposo, Argemiro, instalou-se numa casa alugada pelo prefeito de Aracruz (Primo Bitti), no território de Caieiras Velhas. Os mais velhos juntamente com as mulheres e as crianças, seguiram com Tatati para a cidade de Guarapari, no litoral sul do Estado, onde era mais favorável a venda de artesanato. Seus filhos João Carvalho e Paulo continuaram em Caieiras Velhas, deslocando-se com frequência a Vitória no intuito de tentar a concessão, junto ao governo, de uma área nas proximidades de Caieiras Velhas (Aracruz), viabilizando a ida de todo o grupo Mbya para a terra reconhecida por Tatati como anteriormente ocupada pelos seus antepassados (VEIGA et al., 2001).

A chegada dos Mbya ao Espírito Santo fez reascender a identidade meio perdida dos Tupiniquim, levando-os a aderir à sua busca da “terra sem males”, os males da civilização branca (doenças, alcoolismo, prostituição, exclusão), e à recuperação da

---

<sup>15</sup> Os fatores desencadeadores das migrações dos Mbya são múltiplos, e podem ser aprofundados em Nimuendaju (1987) e Shaden (1974).

<sup>16</sup> “Os índios Guarani Mbya do litoral procuram fundar suas aldeias com base nos preceitos míticos que fundamentam especialmente a sua relação com a Mata Atlântica, na qual, simbólica ou praticamente, condicionam sua sobrevivência. Esses lugares, procurados ainda hoje pelos Mbya, apresentam, através de elementos da flora e da fauna típicos da Mata Atlântica, de formações rochosas e mesmo de ruínas de edificações antigas, indícios que confirmam essa tradição. Formar aldeias nesses lugares ‘eleitos’ significa estar mais perto do mundo celestial, pois, para muitos, é a partir desses locais que o acesso a yvy marãey, ‘terra sem mal’, é facilitado - objetivo histórico perpetuado pelos Mbya através de seus mitos” (LADEIRA, 1992, 1997).

posse de terra de seus ancestrais (COUTINHO, 2003). Porém, a luta pela terra conflitava diretamente com os interesses desenvolvimentistas do governo militar, num período em que a implantação de multinacionais como a Aracruz Celulose era amplamente incentivado, fazendo com que os índios se configurassem uma preocupação para as autoridades. As forças de união entre FUNAI, Aracruz Celulose e Governo resultaram, em 1973, na transferência dos Guarani e alguns Tupiniquim para o Reformatório Indígena Krenak, em Minas Gerais, uma área de treinamento antiguerrilha cedida pela Polícia Militar. Para lá eram transferidos índios “desajustados”, a maioria originários de regiões em situação de conflito fundiário (VEIGA et al., 2001).

Os Mbya relatam sua permanência na Fazenda Guarani (Krenak) como um período de confinamento e privação de liberdade, de dificuldade de convivência com outras etnias e falta de adaptação a um lugar com baixa qualidade do solo, longe do litoral. No início de 1977 alguns índios fugiram da Colônia Penal, em busca de socorro na Capital Vitória. Após inúmeras denúncias, em 1978 a Krenak foi evacuada pela FUNAI, e um grupo de 40 pessoas, Mbya e uma família Kaiowa, voltou definitivamente para Caieiras Velhas.

Boa Esperança (Tekoa-porã<sup>17</sup>) foi fundada em 1979, no território dos Tupiniquim, em Caieiras Velhas. Nessa aldeia, hoje, os Mbya convivem com os Nhandeva e os Kaiowa, cuja migração acentuou-se a partir de meados da década de 1990. As famílias Nhandeva são, em sua maioria, provenientes das aldeias de Morro da Saudade, situadas na Grande São Paulo, e dividem com os Mbya também a aldeia de Três Palmeiras, fundada em 1996. Os Kaiowa, provenientes da aldeia de Porto Lindo, em Mato Grosso do Sul, ocupam a aldeia de Piraqueaçu, estabelecida em 2001 (BERTOLANI, 2008).

---

<sup>17</sup> Os lugares onde os Guarani formam seus assentamentos familiares são identificados como *tekoa*. Conforme tradução de Montoya (1640 apud LADEIRA, 1992, p. 97), *Tekoa* significa “modo de ser, de estar, sistema, lei, cultura, norma, comportamento, costumes”. *Tekoa* seria, pois, o lugar onde existem as condições de se exercer o “modo de ser” guarani. Podemos qualificar o *tekoa* como o lugar que reúne condições físicas (geográficas e ecológicas) e estratégicas que permitem compor, a partir de uma família extensa com chefia espiritual própria, um espaço político-social fundamentado na religião e na agricultura de subsistência.

Em Aracruz, esses povos, apesar de seu também adiantado estado de aculturação, conseguiram manter sua língua (a maioria é bilíngue) e religião, mesmo sofrendo influência da sociedade não indígena envolvente, a quem se referem como “Juruá”<sup>18</sup>.

De maneira geral entre os Mbya, as práticas religiosas são frequentes e se estendem por muitas horas. A liderança espiritual é exercida pelo *Tamoi* (avô, genérico) e seus auxiliares (*yvyraija*), podendo ser exercida também por mulheres *Kunhã Karai*. Orientadas pelo dirigente espiritual, as “rezas” - realizadas através de cantos, danças e discursos - também se voltam às situações e necessidades corriqueiras (colheita, ausência ou excesso de chuva, problemas familiares, acontecimentos importantes, imprevistos etc.). Os Mbya e os Nhandeva constroem e mantêm uma casa para a prática de rezas e rituais coletivos, a “*opy*” (LADEIRA, 2003).

Em Aracruz, a aldeia de Três Palmeiras se destaca pela retomada dos rituais indígenas, em uma nova *opy*, recentemente construída. Com o falecimento da líder espiritual Keretxu Mirí, em 2005, a *opy* de Boa Esperança permanece fechada, e na aldeia de Piraqueaçu não tem *opy* (PELLON, 2008).

#### 4.3 A QUESTÃO DA TERRA

As sete aldeias indígenas de Aracruz-ES localizam-se em quatro Terras Indígenas<sup>19</sup> (TI): Caieiras Velhas, Pau Brasil, Comboios e Caieiras Velhas 2, situando-se entre os rios Piraqueaçu e a foz do rio Doce. As TI localizam-se próximas a seis distritos de Aracruz (Santa Cruz, Água Branca, Bairro de Coqueiral, Barra do Sahi, Barra do

<sup>18</sup> Não se sabe ao certo desde quando empregam esse termo para designar “homem branco”, porém, hoje ele tem uso corrente e parece destituído de seu sentido original. Juruá quer dizer, literalmente, “boca com cabelo”, uma referência à barba e ao bigode dos europeus conquistadores (LADEIRA, 2003).

<sup>19</sup> Terra indígena é uma definição oficial do MJ para designar um território indígena específico. Por território, entende-se uma porção de terra que atenda aos anseios econômicos, sociais, cosmológicos e simbólicos de uma determinada sociedade para a atual e futuras gerações. Assim, um território, embora definido a partir de uma unidade física, não coincide com esta. O território vai além de uma definição material e é estabelecido cotidianamente, fundamentado em um conjunto singular de relações sócias simbólicas (VEIGA et al., 2004, p. 39). Constituem os instrumentos legais para o estabelecimento da TI alguns ritos burocráticos do MJ, que se iniciam, sob a organização da FUNAI, com um estudo de reconhecimento de áreas indígenas, um relatório de estudo de área indígena, o reconhecimento da área indígena e posteriormente sua homologação pelo MJ.

Riacho e Riacho), a três rodovias estaduais (ES-124, ES-257 e ES-010) e à fábrica da Aracruz Celulose, cercadas por extensas áreas dedicadas à monocultura de eucalipto (VEIGA et al., 2004)

A maior dessas TI, a Terra Indígena Caieiras Velhas<sup>20</sup>, localizada a 19 km da sede do município de Aracruz-ES<sup>21</sup>, na margem esquerda do Rio Piraqueaçu, abriga aldeias Tupiniquim (aldeias de Caieiras Velhas e Irajá) e aldeias Guarani (Boa Esperança, ou Tekoá Porã, e Três Palmeiras, ou Boapy Pindó), além de um Posto Indígena da FUNAI<sup>22</sup> e da Associação Indígena Tupiniquim e Guarani (AITG) (VEIGA et al., 2004, p. 7).

A TI Pau Brasil, habitada exclusivamente por índios Tupiniquim da aldeia Pau Brasil, limita-se ao sul com o córrego Sahi e ao norte situa-se a rodovia ES-257, que liga a sede do município à fábrica da Aracruz Celulose e ao distrito de Barra do Riacho.

A menor e mais recente TI é a Caieiras Velhas 2<sup>23</sup>, contígua à TI Caieiras Velhas, habitada exclusivamente por Guaranis da aldeia de Piraqueaçu. É atravessada pela rodovia ES-010 (VEIGA et al., 2004, p. 8).

A TI de Comboios<sup>24</sup> apresenta diferenças topográficas e políticas em relação às demais TI. Seu território, situado em uma estreita faixa litorânea entre o rio Comboios e o mar, na margem direita do rio Doce, é uma área de restinga formada por solo arenoso e de difícil cultivo, ocupada por capoeiras e vegetação litorânea. Além disso, constituiu uma associação própria para tratar dos benefícios resultantes dos processos de negociação pela terra com a Aracruz Celulose, a Associação Indígena Tupiniquim de Comboios, e abriga um segundo Posto Indígena da FUNAI.

---

<sup>20</sup> Homologada pelo Decreto 88.926, de 27 de outubro de 1983, e registrada pelo Serviço de Patrimônio da União (SPU) em 1995. A partir de Decreto s/nº, de 11 de dezembro de 1998, sua superfície foi ampliada e recebeu nova demarcação homologada, publicada no Diário Oficial da União em 14 de dezembro de 1998, que também homologou ampliações nos TI Pau Brasil e Comboios (VEIGA et al., 2004, p. 7-8).

<sup>21</sup> O acesso a essa TI é feito através da Rodovia ES-128, que serve de interligação entre a cidade de Aracruz e a sede distrital do Bairro de Coqueiral (VEIGA et al., 2004, p. 7).

<sup>22</sup> Esse Posto Indígena atende também às TI Pau Brasil e Caieiras Velha 2.

<sup>23</sup> Homologada em 19 de abril de 2004 (VEIGA et al., 2004).

<sup>24</sup> Homologada pelo Decreto 88.601, de 09 de agosto de 1983 (FUNAI, 1994).

Também passou por conflitos com posseiros, dados como solucionados (VEIGA et al., 2004:8).

#### 4.3.1 Os conflitos fundiários

As terras indígenas do Espírito Santo são fruto de um extenso processo de negociação e luta entre diferentes atores sociais: os índios; a FUNAI, com seu poder de definição oficial; as empresas com interesses econômicos, como caso mais notório a Aracruz Celulose; e os sucessivos governos estaduais e municipais, vistos como omissos (VEIGA et al., 2004, p. 39).

O acirramento e a multiplicação de tais conflitos pela terra remontam à década de 1960, deflagrados por mudanças no quadro econômico no Município de Aracruz. Nesse período, a crise mundial de café atingia a população brasileira, levando o governo federal a adotar uma política de erradicação de cafezais improdutivos, nos quais se incluíam as plantações de Aracruz-ES. Aumentou o êxodo rural, enquanto a queda dos preços das terras tornou-se inevitável, favorecendo o projeto de implantação de um novo modelo de agroindústria, voltado para a produção de celulose (FUNAI, 1994).

Com o recebimento de incentivos governamentais, firmou-se no Estado a Aracruz Celulose (antiga Aracruz Florestal). A empresa adquiriu 10.000ha de terras da COFAVI, além de 30.000 ha de terras indígenas (decretadas como devolutas), vendidas pelo Governo Estadual a preço irrisório e transfiguradas em uma extensa monocultura de eucalipto.

A implantação do complexo da celulose – reflorestamento, fábrica, porto – reordenou toda a produção econômica de Aracruz, acelerando o processo de urbanização do Município, cuja vida econômica tornou-se subordinada às iniciativas da Aracruz Celulose S.A. (FUNAI, 1994). A empresa passou a figurar no imaginário de grande parte da sociedade capixaba como a solução para a escassez de emprego, como importante contribuição para o progresso regional e a integração nacional (CICCARONE, 2001).

Havia, no entanto, uma impossibilidade legal no fato de o Estado conceder a pessoas jurídicas as terras ditas devolutas, o que fez com que a Empresa, através de seus funcionários, passasse a requerer tais terras ao Governo e a utilizar de manobras coercitivas e violentas para obrigar índios e quilombolas a venderem suas terras (CPI, 2002).

Diferentes depoimentos indígenas coletados em campo por Veiga et al. (2004, p. 95), atestam a violência da entrada da Aracruz Celulose na região. A vida e o destino dos antigos ocupantes da área foram alterados com a destruição de antigas aldeias e de achados arqueológicos, com a derrubada das matas para monocultura de eucalipto, a poluição dos rios causada pelos aditivos químicos empregados nos eucaliptais, e pelo esgoto proveniente do aumento populacional, ocorrido também em função da presença da indústria.

Com o apoio do CIMI e de parcelas significativas da opinião pública, os índios Tupiniquim e Guarani passaram a denunciar a violação de seus direitos, pressionando a FUNAI a realizar um estudo para identificação de suas terras.

Na ocasião foram estabelecidos pela Portaria n.º 609/N, de 8/11/1979, apenas 6.500ha de terras, distribuídas em três áreas descontínuas: Caieiras Velhas (2.700ha), Pau Brasil (1.500ha) e Comboios (2.300ha). A morosidade na demarcação dessas terras levou os índios a interromperem o processo institucional e iniciarem a auto-demarcação. Foi um período marcado por enorme tensão, envolvendo índios e militantes indígenas, a Aracruz Celulose, a FUNAI, a Polícia Militar, entre muitos; e por pressão por parte da empresa aos órgãos governamentais, resultando em uma drástica redução das áreas indígenas, delimitadas pelo Governo Federal em 1981 em 4.492ha (VEIGA et al., 2004).

Acuados em seu território, cercados por eucaliptos e em condições de escassez e abandono, os Tupiniquim e Guarani retomaram a campanha pela ampliação dessas áreas em 1993. Suas reivindicações foram expostas na comissão de minorias do Congresso Nacional, ocasionando a instituição, em 1994, pela FUNAI, do Grupo Técnico para o Reestudo da Identificação das Terras Indígenas Caieiras Velhas,

Pau Brasil e Comboios. O GT/FUNAI, em seus relatórios finais de 1996, concluiu pela identificação e demarcação de 13.579 ha, anexando os 4.492 ha anteriormente demarcados.

Nesse momento iniciou-se o desenho de um quadro judicial que se arrastaria por anos. A Empresa, contrária à decisão ministerial, apresentou alguns contestatórios, gerando novos estudos e relatórios, que acabaram por confirmar o parecer anterior a favor do uso das terras por parte dos índios. Ainda assim, em 1998, ignorando os trabalhos realizados até então pelos grupos técnicos, o ministro da justiça, Iris Resende, tomou a decisão de recuar nas suas posições, reatualizando os limites identificados no relatório do GT/FUNAI de 1979, e invalidando a legitimidade da reivindicação de 13.579 ha de terra.

Diante do exposto, a solução encontrada pelos índios foi uma nova auto-demarcação das terras. A reação veio via Polícia Federal, que, através de uma estratégia de isolamento dos índios em suas áreas<sup>25</sup>, obrigou-os a sentar-se à mesa de negociações em Brasília. As lideranças indígenas foram pressionadas a assinar um acordo denominado “Termo de Ajustamento de Conduta”, legitimando os limites das terras em 2.571ha, conforme última decisão ministerial, de 1998. O documento regulamentava as relações entre indígenas e empresa ao longo de 20 anos. Como indenização, a Aracruz Celulose liberou dinheiro para a criação da AITG, para um projeto agrícola e para projetos anuais, além de ter garantido a participação em projetos do NISI-ES e de ter se comprometido a pagar contas de água e energia elétrica das aldeias.

O repasse de recursos financeiros sujeitou as comunidades a um modelo econômico estranho que, a partir de uma associação, proposta pela FUNAI e Aracruz Celulose, converteu trabalho comunitário específico de cada grupo e família em mão de obra assalariada. O dinheiro, além de não diminuir o sofrimento e a indignação, levou muitos índios ao endividamento, por conta do modelo capitalista clássico de assalariamento (VEIGA et al., 2004, p. 64).

---

<sup>25</sup> Decretos 253/98 e 268/98 proíbem a entrada nas áreas indígenas Tupiniquim e Guarani do Espírito Santo (VEIGA et al, 2004, p. 61).



O conflito velado, mas não extinguido, permaneceu até março de 2005, quando os índios interromperam o acordo e partiram para uma nova auto-demarcação. Em contrapartida, imediatamente a empresa vetou o repasse de verbas para os projetos, e a Polícia Federal voltou à atuação. Mas dessa vez o desfecho foi favorável às comunidades indígenas, quando reconhecida a área de 11.000ha como Terra Indígena Tupiniquim e Guarani, via Portaria n.º 1.1463, de 27 de agosto de 2007, do Ministério da Justiça. Os índios e a Aracruz Celulose assinaram um novo Termo de Conduta, que estabelece repasse de recursos por parte da empresa e promessa de manutenção dos limites da área indígena por parte da comunidade.

#### **4.3.2 A interface da luta pela terra com alguns aspectos da vida da população indígena de Aracruz-ES**

Todos esses anos de ocupação da terra indígena e luta por sua retomada repercutiram de diferentes maneiras na vida das comunidades indígenas de Aracruz-ES. Como pontos negativos podem-se destacar, principalmente, a degradação ambiental advinda da exploração dos recursos naturais por parte da Empresa Aracruz Celulose.

Para esses índios, a luta pela terra é a luta pelo direito coletivo, inerente a seu modo de vida. Sem terra não há cultura, perde-se o espírito coletivo, a união das comunidades e a continuidade dos costumes. O plantio desenfreado de eucalipto e a implantação da fábrica de celulose deixaram as aldeias “ilhadas”, o solo infértil e erosivo, e a fauna escassa. Os recursos hídricos tornaram-se insuficientes, inviabilizando também a pesca e dificultando a agricultura. A deterioração dos recursos naturais impossibilitou aos índios exercerem seu modo natural de alimentação, essencial para a sua saúde, e assim tornaram-se reféns dos alimentos industrializados.

Os índios viram-se também dependentes do dinheiro, do consumo, e para isso passaram a recorrer ao trabalho remunerado, tendo que buscá-lo com muita dificuldade fora das aldeias, contrariando seus padrões de coletividade e afirmando o individualismo para a sobrevivência. Nas palavras dos próprios índios: “Sem a terra o índio não é nada! A gente vem passando por um momento muito difícil, que

não tem pra onde correr. A gente vai atrás do trabalho, do dinheiro, do individual. Hoje ficamos dependentes daqueles que destruíram tudo. Ter terra, e terra infértil, e não ter recursos [financeiros] é continuar sem nada, cada um por si” (Informação verbal).<sup>26</sup>

Atualmente a maneira que encontraram para o enfrentamento dessa situação foi o estabelecimento de parcerias com instituições governamentais e não governamentais, e com a própria Aracruz Celulose, para a viabilização de projetos dos mais diversos campos (saúde, agricultura, educação) nas áreas indígenas, através de capacitação técnica e apoio financeiro. Porém, há que se ter cautela no sentido de evitar a perda da autogestão, e de buscar a superação do estigma da tutela. Sobre essa questão, a antropóloga Ciccarone (2009) pontua: “[...] eles não precisam da gente para dizer quem são e o que querem. Os projetos têm que vir das comunidades, não podem ter a lógica dos não índios: prazo curto, lógica nossa. Temos que começar a inverter e a aprender a lógica deles” (Informação verbal).<sup>27</sup>

É fato que o convívio com a comunidade não indígena do entorno e as próprias mudanças no modo de vida dos índios, advindas principalmente da degradação dos recursos naturais e demais razões anteriormente expostas, levou-os à assimilação da cultura capitalista. O embricamento com esse novo modo de vida é tamanho que os próprios índios já não o reconhecem como negativo, mas necessário: “Nós nos modernizamos com o mundo, com as tecnologias, sem ficarmos presos. O índio está sendo índio dentro do desenvolvimento, sem perder identidade cultural. Acreditem no nosso potencial, capacitem, dêem experiência técnica, criem formas de sustentabilidade, que mostraremos nosso potencial<sup>28</sup>”.

As lideranças indígenas atribuem suas vitórias na luta pela terra à união estabelecida dentro e entre as aldeias indígenas Tupiniquim e Guarani. O fortalecimento do grupo resultou também em conquistas nas áreas de saúde e

---

<sup>26</sup> Fala do Cacique José Sizenando, de Caieiras Velha, na reunião do Fórum permanente da gestão da terra indígena, em 19 de maio de 2009.

<sup>27</sup> Celeste Ciccarone, antropóloga, pesquisadora da UFES, na reunião do Fórum permanente da gestão da terra indígena, em 19 de maio de 2009.

<sup>28</sup> Índio Tupiniquim Paulo – Secretário Geral da AITG, na reunião do Fórum permanente da gestão da terra indígena, em 19 de maio de 2009.

educação. Os entraves impostos nas situações de embate com a Aracruz Celulose fortaleceram institucional e administrativamente as entidades indígenas, e aos poucos os índios foram se apropriando da lógica tecnoburocrata vigente, fazendo uso da mesma a seu favor. Lauro Martins, índio de Caieiras Velha, descreveu esse processo:

Todas as coisas que surgiram aqui nas aldeia foi pelas nossas ideias. A luta pela terra foi uma luta de arrebentar mesmo. A gente passou por muita situação difícil. Hoje, o que a gente tem aí, esse posto de saúde que funciona, custou caro demais. Às vezes eu olho e falo: rapaz, se você soubesse o que foi isso aí... vocês não deviam nem brincar. Custou porque a gente teve que usar uma inteligência que a gente não tinha na época. A gente sentava e pensava: o que a gente vai fazer? A gente não sabe nem escrever, colocar as ideias no papel. Ah, isso vai dar certo. Já isso não vai dar certo. Aí pegava uma pessoa assim que soubesse escrever, e ia escrevendo, ajeitando, às vezes era alguém da Pastoral, do CIMI, que tinha um advogado bom na época, que colocava dentro da lei, e formalizava, para aí então irmos procurar prefeito e todo mundo mais, com o projeto pronto. Porque aí na hora de discutir você tinha clareza daquilo que você tava falando. E quando uma coisa tava dando errado, a gente já partia para um outro lado (Informação verbal).<sup>29</sup>

Em relação à luta pela saúde, Lauro ainda completou:

Tem aldeias em Minas Gerais que não se organizaram, não conseguiram nada. Quando eles vieram visitar nós, os outros índios olhavam os postos de saúde, os carros, e perguntavam como a gente conseguiu isso. Foi muita luta, muita confusão, com prefeitura, na FUNASA, os políticos contra, com todo mundo. Lá nessas aldeias, se falam pra eles que não pode, eles pegam e vão embora. A gente não, já pega a Lei e começa a pressionar. Nós avançamos porque houve muita insistência com os órgãos públicos. Tem aldeia aí que não avançou nada, que ficam dois, três meses sem médico nenhum. E aqui não falta nada.

Os índios se uniram em busca de seus direitos coletivos e a luta os tornou ainda mais conectados. Ao mesmo tempo em que estavam reavivando e reafirmando sua cultura, esta também sofria transformações, transfigurando-se para atender às dificuldades experimentadas.

Outro aspecto que deve ser destacado e atribuído ao embate com a Aracruz Celulose é o preconceito sofrido pelos índios, versado nas suas mais diversas formas: diretamente pela empresa, ou indiretamente, através de seus funcionários e da comunidade munícipe, economicamente dependentes, de forma maior ou menor,

---

<sup>29</sup> Índio Tupiniquim, membro dos conselhos de saúde indígena local, distrital e nacional. Entrevista concedida em 26 de maio de 2009.

da Aracruz Celulose, importante geradora de empregos e receita para a cidade. A empresa chegou a distribuir cartilhas e a propagandear em outdoors a suposta “ilegitimidade” da luta dos índios pela terra. Mesmo tendo sido estabelecido o acordo, em 2007, entre a empresa e os índios, e comprovada a legitimidade da posse do território indígena, os efeitos de anos de difamação ainda são sentidos. Para um índio, uma simples ida à cidade, ou mesmo a espera de um transporte à beira da estrada, são suficientes para experimentarem a rejeição.

Hoje, a Aracruz Celulose diz querer resgatar a história de relacionamento com os índios de Aracruz e reorganizar as relações, por não haver “[...] possibilidade de nenhuma das partes deixarem de existir” (Informação verbal).<sup>30</sup> Os índios também se mostram abertos ao diálogo, à convivência pacífica, até por colocarem-se numa posição de dependência dos recursos financeiros que a empresa pode oferecer: “Não é porque nos confrontamos pela terra que temos que ser inimigos para sempre” (Informação verbal).<sup>31</sup> Esperam até mesmo conseguir empregos na fábrica de celulose. Essa gestão dos conflitos empresa-índios, como bem definido por Andrade et al. (2001):

[...] é a busca incessante da construção de equilíbrios temporários e sucessivos pela percepção da existência de novas zonas de acordo. Estas zonas vêm a superar as restrições do antigo compromisso e satisfazer as demandas da nova fase do conflito impostas pelas mudanças constantes da dinâmica competitiva. Logo, os acordos são sempre transitórios e não eliminam totalmente os conflitos. Eles são resultantes da interpenetração de distintas racionalidades em jogo à procura de um novo equilíbrio de forças. Os acordos fechados entre a Aracruz e os Índios não resolvem e não resolverão, em definitivo, a disputa travada por terras. Eles somente inauguram uma novo caminho marcado pela cooperação entre mundos diferentes num contexto de conflito de interesses.”

A empresa, por meio do pacto de 2007, responsabilizou-se por realizar<sup>32</sup> um estudo etno-ambiental-econômico, para determinar como seria no futuro a vida dos povos indígenas e que intervenções poderiam ser feitas visando a indicar linhas mestras e projetos para sustentar a vida nas aldeias. De fato o estudo teve início em abril de 2009. Porém, permanecem alguns questionamentos: como reverter anos de danos

---

<sup>30</sup> Fala de Robson Leite, gerente de relacionamentos da Aracruz Celulose com a comunidade, na reunião do Fórum permanente da gestão da terra indígena, em 19 de maio de 2009.

<sup>31</sup> Índio Tupiniquim Paulo – Secretário Geral da Associação Indígena Tupiniquim e Guarani (AITG), na reunião do Fórum permanente da gestão da terra indígena, em 19 de maio de 2009.

<sup>32</sup> Através de uma Organização Não-Governamental selecionada por indicação dos índios.

morais e perdas materiais sofridos pelos índios em seu território? Haveria recursos financeiros suficientes para a recuperação do solo? Seria este acordo apenas uma “[...] nova tentativa da empresa de pôr em prática sua antiga estratégia de submeter os indígenas aos seus interesses comerciais, por meio de construção de obstáculos à sua autonomia?” (BERTOLANI, 2008, p. 52).

Perante os indígenas, a linha entre conflito e negociação permanece tênue, condicionada ao cumprimento, por parte da Aracruz Celulose, dos compromissos assumidos: “O pacto veio para garantir a posse da terra. A comunidade espera que resolva logo o estudo ambiental, e os projetos comecem. Reunir, decidir, escrever e partir pra prática, senão a luta vai começar de novo” (Informação verbal).<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> Fala do Índio Tupiniquim Lauro Martins, membro dos conselhos de saúde indígena local, distrital e nacional, na reunião do Fórum permanente da gestão da terra indígena, em 19 de maio de 2009.

## **CAPÍTULO V DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO MUNICÍPIO DE ARACRUZ-ES NA DÉCADA DE 1990**

O processo de formulação de uma política de saúde indígena para aldeias do Espírito Santo foi precedido e deflagrado pelo movimento de revitalização da identidade cultural dos Tupiniquim e Guarani no Estado, que fomentou a organização sócio-político-cultural desses povos, em busca de soluções para suas demandas variadas, focadas inicialmente na luta pela terra e na própria sobrevivência física. Na busca por entender esse contexto, imediatamente anterior à implantação da Política de Saúde Indígena nas aldeias, será feito um recorte a partir do ano de 1985, período em que ocorreu o I Encontro Indígena do Espírito Santo, em Barra do Riacho – Aracruz.

### **5.1 I, II E III ENCONTROS INDÍGENAS DO ESPÍRITO SANTO**

Após alguns anos de já iniciada a luta pelas terras indígenas, em 1985 os índios das aldeias de Aracruz aceitaram o convite da Associação Comunitária de Barra do Riacho (ACBR) para participarem do movimento chamado “Ação educativa militante em revitalização cultural e organização popular”. A revitalização da cultura indígena era parte da agenda do movimento iniciado pelo professor e pesquisador José Maria Coutinho, que visava a conscientizar as comunidades da orla de Aracruz, fundar associações comunitárias combativas, criar democracias participativas em cada uma e, futuramente, lutar pela emancipação dessa área na formação de um novo Município (COUTINHO, 2001).

José Maria, após visitar seguidamente as aldeias, desde 1984, e conversar longamente com os caciques, capitães e outros índios, cuja confiança foi sendo conquistada, muitos deles seus companheiros de infância, iniciou o processo de conscientização da realidade indígena. Juntos, chegaram à definição da ação como de revitalização cultural da cultura Tupiniquim e preservação da cultura Guarani (COUTINHO, 1990).

Por essa união delineou-se o I Encontro Indígena do Espírito Santo, em Barra do Riacho – Aracruz, em 13 de outubro de 1985, objetivando levantar a discussão em torno da péssima qualidade de vida dos índios e conclamando a todos por maior união nos esforços por melhorias nas aldeias indígenas. O encontro contou com a participação de 500 índios das aldeias de Caieiras Velha, Pau-Brasil, Comboios e Boa Esperança (Tekoá-Porã). O encontro funcionou como estímulo para que vários moradores de Barra do Riacho assumissem sua identidade indígena. Esses índios estavam afastados de suas aldeias, muitas delas já inexistentes pela venda das terras indígenas à Aracruz Celulose, e evitando assumir sua identidade, atuando em outras fontes de trabalho (ENCONTRO..., 1985).

Entidades estaduais como a Empresa Capixaba de Turismo (EMCATUR), o Departamento Estadual de Cultura (DEC), a Unidade Comunitária de Integração Social (UCIS) e o Banco de Desenvolvimento do Espírito Santo (BANDES) também estiveram representadas no Encontro, além da Aracruz Celulose, que limitou sua participação à distribuição de 200 marmitas. As atividades planejadas para os indígenas incluíram apresentação das Bandas de Congo dos Tupiniquim de Caieiras Velha, danças dos índios Guarani e comercialização de seu artesanato. O ponto alto foi a Assembleia Indígena, cujo principal tema em pauta foi um novo Convênio que fora assinado entre a FUNAI e a Prefeitura de Aracruz, pelo qual a Prefeitura se comprometia a realizar obras de infra-estrutura urbana nas aldeias, além de prestação de serviços educacionais, médicos e sanitários (COUTINHO, 2001; ENCONTRO..., 1985).

O Convênio de Cooperação n.º 3 (FUNAI, 1985) foi celebrado a partir de um convite, feito pelo então prefeito de Aracruz, Primo Bitti, ao Chefe do Posto da FUNAI, Gerson da Silva Alves, e os caciques das quatro aldeias indígenas (Caieiras Velha, Pau-Brasil, Comboios e Boa Esperança). Assinaram como testemunhas o Deputado Estadual Dilton Lyrio Neto e o vice-prefeito Guilherme Devéns. Pelo convênio, a Prefeitura se comprometia a construir na aldeia Guarani de Boa Esperança uma escola, uma creche, abastecimento de água, fossas individuais, energia elétrica, aterro da via que dá acesso à aldeia e drenagem de uma parte do brejo. Nas aldeias dos Tupiniquim, além da infra-estrutura já mencionada, seriam construídos

ambulatórios. Essas intervenções, ainda que simples, amenizariam a situação de penúria das aldeias, passados anos de desassistência.

No início de 1989, chegaram à aldeia Guarani de Aracruz 45 índios da mesma etnia, adultos e crianças, vindos das reservas de Tariri (São Paulo) e de Jacutinga (Paraná), fugidos da miséria em que se encontravam. Sua situação não era diferente da dos Guarani do Espírito Santo, cuja situação de difícil sobrevivência foi agravada pela chegada dessas oito novas famílias vindas do sul (CAMPANHA..., 1989).

Desassistidos pelos órgãos públicos e sem recursos para irem à capital buscar auxílio nos órgãos do Governo, os Guarani recorreram à ACBR, solicitando alimentos e instrumentos agrícolas. Logo uma campanha de alimentos foi feita em Barra do Riacho, arrecadando 100 quilos de feijão, fubá, arroz e outros itens, aliviando temporariamente a situação de dificuldade aumentada pela chegada dos parentes do sul. Paralelamente, algumas Secretarias de Governo em Vitória, principalmente as de Agricultura e Ação Social, com as quais a ACBR mantinha relações amistosas, desfechavam outra campanha de alimentos. Uma conta denominada "SOS Guarani" (n.º 097-10-10500-2) chegou a ser aberta no Banco do Estado do Espírito Santo (BANESTES) e divulgada na imprensa (CAMPANHA..., 1989). Entretanto os bancários entraram em greve por quase um mês, levando ao esquecimento da conta, que não recebeu qualquer ajuda (COUTINHO, 2001).

Estava claro que o Convênio Prefeitura - FUNAI, de 1985, considerado positivo, mas insuficiente, não estava suprindo sequer as necessidades mais básicas nas aldeias do Espírito Santo. Sua avaliação foi tema no II Encontro Indígena do Espírito Santo, também realizado em Barra do Riacho, nos dias 15 e 16 de abril de 1989. Desde a assinatura do Convênio algumas melhorias haviam sido introduzidas, como o abastecimento de água, energia elétrica, escola primária, aterro na aldeia Guarani, medicamentos farmacêuticos, entre outros; porém, o principal problema das aldeias, a produção de alimentos, base de sua sobrevivência física, permanecia sem solução (COUTINHO, 1990).



O Encontro fora promovido pela União Banda de Congo “Luzes do Arco-Íris” (UBCLAI), com o apoio de diversas entidades federais, como a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e a Fundação Educar, a FUNAI (representada por sua funcionária Professora Sandra, da aldeia de Comboios), estaduais, como a EMCATUR, o DEC, a UCIS e a Polícia Militar do Espírito Santo (PMES), e municipais, como a Prefeitura de Aracruz e a Aracruz Celulose. À época, a UBCLAI era presidida pelo antes presidente da ACBR, Professor José Maria Coutinho, que coordenou os trabalhos do Encontro (COUTINHO, 2001; ENCONTRO INDÍGENA DO ESPÍRITO SANTO, 1989).

A participação dos índios foi maciça, num total de mais de 700, vestidos com sua indumentária típica, trazendo sua Banda de Congo, suas danças e seus artesanatos, transportados nos ônibus fretados pelas entidades patrocinadoras. Durante os dois dias, foram constantes os lembretes ao microfone sobre os objetivos dos Encontros, como conscientização dos direitos humanos dos índios e demais moradores da orla, identidade, cidadania e qualidade de vida, democracia participativa, desenvolvimento econômico, revitalização cultural e organização popular.

A satisfação demonstrada no I Encontro transformou-se em protesto no II Encontro. Na Assembleia Indígena, foram discutidas questões relacionadas à insatisfação com a demarcação de terras, à necessidade da retomada da identidade étnica pelos índios aldeados e dispersos pelo município, à urgência de se elaborar projetos de revitalização econômica das aldeias, além de protestos contra a Aracruz Celulose e FUNAI (COUTINHO, 2001; ENCONTRO INDÍGENA DO ESPÍRITO SANTO, 1989).

A cobertura do evento pelo jornal e televisão da Rede Gazeta e da TV Globo, aumentou a notoriedade dos índios, que eram cada vez mais divulgados na imprensa, iniciando a reversão de uma invisibilidade dos povos indígenas do Espírito Santo perpetuada pela população capixaba. Em 4 de março de 1990, o jornal A Gazeta noticiou a situação de miséria dos índios Guarani e a falta de assistência por parte dos Governos Estadual e Municipal e da FUNAI.

Ainda em novembro de 1989, os índios se reuniram e, com o apoio do Professor José Maria Coutinho, a partir do diagnóstico de sua realidade e problemas, elaboraram um Projeto de Desenvolvimento Alternativo para a Aldeia Guarani de Tekoá-Porã, protocolado na Secretaria de Estado do Meio Ambiente e Recursos Hídricos (SEAMA) em 30 de março de 1990 (COUTINHO, 1990). O projeto de lei, que concedia ajuda e assistência técnica às aldeias de Aracruz, foi apresentado à Câmara Municipal, que o acatou. Sua aprovação foi facilitada pela prévia eleição do médico Luís Carlos Coutinho a vereador do município de Aracruz, mandato de 1989-1992, uma representante para os índios e negros. Restava a aprovação do Prefeito Heraldo Barbosa Musso, que se apressou em sancioná-lo como Lei (n.º 1.384) em 17 de abril de 1990, às vésperas das comemorações em torno do Dia do Índio e da realização do III Encontro Indígena do Espírito Santo. Seu teor determinava a providência de ajuda e assistência técnica e financeira aos índios, que incluía fornecimento de instrumentos agrícolas, produtos veterinários, sementes, mudas, matérias de construção, e de incremento à piscicultura, além de apoio educacional e de saúde, “[...] de acordo com as necessidades de cada aldeia e das possibilidades financeiras da Municipalidade” (ARACRUZ, 1999a, p. 1).

No mesmo mês, alguns dias antes, a atual Lei Orgânica de Aracruz havia sido sancionada. Sua seção V trata do índio e afirma (ARACRUZ, 1990:68):

Artigo 168 – O Município respeitará e fará respeitar os direitos, os bens materiais, as crenças, tradições e garantias conferidas ao índio na Constituição Federal.

§1º - O Município dará assistência técnica e incentivos que proporcionem ao índio de seu território meios de sobrevivência e preservação física e cultural, desde que solicitados por suas comunidades e organizações.

§2º - O Município celebrará convênio com o órgão federal competente, visando promover, assistir, desenvolver e integrar o índio na comunidade municipal.

Seu conteúdo contraditório explicita respeito à cultura indígena ao mesmo tempo em que concebe sua condição como transitória e execrada a uma inevitável assimilação à totalidade da população brasileira. Nesse sentido, caberia à prefeitura, em convênio com a FUNAI, promover esse processo.

O III Encontro Indígena do Espírito Santo foi novamente realizado em Barra do Riacho, nos dias 21 e 22 de abril de 1990, pela UBCLAI (sob presidência do

Professor José Maria Coutinho, que coordenou o III Encontro) em parceria com a ACBR (sob presidência de Ecilda Mercier Souza). O objetivo principal agora era enviar sugestões ao Governo Estadual para a elaboração de sua política indigenista. Às entidades participantes do II Encontro somaram-se o patrocínio da Confecção Cobra-D'água, da Escola Técnica Federal, da Sub-reitoria Comunitária da UFES, dos Sindicatos dos Arrumadores, Conferentes e Estivadores, e da Prefeitura Municipal de Vitória, da qual era Secretário de Fazenda o Jornalista Rogério Medeiros (ENCONTRO INDÍGENA DO ESPÍRITO SANTO, 1990).

Participaram do Encontro os índios das aldeias de Caieiras Velhas, Pau-Brasil, Comboios e Tekoá-Porã, e de mais uma nova, Irajá (Tupiniquim), num total de 850 pessoas. Foram realizadas as já tradicionais apresentações e atividades culturais e de lazer (Bandas de Congo, venda de artesanato, torneios). Já a Assembleia Indígena contou com uma oca especialmente construída para a ocasião, onde foram discutidos os mesmos temas do ano anterior. Os índios reclamaram do descaso e da insuficiência das ações do Governo e reivindicaram uma Política Indigenista Estadual aos membros do Conselho Estadual de Cultura (CEC) presentes no evento. No momento em que os caciques discursaram ao microfone, cerca de 3.000 pessoas encontravam-se na praça (COUTINHO, 2001; ENCONTRO INDÍGENA DO ESPÍRITO SANTO, 1990).

A repercussão desse Encontro na mídia destacou o comparecimento do diretor da FUNAI para o Espírito Santo e Minas Gerais, Lúcio Flávio Coelho (ÍNDIOS..., 1990; INDÍGENAS..., 1990), que apresentou ao Prefeito de Aracruz, Heraldo Barbosa Musso, e ao Governador Max Mauro um diagnóstico sobre a situação em que viviam os índios das cinco reservas existentes no Estado, propondo a assinatura de convênios de cooperação entre a FUNAI, as prefeituras e o governo estadual (FUNAI, 1990). Reiterou ainda a necessidade da renovação do Convênio de 1985 com a Prefeitura de Aracruz, ressaltando que os índios precisavam de assistência nas áreas de saúde e educação, além de implementos agrícolas que lhes permitissem aumentar e diversificar a produção, salientando que “[...] os índios são vítimas de subnutrição, e os membros mais novos das tribos demonstram menos resistência a doenças” (Jornal A GAZETA, de 24 de abril de 1990).

No mês de maio de 1990 foi criada a Comissão Pró-Índio, dentro do Conselho Estadual de Cultura, que não foi adiante devido ao fraco interesse e à inoperância do órgão (COUTINHO, 2001). Em 6 de junho do mesmo ano, o jornal A GAZETA noticiou a promessa de ajuda que a Secretaria de Estado de Agricultura daria aos índios de Tekoá-Porã na reconstrução de sua casa de oração, pilar religioso de sua cultura, que havia caído com as chuvas. Ficou acertado o envio de alimentação por 15 dias, período em que os índios se dedicariam exclusivamente à reconstrução de sua casa de rezas, além de pás, enxadas, trator, barcos de pesca, redes tarrafas, sementes selecionadas, para que eles atuassem nas atividades agrícola e pesqueira. Nada além de sacos de 60 quilos de fubá, milho, arroz, feijão e farinha e instrumentos agrícolas foram enviados (COUTINHO, 2001).

Em novembro de 1991, o Projeto Alternativo de Desenvolvimento Econômico dos Guarani, aplicável, com modificações, às aldeias Tupiniquim, foi protocolado na SEAMA. Nesse projeto, redigido pelo Professor José Maria Coutinho, a partir de diálogos com Kuaraû Mimbi, filho e representante do Cacique Guarani da aldeia de Tekoá-Porã, foram solicitadas ao governo obras de saneamento básico, água, eletricidade, de infra-estrutura agrícola de terraplanagem (como serviços de um trator de esteira para “destocamento” da área de plantio), instrumentos agrícolas e sementes. Também se reivindicou a iniciação da pecuária de pequeno porte, a elaboração de um projeto de reflorestamento com árvores frutíferas, a implantação de um projeto de criação de peixes, aquisição de animais silvestres, moinho de café, engenhoca de cana, animal de tração, carroça e arado, construção de caixa d'água e quebra molas. Foi salientada a necessidade de assistência médica na aldeia (COUTINHO, 1990, 2003).

Em 1992, a Prefeitura de Aracruz, em parceria com a Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania, organizou o “Seminário Estadual sobre a Questão Indígena”, ao qual compareceram caciques, autoridades municipais, estaduais e lideranças indígenas nacionais, como Ailton Krenak, Itatuitim Ruas, Marcos Terena, tendo a prefeitura e o governo do estado, mais uma vez, comprometido-se a resolver os problemas imediatos dos indígenas (COUTINHO, 2001).

Na reportagem de A GAZETA de 19 de abril de 1992, os índios pontuaram a falta de um trabalho conjugado entre o Governo do Estado, Prefeitura de Aracruz, FUNAI e o CIMI, motivada, segundo o Chefe do Posto Indígena da FUNAI, Edson da Silva Fidélis, pelas diferenças políticas ou ideológicas dessas organizações. Segundo o jornal, os Guarani queriam o cumprimento do Projeto Alternativo de Desenvolvimento Econômico dos Guarani, de 1991; a aldeia de Irajá pedia a construção de uma casa de farinha equipada; Comboios queria a extensão da rede elétrica à aldeia e reforma e construção de casas, e Caieiras Velha prescindia da isenção do pagamento de taxas de água e luz, por não terem recursos para pagá-las. A maioria dos índios continuava a viver da mesma economia de subsistência, de uma agricultura rudimentar, da caça e da pesca rarefeitas, ou do artesanato, enquanto alguns poucos se engajavam no mercado de trabalho como proletários rurais ou urbanos, como lavradores, garis, ajudantes de pedreiro, empregadas domésticas e outros, ganhando, quando muito, salário mínimo.

As solicitações referentes a serviços de saúde eram para que se firmasse um convênio para atendimento médico-odontológico entre a Secretaria de Estado da Saúde e as aldeias. Na ocasião, uma enfermeira do pequeno Posto de Saúde da Prefeitura na aldeia de Tekoá-Porã, que funcionava ao lado da escola, relatou serem a diarreia e a gripe as doenças mais comuns na aldeia, além da “falta de higiene”, o que as fazia pensar (enfermeira e professoras) estarem “dando murro em ponta de faca”. As Professoras da Escola da aldeia Guarani, Fátima dos Anjos e Odiléia Nascimento Gustavo, relataram que, embora percebessem a necessidade de os índios aprenderem a cultura e o modo de vida dos brancos, para conviverem mais proveitosamente com eles, questionavam seu próprio trabalho, queixando-se da dificuldade de ensinar o português e alfabetizar as crianças numa educação bilíngue (Guarani e Português), vendo a ação como uma “invasão” da cultura indígena. (Jornal A GAZETA, 19 de abril de 1992; COUTINHO, 2003).

Ainda em 1992, o falecimento do cacique da aldeia Guarani de Tekoá-Porã, Kuarai Tudia, ou João dos Santos, de 90 anos, vítima de insuficiência respiratória aguda, trouxe à aldeia o médico Marco Ortiz. Ortiz, assim como o chefe do posto indígena

Edson Fidélis, denunciaram o abandono vivenciado pelos índios, que passavam por problemas de saúde, desde doenças respiratórias a verminoses e desnutrição, e sofriam com a discriminação racial e o descaso das Secretarias de Saúde, Agricultura e Departamento Estadual de Cultura, que não elaboravam projetos capazes de levá-los à uma melhor qualidade de vida na saúde, auto-suficiência na produção de alimentos e preservação de sua cultura (COUTINHO, 2001).

Finalmente, em outubro de 1993, segundo reportagem do Jornal A TRIBUNA, do dia 15 daquele mês, o Governo do Estado, gestão Albuíno Azeredo, enviou às aldeias de Aracruz o Projeto Transcol da Saúde, ou “assistência médica sobre rodas”, coordenado pela Diretora Laura da Silva Coutinho, com consultoria e visitas periódicas do Professor José Maria Coutinho e de sua esposa, cirurgiã-dentista, Cláudia Bermudes Coutinho (INDÍGENAS..., 1993).

Um diagnóstico feito por médicos, dentistas e assistentes sociais indicou a necessidade da realização de uma intervenção tanto curativa quanto preventiva na área da saúde. As doenças diagnosticadas foram gripes, bronquites, doenças epidêmicas, verminoses, doenças dermatológicas, alergias, dentre outras. Os problemas odontológicos exigiram ações de educação em saúde, instrução de higiene bucal, exodontias, endodontias e restaurações. Foi reconhecida a situação de miséria em que viviam aqueles índios, refletida na deficiência de saneamento básico, precariedade dos serviços de água, inexistência de fossas individuais e de esgoto sanitário, déficit na alimentação e subnutrição, esse último tido como principal problema. As maiores deficiências no consumo de proteínas, vitaminas e calorias foram encontradas nas aldeias de Tekoá-Porã e Comboios. Entretanto, a intervenção do Estado, através das visitas do ônibus-hospital, vista como paliativa, centrou-se na assistência médica e odontológica, em detrimento de um ataque maciço aos vários problemas com um esforço das várias Secretarias de Estado correspondentes (COUTINHO, 2001).

Desde o primeiro Convênio com a FUNAI, em 1985, novas cobranças dos índios para antigos problemas passaram a ocorrer, refletindo a falta de cumprimento satisfatório de convênios firmados e Leis sancionadas pelos prefeitos de Aracruz e

outras instituições. Verificou-se também nulas as ações dos governos municipal e estadual perante as reivindicações acordadas nos três Encontros Indígenas (de 1985, 1989 e 1990).

De concreto e positivo ficou a visibilidade alcançada pelos povos indígenas do Espírito Santo, na mídia local e nacional, sensibilizando a sociedade para sua cultura, seus problemas e causas. Os índios reafirmaram sua identidade étnica e cultural, contando com a participação de várias autoridades estaduais e municipais, artistas capixabas e da população em geral (respectivamente 1.200, 2.500 e 3.000 pessoas). Eles se tornaram ainda mais questionadores, jovens nativos passaram a se interessar mais pela política e participar dos Conselhos Tribais. O cacique José Sizenando (Caieiras Velhas) chegou a se candidatar a vereador em 1988, tentando libertar as aldeias do clientelismo e da compra de votos, ainda que não tenha sido eleito.

Quanto aos Encontros Indígenas, em junho de 1990, a Secretaria Municipal de Turismo de Aracruz avisou ao presidente da UBCLAI que os próximos Encontros seriam realizados na sede do Município, o que não ocorreu em 1991 e nem nos anos subsequentes (COUTINHO, 2003).

## 5.2 O PROCESSO DE FORMULAÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO MUNICÍPIO DE ARACRUZ

O amadurecimento sócio-político-cultural dos grupos indígenas das aldeias do Espírito Santo, conformado a partir do Movimento de Revitalização da Identidade Cultural Indígena, iniciado em 1985, fortaleceu a luta por suas demandas internas (inicialmente representadas pela luta pela terra) e influenciou de maneira decisiva a organização da I Conferência Estadual de Saúde Indígena do Espírito Santo, no Lions Clube do Município de Aracruz, nos dias 14 e 15 de outubro de 1993 – para fins desse texto, considerada o marco representativo do início da formulação de políticas de saúde indígena no Estado.

De seu documento final, elaborado pelos 24 delegados eleitos com este objetivo, constaram propostas que seriam apresentadas na II Conferência Nacional Para os

Povos Indígenas, realizada em Luziânia – Goiás, no período de 25 a 27 de outubro de 1993 (CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE INDÍGENA, 1993).

Na ocasião, antigas e perenes reivindicações dessa população em relação à saúde foram discutidas e deliberadas da seguinte maneira:

- a) Reivindicações gerais: enfermeira que more na aldeia; construção de casa da enfermeira; construção de Unidades de Saúde em todas as aldeias, ambulância com combustível a ser mantida pela COSAI<sup>34</sup>, medicamentos, exames especializados e custeio dos exames e medicamentos não cobertos pelo SUS; atendimento oftalmológico; convênio com a Universidade Federal para atendimento odontológico; controle da poluição do meio ambiente pelos órgãos responsáveis; e instalação de meios de comunicação para atender à saúde mantidos pela COSAI.
- b) Reivindicações da Aldeia Pau-Brasil: tratamento de água; atendimento médico-hospitalar priorizado para os pacientes indígenas; elaboração, implantação e continuidade de projetos prevendo recursos que assegurem a produtividade necessária às reais necessidades dos índios (suprir suas necessidades básicas de alimentação).
- c) Reivindicações da Aldeia Boa Esperança: Resgate da alimentação natural; respeito e conservação à natureza; reflorestamento de áreas com plantas medicinais e árvores frutíferas; levantamento das doenças mais comuns na aldeia para a escolha dos profissionais que irão atuar na área; atendimento hospitalar referencial; remédios naturais; roças maiores, variadas, com recursos doados pelo governo e outras instituições para a lavoura; mudas frutíferas para uma alimentação mais rica; ajuda de custo para as aldeias, até a época da colheita; estudo da forma de melhor utilização do brejo.

Explicitou-se de forma clara a demanda desses povos por assistência biomédica, porém sem deixar de reivindicar projetos agrícolas que permitissem sua auto-

---

<sup>34</sup> Para implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena baseado nos DSEI, explicitado no decreto nº 23, foi criada, no MS, a COSAI, subordinada ao DEOPE – da FNS. A FNS surgiu a partir da fusão da FSESP e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), pelo Decreto Presidencial n.º 100, ainda em 1991. No mesmo ano, a Resolução n.º 11, do CNS, criou a CISI, tendo como principal atribuição assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena (FUNASA, 2002b).



sustentabilidade em saúde, via tratamentos naturais. Principalmente os Guarani reconhecem que muitos agravos à saúde surgem da dificuldade de reproduzirem, atualmente, o padrão alimentar de seus antepassados, que consumiam pouco sal, açúcar e gordura (PELLON, 2008).

A segunda proposta aprovada na Conferência deliberou a regulamentação do Decreto Presidencial n.º23/91, com a sua redação original. A promulgação desse Decreto, em fevereiro de 1991, repassou a responsabilidade da gestão e execução da política indígena nacional de saúde da FUNAI para a FSESP, do Ministério da Saúde (FUNASA, 2002b; VERANI, 1999), e definiu pela primeira vez a organização dos serviços de saúde indígena sob a forma de “Distritos Sanitários de Natureza Especial” (FUNASA, 2002b), com base no relatório final da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (I CNSPI), realizado em 26-29 de novembro de 1986.

Essa decisão foi deflagrada pela Constituição Federal de 1988, que declarou a saúde como um direito universal aos cidadãos brasileiros, legalizando o SUS. Para a regulamentação do SUS foi sancionada a Lei Orgânica da Saúde (LOS - Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990), que atribuía o comando único das políticas sanitárias ao Ministério da Saúde, tornando a gestão da política de saúde indígena, até então exercida pela FUNAI, inconstitucional (BRASIL, 2008b; GARNELO, 2004; MENDES, 1999). O desejo do grupo Espírito-Santense era ver a FSESP assumir suas responsabilidades nas aldeias do Estado.

O terceiro ponto, ainda com base no Decreto n.º 23/91, referia-se à criação do Distrito Sanitário Especial Indígena, com função prioritária no atendimento à saúde do índio e manutenção das Unidades de Saúde nas aldeias, com atendimento diário, inclusive odontológico. “O Distrito seria constituído por uma Equipe Multiprofissional, com horário integral, e teria competência na atenção aos cuidados curativos, preventivos e traçariam políticas de saúde”, com financiamento da União, Estado e Municípios (CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE INDÍGENA, 1993, p. 3).

A criação do AIS também constou desse documento, tendo sido solicitada a definição de mecanismos e estratégias que garantissem a capacitação e utilização

dos agentes comunitários: “os mais velhos ensinariam os seus conhecimentos aos mais novos, formando, na visão da cultura específica indígena, o agente de saúde” (CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE INDÍGENA, 1993). Estariam envolvidas na formação dos AIS a FUNASA, a UFES, a FUNAI e as Instituições não governamentais interessadas.

As propostas contidas no documento final da I Conferência Estadual de Saúde Indígena do Espírito Santo estavam distantes de serem solucionadas, principalmente com a revogação do Decreto n.º 23, cuja vigência não ultrapassou de 1994, sendo substituído pela edição do Decreto n.º 1.141, de 19 de maio do mesmo ano (BRASIL, 1994).

Assinado pelo presidente Itamar Franco (1992-1994), o Decreto n.º 1.141 devolveu para a FUNAI a responsabilidade pela provisão de atenção à saúde dos povos indígenas, tomando como base a observância de normas do Estatuto do Índio, e criou a CIS, formada por diversos Ministérios, entre eles os da Saúde e da Justiça, ficando a coordenação da CIS sob responsabilidade da FUNAI (BRASIL, 1994; CHAVES, 2006; PELLEGRINI, 2000).

O processo de distritalização foi interrompido, contrariando as recomendações das I e II Conferências Nacionais de Saúde Indígena e o próprio processo de construção da política de saúde indígena no âmbito do SUS. “Na prática, a iniciativa da FUNAI gerou uma paralisação dos investimentos, ainda incipientes, do Ministério da Saúde e não se traduziu numa resposta efetiva às necessidades sanitárias dos povos indígenas, face ao acentuado sucateamento a que o órgão indigenista também foi submetido” (GARNELO, 2004, p. 8).

A situação ficou ainda mais confusa quando, por intermédio da Resolução n.º 2, de outubro de 1994, a CIS aprovou o “Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio”, que atribuía à FUNAI a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes, deixando as ações de prevenção, como imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias, a cargo da FNS<sup>35</sup>. Essa

---

<sup>35</sup> A sigla FUNASA só foi adotada em 1999

polarização das responsabilidades sobre a atenção à saúde indígena fez com que cada uma das Fundações, uma do Ministério da Justiça e outra subordinada ao Ministério da Saúde, passassem a executar as ações de forma fragmentada e conflituosa (FUNASA, 2002b).

Tais transformações nos rumos da política de saúde indígena em nível nacional, principalmente a publicação do Decreto n.º 1.141, em 1994, embasaram a implantação do NISI-ES, em Aracruz-ES, através da Portaria Municipal n.º 4.158/94, em atendimento ao disposto na Portaria FNS n.º 540, de 18 de maio de 1993.

O NISI-ES foi constituído como instância deliberativa consultiva e de assessoria aos órgãos do Estado, que agregava instituições e organizações não governamentais com o objetivo de operacionalizar ações voltadas à melhoria de saúde das populações indígenas na região do Município de Aracruz, assegurando “ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde do índio” (NISI, 1995). Funcionou com representação paritária de índios (usuários) e prestadores de serviço (instituições governamentais e não governamentais), indicadas pelas respectivas instituições e aldeias: um representante da FNS, da FUNAI, do Governo Estadual, da UFES, das ONGs, da PMA e seis representantes das aldeias indígenas de Caieiras Velhas, Irajá, Pau Brasil, Comboios e Boa Esperança (Tekoá-Porã).

Porém, o texto do Decreto n.º 1.141/94 da Presidência da República, que embasou seu surgimento, gerou aos membros do Núcleo no Espírito Santo relevantes preocupações no que concerne a alguns de seus artigos, que teriam deixado “[...] verdadeiras lacunas, impossibilitando uma clara e real interpretação do seu verdadeiro sentido, havendo assim motivado a necessidade de uma reunião extraordinária com todos os [seus] representantes [...]” (NISI, 1994a, p. 1).

O primeiro ponto avaliado foi a constituição da Comissão Intersetorial regulamentada no Art. 5º do Decreto 1.141/94, considerada não democrática, devido à ausência de participação de um representante indígena; à inserção de dois representantes do Ministério da Justiça; ao Preenchimento do Cargo de Presidente da Comissão pelo Presidente da FUNAI por prazo indeterminado, não oferecendo oportunidade para

outros representantes; e à imputação do Ministério da Justiça, conforme consignado no Art. 17 no ato da aprovação do regimento da Comissão Intersetorial, excluindo a participação de outros Ministérios envolvidos.

A “centralização” foi o segundo aspecto avaliado em relação à Comissão. O NISI-ES considerou que a mesma estaria assumindo todas as responsabilidades, não prevendo mecanismos regionais e locais de elaboração e execução de políticas para os povos indígenas, e afirmou:

A descentralização do Estado brasileiro é um fato. Temos dúvida no que concerne às competências das instâncias Federal, Estadual e Municipal no que diz respeito ao atendimento das populações indígenas, considerando que há em alguns locais a participações efetivas dos Estados e Municípios, como é o caso do Espírito Santo, previsto na sua constituição e na Lei Orgânica do Município de Aracruz, onde estão localizadas as aldeias indígenas” (NISI, 1994<sup>a</sup>, p. 2).

O NISI-ES também fez questionamentos em relação à integração da FUNAI ao SUS, aos mecanismos de repasse de recursos e ao Art. 2º do Decreto n.º 1.141, em que, referindo-se a ações, fala de aspectos específicos: “A quem competiria a elaboração de programas e projetos? A quem deveriam ser enviados? Em que prazos?” (NISI, 1994a, p. 3-4).

Com base no exposto, o Núcleo propôs a pronta normatização da operacionalização do Decreto 1.141, através de portarias e resoluções que garantissem a continuidade da existência dos NISI, tendo em vista a criação dos Distritos Sanitários Indígenas. Das propostas, ainda fizeram parte a solicitação de repasse de recursos para as ações de proteção ambiental, saúde e apoio às atividades produtivas voltadas às comunidades indígenas, através dos Órgãos correspondentes no Estado; a aprovação de seu Regimento Interno; e a convocação do Fórum Nacional de Saúde Indígena para discussão do Decreto n.º 1.141/94 e busca de soluções (NISI, 1994a, p. 4-6).

Em 1994, o NISI-ES elaborou um “Plano de Trabalho” para aquele ano (NISI, 1994b), contemplando as aldeias de Caieiras Velhas, Irajá, Comboios, Pau-Brasil e Boa Esperança, estabelecendo prioridades a serem atendidas nos campos da agricultura, educação e saúde nessas localidades. O Quadro 4 resume as

reivindicações, por aldeia, das ações traçadas na área da saúde, indicando o responsável pela execução da ação e observações pertinentes.

<b>Especificação da ação</b>	<b>A1*</b>	<b>A2</b>	<b>A3</b>	<b>A4</b>	<b>A5</b>	<b>Responsável pela execução</b>	<b>Observação</b>
Construção do Posto de Saúde				X	X	PMA, FNS	Dependendo de definições da PMA e liberação de recursos do Ministério da Saúde
Equipamentos do Posto de Saúde	X	X	X		X	FNS, PMA, FUNAI	Dependendo de recursos liberados pelo Ministério da Saúde
Recursos humanos para o Posto de Saúde					X	PMA	
Auxiliar de enfermagem que more na aldeia	X					FUNAI	Dependendo de recursos liberados pelo Ministério da Saúde
Construção da casa do auxiliar de enfermagem	X	X				FNS	Dependendo de recursos liberados pelo Ministério da Saúde
Ambulância	X				X		Dependendo de recursos liberados pelo Ministério da Saúde
Motorista para ambulância	X				X	PMA	Dependendo de recursos liberados pelo Ministério da Saúde
Assistência básica e manutenção da infra-estrutura para atendimento à saúde	X	X	X			FNS, PMA, FUNAI	
Instalação de telefone	X	X	X	X	X	PMA	
Contratação de agentes indígenas de saúde	X	X	X	X	X		Dependendo da aprovação do documento final da II CNSPI
Reciclagem, treinamento e capacitação em educação e saúde	X	X	X	X	X	FNS, PMA, FUNAI, SESA, SEJUC, ÍNDIO	
Atendimento odontológico especializado	X						Dependendo de contato com a UFES
Controle da poluição no meio ambiente	X					SEAMA	
Reforma de casas	X					MAA, SEJUC	Dependendo da liberação de recursos pelo Governo do Estado

Quadro 4 - Ações de saúde determinadas no Plano de Trabalho do NISI-ES, para as aldeias de Caieiras Velhas, Irajá, Comboios, Pau-Brasil e Boa Esperança, no ano de 1994.

Fonte: NISI, 1994b.

Nota: \*LEGENDA: Aldeia Caieiras Velha = A1; Aldeia Pau Brasil = A2; Aldeia Boa Esperança = A3; Aldeia Irajá = A4; Aldeia Comboios = A5

Os Postos de Saúde de Caieiras Velhas, Pau Brasil e Boa Esperança haviam sido inaugurados em agosto de 1994, construídos pela PMA, na gestão do prefeito Primo Bitti, e do secretário municipal de saúde, Jaques Zemel, em convênio com a FUNASA e FUNAI. Neles, estavam lotados técnicos de enfermagem (contratados inicialmente pela FUNAI e transferidos para a FUNASA). O Plano de Trabalho do NISI previa a manutenção e equipamento desses postos, assim como a contratação de agentes indígenas de saúde e a reciclagem, treinamento e capacitação em educação e saúde dos mesmos, sinalizando a inserção da atenção básica dentro do território indígena. Também calculava a construção dos Postos de Saúde de Comboios e Irajá.

Ainda em 1994, foi elaborado pelo NISI-ES o “Projeto Saúde Aldeias Indígenas”, para ser realizado no ano seguinte. Esse projeto revisitava as ações propostas anteriormente no “Plano de Trabalho”, de maneira mais objetiva, traçando e detalhando metas e operacionalização das mesmas (NISI, 1994c).

Em sua apresentação, justificativa e objetivos o projeto dizia considerar as reivindicações dos índios na área da saúde; sua emergencial situação de saúde profundamente delicada diante da carência socioeconômica; e a busca de uma infraestrutura assistencial que garantisse o acesso dessa população às ações e serviços do SUS, de promoção, proteção e recuperação da saúde, fortalecendo também sua medicina tradicional (NISI, 1994c, p. 1-3).

No entanto, o projeto foi elaborado sem que tivesse sido realizado qualquer diagnóstico da situação de saúde da população indígena, e ilustrava apenas dados demográficos. Suas metas (Quadro 5) se restringiam à implantação, implementação e manutenção de postos de saúde, a melhorias na rede de água e ao tratamento curativo, revivendo uma postura anteriormente praticada pela FUNAI, assistencialista, baseada no atendimento emergencial, e não contempladora da diversidade cultural. Quanto à medicina tradicional indígena, por eles denominada “medicina alternativa”, a única meta estipulada foi a confecção de manual de plantas medicinais para as cinco aldeias indígenas.

<b>META</b>	<b>N.º DA AÇÃO</b>	<b>ESPECIFICAÇÃO</b>
<b>1. Implementação dos Postos de Saúde Caieiras Velhas, Boa Esperança e Pau Brasil</b>	1.1	Distribuição de medicamentos para as 05 aldeias
	1.2	Treinamento/ capacitação de Agentes Indígenas de Saúde e Auxiliar de Enfermagem
	1.3	Contratação de recursos humanos para as 05 aldeias
	1.4	Confecção de manual de plantas medicinais para as 05 aldeias
	1.5	Aquisição de máquinas de datilografia para as 05 aldeias
<b>2. Implantação dos Postos de Saúde de Irajá e Comboios</b>	2.2	Construção dos postos de saúde de Irajá e Comboios, 84,30m <sup>2</sup> para cada
	2.2	Equipamentos para o posto de saúde de Irajá
<b>3. Permitir atendimento para as 05 aldeias</b>	3.1	Aquisição de radiocomunicação
	3.2	Providências necessárias para a construção de garagem de 21m <sup>2</sup> para ambulância em Caieiras Velhas, visando atender as 05 aldeias
	3.3	Combustível para a ambulância (4.800L)
	3.4	Aquisição de óculos e próteses para as 05 aldeias
	3.5	Exames especializados (extra SUS) para as 05 aldeias
	3.6	Alimentação e passagem para as 05 aldeias
<b>4. Manutenção dos Postos de Saúde das 05 aldeias</b>	4.1	Aquisição de material médico, odontológico de consumo e limpeza para as 05 aldeias
<b>5. Mudança de captação de água em Pau Brasil</b>		
<b>6. Ampliação de 1200m de rede de água em Comboios e Boa Esperança, sendo 600m para cada aldeia</b>		
<b>7. Manutenção da rede de água existente</b>	7.1	Pintura dos reservatórios de água em Comboios e Pau Brasil
<b>8. Integração com vários órgãos e/ou instituições públicas e privadas</b>	8.1	Assinatura de convênios
	8.2	Participação em reuniões e outros eventos
	8.3	Avaliações conjuntas

Quadro 5 - Detalhamento das metas para o ano de 1995 do Projeto Saúde Aldeias Indígenas a serem cumpridas nas aldeias de Caieiras Velhas, Irajá, Comboios, Pau-Brasil e Boa Esperança.

Fonte: NISI, 1994c

Quanto a um diagnóstico de saúde nas aldeias de Aracruz, atendendo a reivindicações indígenas (algumas das quais datadas há mais de 5 anos), o Governo do Estado do Espírito Santo, através da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), realizou, em maio de 1995, um diagnóstico participativo. O objetivo era ouvir e discutir as propostas e prioridades daquela população nos diversos setores como saúde, educação, agricultura, meio ambiente e outros. A Secretaria de Saúde selecionou uma equipe e convidou outras instituições responsáveis por ações relativas à saúde nas aldeias (Fundação Nacional de Saúde e Prefeitura Municipal de Aracruz). Feito o acordo, solicitou ainda a colaboração e assessoria da enfermeira Ninon Rouze, que há oito anos trabalhava no campo da saúde com os Guarani.

Esta equipe multi-institucional reuniu-se por três vezes a fim de discutir quais seriam as metodologias utilizadas para aplicação do diagnóstico. Definindo que as metodologias seriam totalmente participativas, seguiu-se então a um estudo prévio. O segundo momento foi convidar os caciques das cinco aldeias, explicando o trabalho que seria desenvolvido, e a importância da participação da comunidade como forma de tornar o resultado o mais próximo possível da realidade por eles vivenciada. Ficou acordado que o 1º diagnóstico começaria pela comunidade Guarani, que se mostrou bastante interessada. Os líderes Tupiniquim decidiram esperar para marcarem uma data posterior, enquanto se reuniriam com sua comunidade para informar sobre o trabalho (ESPÍRITO SANTO, 1995). Só há disponibilidade dos dados referentes à aldeia Guarani de Boa Esperança, o que pode ser um indicativo da não continuidade do processo.

Na aldeia de Boa Esperança, os pesquisadores (3 técnicos da SESA e 1 técnico da FNS) iniciaram uma caminhada, acompanhados das lideranças indígenas. Foram observadas árvores frutíferas no percurso e plantações comunitárias em quantidade insuficiente para a alimentação de toda a comunidade. A terra, segundo os líderes, estava muito fraca “depois que o trator tirou as vitaminas”, por isso tinham que fazer uso de adubos químicos. A baixa produção agrícola também se devia à falta de irrigação, e escassas eram as espécies de plantas medicinais, de animais para a caça e pesca, e de matérias-primas para a confecção de artesanato (única atividade econômica dos Guarani) e para a construção de moradias. A mata já não era nativa, tendo sido encontrado carvão da Companhia Vale do Rio Doce desde a ocupação do território. A criação de gado e cabrito também não fora bem sucedida, “davam trabalho e prejuízo”, e competiam com as plantações. Notou-se uma grande quantidade de lixo (plásticos, garrafas, latas, pilhas, etc.) nas áreas comuns da aldeia e em volta das casas, postes caídos e uma precária instalação elétrica.

O cacique afirmou que a água encanada vinha faltando desde 1994, “antes chega à noite, agora nem assim” (ESPÍRITO SANTO, 1995, p. 4). Algumas das famílias que viviam na parte alta da aldeia, mais próximos da mata, utilizavam água de poço. Foram visitados quatro tanques de peixe, construídos em parceria com a PMA e a



Empresa do Brasil em Desenvolvimento Agropecuário (EMATER), que orientou tecnicamente os índios na criação de peixes.

Ao chegarem ao posto de saúde da aldeia, os pesquisadores o encontraram muito limpo, sem que, no entanto, houvesse a presença de qualquer pessoa da comunidade, apenas do auxiliar de enfermagem. Sua construção contemplava uma sala de curativos, consultórios médicos e banheiro. Na parede, havia uma escala de serviços médicos e panfletos com informações sobre saúde. “Uma unidade [de saúde] comum, igual às demais, desconsiderando a diferença cultural desta sociedade [...]” (ESPÍRITO SANTO, 1995, p. 7-8). De acordo com Ciccarone (2001, p. 35),

[...] a omissão e a incompetência da FUNAI diante dos graves problemas que atingiam a existência dos Mbya tornou-se estigma do grupo: após a criação do Posto de Saúde em 1994, o órgão indigenista assumiu atitude inédita de providenciar tratamento psicológico para os indígenas. Convidados a se consultar com a psicóloga, após terem satisfeito sua curiosidade quanto à nova presença do posto de saúde, os Mbya desapareceram das sessões logo em seguida. A psicóloga passou a atender, dentro da área indígena, a população dos povoados vizinhos. A gestão institucional dos problemas de saúde era um termômetro das formas de discriminação que os Mbya sofriam nas relações com as instituições locais e com o órgão indigenista, que iam da falta de remédios básicos e de primeiros socorros na enfermaria da aldeia ao atendimento no hospital da cidade de Aracruz, do qual os Mbya comentavam em uníssono que ‘era mais fácil sair morto do que vivo’.

Ao órgão indigenista também eram atribuídas ações discriminatórias e preconceituosas, principalmente em relação às mulheres indígenas, a quem era sistematicamente atribuída a responsabilidade exclusiva pelas doenças das crianças. Dessa maneira, raramente o funcionário da FUNAI do Posto Indígena de Caieiras Velhas aparecia na área, chamado apenas em situações emergenciais, como para internação de doentes no Hospital São Camilo (CICCARONE, 2001, p. 35).

Para o diagnóstico de saúde, Toninho, índio de Tekoá-Porã, sugeriu fazer um trem para simbolizar as doenças, com vagões proporcionais à quantidade das mesmas. Segundo seu relato, as doenças vinham de fora da aldeia, por isso simbolizar com um trem. A idéia do contato próximo com o branco como causador de doenças também foi citada pelo cacique, deflagradas pelas idas dos índios à cidade, ou

através das visitas e constantes invasões do branco à aldeia.<sup>36</sup> O lixo da cabeceira do brejo, os “remédios” usados nos eucaliptos, e que caíam na terra, assim como a poluição e o vento foram relacionados a enfermidades: “[...] hoje em dia a gente nem sabe o que pega” – afirmou o índio Pedro (ESPÍRITO SANTO, 1995, p. 18-19).

Os resultados do diagnóstico detectaram os seguintes agravos à saúde: febre, gripe, dores de cabeça, doença respiratória, “problemas de nervos” e, nas crianças, predominavam a diarreia e a pneumonia. Algumas moléstias foram atribuídas à migração de grupos de Mato Grosso do Sul e São Paulo para a terra indígena Guarani do Espírito Santo, como a tuberculose e a sarna, respectivamente. Os homens afirmaram nunca ter havido doenças sexualmente transmissíveis na aldeia, como gonorréia, sífilis e outras. O sexo com mulheres brancas era desaconselhado pelos mais velhos, como forma de evitar o contágio (ESPÍRITO SANTO, 1995, p. 19). Tais afirmações eram contrárias aos achados de Ciccarone (2001, p. 45), em 1994. De acordo com a autora,

[...] as relações sexuais [dentre outros aspectos trazidos pelo contato] com a população local, que superava os limites permitidos da boa vizinhança com os brancos, tinham introduzido a contaminação e a desordem adquiria um sentido trágico para um grupo que tinha sido escolhido, entre seu povo, para liderar, através da migração, a expansão e o fortalecimento das normas e idéias de seu modo de viver. Em Boa Esperança, a poluição do ar, da terra, do alimento e do sangue atingia a vida da coletividade inteira, colocando-a num estado de constante exposição à doença.

Os índios expuseram a visão da comunidade sobre suas relações institucionais com organizações governamentais e não-governamentais. Foram citadas diversas instituições envolvidas na questão indígena: FUNAI, PMA, CIMI, Governo de Estado, JORETAS, Projetos de agricultura, irrigação, etc.

---

<sup>36</sup> Motivados pela falta de condições de sobrevivência da coletividade, os índios de Boa Esperança continuamente buscavam apoio nas relações com os brancos, e abriam a aldeia à recepção de visitantes e à intromissão da população. A respeito de tais intervenções, o líder indígena Mbya, João Carvalho, desabafou: “Estamos cansados de tanta gente chegar e ao final não se faz nada, iludindo os índios. O que nós precisamos são condições para trabalhar a terra. Todo mundo se interessa pelo índio, mas poucos entendem o que índio precisa” (aldeia Boa Esperança, 1994, apud CICCARONE, 2001, p. 34). “Graças ao monopólio da visão estereotipada e sensacionalista veiculada na imprensa, os índios eram alvo das mais diversas projeções [...]. Surgiam doentes em busca de benzedeiras, peões de obra em busca de sexo fácil e barato, meninos de rua querendo abrigo, vendedores ambulantes que estimulavam os indígenas a contraírem dívidas, andarilhos em busca de suportes identitários, além de políticos locais à caça de votos, nos períodos eleitorais. Boa Esperança estava se tornando uma insólita torre de Babel” (CICCARONE, 2001, p. 34)

O vice-cacique Toninho explicou que somente após a demarcação do território indígena é que esses órgãos e pesquisadores começaram a chegar, trazendo projetos e propostas não cumpridas. Por isso a descrença surgiu na aldeia. Salientou o pouco interesse pela questão indígena, e que sua única crença era em Deus (ESPÍRITO SANTO, 1995, p. 12).

O Quadro 6 resume a opinião da comunidade indígena sobre as instituições citadas:

ENTIDADE	OPINIÃO DA COMUNIDADE
CIMI	Entidade da igreja católica. Ofereceram pouca ajuda na área da educação, e nenhuma na área da agricultura. Os pastores de outras igrejas só atrapalhavam a vida do índio, impondo técnicas agrícolas, não respeitando a tradição indígena, como por exemplo as fases da lua. <sup>37</sup>
FUNAI	Só fazia projetos, confundindo o índio o tempo todo. <sup>38</sup>
EMATER	Usavam muito adubo químico. O adubo estragou a terra, e hoje sem o adubo já não se consegue produzir.
Governo	Fez muitos projetos sem nenhuma resolução. Não ouvia os direitos dos índios, não dava voz aos mesmos nas reuniões, só o Governo falava. <sup>39</sup>
FNS	Fez o mini-posto de saúde

Quadro 6 - Visão da comunidade indígena Guarani de Tekoã-Porã a respeito de suas relações institucionais com organizações governamentais e não-governamentais.  
Fonte: ESPÍRITO SANTO (1995, p. 12-13).

A FUNASA foi responsável pelas obras de construção dos postos de saúde nas aldeias, em parceria com a PMA. Contudo, as responsabilidades pela manutenção física e capacitação dos profissionais de saúde que nele atuavam, e a gestão dos problemas de saúde da comunidade eram frequentemente atribuídos à FUNAI, demonstrando as dificuldades de responsabilização trazidas pelas constantes mudanças legislativas da Política de Saúde Indígena em curso no Brasil na década de 1990.

De fato, no decorrer do período de 1994-1998, o investimento das instituições envolvidas com a atenção à saúde indígena aracruzensa se deu prioritariamente no sentido de garantir a criação e o funcionamento dos postos de saúde nas aldeias. No entanto, seguiram-se as diretrizes do sistema biomédico, e não foram

<sup>37</sup> O CIMI, junto à FUNAI, fez-se presente em Boa Esperança desde a fundação da aldeia, 1979, até 1991. De 1993 a 1995, um jovem casal dessa instituição se dedicou à formação política de jovens líderes e à organização da reivindicação das terras indígenas, ainda nas mãos da Aracruz Celulose. Sua presença contribuiu para exacerbar um conflito político interno que resultou na cisão da coletividade e na fundação da aldeia Três Palmeiras (CICCARONE, 2001, p. 35).

<sup>38</sup> A relação de desconfiança desses índios com a FUNAI foi deflagrada na década de 1970, quando estes haviam sido afastados da área da Aldeia, em Aracruz, e confinados na aldeia-prisão de Carmésia – MG, de 1972 até 1978.

<sup>39</sup> Em 1993, as frustrações trazidas pelo permanente desinteresse e negligência do poder público estadual, foram substituídas pela expectativa de realização das promessas eleitorais do Governo petista de Vitor Buaiz, recém-eleito (CICCARONE, 2001, p. 36).

providenciadas capacitações dos funcionários no atendimento à saúde indígena. A criação e a consolidação da infra-estrutura física não garantiam a cobertura das demandas da população indígena: faltava atendimento nos fins de semana, recursos para a internação nos hospitais, além e haver escassez dos remédios alopáticos nas farmácias dos postos, que os indígenas, já acostumados a fazer uso, não tinham condições de adquirir (VEIGA et al., 2004).

### 5.3 IMPLEMENTAÇÃO<sup>40</sup> DA POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO MUNICÍPIO DE ARACRUZ

Desde a consolidação do SUS, todo o arcabouço jurídico e institucional construído historicamente no setor da saúde de Aracruz, somado à estrutura física da rede de saúde edificada nas aldeias indígenas, propiciou a implementação da Política de Saúde Indígena no município no final da década de 1990.

Até o ano de 1996, a Secretaria Municipal de Saúde de Aracruz (SEMSA) possuía uma rede básica de assistência precária, sem estruturação administrativa, física, humana e de insumos, sem qualquer hierarquização e regionalidade geográfica. A história do SUS não era diferente da maioria das cidades do país. Uma história de apostas em tecnologias, em especialização e na prática curativa, em escala despersonalizada e sem vínculo entre os profissionais e a população (ARACRUZ, 2003).

No final de 1997, a SEMSA optou pela Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, o que possibilitou o aumento da resolutividade e qualidade dos serviços ofertados, buscando assegurar também o controle social.<sup>41</sup> Com a municipalização, Aracruz passou a ser o gestor de todas as suas ações de saúde, ficando a cargo do Gestor Estadual as ações de alta complexidade, cooperação técnica e capacitação de recursos humanos (ARACRUZ, 2003).

---

<sup>40</sup> Para fins desse texto, “implementação” deve ser entendida como “a fase da política pública na qual se geram atos e efeitos a partir de um marco normativo de intenções, de textos e de discursos”. “É o ato de colocar em prática, executar, dirigir, administrar” (Meny e Thoenig, *apud* Marques, 2003:9).

<sup>41</sup> O Conselho Municipal de Saúde havia sido instituído em 1990, pela Lei Municipal nº 1.427 (ARACRUZ, 1990b), entretanto a participação popular nas decisões em reunião ainda era inexpressiva até então.

Em 1998 teve início no Município o Programa de Saúde da Família (PSF), com a implantação de quatro equipes compostas por médicos, enfermeiros, auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista, atendente de consultório odontológico e agentes comunitários de saúde. A continuidade das ações se deu em julho de 1999, com a adesão ao PACS, cobrindo aquelas áreas desassistidas pelo PSF.

Esse novo desenho do sistema local de saúde, elegendo o PSF/PACS como estratégia organizadora da atenção básica, configurou-se favoravelmente à implementação do Subsistema de Saúde Indígena no município a partir do ano 1999, visto que a prefeitura, na busca por tornar global a cobertura populacional para o PSF/PACS, assumiu também a responsabilidade pela execução das ações de saúde da população indígena.

O processo foi facilitado pelo fato de a PMA, desde 1997, já se encontrar habilitada na gestão plena do sistema municipal de saúde, possibilitando a transferência automática e direta de recursos do nível federal ao fundo municipal de saúde, a partir de novembro de 1999, para o pagamento, tanto dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), quanto, posteriormente, das Equipes Multidisciplinares de Saúde da Família Indígena.<sup>42</sup> Outro fato positivo foi já haver nessas aldeias, desde meados da década de 1990, a estruturação de uma rede física de atenção à saúde indígena, arquitetada em parceria com a FUNAI e FUNASA, onde as equipes puderam se instalar.

Após o início das atividades dos AIS já em 1999, as duas primeiras Equipes de Saúde da Família Indígena estabeleceram-se no ano 2000, nas unidades de saúde de Comboios e Caieiras Velhas, passando a atuar em todas as aldeias (Quadro 7) (ARACRUZ, 2000). A equipe de Caieiras assistia também Irajá e os Guarani, e a equipe de Comboios atuava concomitantemente em Pau-Brasil. Somente em dezembro de 2004 é que as unidades de saúde de Boa Esperança e Pau Brasil

---

<sup>42</sup> No ano de 1999, a PMA recebeu fundo a fundo, via MS, o primeiro aporte financeiro para Incentivo de Atenção Básica dos Povos Indígenas, como componente do Piso da Atenção Básica do município.

passaram a operar independentemente, com suas próprias equipes de PSF (ARACRUZ, 2006).

Número de Famílias acompanhadas	427
Número de Equipes existentes	2
Número de Agentes indígenas de saúde	8
Percentual de Cobertura Populacional	100%

Quadro 7. Dados referentes ao Programa de Saúde da Família Indígena no Município de Aracruz-ES no ano 2000.

Fonte: Aracruz, 2000.

Paralelamente às ações da PMA, a instituição da Política Nacional de Saúde Indígena, a partir de 1999, e consequente supressão dos NISI nos Estados, deflagrou localmente a implementação dos Distritos Sanitários Indígenas, que não se deu de maneira diferente no Espírito Santo.

Os representantes das aldeias indígenas de Minas Gerais dirigiram um documento aos representantes Tupiniquim e Guarani de Aracruz, propondo a unificação de um DSEI para os dois estados. Para formar o DSEI MG/ES foi realizada uma reunião na cidade de Governador Valadares, em Minas Gerais, onde, já de início, ficou configurado o Conselho de Saúde Distrital, com representação bi-estadual.

Para Presidente do DSEI havia na época dois candidatos, o índio Lauro Martins, do Espírito Santo, e um índio de Minas, que venceu por dois votos de diferença. Ficou então acordado que o representante do ES permaneceria com o cargo de vice-presidente do Conselho Distrital, trabalhando para as aldeias de seu Estado. Nesse encontro, Governador Valadares-MG foi escolhida para sede distrital. A opção se baseou no fato de a sede da FUNAI situar-se na mesma cidade, e levou em consideração a questão de a população indígena mineira ser superior à capixaba<sup>43</sup> (Informação verbal).

A implementação do DSEI em Aracruz logrou êxito e foi facilitada pela política de saúde municipal em vigor desde o fim da década de 1990, que priorizava o modelo do PSF para reorganização da atenção básica, e também pela prévia conformação

<sup>43</sup> Índio Tupiniquim membro dos conselhos de saúde indígena local, distrital e nacional. Entrevista concedida em 26 de maio de 2009.

do NISI no Estado, experimentada de forma diferenciada. Amparado na idéia de saúde enquanto resultante de múltiplos fatores, no Espírito Santo houve o desdobramento do NISI em três subnúcleos: agricultura, saúde e educação<sup>44</sup>. As reivindicações de cada subnúcleo eram enviadas ao NISI, que procurava formar parcerias para viabilizar os projetos. Com isso, foram consolidadas parcerias entre as comunidades indígenas e diversos atores, como a PMA, o Estado, a FUNAI, a FUNASA, a Pastoral Indigenista, e pessoas físicas, interessados conjuntamente em aplicar projetos para melhoria de vida nas aldeias via NISI, que continuariam apoiando-os na estabilização do novo modelo de organização de assistência à saúde indígena que estava sendo encetado.

#### 5.4 POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO MUNICÍPIO DE ARACRUZ: PANORAMA ATUAL, ENTRAVES E PERSPECTIVAS

Embora o período proposto para a análise da implementação da Política Indígena de Saúde no município de Aracruz tenha sido a década de 1990, para uma melhor aproximação dos problemas relacionados à gestão, controle social, organização, oferta e produção, e financiamento dos serviços de saúde ofertados à população indígena aldeada do Município, foram analisados dados até 2009.

##### 5.4.1 Gestão dos serviços de assistência à saúde

##### **Gestão pela FUNASA dos serviços de assistências à saúde nas aldeias do ES**

A FUNASA (2007) órgão vinculado ao Ministério da Saúde, instituída pela Lei n.º 8.029, de 12 de abril de 1990, em conformidade com o Decreto n.º 4.727, de 9 de junho de 2003, que aprova seu estatuto, é entidade de promoção e proteção à saúde, tendo como competências regimentais: prevenir e controlar doenças e outros agravos à saúde dos povos indígenas e fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças.

---

<sup>44</sup> Na época do NISI, foram construídas nas aldeias quatro unidades de saúde e melhorias sanitárias foram aos poucos sendo alcançadas.

Sua atuação se dá de forma descentralizada, com uma Coordenação Regional – Core, em cada Estado, possuindo estrutura técnico-administrativa capaz de promover, supervisionar e orientar as ações de engenharia de saúde pública e de atenção integral à saúde dos povos indígenas (FUNASA, 2007).

No Estado do Espírito Santo está localizada a FUNASA/Coordenação Regional do Espírito Santo (FUNASA/CORE-ES), que por ocasião da criação dos DSEIs no país, a partir de 1999, ficou responsável pela gestão do DSEI MG/ES nas aldeias do Espírito Santo, localizadas no Município de Aracruz (2 etnias, 2.950 habitantes, 7 aldeias em 1 município). A execução dos serviços de saúde nas aldeias não foi assumida pelo órgão, motivada pelas mesmas dificuldades experimentadas nacionalmente – principalmente em decorrência da falta de recursos humanos - tendo sido assumida pela Prefeitura de Aracruz.

Dos setores da FUNASA/CORE-ES, o que desenvolve atividades de apoio e acompanhamento ao DSEI no ES é o DESAI. Sua ESAI é responsável pela coleta de dados e transformação dos mesmos em informações de saúde, que são repassadas à esfera central do órgão. Esses dados são obtidos através do Sistema de Informações do Sistema Único de Saúde – DATASUS, alimentado pela Prefeitura.

A ESAI, principalmente em decorrência da falta de recursos humanos, não executa ações de saúde nas comunidades indígenas, papel que fica a cargo das equipes de saúde da Prefeitura de Aracruz. Essa foi uma opção experimentada nacionalmente, em que a FUNASA terceirizou o desempenho de serviços de saúde a ONGS ou prefeituras, através ou não de convênio formal.

A FUNASA/CORE-ES mantém à disposição das comunidades indígenas veículos com motoristas para locomoção de enfermos para tratamento de saúde fora das aldeias, e dá suporte financeiro para os insumos não previstos pela Prefeitura, desde fraldas a colchões. Também se responsabiliza pelos serviços de saneamento das aldeias, por meio do serviço de engenharia da CORE/ES, que executa obras e melhorias sanitárias. Porém, sua relação com a comunidade indígena é delicada, já



que os índios a vêem como pouco atuante e resolutiva, por motivações explicitadas mais adiante no texto.

Sua articulação com a Sede do Distrito Sanitário Especial Indígena ES/MG é restrita, até mesmo por questões geográficas, já que esta se localiza em Governador Valadares (MG). Ainda assim, intermedeia algumas ações que envolvem as aldeias do Espírito Santo e a Sede do DSEI, como as de capacitação, curso e treinamento de Agentes de Saúde Indígena das aldeias de Aracruz ofertadas em Minas Gerais.

### **Gestão pela Prefeitura Municipal de Aracruz dos serviços de assistências à saúde nas aldeias do ES**

As aldeias do Distrito Sanitário Especial Indígena MG/ES no Espírito Santo têm suas ações de saúde implementadas por meio da Prefeitura Municipal de Aracruz, que possui tradição na gestão e execução de serviços nessas áreas mesmo antes de constituírem-se os DSEIs, sem que para isso tenha havido qualquer convênio com a FUNASA/CORE-ES.

A atenção à saúde é semelhante à atenção despendida à população do município de maneira geral, cuja organização começa pelas Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família, seguindo para diferentes níveis de cuidado, de acordo com a complexidade do problema de saúde. A diferenciação no atendimento à população indígena está garantida apenas na atenção primária, já que as aldeias contam com Unidades de Saúde da Família Indígena (USFI) disponíveis exclusivamente para essa população.

As unidades de saúde indígena, geridas da mesma maneira que as demais USF municipais, experimentam ônus e bônus comuns, muitos deles decorrentes da falta de experiência dos técnicos locais, cuja rotatividade é inerente às mudanças políticas e institucionais do município. A diferença para a população indígena está na adscrição populacional, muito menor nas USFI, em comparação às demais unidades. Esse fato deriva de pactuação entre indígenas e PMA, que recebe um

aporte financeiro muito grande a ser aplicado na atenção à saúde dessa população.

#### **5.4.2 Organização dos serviços de assistência à saúde**

##### **Estrutura da rede de atenção à saúde indígena: rede básica e rede credenciada de referência**

O Município de Aracruz conta com 14 Unidades de Saúde para atender sua população total de 64.637 habitantes (IBGE, 2008). Dessas, quatro são Unidades Básicas de Saúde da Família Indígena (Postos de Saúde Indígenas, transformados em UBSFI em 2000), que atendem a uma população de 2.950 índios (FUNASA, 2008b). Faz parte também da rede de atenção à saúde indígena um Pólo-base Tipo II, administrativo, com sede na aldeia de Caieiras Velhas. Os quatro servidores do Pólo-Base são contratados pelo Convênio 1340/2004, entre a Missão Evangélica Caiuá e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA, 2006a).

O sistema de referência despendido aos indígenas é o mesmo da população geral do município. Até 2008, o Hospital de referência credenciado no CNES – DATASUS para atendimento de Média e Alta Complexidade Hospitalar à população indígena de Aracruz era o Hospital São Camilo (privado). O Hospital deixou de receber incentivo financeiro específico para esse tipo de atendimento em 2008, mas continua prioritário para prestar os serviços de pronto-atendimento, pronto-socorro, internação hospitalar nas clínicas básicas e internação hospitalar especializada, que, dependendo da necessidade/complexidade, também são realizados pelos demais Hospitais Referência, como o Dório Silva (Serra-ES), o Hospital Infantil (Vitória-ES) e o Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM - Hospital Universitário/Universidade Federal do Espírito Santo). Esse último também recebeu incentivo financeiro específico para atendimento de Média e Alta complexidade para a população indígena até o ano de 2005.

Não existe no estado Casa de Saúde Indígena (Casai). A justificativa é a proximidade e o acesso fácil das aldeias à rede de atendimento ambulatorial e hospitalar, tanto municipal, quanto estadual. O usual é a população indígena, assim

como os demais munícipes, serem transportados pela prefeitura, geralmente em ônibus, ou nos carros das comunidades, diariamente, até os hospitais localizados em Aracruz e em outros municípios, inclusive na Capital.

As Casai foram propostas com o objetivo de permitir ao indígena, quando em tratamento de saúde fora da aldeia, estar com os seus, entre sua cultura, tornando o choque intercultural menos dolorido e traumático. Essa prerrogativa, não respeitada pelo Município e pela FUNASA, torna os índios mais expostos a atitudes discriminatórias de profissionais de saúde que desconhecem sua cultura, quando não sua própria condição de indígena.

### **Fluxo de atenção à saúde**

O fluxo dos serviços de saúde ofertados à população indígena aldeada do Espírito Santo, exclusivamente no Município de Aracruz, inicia-se pela atenção básica, nas comunidades indígenas nas quais atuam os AIS e os AISAN.

Das sete aldeias (Caieiras Velhas, Irajá, Pau Brasil, Comboios, Boa Esperança, Piraqueaçú, Três Palmeiras), quatro possuem Posto de Saúde Indígena, que são na verdade USFI (Caieiras Velhas, Pau Brasil, Comboios e Boa Esperança), que seguem o modelo do PSF do MS. As USFI são a primeira referência para os AIS, onde são realizadas atividades de atenção básica pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde da Família Indígena (EMSFI).

O sistema de referência é organizado segundo níveis de atenção secundário e terciário, e realizado pelo SUS e pela rede privada de saúde. Com relação ao apoio diagnóstico e referência especializada (média complexidade), a população indígena munícipe é encaminhada pelas USFI para a rede municipal de saúde e para o Hospital São Camilo. Casos mais complexos são encaminhados para o Hospital Dório Silva (Serra-ES), Hospital Infantil, Hospital Universitário, ou outros, e demais rede estadual de saúde.

### 5.4.3 Oferta e produção dos serviços de saúde nas Unidades de Saúde Indígena (USI) e rede credenciada

#### **USI: Recursos físicos**

As instalações das quatro Unidades Básicas de Saúde da Família Indígena (UBSFI) são de alvenaria, contam com água encanada e luz elétrica, e possuem minimamente salas para recepção, farmácia, cozinha, consultório médico, odontológico (com exceção da Unidade de Boa Esperança, onde há um trailer odontológico desativado, e que encaminha os pacientes para tratamento na UBS de Pau Brasil) e de enfermagem, banheiros público e para funcionários, e uma sala extra para realização de triagem, repouso de pacientes, nebulização, procedimentos de enfermagem, pequenas cirurgias e expurgo.

A construção dessas unidades foi realizada pela FUNASA, em parceria com a PMA e FUNAI a partir de meados da década de 1990. Sua conservação, entretanto, não foi assumida por nenhuma das partes, o que fez com que, por exemplo, a UBS de Caieiras Velhas fosse interditada devido a infiltrações causadas pelas fortes chuvas no mês de novembro de 2008. Após sua desativação, foi acordada com a FUNASA a ocupação, pela UBS, do que viria a ser a nova sede do Pólo-Base das aldeias do ES. Esse segundo prédio sofreu algumas adaptações físicas, incluindo de biossegurança, para abrigar a EMSFI. Sua ocupação é dada como provisória, enquanto aguardam a construção de uma nova UBS pela FUNASA, localizada ao lado da atual, obra essa ainda não assumida pelo órgão.

As UBSFI contam com todo equipamento e instrumental necessários para atendimento odontológico (com exceção da UBS de Boa Esperança). Também estão disponíveis, em quantidade suficiente, materiais descartáveis, material para retirada de pontos e material para pequenas cirurgias e medicamentos. Além da farmácia básica, as UBS contam com diversos outros medicamentos alopáticos, totalizando uma lista de 130, que quando não disponíveis na Unidade, são adquiridos na Farmácia Central do município. Ainda assim, caso a receita não possa ser atendida municipalmente, a FUNASA, em convênio com a Farmácia Santa Lúcia (privada), via Pólo-base, providencia a compra do medicamento.

A demanda por medicamentos industrializados é bem conhecida por todos os que trabalham com a prestação de serviços de saúde para populações indígenas (GARNELO; WRIGHT, 2001, p. 282), fato não diferente nas aldeias do Espírito Santo. Em 2006, por meio de negociação com a FUNASA, o município de Aracruz aumentou o número de medicamentos componentes de sua cesta básica para atender à população indígena. Antes da ampliação da lista de remédios, a FUNASA relatava enormes gastos farmacêuticos com essa população. O consumo de medicamentos deve ser analisado para além dos aspectos de eficiência/eficácia terapêutica, à luz do uso geral de bens industrializados, que simboliza o acesso ao processo civilizatório. Os medicamentos industrializados são tidos por algumas comunidades indígenas como cômodos, representando uma “[...] possibilidade de resolver a doença sem fazer sacrifícios e restrições alimentares e sexuais inerentes às prescrições tradicionais” (GARNELO; WRIGHT, 2001, p. 283).

Em contraponto à alopatia, atendendo a uma antiga reivindicação da população, as Práticas Integrativas Complementares estão em fase de implementação nas UBSFI, tendo a UBS de Pau Brasil sido escolhida em caráter piloto para início das atividades em 2009. Entretanto, a homeopatia já vem sendo disponibilizada na UBS de Boa Esperança desde 2007, com a adesão da população Guarani a esse tipo de intervenção. E a população ainda aponta como fundamental a implantação de projetos que fomentem o uso de plantas medicinais a serem cultivadas nas próprias aldeias em hortas comunitárias, buscando resgatar sua cultura de cura através dos recursos naturais (tanto os Guarani quanto os Tupiniquim).

### **USI: Recursos humanos**

As EMSI das UBSFI são compostas por médico, enfermeiro, odontólogo (com exceção da UBS de Boa Esperança), técnicos de enfermagem, AIS e auxiliar de consultório dentário (ACD), contando ainda com auxiliares de serviços gerais, recepcionista e motoristas, que transportam pacientes para atendimento especializado ou urgências na rede pública e credenciada de Aracruz e demais municípios. Na UBS de Comboios estão lotados também dois barqueiros, que fazem o transporte da Equipe e da comunidade.

Há ainda uma equipe volante, composta por médico pediatra, médico ginecologista, nutricionista e assistente social. Os médicos dessa equipe atendem uma vez por semana em cada UBS. A assistente social atende de uma a duas vezes por semana a demanda espontânea em cada UBS. A nutricionista é responsável pelos cadastros do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) - através de um acompanhamento semestral das comunidades indígenas – e do Programa Bolsa Família (Quadro 8).

CARGO	UBS BOA ESPERANÇA	UBS CAIEIRAS	UBS COMBOIOS	UBS PAU BRASIL	VOLTANTE*	TOTAL
MÉDICO	0*	1	1	1	0	3
ODONTÓLOGO	0*	1	1	1	0	3
ENFERMEIRO	1	1	1	1	0	4
MÉDICO PEDIATRA	0	0	0	0	1	1
MÉDICO GINECOLOGISTA	0	0	0	0	1	1
NUTRICIONISTA	0	0	0	0	1	1
ASSISTENTE SOCIAL	0	0	0	0	1	1
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	2	3	2	2	0	9
AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE	2	3	2	1	0	8
AGENTE DE SANEAMENTO	2	2	1	2	0	7
ASSISTENTE DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO	0*	1	1	1	0	3
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	1	1	1	1	0	4
BARQUEIRO	0	0	2	0	0	2
<b>TOTAL DE MEMBROS DA EMSI</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>47</b>

Quadro 8 - Distribuição dos recursos humanos lotados nas Unidades Básicas de Saúde da Família Indígena no município de Aracruz-ES, por cargo e unidades, em 2007.

Nota: \*Recursos humanos que atendem em todas UBS.

Fonte: FUNASA, 2008b.

Dos profissionais que trabalham nas UBSFI, são estatutários da PMA apenas o pessoal de recepção, os auxiliares de serviços gerais e os AIS. Os demais membros da equipe são terceirizados via Instituto Excellence (Organização Não Governamental), admitidos através de contrato temporário. Essa situação não difere de 70% do quadro de profissionais de saúde do município, todos contratados pelo Instituto, caracterizando uma alarmante precarização das condições do contrato de trabalho, em que os profissionais não concursados ficam à mercê das mudanças da

política local, sem estabilidade ou plano de carreira. Para a Estratégia de Saúde da Família a rotatividade de profissionais gerada por esse tipo de vínculo empregatício é ainda mais nociva, visto que a conexão entre profissional e comunidade é a base que ancora seus princípios.

Para o ano de 2009, a PMA lançou edital de concurso para contratação de profissionais do PSFI, indicando que melhorias nesse sentido estariam a caminho. Os índios, entretanto, não foram favoráveis a essa decisão, e levaram sua reivindicação ao conselho municipal de saúde, paralisando o processo. O impasse surgiu porque a população indígena, já adaptada às atuais equipes de saúde e não vislumbrando melhorias a longo prazo, não queria ver os profissionais serem trocados mais uma vez, o que demonstra claramente a importância do vínculo para as comunidades (Informação verbal).<sup>45</sup>

O trabalho de Pellon (2008) nas aldeias indígenas Guarani de Aracruz aponta que a característica principal do bom profissional de saúde, descrita pelos próprios indígenas, seria o amor ao trabalho, inerente ao profissional que estabelece vínculos com a população pela sua capacidade de acolher e dialogar com a diferença. Ao passo que os fatores desencadeadores e agravantes de enfermidades seriam a falta de paciência e de comprometimento com a causa indígena, que interfeririam negativamente na maneira como os Guarani se mobilizam para lidar com os recursos terapêuticos.

Os profissionais das Equipes de Saúde Indígena, à exceção dos AIS, não recebem capacitação específica para lidar com os Tupiniquim e os Guarani, ao passo que capacitações concernentes à medicina ocidental são promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde com relativa frequência.

A capacitação dos AIS se dá de acordo com a programação do DSEI MG/ES, no município de Governador Valadares-MG, e costuma ocorrer anualmente, durando cerca de um mês. Mesmo que se optasse por instituir capacitação aos demais

---

<sup>45</sup> Índio Tupiniquim representante do Conselho Municipal de Saúde. Entrevista concedida em 08 de julho de 2009.

profissionais das equipes de saúde indígena (médicos, odontólogos, enfermeiros), a rotatividade inerente à sua forma de contratação colocaria em xeque os resultados dessas ações.

Sem conhecimento dos aspectos culturais e da cosmologia desses povos indígenas a que prestam atenção à saúde, os profissionais não conseguem alcançar mudanças necessárias à prática da atenção diferenciada. Como destacado por Bertolani (2008, p. 129), o conhecimento de uma cultura é um importante pressuposto para que se possa respeitá-la. Sua pesquisa entre os profissionais de saúde da Unidade de Saúde de Boa Esperança demonstrou que esses representam a cultura dos Guarani locais como “miscigenada”, e se referem aos índios como “aculturados”.

Em tais representações encontram-se palavras-chave de uma retórica balizada no paradigma da falta, ora usada para legitimar um atendimento que em muito se assemelha àquele fornecido à população pobre da sociedade envolvente, ora utilizada como argumento para a negação do direito dos índios de terem atendidas essas demandas.

Curiosamente, por outro lado, sua análise revelou também que a cultura daquele grupo, que aparece como miscigenada e até suprimida, também é apontada como um dos principais obstáculos, juntamente com problemas de ordem econômica, à promoção de saúde dos índios, determinando resistência à alopatia e recusa por tratamento oferecido na Unidade de Saúde.

O autor conclui analisando que

[...] a falta de valorização, de reconhecimento e de espaço para o sistema [de saúde indígena] na relação com a biomedicina implicará maior resistência aos serviços prestados [...]. Por outro lado, iniciativas que visem a incentivar o saber local, reconhecendo sua eficácia, representarão a garantia de maior retorno e envolvimento dos indígenas em relação aos serviços prestados. Portanto, para que o sistema ocidental seja reconhecido e valorizado [...], é preciso bem mais que um discurso alicerçado na defesa da superioridade do saber biomédico: deve-se começar substituindo a concepção segundo a qual os indígenas não passam de “receptores passivos” por outra concepção, em cujo centro esteja o respeito ao saber do outro (BERTOLANI, 2008, p. 165).

Os Guarani reconhecem que o contato secular com o homem branco produziu manifestações patológicas para as quais a medicina autóctone não dispõe de métodos eficazes. Entretanto, sua prática cultural recomenda que a doença seja



diagnosticada dentro da *opy* (casa de reza), pelo pajé (*karai*), e que somente ele deve indicar o tratamento adequado, inclusive, se for o caso, o tratamento biomédico. Para eles, existem diferentes qualidades de *karai*, que possuem conhecimentos distintos em cada campo da medicina Guarani, fazendo com que, algumas vezes, esses tenham que ser trazidos de outros Estados. Essa situação demanda obstáculos de ordem político-financeira, pois os índios encontram enorme dificuldade em se fazer entender pelos profissionais de saúde sobre a importância da inclusão dessas despesas no orçamento da atenção diferenciada (PELLON, 2008).

### **USI: processo de trabalho e ações desenvolvidas**

As UBS realizam atendimento nas quatro clínicas básicas através de médico e enfermeiro (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia), que efetivam visita domiciliar. São desempenhadas pela equipe ações em saúde da criança, ações em saúde da mulher, ações em saúde do adulto, ações em saúde bucal e ações em vigilância epidemiológica. A adesão a ações educativas para grupos de adolescentes e idosos é considerada mais difícil, os segundos acabam entrando nos grupos de hipertensos-diabéticos. Não há identificação, cadastramento e acompanhamento de portadores de sofrimento mental.

Tais rotinas refletem a exigência, por parte do município, da execução de ações de programas verticais implementados e padronizados pelo Ministério da Saúde nas Unidades de Saúde da Família Indígena, tal qual como executadas nas demais UBS municipais. Esse fato limita a adequação do sistema de saúde às especificidades da população indígena, que fica à mercê de serviços fundamentados em normatizações da instituição executora, que em muito difere das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Impõe-se à população indígena

[...] um modelo de atenção centrado na lógica ocidental, que universaliza e padroniza as práticas unicamente em função de regulamento e protocolos, não considerando o diálogo com as diferenças culturais que se consubstanciam na forma de falar, de se buscar compreender o que foi falado, de esperar, de se alimentar e de se comportar diante da enfermidade (PELLON, 2008, p. 168).

O planejamento das ações de saúde também não segue o Plano Distrital do DSEI MG/ES, e os profissionais das EMSI o desconhecem. A própria FUNASA/Core Regional admite não ser consultada para a elaboração do Plano, fato que causou indignação de um de seus gestores quando, em reunião com membros do DSEI, foi apresentado ao Plano Distrital 2008-2010 já aprovado, sem que tenha havido qualquer participação da Coordenação do Espírito Santo. Esse distanciamento entre as aldeias interestaduais, que ultrapassa o físico, é um dos motivos que faz com que os conselheiros indígenas do ES requeiram a criação de um DSEI exclusivo para as aldeias de seu Estado.

Os exames de saúde complementares são coletados semanalmente nas Unidades de Saúde, e enviados ao laboratório conveniado da PMA (Laboratório Aracruz – Análises Clínicas). O problema relatado é que atualmente algumas requisições para exames são negadas aleatoriamente pelo setor de gestão da prefeitura, sob a alegação de os mesmos serem específicos às especialidades médicas, não devendo ser requisitados em UBS.

### **Sistema de referência**

Os serviços de pronto-atendimento, pronto-socorro, internação hospitalar nas clínicas básicas e internação hospitalar especializada são realizados prioritariamente pelo Hospital São Camilo (privado) ou demais Hospitais do Estado, de acordo com a necessidade, mesmo os não credenciados para atendimento à população indígena.

De fato, o atendimento despendido aos grupos indígenas no sistema de referência pouco difere do exposto à população em geral, a não ser pela prerrogativa de poderem contar com a presença de um acompanhante durante a internação e a alimentação. Os pacientes são transportados pelos carros da comunidade e da FUNASA. Esses carros não são adaptados para os serviços de saúde, o que reflete em limitações que comprometem o atendimento. A maioria possui apenas duas portas, dificultando a entrada do paciente; não possuem equipamento de primeiros socorros, ou qualquer estrutura adequada à remoção de doentes até o destino (muitas vezes hospitais na Capital, distantes das aldeias).

A população indígena é unânime em apontar insatisfação com o atendimento dispensado no Hospital São Camilo, em função de situações de preconceito e de etnocentrismo exercidas por parte dos profissionais de saúde e da população local, que divide física e simbolicamente este espaço com os índios:

[...] o modelo de atenção à saúde indígena vigente no hospital da rede referenciada é centrado na atenção à doença como uma entidade isolada do sujeito e da sua subjetividade, não considerando a importância da participação ativa dos mesmos como imprescindível ao êxito das ações. Dessa forma descarta a história de vida dos mesmos, os seus vínculos sociais e os fatores culturais que podem contribuir para o comprometimento de ambas as partes envolvidas na promoção, proteção e recuperação da saúde indígena (PELLON, 2008, p. 169-170).

Já os munícipes não indígenas e profissionais de saúde consideram que índios em Aracruz são submetidos a um atendimento “privilegiado”, ao invés de “diferenciado”, interpondo uma barreira a mais na relação com esses povos (PELLON, 2008).

### **Sistemas de Informação**

O único instrumento de acompanhamento e avaliação utilizado pelas Equipes de Saúde é o SIAB, o qual alimentam pelo preenchimento de fichas, sem, no entanto, verem os dados transformados em informação. A Equipe reúne semanalmente seus membros, mas não há reuniões com a comunidade, nem participação de seus membros em Conselhos Municipal e Local de Saúde ou em Conselhos Indígenas de Saúde.

Os membros das EMSI conhecem a área de abrangência de seu território de atuação, mas não há mapa da área nas unidades. Não são utilizados pelas equipes instrumentos de análise de situação de saúde bucal; inquéritos epidemiológicos em escolares e na população em geral, levantamento de necessidades em instituições e na população em geral ou estudo de demanda nas próprias unidades. Esse fato faz com que a demanda seja totalmente livre, e impossibilita a programação, o acompanhamento e a avaliação das ações de saúde.

Carneiro et al. (2008) destacam o fato de as condições de saúde bucal dos povos indígenas no Brasil serem muito pouco conhecidas. Alves Filho, Santos e Vettore (2009) atentam para o fato de as investigações sobre saúde bucal indígena poderem

gerar informações relevantes para o planejamento e gestão dos serviços de saúde. Ambos realizaram estudos epidemiológicos com foco no exame das condições de saúde bucal dos índios Baniwa do Alto Rio Negro e dos Guarani do Rio de Janeiro, respectivamente.

O Sistema de Informações de Saúde Indígena - SIASI está sendo implementado nas aldeias do Espírito Santo pela FUNASA/ Core Regional. Dos oito módulos que compõem o sistema, a ESAI da FUNASA, até 2008, atualizou no SIASI apenas o cadastro da população indígena aldeada, que faz parte do módulo demográfico. Eles salientam que é possível obter no SIASI informações mais específicas, como identificação individual de cada índio, composição das famílias, filiação, estado vacinal, dados de mortalidade e morbidade e outras informações entretanto, somente o cadastro foi concluído, e os demais dados podem ser requeridos à ESAI. Segundo a Equipe, o módulo de imunização está sendo atualizado, e os dados de morbidade serão trabalhados logo após a conclusão do mesmo.

O fato de a FUNASA não ter pactuado com a Prefeitura o repasse de dados de saúde da população indígena por ela assistida tem inviabilizado a coleta, o fluxo e a análise das informações de saúde de maneira fidedigna, além de dificultar a implementação de todos os módulos do SIASI. O repasse de informações se dá de maneira esporádica e incompleta, apesar de a criação do Subsistema não ter eliminado a necessidade de registro e envio de dados para os sistemas nacionais de informação.

#### **5.4.4 Financiamento dos serviços de assistência à saúde**

O financiamento do subsistema de saúde indígena nas aldeias do ES se dá 1. por repasse de recursos do Ministério da Saúde para o fundo municipal de saúde, e 2. pela transferência de recursos da coordenação distrital do DSEI MG/ES para a FUNASA CORE/ES.

O fato de a PMA, desde 1997, já se encontrar habilitada na gestão plena do sistema municipal de saúde possibilitou a transferência automática e direta de recursos do nível federal ao fundo municipal de saúde para o pagamento, tanto dos Agentes

Indígenas de Saúde, quanto, posteriormente, às Equipes Multidisciplinares de Saúde da Família Indígena.

Desde novembro de 1999 esse aporte financeiro, repassado mensalmente a título de incentivo de atenção básica dos povos indígenas, um componente do Piso da Atenção Básica Variável, aumentou consideravelmente. Apesar de a população indígena (2.950 habitantes das aldeias) representar apenas 4% do total da população de Aracruz (73.657 habitantes), em 2007, os valores do incentivo representaram 13% dos repasses federais para a saúde ocorridos no período (FUNASA, 2008b).

A não definição, por parte da FUNASA – responsável legal pela gestão do Subsistema de Saúde Indígena – de mecanismos regulatórios para a fiscalização dos recursos financeiros a serem aplicados na atenção à saúde indígena, acompanhamento e avaliação das ações, resultou em uma maior autonomia do Município na condução desse processo, assim como observado por Chaves (2006) no Pólo-Base de Angra dos Reis. Como consequência, o gestor municipal pôde dispor de tais recursos de maneira livre, recebendo constantes acusações de subutilização dos mesmos, deflagrando fragilidades nas relações entre ele e a FUNASA Core/ES, quando não em relação à própria população indígena. Essa última, muitas vezes, não consegue diferenciar o executor do gestor, lançando reivindicações a quem não pode de fato solucioná-las. Hora volta-se contra a FUNASA, hora contra a Prefeitura, a depender das justificativas utilizadas pelas instituições.

A CORE/ES recebe os recursos transferidos da coordenação distrital do DSEI e os utiliza para pagamento de combustível e diárias de motoristas que transportam pacientes indígenas em tratamento fora das aldeias; aquisição de medicamentos e consultas não cobertos pela rede municipal de saúde; remuneração da Equipe de Saúde Indígena que trabalha administrativamente em sua sede, entre outros. O uso das verbas é tido como ineficiente e moroso por parte dos índios, que atribuem os constantes atrasos em ver solucionadas suas questões à má administração da FUNASA, que mantém sua equipe na sede, em Vitória, distante 70km das aldeias. Os motoristas percorrem o trajeto FUNASA - aldeia diariamente, gerando um gasto

desnecessário, além de não dispensarem à população o atendimento respeitoso de que ela gostaria. Para decidir a questão, os índios gostariam que fossem contratados profissionais de suas comunidades (Informação verbal).<sup>46</sup>

#### 5.4.5 Controle Social

A partir de 2005, a FUNASA, junto aos Caciques, implementou o Conselho Local de Saúde Indígena, tendo o papel de passar as reivindicações da comunidade para o gestor local, para o executor das ações de saúde (no caso a prefeitura de Aracruz), e para o conselho distrital, onde a discussão tomaria nível nacional, e conjuntamente com os outros distritos buscar-se-iam melhores soluções para os impasses. Essa interlocução entre conselho local e distrital permanece facilitada pelo fato de o Presidente do Conselho Distrital ser um índio da aldeia de Caieiras Velhas. Cada comunidade indicou dois conselheiros para os quais os caciques delegaram a responsabilidade pelos serviços de saúde e organização do DSEI localmente.

Nessa época, os principais problemas relatados para as aldeias do ES eram o transporte para atendimento em saúde, que consideravam sucateado e insuficiente, o atraso na entrega de medicamentos, a dificuldade na marcação de consultas especializadas, o não cumprimento da carga horária integral de trabalho dos profissionais do PSF que atendiam as comunidades, e a não aplicação dos recursos financeiros na diferenciação da atenção à saúde à população indígena (Informação verbal).<sup>47</sup>

Tendo sido estabelecidas as prioridades, o conselho então redigiu um documento, apresentado em reunião com representantes da Secretaria Municipal de Saúde e da FUNASA. Os indígenas exigiram a presença da coordenação de Minas Gerais e do Espírito Santo, já que a CORE/ES relatava que os recursos financeiros ficavam retidos em Minas, o que utilizavam como justificativa para sua omissão na melhoria dos serviços prestados. Entretanto, não obtiveram qualquer resposta por essa via, o

---

<sup>46</sup> Índio Tupiniquim representante do Conselho Municipal de Saúde. Entrevista concedida em 08 de julho de 2009.

<sup>47</sup> Índio Tupiniquim representante do Conselho Local de Saúde. Entrevista concedida em 26 de maio de 2009.

que levou, em janeiro de 2006, um grupo de Tupiniquins e Guaranis a ocupar a sede da FUNASA em Vitória, exigindo resposta ao documento explicitado em reunião.

A mobilização fez com que representantes da FUNASA de Brasília se reunissem em Aracruz com representantes da Secretaria Municipal de Saúde e do Ministério Público. Em resposta, a PMA inseriu nas aldeias de Boa Esperança e Pau-Brasil mais duas equipes PSFI. A prefeitura ainda estabeleceu como meta para 2006 ampliar a atenção à comunidade indígena, através da implantação do núcleo de apoio à saúde indígena (psicologia, fisioterapia, pediatria, ginecologia e serviço social). Entretanto, foi realizada apenas a ampliação do atendimento nas unidades de saúde, nas áreas de pediatria, ginecologia, serviço social e nutrição (ARACRUZ, 2006).

Apesar de não estar em conformidade com a legislação da PNASPI, também foram adquiridos, por exigência das lideranças indígenas, com recursos do Piso da Atenção Básica, variável Atenção à Saúde Indígena, carros para cada comunidade indígena, para realização de transporte de enfermos fora do horário de atendimento das USFI, com a contratação de motoristas e pagamento de combustível (Informação verbal).<sup>48</sup>

Previamente à existência do Conselho, as lideranças não distinguiam as responsabilidades institucionais, previstas em lei, da FUNASA e da PMA, enquanto gestora e executora das ações de saúde, respectivamente, e, portanto, não identificavam nem sabiam de quem e como cobrar as melhorias pleiteadas. Conhecendo a legislação, passaram a acionar as próprias instituições envolvidas, quando não o Ministério Público, fazendo valer seus direitos.

Também passaram a atuar efetivamente no Conselho Municipal de Saúde, reverberando suas reivindicações perante um grupo eclético e representativo de parte significativa da população aracruzenses. Para 2009, a convite da Secretaria de Estado da Saúde – SESA, estão em processo de escolha para um representante

---

<sup>48</sup> Índio Tupiniquim representante do Conselho Local de Saúde (2005-2008). Entrevista concedida em 26 de maio de 2009.

para o Conselho Estadual de Saúde. Tal iniciativa vem ao encontro de uma antiga reivindicação indígena, que sempre julgou o poder estadual ausente em relação ao Subsistema de Saúde Indígena no Espírito Santo.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho percorrido para obter respostas às questões propostas e aqui descritas proporcionou uma aprendizagem sobre o respeito às diferenças e ao tempo na pesquisa envolvendo territórios indígenas, deixando claro que nesse campo as particularidades vão muito além das exigências formais de autorizações éticas e políticas.

No estudo do tema proposto, a distinção adveio da necessidade de um grau de interface entre pesquisador e comunidade que, na medida em que se tornava próximo, propiciava uma melhor assimilação e densidade de resultados. Tal interface jamais se daria sem o convívio, sem o estabelecimento de confiança mútua, sem o respeito. Quando se rompe a barreira do desconhecido e começa a haver apropriação da realidade do espaço de pesquisa, as portas para o entendimento se abrem como mágica, suavizando os percalços anteriormente experimentados na obtenção de mínimos dados.

Para além da análise da implementação da política de saúde indígena nas aldeias do Município de Aracruz, procurou-se aqui iniciar a compreensão da contextualização temporal, geográfica, cultural, social e econômica dos povos Tupiniquim e Guarani que hoje e na década de 1990 habitavam as aldeias do Espírito Santo. Também se teceu considerações a respeito de sua cosmologia, da questão da luta pela terra, e da relação da mesma com demais aspectos da vida dessa população, incluindo saúde.

Estes dois povos, apesar de culturalmente distintos, trazem em sua indianidade o mesmo respeito ao que chamam de espírito coletivo. Neste sentido, sua luta pela terra nunca foi uma luta em que se buscou apenas “ter”, mas sim “ser”, num espaço onde pudessem expressar sua cultura e etnicidade.

As lideranças indígenas atribuem suas conquistas nas mais diversas áreas à união estabelecida dentro e entre as aldeias. Os entraves impostos nas situações de embate com a Aracruz Celulose fortaleceram institucional e administrativamente as

entidades indígenas, e aos poucos os índios foram se apropriando da lógica tecnoburocrata vigente, fazendo uso da mesma a seu favor.

O fortalecimento do grupo refletiu conquistas na área da saúde. A partir do conhecimento de leis, do funcionamento da máquina do Estado, do sistema político, da divisão de poderes, entre outros, eles se instrumentalizaram e passaram a exigir seus direitos, exercendo sua cidadania principalmente pela via legal, através da participação nos conselhos de saúde indígenas e no conselho municipal de saúde. Pelo controle social passaram a inferir mudanças na organização, oferta e produção de serviços do sistema de saúde a eles ofertados pela FUNASA e PMA, enquanto gestor e executor das ações, respectivamente, e logram transformações ainda maiores.

Paralelamente, o histórico da política de saúde em Aracruz, a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde, se configurou de maneira favorável à implementação do Subsistema de Saúde Indígena no Município a partir do ano 1999, visto que a prefeitura desde fins da década de 90 já se responsabilizava pela atenção à saúde nas aldeias, facilitando o processo de implementação do DSEI MG/ES, cujo modelo organizacional se baseia em uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada, com complexidade crescente, e articulada com o SUS.

Esse processo foi facilitado pelo fato de a PMA, desde 1997, já se encontrar habilitada na gestão plena do sistema municipal de saúde, possibilitando a transferência automática e direta de recursos do nível federal ao fundo municipal de saúde, a partir de novembro de 1999, para o pagamento, tanto dos Agentes Indígenas de Saúde, quanto, posteriormente, das Equipes Multidisciplinares de Saúde da Família Indígena.

Outro fato positivo foi já haver nessas aldeias, desde 1994, a estruturação de uma rede física de atenção à saúde indígena, arquitetada pela prefeitura em parceria com a FUNAI e FUNASA, onde as equipes puderam se instalar.

Entretanto, apesar dos avanços, não são ainda levadas na devida consideração as particularidades da população indígena, esvaziando de sentido a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, e conseqüentemente não alcançando seu propósito de:

[...] garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, 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 sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.” (FUNASA, 2002, p. 13).

A diferenciação no atendimento à população Tupiniquim e Guarani aldeada de Aracruz tem se configurado como diferenciação de acesso e financiamento, o que não garante a especificidade dos serviços às suas cultura e cosmologia, tornando a capacitação dos recursos humanos sobrepujada à qualidade ou quantidade dos recursos físicos.

O aprimoramento acerca das questões técnicas da área da saúde é uma preocupação da secretaria municipal, que freqüentemente promove treinamento de seus profissionais, ao passo que capacitações em saúde indígena permanecem inexistentes. Sem apreender a cosmovisão, principalmente no que se refere às questões de saúde da população indígena assistida, o conhecimento do profissional se torna restrito à percepção que o mesmo absorve em sua prática, moldado à validação de suas rotinas de trabalho.

Para viabilizar a atuação genuinamente diferenciada de gestores e profissionais de saúde, além da capacitação, o quadro explicitado sinaliza a urgência da particularização da política de saúde indígena frente à política municipal de saúde. Sua programação, ações e metas deveriam ser estabelecidas considerando as distinções de seu público-alvo frente aos demais municípios, que em alguns aspectos restringem ou modificam os resultados obtidos atualmente pelas ESFI. A elaboração dessa política deveria ainda sopesar as diferenças entre os próprios Tupiniquim e Guarani.

Dentre os objetivos de mudança expostos e crescentes entre lideranças indígenas entrevistadas está a consolidação de um DSEI exclusivo para as aldeias do Espírito

Santo, devido às dificuldades inerentes à junção em um único DSEI de comunidades indígenas tão distantes geográfica e culturalmente, e a não inserção das aldeias de Aracruz no planejamento e nas ações do Distrito MG/ES. A partir da conquista de um distrito próprio, eles almejam adquirir maior autonomia em seu pólo-base, principalmente em relação à coordenação regional da FUNASA, hoje morosa detentora das decisões concernentes a recursos financeiros em saúde para tratamentos não garantidos pelo município. A necessidade dessa cobertura advém da qualidade dos serviços secundários ofertados pela prefeitura de Aracruz, que em contraponto à atenção primária, deixa muito a desejar.

Outro desejo comum a essa população é alcançar meios para aumentar o nível de formação e escolaridade indígena, ansiando sua auto-suficiência na gestão do território indígena, inclusive das Unidades de Saúde (com profissionais exclusivamente das comunidades indígenas), e possibilitando sua admissão no mercado de trabalho fora das aldeias. Para isso têm recorrido a instituições, como FUNAI, UFES, PMA, buscando firmar parcerias para ensino: inclusão digital, vestibular para indígenas, cursos técnicos, entre outros.

As constatações aqui expostas colocam desafios a serem superados, que não deslegitimam as melhorias alcançadas pós-instituição do subsistema de saúde indígena. O momento é de adaptação e adequação em âmbito local da política de saúde indígena, que foi arquitetada fundamentada nas especificidades desses povos, e que portanto deve ser assumida por gestores e executores como tal. Isso irá requerer, para além dos recursos físicos e financeiros, suporte técnico adequado, e a superação da rotatividade inerente às mudanças políticas e institucionais no município.

## REFERÊNCIAS

- ALVES FILHO, P.; SANTOS, R. V.; VETTORE, M. V. Saúde bucal dos índios Guaraní no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 37-46, 2009.
- ANCHIETA, J. Guaranis fogem de reserva em SP e vêm para o ES. **A Gazeta**, Vitória, p. 14, 3 set. 1989.
- ARACRUZ (ES). **Projeto saúde aldeias indígenas**. Aracruz, 1994.
- ARACRUZ (ES). Prefeitura Municipal. Lei n.º 1.384, de 17 de abril de 1990. Concede ajuda e assistência técnica às aldeias indígenas do município de Aracruz e dá outras providências. Aracruz, 1990a.
- ARACRUZ (ES). Prefeitura Municipal. **Lei Orgânica do Município de Aracruz**. 5.ed. Aracruz, 1990b.
- ARACRUZ (ES). Prefeitura Municipal. Lei nº 1.427, de 9 de agosto de 1990. **Dispõe sobre os princípios gerais da administração, definindo a nova estrutura organizacional da Prefeitura Municipal de Aracruz, e dá outras providências**. Aracruz, 1990c.
- ARACRUZ (ES). Prefeitura Municipal. **Programa de Saúde da Família: a família é prioridade**. Aracruz, 2003.
- ARACRUZ (ES). Prefeitura Municipal. Secretaria municipal de saúde. **Relatório de gestão 1990-2000**. Aracruz, 2000.
- ARACRUZ (ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2006**. Aracruz, 2006.
- ARRUTI, J.M. Etnogênese indígena. In: RICARDO, B.; RICARDO, F. (Org.). **Povos indígenas no Brasil: 2001-2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006. p. 50-54.
- ATHIAS, R.; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 425-431, mar./abr. 2001.
- AZEVEDO, M. **Povos indígenas no Brasil: diferentes estimativas**. 2000. Disponível em: <<http://www.socioambiental.org>>. Acesso em: 13 maio 2008.
- AZEVEDO, M.M. Povos indígenas na América latina estão em processo de crescimento. In: RICARDO, B.; RICARDO, F. (Org.). **Povos indígenas no Brasil: 2001-2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006. p. 55-58.
- BERTOLANI, M.N. **Representações sociais da saúde e políticas de saúde voltadas a populações indígenas: uma análise da relação entre o sistema de saúde Guarani e a biomedicina**. 2008. Dissertação [Mestrado em Política Social] -

Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 304, de 9 de agosto de 2000.** Aprova Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – Área de Povos Indígenas. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/legislacao/resolucao/resol304.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2008a.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2008b.

BRASIL. Lei n.º 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1973. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/l6001.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2008.

BRASIL. **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999.** Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 24 de set. 1999. Disponível em: <<http://200.181.15.9/ccivil/LEIS/L9836.htm>>. Acesso em: 12 maio 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde Indígena, 3., 2001, Goiás. **Relatório final.** Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde Indígena, 4., 2007. **Relatório final.** Brasília, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.922, de 11 de setembro de 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1922\\_11\\_09\\_2008\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1922_11_09_2008_rep.html)>. Acesso em: 19 dez. 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 69/GM, de 20 de janeiro de 2004. Dispõe sobre a criação do Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, vinculado a FUNASA e dá outras providências. Disponível em: <<http://sis.funasa.gov.br/portal/legislacao/portaria%2069.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 70/GM, de 20 de janeiro de 2004. Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em: <[http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias\\_m/pm\\_70\\_2004.pdf](http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/pm_70_2004.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2008d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº2. 656, de 17 de outubro de 2007.** Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde, e regulamentação do Incentivo de Atenção Básica e

Especializada aos Povos Indígenas. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2656.htm>>. Brasília, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de Lei nº 3.958/2008, de 29 de agosto de 2008**. “Altera a Lei no 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, que cria secretaria na estrutura do Ministério da Saúde; e cria cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores – DAS, destinados ao Ministério da Saúde”. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/595198.pdf>. Acessado em 23 de setembro de 2008e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio**. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Para as Populações Indígenas**. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.810, de 3 de agosto de 2006**. Define as transformações dos Distritos Sanitários Especial Indígena (DSEI). Disponível em: <[http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/conhecaFunasa/regimentoInterno/Port\\_1810\\_2006.pdf](http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/conhecaFunasa/regimentoInterno/Port_1810_2006.pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.962, de 10 de outubro de 2008**. Define as transformações dos Distritos Sanitários Especial Indígena (DSEI). Disponível em: <[http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/conhecaFunasa/regimentoInterno/Port\\_1810\\_2006.pdf](http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/conhecaFunasa/regimentoInterno/Port_1810_2006.pdf)>. Acesso em: 2 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 840, de 15 de agosto de 2007**. Estabelece as diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas. Disponível em: <[http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/saneamento/SanAreEspeciais/Port\\_840\\_2007.pdf](http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/saneamento/SanAreEspeciais/Port_840_2007.pdf)>. Acesso em: 24 ago. 2007d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº.196. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996.

CABO PM mata índio com três tiros nas costas. **A Gazeta**, Vitória, p. 10, 28 fev. 1983.

CAMPANHA arrecada donativos para índios guaranis. **A Gazeta**, Vitória, 19 set. 1989.

CARNEIRO, M. C. G. et al. Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 1985-1992, 2008.

CASTRO, E.V. No Brasil, todo mundo é índio, exceto quem não é. In: RICARDO, B.; RICARDO, F. (Org.). **Povos Indígenas no Brasil: 2001-2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006. p. 41-49.

CHAVES, M.B.G. **A política de saúde indígena no município de Angra dos Reis: um estudo de caso.** Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

CICCARONE, C. **Drama e sensibilidade:** migração, xamanismo e mulheres Mbya Guarani. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Programa de Estudos de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

COIMBRA JR., C.E.A.; SANTOS, R.V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 125-132, 2000.

CONFALONIERI, U.E.C. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. **Cad. Saude Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 441-450, 1989.

CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE INDÍGENA, 1., 1993. Aracruz. **Documento final.** Aracruz, 1993. (manuscrito).

COSTA, D.C. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 388-401, 1987.

COUTINHO, J.M. **Projeto de desenvolvimento integrado de uma economia alternativa para preservação da cultura Guarani em Tekoá-Porã.** Vitória, 1990. (mimeo)

COUTINHO, J.M. **Uma história do índio de Aracruz.** Aracruz (ES), 2003 (mimeo).

CUNHA, M.C. Política indigenista no século XIX. In: CUNHA, M.C. (Org.). **História dos índios no Brasil.** São Paulo: Companhia das Letras, 1992. p.133-154.

DIEHL, E.E.; DRACHLER, I.M.; RODRIGUES, I. Financiamento e atenção à saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul. In: COIMBRA JUNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 217-234.

ENCONTRO de índios será no domingo. **Seara Aracruzense**, Aracruz, set./out. 1985.

ENCONTRO indígena exige mais apoio do poder público. **A Gazeta**, Vitória, 17 abr. 1989.

ENCONTRO INDÍGENA DO ESPÍRITO SANTO, 2., 1989. **Relatório ...** Barra do Riacho (ES), 1989. (mimeo).

ENCONTRO INDÍGENA DO ESPÍRITO SANTO, 3., 1990. **Relatório final...** Barra do Riacho (ES), 1990. (mimeo).

ESPÍRITO SANTO (Estado). Assembléia Legislativa do Espírito Santo. **CPI da Aracruz.** Processo n.º 156, maio de 2002. Aracruz, 2002.



ESPÍRITO SANTO (Estado). **Diagnóstico participativo de saúde: aldeia Tekoá-Porã**. Aracruz, 1995.

FERRARI, A.T. **Metodologia da ciência**. 3. ed. Rio de Janeiro: Kennedy, 1974.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE. **Diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde, água, esgotamento sanitário e melhorias sanitárias em áreas indígenas**. Brasília, 2002a.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Coordenação Regional Espírito Santo. Equipe de Saúde Indígena (ESAI). **Saúde Indígena: relatório técnico de 2004**. Vitória, 2004.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Coordenação Regional Espírito Santo. Equipe de Saúde Indígena (ESAI). **Saúde indígena: relatório anual de 2006**. Vitória, 2006a.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Coordenação Regional Espírito Santo. Equipe de Saúde Indígena - ES. **Saúde indígena: relatório anual de 2005**. Vitória, 2006b.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Coordenação Regional Espírito Santo. Equipe de Saúde Indígena (ESAI). **Cadastro da população indígena aldeada do Espírito Santo no SIASI 2008**. Vitória, 2008a.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Coordenação Regional Espírito Santo. Equipe de Saúde Indígena - ES. **Consolidado de informações de 2007**. Vitória, 2008b.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2.ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002b.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório de gestão 2003/2005**. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional da Saúde, 2005.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório de gestão 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO. Administração Regional de Governador Valadares. **Necessidades para as atividades produtivas dos postos indígenas do Estado do Espírito Santo no ano de 1990**. Governador Valadares, 1990. (Mimeo).

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO. **Convênio n.º 030/85, que entre si celebram a Fundação Nacional do índio e a Prefeitura Municipal de Aracruz, com vistas à construções de infra-estrutura básica nas aldeias do PI Tupinikins**. Brasília, 1985. (mimeo).

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO. **Os índios**. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/>>. Acesso em: 13 maio 2008.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO. **Relatório final de reestudo da identificação das terras indígenas Caieiras Velhas, Pau Brasil e Comboios**. Portaria n.º 0783/91. Vitória, 1994.

GARNELO L. **Política de saúde dos povos indígenas no Brasil**: Análise situacional do período de 1990 a 2004. Documento de Trabalho nº 9. Porto Velho: Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia, Universidade Federal de Rondônia, 2004.

GARNELO, L.; BRANDÃO, L.C. Avaliação preliminar do processo de distritalização sanitária indígena no estado do Amazonas. In: COIMBRA JUNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 235-257.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na Região Norte do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 311-317, jan./fev. 2003.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de "fazer ver" e "fazer crer" nas políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1217-1223, jul./ago. 2005.

GARNELO, L.; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 273-284, mar./abr. 2001.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GRAMKOW, M. M. et al. Antropologia, povos indígenas, cooperação internacional e políticas públicas no Brasil. In: SOUSA, C. N. I. et al. (Org.). **Povos indígenas: projetos e desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007. p.141-143.

IBGE. **Censo 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo/>>. Acesso em: 02 nov. 2008.

IBGE. **Tendências demográficas**: uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostras dos censos demográficos 1991 e 2000. Rio de Janeiro, 2005.

INDÍGENAS fazem o III encontro hoje em Aracruz. **A Gazeta**, Vitória, 21 abr. 1990.

INDÍGENAS pedem e são atendidos pelo projeto. **A Tribuna**, Vitória, 15 out. 1993. Suplemento Especial, p. 10.

ÍNDIO de Aracruz recebe material para trabalho. **A Gazeta**, Vitória, 16 jun. 1990.

ÍNDIOS exigem mais assistência do poder público. **A Gazeta**, Vitória, p. 8, 17 abr. 1989.

ÍNDIOS fazem no fim de semana o III Encontro. **A Gazeta**, Vitória, 17 abr. 1990.

INSTITUTO DE APOIO À PESQUISA E AO DESENVOLVIMENTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Aracruz**: aspectos gerais. Disponível em: <[http://www.ipes.es.gov.br/follow.asp?urlframe=perfil/gerais/gera\\_tab.asp&tipo=1&re\\_giao=09](http://www.ipes.es.gov.br/follow.asp?urlframe=perfil/gerais/gera_tab.asp&tipo=1&re_giao=09)>. Acesso em: 17 nov. 2005.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. **Povos indígenas no Brasil**. Disponível em: < <http://pib.socioambiental.org>>. Acesso em: 2 abr. 2009.

IPM sobre morte de índio em Aracruz acha cabo culpado. **A Gazeta**, Vitória, 17 mar. 1983.

LADEIRA, M. I. M. **Povos indígenas no Brasil: Guarani Nandeva**. 2003. Disponível em: < <http://pib.socioambiental.org>>. Acesso em: 2 abr. 2009.

LADEIRA, M.I.M. Necessidade de novas políticas e o reconhecimento do território Guarani. In: PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR (Ed.). **Congresso Internacional de Americanistas**, 49., 1997. Quito: Puce Ed., 1997.

LIMA, A.C.S. O governo dos índios sob a gestão do SPI. In: CUNHA, M.C. (Org.). **História dos índios no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992. p.155-172.

LOPES, A. Representante dos guaranis denuncia a venda de cachaça. **A Tribuna**, Vitória, 26 fev. 1982.

LUSTOSA, P. Tratar índio não é barato. In: RICARDO, B.; RICARDO, F. (Org.). **Povos Indígenas no Brasil: 2001-2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

MAGGIE, Y. Duas histórias representativas. In: FRY, P.; MAGGIE, Y. et al. (Ed.). **Políticas raciais no Brasil: divisões perigosas**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

MAIO, M.C.; MONTEIRO, S.; RODRIGUES, P.H.A.R. O SUS é racista? In: FRY, P. et al. **Políticas raciais no Brasil: divisões perigosas**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARQUES, I.M.S.F. **A política de atenção à saúde indígena: implementação do distrito sanitário especial indígena de Cuiabá – Mato Grosso** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

MENDES, E.V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1999a.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS: tomo I**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999b.

MENY, I.; THOENIG, J. **Las políticas públicas**. Barcelona: Ariel Ciência Política, 1992. p.159-193.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MOISÉS, B.P. Índios livres e índios escravos: os princípios da legislação indigenista do período colonial. In: CUNHA, M.C. (Org.). **História dos índios no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992. p.13115-13132.

NIMUENDAJU, C. **As lendas da criação e destruição do mundo como fundamentos da religião dos Apapocúva-Guarani**. São Paulo: HUCITEC/Edusp, 1987.

NÚCLEO INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE INDÍGENA DO ESPÍRITO SANTO **Plano de trabalho**. Aracruz, 1994b.

NÚCLEO INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE INDÍGENA DO ESPÍRITO SANTO **Projeto de saúde aldeias indígenas**. Aracruz, 1994c.

NÚCLEO INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE INDÍGENA DO ESPÍRITO SANTO **Regimento interno**. Aracruz, 1995. (mimeo).

NÚCLEO INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE INDÍGENA DO ESPÍRITO SANTO. **Avaliação do Decreto 1141/94, realizada pelo Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena do Espírito Santo**. Aracruz, 1994a. (mimeo).

PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M.M.; SANTOS, R.V. Introdução. In: \_\_\_\_\_. **Demografia dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2005. Cap. 1, p.11-32.

PELLON, L.H.C. **Tensões interculturais e os impactos no processo saúde-doença na população Guarani Mbyá do Município de Aracruz, Espírito Santo**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

PEREIRA, N.O.M.; SANTOS, R.V.; AZEVEDO, M.M. Perfil demográfico e socioeconômico das pessoas que se autodeclararam indígenas nos censos demográficos de 1991 e 2000. In: PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M. M.; SANTOS, R.V. (Org.). **Demografia dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2005. Cap. 8, p.155-166.

RIBEIRO, D. A política indigenista brasileira. In: \_\_\_\_\_. **Os índios e a civilização: interação das populações indígenas no Brasil moderno**. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras. 1996. cap. 5, p. 147-168.

RICARDO, B.; RICARDO, F. (Org.). **Povos Indígenas no Brasil: 2001-2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

SANTOS, R.V.; COIMBRA JUNIOR, C.E.A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA JUNIOR, C.E.A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.13-47.

SANTOS, R.V.; PEREIRA, N.O.M. Os indígenas nos censos nacionais no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1626-1627, nov./dec. 2005.

SAÚDE INDÍGENA YAHOO GRUPOS. Lista mantida pelo Yahoo Grupos. Disponível em: <<http://geocities.com/saudeindigenabrasil>>. Acesso em: dez. 2008.

SCHADEN, E. **Aspectos fundamentais da cultura Guarani**. 3.ed. São Paulo: Edusp, 1974.

SILVA, G.R. Prefácio. In: AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventivista. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.13-20.

SOUSA, M.C.; SCATENA, J.H.G.; SANTOS, R. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, Apr. 2007.

VEIGA, F.B. (Org.). **Estudo antropológico sobre as terras e populações indígenas de Aracruz-ES**. Rio de Janeiro: PETROBRÁS/ BIODINÂMICA, 2004. CD-ROM.

VERANI, C. B. L. A Política de saúde do índio e a organização de serviços no Brasil. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi**, Belém, v. 1, n. b, p. 143-164, 1999.

VERDUM, R. Perdas e ganhos no orçamento indigenista do governo federal. In: RICARDO, B.; RICARDO, F. (Org.). **Povos Indígenas no Brasil: 2001-2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006. p. 124-130.

VIANNA, F. O novo modelo de atendimento. In: RICARDO, B.; RICARDO, F. (Org.). **Povos Indígenas no Brasil: 2001-2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

WEIS, B.; ZANCHETTA, I. Caos e Retrocesso. In: RICARDO, B.; RICARDO, F. (Org.). **Povos Indígenas no Brasil: 2001-2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

## ANEXO A - QUESTIONÁRIO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**  
**Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva**  
**Curso de Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva**  
**Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde**

**Pesquisa:**

**A POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL NA DÉCADA DE 1990:  
O CASO DO ESPÍRITO SANTO**

**Roteiro para entrevista com atores-chave** (a ser gravada, transcrita e mantida sobre a guarda da pesquisadora):

I. Dados pessoais do entrevistado:

1.Nome:

2.Idade:

3.Sexo:(  )M (  )F

4.Endereço:

5.Cidade:

6.Estado:

7. CEP:

8.Telefone:

9.Fax:

10.Email:

11.Profissão:

12.Cargo:

II. Pergunta norteadora: como foi a implementação da Política de Saúde indígena no Município de Aracruz - ES, na década de 1990?

1. Para os não indígenas:

- Como foi seu contato com os índios aldeados de Aracruz?
- Como foi a implementação da Política de Saúde indígena no Município de Aracruz - ES, na década de 1990?
- Quais aspectos positivos e negativos dessa implementação?
- Houve problemas e dificuldades?

2. Para os indígenas:

- Conte a história dos índios de Aracruz em relação à sua luta pela terra e pela saúde.
- Como conseguiram levar a saúde para dentro das aldeias?
- Como foi a implementação da Política de Saúde indígena no Município de Aracruz - ES, na década de 1990?
- Quais aspectos positivos e negativos dessa implementação?
- Houve problemas e dificuldades?
- Como foi a participação dos índios aldeados de Aracruz nos Conselhos de saúde locais, estaduais e distritais?

## ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**  
**Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva**  
**Curso de Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva**  
**Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr.(a) \_\_\_\_\_

Você está sendo convidado a participar da pesquisa sobre a implementação da política de saúde indígena no Município de Aracruz-ES, na década de 1990, uma dissertação de mestrado da Subárea Políticas de Saúde, do Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Você foi selecionado por ter participado direta ou indiretamente do processo de implementação dessa política. Sua participação não é obrigatória, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo deste estudo é analisar a formulação e implementação da política de saúde indígena no município de Aracruz-ES, no período de 1990 a 1999, e discutir a inserção da população indígena no Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Aracruz e a adaptação do SUS local à especificidade dessa população.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer informações por meio de entrevistas a respeito da assistência à saúde aos índios das aldeias de Aracruz na década de 1990 e da formulação e implementação da política de saúde indígena no município.

A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício individual e também qualquer prejuízo.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Você vai receber uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar**

---

#### Sujeito da pesquisa

Maiores informações:

**Alice Pfister Sarcinelli Barbosa** – aluna do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva – Turma: 2007, do Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES – Subárea Políticas de Saúde.

Endereço eletrônico: [a.sarcinelli@bol.com.br](mailto:a.sarcinelli@bol.com.br)

Endereço residencial: Rua Joaquim Lírio, 222, aptº301, Praia do Canto – Vitória – ES.

CEP: 20055 460.

Telefone residencial: (27) 3325 0988 – Celular (27) 8111 9913

## **ANEXO C – PORTARIA n. 840/2007**

### **a. Unidade de Apoio aos AIS e AISAN**

É um estabelecimento de saúde localizado em terras indígenas, com estrutura física simplificada para apoio às atividades desenvolvidas pelos AIS, com supervisão da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) e pelo AISAN, com supervisão do técnico de saneamento. Essa Unidade objetiva atender aldeias que não apresentem demanda para implantação de estabelecimento de maior porte.

#### **Atividades executadas pelo Agente de Saúde Indígena (AIS):**

1. apoio à EMSI responsável pela sua área de atuação;
2. acompanhamento do desenvolvimento infantil;
3. acompanhamento das gestantes;
4. identificação dos casos de suspeita de doenças mais frequentes;
5. acompanhamento, na aldeia, dos pacientes crônicos e egressos, assim como os que estiverem em tratamento de longa duração;
6. acompanhamento de vacinação;
7. ações de educação em saúde e de educação ambiental;
8. ações de comunicação.

#### **Atividades executadas pelo Agente Indígena de Saneamento (AISAN):**

1. apoio ao técnico de saneamento responsável pela sua área de atuação;
2. identificação das características locais, com vistas às intervenções de saneamento;
3. colaboração na realização e atualização do censo sanitário das aldeias;
4. operação e manutenção dos sistemas de abastecimento de água;
5. análise de cloro residual e pH da água para consumo humano das aldeias;
6. participação na manutenção dos sistemas de esgotamento sanitário e orientação na execução e manutenção dos módulos sanitários individuais;
7. participação na implantação das soluções de destinação adequada dos resíduos sólidos das aldeias;
8. orientação à comunidade para a utilização adequada dos serviços de saneamento e para a conservação dos equipamentos implantados;
9. ações de educação em saúde e de educação ambiental;
10. registro das atividades desenvolvidas no Caderno do AISAN;
11. controle e armazenagem de ferramentas e de material de manutenção do sistema de abastecimento de água.

### **b. Posto de Saúde Indígena**

É um estabelecimento de saúde para prestação de atenção básica por meio da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), bem como para servir de



referência aos AIS e AISAN das Unidades de Apoio. Pode estar localizado em zonas rurais ou em terras indígenas.

#### **Atividades de atenção básica de saúde:**

1. recepção ao usuário;
2. ações de educação em saúde e de educação ambiental;
3. realização de procedimentos médicos e de enfermagem;
4. atendimento de urgências básicas;
5. ações coletivas de saúde bucal;
6. atendimento odontológico individual;
7. vigilância nutricional;
8. vacinação;
9. monitoramento dos pacientes crônicos;
10. acompanhamento dos tratamentos de longa duração;
11. atenção integrada às doenças prevalentes na infância e o controle das doenças imunopreveníveis;
12. ações básicas de controle das doenças crônico-degenerativas;
13. ações básicas do Programa de Saúde da Mulher, envolvendo atendimento ginecológico e obstétrico;
14. ações básicas do Programa de Saúde Mental;
15. ações básicas do Programa de DST/AIDS;
16. ações básicas do Programa de Hepatites Virais;
17. ações básicas do Programa de Tuberculose;
18. ações básicas do Programa de Hanseníase;
19. ações básicas do Programa de Dermatologia Sanitária;
20. coleta de material para exame;
21. armazenagem e dispensação de medicamentos;
22. reprocessamento de materiais (ver observação na tabela que segue);
23. registros de ações em saúde e manutenção de arquivo de prontuários;
24. alimentação dos sistemas de informação em conformidade com os sistemas do SUS;
25. comunicação com a rede de referência de média e alta complexidade;
26. encaminhamento à rede de referência em caso de maior complexidade;
27. ações de vigilância epidemiológica e ambiental.

#### **Atividades de saneamento:**

1. ações de saneamento;
2. execução do censo sanitário em sua área de abrangência;
3. guarda de ferramentas e de material de manutenção do sistema de abastecimento de água;
4. armazenamento temporário dos resíduos gerados no estabelecimento.

Conforme as características locais, ainda poderão ser previstas, entre outras atividades, ações de controle de endemias regionais e alojamento da EMSI.

### **c. Sede de Pólo-base Indígena**

A Sede de Pólo-Base Indígena é um estabelecimento de saúde, referência para um conjunto de Postos de Saúde Indígenas, Unidades de Apoio e aldeias para as ações administrativas, de saúde e de saneamento na sua área geográfica de abrangência.

Definem-se dois tipos de Sedes de Pólo-base:

#### **Sede de Pólo-base Tipo I**

A Sede de Pólo-base Tipo I desenvolve atividades técnico-administrativas, de saneamento e de atenção básica à saúde. Pode estar localizado em sedes ou distritos de municípios, em zonas rurais e em terra indígena.

#### **Atividades de administração:**

1. ações de vigilância epidemiológica e ambiental;
2. planejamento e registro das ações administrativas, de saúde e de saneamento na sua área de abrangência;
3. análise e sistematização de dados e utilização da Sala de Situação;
4. alimentação dos sistemas de informação em conformidade com os sistemas do SUS;
5. comunicação com a rede de referência de média e alta complexidade;
6. transporte dos usuários referenciados;
7. apoio e comunicação com o SAMU-192;
8. armazenamento e controle dos materiais de consumo necessários às ações do Pólo Base e demais estabelecimentos da Rede.

#### **Atividades de atenção básica de saúde:**

1. recepção ao usuário;
2. ações de educação em saúde e de educação ambiental;
3. realização de procedimentos médicos e de enfermagem;
4. atendimento de urgências básicas;
5. ações coletivas de saúde bucal;
6. atendimento odontológico individual;
7. vigilância nutricional;
8. vacinação;
9. monitoramento dos pacientes crônicos;
10. acompanhamento dos tratamentos de longa duração;
11. atenção integrada às doenças prevalentes na infância e controle das doenças imunopreveníveis;
12. ações básicas de controle das doenças crônico-degenerativas;
13. ações básicas do Programa de Saúde da Mulher, envolvendo atendimento ginecológico e obstétrico;
14. ações básicas do Programa de Saúde Mental;

15. ações básicas do Programa de DST/AIDS;
16. ações básicas do Programa de Hepatites Virais;
17. ações básicas do Programa de Tuberculose;
18. ações básicas do Programa de Hanseníase;
19. ações básicas do Programa de Dermatologia Sanitária;
20. coleta de material para exame;
21. armazenagem e distribuição de medicamentos;
22. reprocessamento de materiais;
23. registro das ações em saúde e manutenção de arquivo de prontuários.

**Atividades de saneamento:**

1. ações de saneamento;
2. execução do censo sanitário em sua área de abrangência;
3. armazenamento temporário dos resíduos gerados no estabelecimento.

**Sede de Pólo-base Tipo II**

A Sede de Pólo-base Tipo II desenvolve atividades técnico-administrativas e de saneamento. Pode estar localizado em sedes ou distritos de municípios.

**Atividades administrativas:**

1. recepção e encaminhamento dos usuários referenciados;
2. ações de vigilância epidemiológica e ambiental;
3. planejamento e registro das ações administrativas, de saúde e de saneamento na sua área de abrangência;
4. análise e sistematização de dados e utilização da Sala de Situação;
5. alimentação dos sistemas de informação em conformidade com os sistemas do SUS;
6. comunicação com a rede de referência de média e alta complexidade;
7. transporte dos usuários referenciados;
8. armazenagem e controle dos materiais de consumo necessários às ações do Pólo Base e demais estabelecimentos da Rede;
9. armazenagem e distribuição de medicamentos.

**Atividades de saneamento:**

1. ações de saneamento;
2. execução do censo sanitário em sua área de abrangência;
3. alimentação do sistema de informação de saneamento e vigilância ambiental.

**d. Casa de Saúde do Índio – CASAI**

É um estabelecimento de saúde localizado em sede de município estratégico, que presta atenção à saúde do índio em decorrência do apoio aos pacientes

referenciados pelo Dsei para atendimento de média e alta complexidade na rede do SUS. A Casai também dispõe de acomodações para os acompanhantes e de assistência de enfermagem.

**Atividades:**

1. recepção aos pacientes encaminhados e aos seus acompanhantes;
2. alojamento dos pacientes e seus acompanhantes;
3. alimentação de pacientes e seus acompanhantes;
4. lavagem de roupas de pacientes, de seus acompanhantes e de funcionários;
5. assistência de enfermagem 24 horas;
6. articulação e comunicação com os estabelecimentos de referência e contrarreferência;
7. marcação e acompanhamento dos pacientes para consultas, exames e internações;
8. armazenamento e dispensação interna de medicamentos;
9. incentivo ao lazer e à produção artesanal para pacientes e acompanhantes;
10. planejamento e registro das ações administrativas e de saúde;
11. arquivo de prontuários de pacientes;
12. ações de vigilância epidemiológica e ambiental;
13. realização periódica de reuniões de avaliação com a equipe e os usuários;
14. educação em saúde e educação ambiental;
15. armazenamento temporário dos resíduos gerados no estabelecimento;
16. apoio e comunicação com o SAMU-192;
17. transporte de usuários referenciados.
18. armazenamento e controle de material de consumo;
19. reprocessamento de materiais.

**e. Sede do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)**

A Sede do Dsei é um estabelecimento que coordena as ações de atenção à saúde do índio, mediante organização de uma rede de serviços no seu território de abrangência, integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde. As atividades descritas a seguir foram apresentadas preliminarmente pelo Desai, mas não foram objeto de discussão. Conseqüentemente, a tabela com a programação básica para a Sede do Dsei também é preliminar e deverá receber contribuições dos Dseis.

**Atividades executadas:**

1. recepção ao usuário;
2. planejamento, supervisão e avaliação das ações técnico-administrativas;
3. elaboração, monitoramento e avaliação do Plano Distrital;

4. gestão das atividades e das ações técnico-administrativas, de saúde e de saneamento na sua área de abrangência;
5. registro das ações em saúde, dos procedimentos e da área técnico administrativa;
6. elaboração de relatórios e alimentação dos sistemas de informação em conformidade com o SUS;
7. análise e sistematização de dados e utilização da Sala de Situação;
8. armazenamento e controle dos materiais de consumo necessários às ações do Dsei;
9. armazenagem e distribuição de medicamentos
10. viabilização do sistema de comunicação;
11. viabilização do censo sanitário na área de abrangência;
12. manutenção do sistema de informação de saneamento e vigilância ambiental;
13. viabilização das atividades e sistema de informação de vigilância epidemiológica e ambiental;
14. planejamento, controle e avaliação das ações de saúde e da assistência farmacêutica em todos os níveis da sua área de abrangência;
15. viabilização das ações de educação em saúde e educação ambiental.