



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA



Sara Emanuela de Carvalho Mota

**A ATENÇÃO DIFERENCIADA NO ÂMBITO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À
SAÚDE INDÍGENA: UM ESTUDO DE CASO NO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL
INDÍGENA DA BAHIA**

Salvador-BA

2017

SARA EMANUELA DE CARVALHO MOTA

**A ATENÇÃO DIFERENCIADA NO ÂMBITO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À
SAÚDE INDÍGENA: UM ESTUDO DE CASO NO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL
INDÍGENA DA BAHIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (PPGSC-ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública (Public Health PhD).

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde

Orientadora: Mônica de Oliveira Nunes de
Torrenté

SALVADOR-BA

2017

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Luciana Souza Oliveira CRB5/1731

M917a Mota, Sara Emanuela de Carvalho
A atenção diferenciada no âmbito do subsistema de atenção à saúde indígena: um estudo de caso no distrito sanitário especial indígena da Bahia / Sara Emanuela de Carvalho Mota. – Salvador – BA, 2017.
179 f. : il.

Orientadora: Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva) -- Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 2017.

1. Saúde pública. 2. Saúde de populações indígenas. 2. Antropologia. 3. Cultura. 4. Atenção à saúde. I. Torrenté, Mônica de Oliveira Nunes de. II. Título.

CDU 614



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

SARA EMANUELA DE CARVALHO MOTA

A Atenção Diferenciada no Âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: um estudo de caso no Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 05 de maio de 2017.

Banca Examinadora:

Prof. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté - Orientadora – ISC/UFBA

Prof. Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos – ISC/UFBA

Prof. Yeimi Alexandra Alzate López – ISC/UFBA

Prof. Eliana Elisabeth Diehl – UFSC

Prof. Esther Jean Langdon – UFSC

**Salvador
2017**

*Dedico essa Tese à Dona Dítinha, minha avó,
senhora de alegria, teimosia e coragem, e ao seu
sonho de ser “gente” (e ter uma neta “doutora”).*

AGRADECIMENTOS

À força vital que nos anima, nos encoraja e nos transforma, por ter me permitido chegar até aqui.

À minha família, por ser para mim o maior símbolo de amor e união, em especial a minha mãe, a minha maior inspiração, por ser essa “Blimunda” que faz dos sonhos combustível da sua máquina de voar.

À minha filha Sophia, por compreender as minhas ausências e por ser essa presença forte que preenche de sentido a minha vida.

Aos amigos, de perto e de longe, por tornar mais leve essa caminhada.

À melhor equipe de trabalho que já tive a oportunidade de conhecer, conviver e compartilhar. Juntos somos sempre mais fortes!

À minha orientadora, pela confiança e coragem de assumir a condução intelectual desse empreendimento, sempre com o entusiasmo engajado de quem se apaixona pelo que faz.

Aos colegas e amigos “isquianos”, com quem dividi angústias, dúvidas, ideias, elocubrações, devaneios, hipóteses, análises, sínteses e, agora, essa Tese!

Aos professores do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, por cada minuto que nos foi dedicado, cada aula planejada, cada questionamento, inquietação, cada convite à reflexão, cada movimento, cada passo que nos conduziram até aqui e por tudo o que nos habilitaram a conquistar!

À Luiz Inácio Lula da Silva, por me permitir estudar numa Universidade com gente de tantas cores, olhares e trajetórias.

E por fim, mas não por último, aos povos indígenas da Bahia com quem aprendo tanto, por nunca terem desistido, por terem resistido e sobrevivido até aqui e, principalmente, por terem me permitido fazer parte dessa luta.

RESUMO

O sanitarista Antônio Sérgio da Silva Arouca, um dos principais nomes do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, propôs a criação de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no Sistema Único de Saúde por reconhecer que o processo de saúde/doença dos povos indígenas é o resultado de determinantes socioeconômicos e culturais, que vão desde a integridade territorial e da preservação do meio ambiente, à preservação dos sistemas médicos tradicionais desses povos e da preservação da cultura como um todo, da autodeterminação política, e não somente pela assistência à saúde prestada (BRASIL, 1997). A Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, publicada em seguida, ratifica a necessidade de adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados à atenção da saúde indígena, que considere as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais, capaz de promover o exercício da cidadania e proteger a saúde desses povos. Não esclarece, todavia, quais medidas devem ser aplicadas com o intuito de tornar factíveis os seus princípios e diretrizes, sobretudo no que se refere à adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços e das práticas de atenção à saúde aos contextos interculturais em que se inserem. Diante dessa indefinição, parte-se do pressuposto que são os gestores sujeitos capazes de induzir uma nova *praxis* profissional, que ultrapasse os limites disciplinares da formação em saúde e seja capaz de forjar competências necessárias à abordagem de objetos complexos como os que constituem o campo da saúde coletiva, em especial, da saúde indígena. O objetivo geral desse estudo é conhecer os significados e os operadores da categoria discursiva “atenção diferenciada” através da análise dos enunciados e da observação de práticas concretas de agentes sociais implicados na gestão do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas na Bahia, a fim de revelar as bases sociais, políticas e culturais que os sustentam e analisar como contribuem, ou não, para a sua operacionalização. Aplicou-se a abordagem etnográfica como estratégia metodológica, e entrevistas semiestruturadas, observação participante, grupo focal e análise documental como técnicas de coleta de informação. Os resultados foram organizados em artigos referentes às outras cosmologias, resquícios da colonialidade e seus impactos sobre o modelo de atenção à saúde aplicado no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena na Bahia e o princípio da atenção diferenciada; o lugar da interculturalidade na gestão dos serviços de saúde direcionados às populações indígenas da Bahia; e a contribuição da teoria crítica de Boaventura para pensar novas perspectivas de formação de profissionais de saúde para atuação em contexto intercultural.

Palavras Chave: saúde de populações indígenas; antropologia; cultura; atenção à saúde.

ABSTRACT

Antonio Sérgio da Silva Arouca, one of the main names during Brazilian Sanitary Reform Movement, proposed the creation of an Indigenous Healthcare Subsystem, which is part of Brazilian Unified Health System, for recognizing that the health / disease process of indigenous people is a result of socioeconomic and cultural determinants. These determinants vary from territorial integrity and preservation of the environment to the preservation of the traditional medical systems of indigenous people and the preservation of their political self-determination. Therefore, this Subsystem arises not only to provide health care to indigenous people, but also to preserve their whole culture (BRASIL, 1997). The National Policy for Indigenous Health Care, next published, confirms the necessity to adopt a complementary and differentiated model to organize services for indigenous health care, considering cultural, epidemiological and operational specificities, able to promote the exercise of citizenship and to protect this population's health. However, it does not clarify which actions must be applied to make its principles and guidelines feasible, especially regarding the adequacy of conventional organization of services and health care practices to the intercultural contexts where it is inserted. Face to this lack of definition, it is assumed that managers are subjects able of inducing a new professional praxis that upgoes beyond the disciplinary limits of health education, besides having the ability of molding the skills needed to approach complex objects such as those that constitute the field of public health, especially indigenous health. The main objective of this research is to identify the meanings and the operators of the discursive category "differentiated attention" through the analysis of the statements and the observation of concrete practices of social agents involved in the management of the Subsystem of Attention to Indigenous Peoples Health in Bahia, in order to reveal the social, political and cultural bases that sustain them and to analyze how they contribute, or not, to the operationalization of this concept. The ethnographic approach was applied as a methodological strategy, and semi-structured interviews, participant observation, focus group and documentary analysis as information gathering techniques. The results were organized in articles referring to other cosmologies, remnants of coloniality and their impact on the healthcare model applied in the Indigenous Healthcare Subsystem in Bahia and the principle of differentiated healthcare; the place of interculturality in health services's management directed to Bahia's indigenous population; and the contribution of Boaventura's critical theory to reflect about new perspectives to educate health professionals to work in an intercultural context.

Key words: Indigenous People Health; Anthropology; Culture; Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Quadro Analítico das Diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em relação à atenção diferenciada.

Figura 2. Mapa Comparativo da Atual Conformação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil.

Figura 3. Organização do Modelo Assistencial da Saúde Indígena.

Figura 4. Mapa Atualizado do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia.

Figura 5. Caracterização dos Povos Indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena constante no PDSI 2012-2015.

Figura 6. Caracterização dos Povos Indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena constante no PDSI 2016-2019.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIS – Agente Indígena de Saúde

AISAN – Agente Indígena de Saneamento

CLSI – Conselho Local de Saúde Indígena

CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena

DIASI - Divisão de Atenção à Saúde Indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena

DASI – Diretoria de Atenção à Saúde Indígena da Secretaria Especial de Saúde Indígena

DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena

EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

FUNAI - Fundação Nacional do Índio

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

INSI – Instituto Nacional de Saúde Indígena

INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

MS – Ministério da Saúde

PDSI – Plano Distrital de Saúde Indígena

PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

SASI – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIASI - Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	11
2. INTRODUÇÃO.....	17
2.1. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena brasileiro.....	21
3. OBJETIVOS.....	29
3.1. Objetivo Geral.....	29
3.2. Objetivos Específicos.....	29
4. JUSTIFICATIVA.....	30
5. QUADRO TEÓRICO.....	47
5.1. O Dilema do Multiculturalismo.....	47
5.2. Pluralismo Médico.....	56
5.3. A Antropologia Interpretativa.....	61
6. METODOLOGIA.....	65
6.1 Aspectos éticos.....	74
7. ARTIGOS.....	75
7.1. Artigo 1: Desvelando armadilhas sematológicas entre o modelo diferenciado de atenção à saúde indígena e o princípio da atenção diferenciada.....	75
7.2. Artigo 2: A polissemia do Princípio da Atenção Diferenciada na Gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena na Bahia.....	102
7.3. Artigo 3: O lugar da interculturalidade nos textos e contextos da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena na Bahia e os Desafios e Perspectivas da Formação para Atuação em Contexto Intercultural.....	127
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	150
9. REFERÊNCIAS.....	153
10. APENDICE	
11. ANEXO	

1. APRESENTAÇÃO:

O projeto de tese a ser apresentado é produto do acúmulo de aportes teóricos e empíricos oportunizados ao longo dos últimos dois anos. O resultado é um projeto que difere substancialmente daquele submetido inicialmente ao processo seletivo para ingresso no curso de doutoramento do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva desse Instituto.

A primeira versão do projeto refletia uma inserção profissional no Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), através do Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição Escolar (CECANE), fruto de uma parceria do Fundo Nacional do Desenvolvimento Escolar (FNDE) e da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia (ENUFBA). Naquela oportunidade, atuei em projetos de pesquisa ligados ao Programa e no monitoramento da implantação deste em estados e municípios. Devido aos estudos sobre vigilância alimentar e nutricional indígena, através de cursos promovidos pela ABRASCO e pela FIOCRUZ, era frequentemente convocada a participar de visitas técnicas para monitoramento da execução do PNAE em municípios e estados com população indígena, público prioritário do programa. Assim aconteceu nos estados do Acre e Roraima, além do município de Dourados, no Mato Grosso do Sul, Prado e Itamaraju, na Bahia.

Diante das ricas experiências vividas durante o acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo PNAE em escolas indígenas frequentadas por etnias diversas, penso que a opção pelo estudo dos significados da alimentação escolar em comunidades indígenas quase se impôs sobre mim, ou melhor, sobre minhas habituais angústias, prováveis objetos de pesquisa. Após as primeiras visitas, o diário de campo já apontava questões fundamentais a respeito dos diferentes significados assumidos pela instituição “escola” nas diversas comunidades visitadas e como estes repercutiam na relação com a alimentação oferecida naquele espaço que, por sua vez, afeta sobremaneira o processo de (re)construção da identidade indígena e relação com o ambiente natural em que se insere.

A experiência de participação nessas visitas técnicas permitiu conhecer alguns constrangimentos impostos pela implantação do programa em comunidades indígenas, a exemplo do desrespeito às práticas alimentares tradicionais e ao calendário festivo dos diferentes povos. Sobre isso, a primeira versão do projeto de tese foi elaborada, submetida e aprovada.

Em 2013, todavia, ingressei na Carreira Nacional de Desenvolvimento de Políticas Sociais, sendo recrutada para atuar na Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde (MS). Em Brasília, atuei na Coordenação Geral de Atenção à Saúde Indígena, quando tive a oportunidade de conhecer uma grande diversidade de povos indígenas, seus costumes, crenças e práticas de cuidado tradicionais. Além disso, participei como técnica da SESAI de momentos fundamentais para o desenvolvimento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), a exemplo da V Conferência Nacional de Saúde Indígena, quando representantes desses povos de todo o país se reuniram para discutir os principais desafios da Política e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Atuar na SESAI me permitiu conhecer os bastidores da implantação da Política Indigenista no estado Brasileiro, executada de modo bastante fragmentado a despeito da iniciativa do governo federal em eleger as populações indígenas como eixo da agenda transversal, objeto de convergência de políticas públicas. Conheci também as dificuldades para acesso e produção de dados sobre os povos indígenas e sua situação de saúde, expressa através das restrições de uso dos sistemas de informação da FUNAI e do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), ambos em descrédito, e das formas precárias e descontínuas de obtenção de dados mesmo para uso interno da Secretaria. Ademais, era notória a vulnerabilidade dos processos de tomada de decisão no âmbito da gestão, tendo em vista as pressões políticas que marcam a situação dos indígenas no Brasil.

Em maio de 2014, participei de um Seminário para discutir a Formação Profissional em Saúde, sediado na Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), em Porto Seguro-BA. A participação no evento compunha uma atividade de pesquisa com o intuito de avaliar a opinião dos colaboradores e convidados do referido evento sobre a formação profissional em saúde no Brasil e como esta se relaciona, ou não, com os anseios da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde. Importava também avaliar como a proposta inovadora concebida para a UFSB, manifesta em seu Plano Orientador, seria capaz de operacionalizar seu propósito civilizatório e emancipatório de forma atenta às especificidades culturais, sociais, artísticas e econômicas da Região Sul da Bahia, onde se concentra mais da metade da população indígena do estado.

Para isso, foram criados um roteiro de perguntas e uma lista de informantes-chave à parte do roteiro geral, a fim de avaliar aspectos referentes a uma possível abordagem étnico-racial dos currículos e conteúdos necessária a essa nova proposta

de formação acadêmica e profissional. A observação participante estava orientada para a identificação de elementos que remetessem a uma identidade étnica específica, negra (quilombola) ou indígena.

Na abertura do Seminário, dois indígenas estavam presentes, ambos da etnia pataxó. Um deles se encontrava na entrada do auditório, comercializando artesanatos e expondo vestimentas típicas para registro fotográfico. A outra era Coordenadora de Assuntos Indígenas da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Seguro e substituía a Secretária na ocasião. Diante da fragilidade da presença indígena no evento, o grupo optou por visitar uma aldeia local para conversar com os índios da etnia pataxó, a mais representativa da região.

Na aldeia de Coroa Vermelha, conversamos com lideranças indígenas locais, professores indígenas, cuidadores tradicionais (pajé), agentes indígenas de saúde e profissionais da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena. A organização política dos pataxós e o contexto urbano em que estão inseridos nos permitiram reconhecer a forte presença do Estado no território, através de políticas sociais como as de saúde, educação e assistência social. O resgate da língua na escola da aldeia, já quase esquecida, mostrava também a luta daquele povo pela preservação e valorização de sua identidade étnica.

As narrativas obtidas através das entrevistas semiestruturadas expressavam uma cosmovisão particular, pautada em outra racionalidade, em que o holismo concorre com o mesmo vigor que tem a ciência na sociedade ocidental.

Naquela mesma semana do evento, fui nomeada Chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia (DSEI-BA), tornando-me responsável pela organização das ações de atenção básica à saúde nas terras indígenas no estado da Bahia, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASI-SUS).

A partir desse momento, passei a manter contato frequente com as principais demandas de saúde da população indígena do estado e com tantos outros potenciais objetos de estudo. Diferentemente da condição anterior, agora eu teria a capacidade de intervir sobre as problemáticas elencadas e atuar diretamente sobre o território. Essa possibilidade também me colocava dentro de um perverso conflito de interesses, posto que meu objeto de estudo era também meu objeto de trabalho, e as possíveis

falhas identificadas nos serviços e ações de saúde oferecidos à população indígena seriam falhas provocadas ou mantidas pela minha gestão.

Essa nova inserção, portanto, me fez repensar meu objeto de estudo para a tese de doutoramento. O projeto inicialmente submetido representava bem as indagações que circundavam a minha atuação profissional naquela oportunidade, quando apenas tangenciava os diferentes contextos indígenas no país. Agora, entretanto, o objeto de estudo tão perseguido parecia perder o sentido diante da miríade de possibilidades que se abriam nessa nova experiência profissional.

A cada vez que eu apresentava o projeto de tese inicial e o submetia à apreciação de docentes e pares, acentuava-se com notoriedade a perda de identificação com o objeto de estudo, que atrofiava progressivamente. Em uma sessão de orientação, fui encorajada a assumir definitivamente esse desafio e abordar uma realidade mais complexa, aceitando a minha nova condição de implicação direta com a temática.

A mudança de cenário alterou também o objeto que se pretendia conhecer, que num primeiro momento manteve-se associado às políticas sociais de alimentação e nutrição para povos indígenas, a fim de preservar o acúmulo teórico do primeiro projeto de tese, mas que logo se mostrou incipiente diante de tantas outras indagações que surgiam ao longo do tão complexo exercício de gestão de um Subsistema do Sistema Único de Saúde voltado exclusivamente para a atenção à saúde dos povos indígenas, criado há mais de 15 anos, e ainda com sérios constrangimentos para sua efetiva implantação.

Conhecer mais profundamente as diretrizes e o funcionamento do Subsistema de Saúde Indígena assim como sua história de implantação me permitiu questionar as razões de sua existência, para além da retórica imediata baseada na mera reprodução de discursos oficiais.

Durante esses meses em que tenho atuado na gestão do Subsistema de Saúde Indígena na Bahia, participando dos espaços de pactuação interfederativa, testemunhei frequentes e sucessivos ataques ao Subsistema, ora por desconhecimento da sua missão institucional, ora por discordância em relação ao que supostamente seria uma anomalia no âmbito do Sistema Único de Saúde. Para uma defesa robusta a tais ataques, faz-se necessário reunir elementos consistentes, muito além da artificialidade dos discursos prontos, das expressões dogmáticas que

pretendem tornar intocável um Subsistema capaz de prestar uma atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas de todo país, de forma atenta e sensível às suas especificidades culturais, de maneira participativa, adequada ao contexto intercultural e em permanente e harmônica articulação com os sistemas e práticas tradicionais de cura. Isso tudo sem deixar de lado a complexa integração desse Subsistema com os demais componentes do Sistema Único de Saúde e suas lógicas de funcionamento, raramente sensíveis às racionalidades e modos de agir particulares dos grupos indígenas.

Entender os reais motivos que permitiram que a gestão do Subsistema de Saúde Indígena se mantivesse em nível central, dentro de uma Secretaria Especial do Ministério da Saúde, assumindo um direcionamento inverso à descentralização proposta pelo movimento da Reforma Sanitária, que gerou as bases para implantação do SUS, nos coloca em uma arena política interessante e, no mínimo, curiosa.

Analisar como a herança da tutela indígena se manifesta na organização institucional e nas práticas dos agentes que atuam nos órgãos gestores de políticas indigenistas hoje e como estas instituições têm tentado produzir respostas e adequações às reivindicações e conquistas históricas dos povos indígenas diante das sucessivas violações de direitos tornou-se um exercício bastante revelador.

Minha hipótese é de que a continuidade de tal exercício analítico, de forma mais refinada e profunda, pode fazer emergir elementos sensíveis à transformação das práticas dos agentes que atuam na gestão do subsistema, sugerindo pistas para efetivação da pretensa atenção diferenciada que sustenta a manutenção do Subsistema de Saúde Indígena no âmbito do SUS, a despeito dos sucessivos ataques.

Diante do exposto, apresento projeto de tese de doutoramento com o intuito de contribuir para a efetivação da proposta de Antônio Sérgio da Silva Arouca de sanar a omissão do Estado brasileiro em relação ao princípio constitucional do reconhecimento dos direitos dos povos indígenas quanto à preservação de sua organização social, seus hábitos e costumes, sendo necessário, do seu ponto de vista, estabelecer as condições para a criação de um subsistema de atenção à saúde indígena, articulado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), mas com as particularidades e especificidades que a questão indígena exige.

Parto particularmente do pressuposto de que o Projeto de Lei que recebeu o nome desse importante autor da Reforma Sanitária Brasileira se justifica pelo reconhecimento de que “o processo de saúde/doença dos povos indígenas é o resultado de determinantes socioeconômicos e culturais, que vão desde a integridade territorial e da preservação do meio ambiente, à preservação dos sistemas médicos tradicionais desses povos e da preservação da cultura como um todo, da autodeterminação política, e não somente pela assistência à saúde prestada”, conforme advoga o então deputado federal em sua justificativa, e que a proposta em tela em nada trai a inspiração da reforma social mais avançada do país, ao contrário, persegue os princípios mais nobres da Constituição Cidadã de 1988.

2. INTRODUÇÃO:

Esse projeto de tese encontra assento na discussão contemporânea do multiculturalismo e nas bases para a consolidação de uma transição paradigmática, tanto epistemológica como societal, como sugere Boaventura de Souza Santos (2000, p. 16). Ele se propõe a entender como esta transição tem se processado no âmbito de uma política pública de Estado direcionada a um segmento populacional específico, nesse caso, os povos indígenas do Brasil.

O Estado brasileiro incorporou a garantia de bem estar social como objetivo da sua atuação em seu texto constitucional mais recente. Conhecida como “Constituição Cidadã”, a Constituição de 1988 elenca como objetivos fundamentais da República: I – construir uma sociedade livre, justa e solidária; II - garantir o desenvolvimento nacional; III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Ademais, a Carta Magna enfeixou o constitucionalismo como sistema normativo brasileiro, que implica na superioridade da Constituição sobre as demais normas e na sua centralidade no sistema jurídico. No Estado de Direito, o poder político deve estar, portanto, submetido à rigidez das regras jurídicas.

O advento do neoconstitucionalismo brasileiro, de matriz europeia, na discussão da eficácia jurídica dos princípios constitucionais tem permitido, contudo, a incorporação explícita de valores e opções políticas nos textos constitucionais, sobretudo no que diz respeito à dignidade humana e aos direitos fundamentais. Nesse sentido, é sensível a incorporação, nos últimos anos, pelo governo brasileiro, de opções políticas no seu conjunto de normativas jurídicas com o intuito de promover ações estatais direcionadas para a garantia de direitos fundamentais e capazes de realizar, progressivamente, os fins previstos na Constituição, como acesso à saúde, educação, entre outros direitos sociais (BARCELLOS, 2005).

Na mesma esteira, emerge o Novo Constitucionalismo Pluralista Latino-Americano, que pretende superar a constitucionalização como forma de submeter as diferentes formas de pensar o mundo a um pensamento único. Este propõe novas alternativas para resolução dos conflitos, priorizando perspectivas que foram ignoradas ao longo da história jurídica em nosso continente, bem como demarcando o espaço reivindicatório e transformador do Constitucionalismo, que

se aproxima da Democracia, ao contrário do discurso jurídico formado historicamente, revelador de um Direito Constitucional comprometido com a manutenção dos privilégios e sem o intuito de combater desigualdades sociais e de positivar concepções de mundo não eurocêntricas (BRANDÃO, 2013, p.11).

Outra concepção do Constitucionalismo Pluralista está voltada por sua vez para o protagonismo dos povos originários e para a conformação de um Estado plurinacional e intercultural. Ela se expressa a partir de textos constitucionais que incorporam explicitamente a cosmovisão indígena e a participação desses povos dentro da estrutura do Estado, numa clara ruptura com o antropocentrismo e os postulados da colonização. Exemplo dessa concepção pode ser encontrado na Carta Constitucional da Bolívia (Brandão, 2013, p. 14).

A Constituição Boliviana de 2009 provoca um “giro epistêmico”, nas palavras de Paulo Henrique Martins, no que se refere à reorganização do Estado e do sistema político nacional em torno de uma nova concepção de humanidade que incorpora a Natureza viva e a metáfora do *Bien Vivir*. Através do simbolismo do *Pacha Mama* (Mãe Terra), de tradição indígena, a Bolívia desenvolveu uma crítica radical ao modelo colonial de desenvolvimento sustentado por antigas oligarquias e promoveu a emergência dos direitos coletivos, baseados no predomínio dos direitos públicos sobre os privados. Sua refundação como Estado Plurinacional favoreceu a autonomia dos povos indígenas, reconhecendo a sua diferenciação (MARTINS, 2014, p. 37)

Nas últimas décadas, as discussões em torno de temáticas como multiculturalismo, direitos culturais ou políticas afirmativas, que visam a reabilitar grupos sociais discriminados, ganharam uma projeção inusitada, tornando-se, em alguns países, o principal eixo do debate público. Com isso, as lutas de grupos minoritários por reconhecimento social e pelo estabelecimento de uma ação estatal que combata a discriminação, favoreça a igualdade e permita a convivência entre populações de origens culturais e étnicas diferentes fazem parte da paisagem político-cultural do mundo contemporâneo (NEVES, 2005).

No Brasil, a incorporação constitucional dos direitos dos povos originários concentra-se sobretudo em seu capítulo VIII, intitulado “Dos Índios”. Neste, o estado brasileiro reconhece aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições além dos direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam.

Sobre isso, Verdum (2009, p. 94) critica a postura de sucessivas gestões do governo brasileiro, mesmo as mais progressistas, que não se propuseram a realizar as mudanças necessárias às práticas e estruturas político-administrativas do Estado em direção ao Plurinacionalismo, tendo, na melhor das hipóteses, aceitado um multiculturalismo “bem comportado”, “que se ocupa da diversidade enquanto diferença cultural, dentro de um determinado espaço (local, regional, nacional ou internacional), ao mesmo tempo em que repudia ou deixa de lado diferenças econômicas e sociopolíticas. Na prática, isso se manifesta em políticas que se “abrem” à diversidade cultural, manifestam um relativismo cultural, ao mesmo tempo em que reforçam os mecanismos de controle e domínio do poder do Estado nacional e os interesses do capitalismo global sobre os territórios e os recursos naturais” (VERDUM, 2009, p. 94).

É certo que a incorporação jurídica dos direitos dos povos indígenas no Brasil não representou em qualquer hipótese a superação das desigualdades epistêmicas ou ruptura com as estruturas de poder, de matriz colonial, que permitem a manutenção da perspectiva hegemônica (eurocêntrica) do saber, anulando distintas cosmovisões, crenças, filosofias e princípios de vida e sociedade.

Ao contrário, o que se percebe a partir das mais recentes conquistas constitucionais direcionadas aos povos indígenas é um esforço de reacomodação da colonialidade do poder através de um discurso (neo)liberal multiculturalista que tem como um dos seus elementos constitutivos e fundantes o racismo nas relações de dominação e que, ao assumir a lógica da “diferença”, esvazia seu conteúdo de significado efetivo e oculta os mecanismos para superação das novas estratégias de subordinação (WALSH, 2009, p. 16).

A Era Democrática que se instaurou na América Latina e no Brasil, a partir da década de 90, sugeriu uma possível (ainda que improvável) superação definitiva dos regimes autoritários de Estado, acompanhada por certa “negligência” no âmbito acadêmico de estudos das relações e estruturas de poder e dominação, capazes de identificar os instrumentos de perpetuação das desigualdades e suas diversas e sofisticadas formas de operacionalização.

Essa miopia acadêmica sobre conceitos e operações fundamentais para a tradução da realidade social e política brasileira impõe danos à construção de um modo de pensar complexo, integrado e emancipatório, capaz de superar o pensamento linear direcionado ao estudo de partes desconexas, de fatores, em

direção ao estudo dos processos responsáveis pela manutenção de desigualdades sociais, raciais, étnicas, de gênero, entre outras.

O elenco de políticas públicas do Estado brasileiro voltadas à discriminação positiva de segmentos sociais parece ser um bom exemplo dessa condição epistemológica. Ao garantirem o acesso diferenciado a algumas ações e serviços públicos, através de políticas específicas que reconhecem a diversidade de povos e de trajetórias históricas que compõe a nossa sociedade, operam de maneira essencialmente funcional, pouco atenta aos alicerces para a construção de uma sociedade mais equitativa e intercultural. No campo da saúde, dispensam os principais processos através dos quais atuam os determinantes sociais que participam dos indicadores epidemiológicos da saúde indígena, e atuam ainda sob a perspectiva assimilacionista, mantendo intacta a matriz da colonialidade.

2.1.O SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA BRASILEIRO:

A chamada política indigenista, ou seja, a política do Estado dirigida às populações indígenas foi caracterizada, ao longo da história do Brasil, pela forte interveniência do poder público, ainda que consorciado a entidades religiosas e civis, com vistas a promover a assimilação dos povos indígenas à sociedade brasileira (GARNELO, 2012, p.19)

O primeiro esboço de uma política nacional voltada para a população indígena entrou em vigor através do Decreto nº 5.484/28, que objetivava regular a situação dos índios nascidos no território nacional. Esse decreto manteve os princípios da tutela e da relativa incapacidade jurídica inscritos sobre os chamados “silvícolas” no Código Civil dos Estados Unidos do Brasil de 1916 (revogado apenas em 2012), e que permaneceram vigentes até a promulgação da atual Carta Magna, em 1988.

Nesse período, o poder de tutela sobre os povos indígenas era exercido pelo Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN), criado em 1910 mediante Decreto n. 8.072, vinculado ao Ministério dos Negócios da Agricultura, Indústria e Comércio. O objetivo era proteger e integrar pacificamente os povos indígenas ao exército de mão de obra nacional, como trabalhador rural ou proletariado urbano, partindo do pressuposto que tal identidade étnica constituía nada mais que um estado transitório. Anos mais tarde esse órgão foi substituído pelo Serviço de Proteção ao Índio, perpetuando, entretanto, o “paradoxo da tutela”, segundo João Pacheco de Oliveira (1988). Apenas em 1967 o SPI é substituído pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que atua como órgão indigenista oficial até os nossos dias.

Ao ler o documento intitulado “Relatório Figueiredo” (1967), produzido diante da necessidade de apurar graves denúncias em relação ao Serviço de Proteção aos Índios (SPI), apontadas por Comissão Parlamentar de Inquérito sobre crimes cometidos entre os anos de 1962 e 1963 de escravidão de indígenas e negação de condições de vida minimamente compatíveis com a dignidade humana, além de acusações acerca de corrupção generalizada e anarquia institucional, é possível perceber que a perversa herança colonial, que se pretende corrigir ou reparar, se perpetua e alcança tempos muito próximos dos nossos, com requintes de crueldade que ainda hoje assombram os agentes públicos que atuam nos órgãos responsáveis pela execução da política indigenista nacional. São trechos do Relatório da Comissão

de Inquérito do Ministério do Interior para apurar as irregularidades apontadas pela Comissão Parlamentar de Inquérito acerca do SPI:

É espantoso que exista na estrutura administrativa do país repartição que tenha descido a tão baixos padrões de decência. E que haja funcionários cuja bestialidade tenha atingido tais requintes de perversidade. Venderam-se crianças indefesas para servir aos instintos de indivíduos desumanos. Torturas contra crianças e adultos, em monstruosos e lentos suplícios, a título de ministrar justiça [...] o SPI traduz fome, desolação, abandono e despersonalização do indígena. (BRASIL, Comissão de Inquérito do Ministério do Interior instituída pela Portaria nº 239/67, 1967)

Diante das denúncias constantes no referido Relatório, o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) foi prontamente substituído pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), ainda em 1967. Apesar da mudança, manteve-se na FUNAI um modelo de assistência sob a perspectiva tutelar e assimilacionista, que admitia os povos indígenas apenas como público provisório de ações do Estado, até que fossem definitivamente integrados à sociedade nacional. Em relação à atenção à saúde desses povos, a FUNAI inspirou-se no modelo do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) e criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS), que realizavam ações pontuais de assistência à saúde e imunização em área indígena.

A FUNAI, após a crise financeira do Estado brasileiro pós-milagre econômico da década de 70, teve dificuldades de diversas ordens para a organização de serviços de atenção à saúde que contemplassem a grande diversidade e dispersão geográfica das comunidades: carência de suprimentos e capacidade administrativa de recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e organização de um sistema de informações em saúde adequado, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto a comunidades culturalmente diferenciadas. Com o passar do tempo, os profissionais das EVS foram se fixando nos centros urbanos, nas sedes das administrações regionais, e a sua presença nas aldeias se tornava cada vez mais esporádica, até não mais ocorrer. Alguns deles, em geral pouco qualificados, ficaram lotados em postos indígenas, executando ações assistenciais curativas e emergenciais sem qualquer acompanhamento [...]. As iniciativas de atenção à saúde indígena geralmente ignoravam os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas. (BRASIL, 2002, p. 8).

Com os avanços da Constituição Federal de 1988, especialmente no que se refere aos direitos dos povos originários, a política indigenista inicia sua transição do projeto assimilacionista para uma perspectiva de reconhecimento da autonomia e da capacidade jurídica dos povos indígenas, bem como de valorização e preservação dos aspectos diacríticos do ser índio no Brasil.

A despeito dos marcos normativos que orientaram essa transição, Garnelo informa que o cenário indigenista permaneceu marcado por uma condição híbrida onde coexistiam duas estratégias de proteção social, configurando uma matriz institucional mista (GARNELO, 2014, p.112).

A transferência da competência de prestar assistência à saúde aos povos indígenas da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), ligada ao Ministério da Saúde, pretendia, outrossim, superar o modelo tutelar de assistência aos povos indígenas com vistas ao reconhecimento e garantia de direitos constitucionais, através de um modelo diferenciado e complementar de atenção à saúde. A transferência de competências, estruturas, bens e trabalhadores entre as duas Fundações foi regida mediante Medida Provisória n.º 1.911-8.

Essa transição, contudo, ainda não conheceu seu epílogo. A trajetória da atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil é marcada por avanços, retrocessos e muitas permanências, se considerarmos o período republicano, que conformam a atual combinação híbrida de ações caracterizadas tanto pela herança tutelar quanto pela promoção de cidadania.

A necessidade de construção de um modelo diferenciado de atenção à saúde dos povos indígenas esteve presente desde as pautas das primeiras Conferências Nacionais de Proteção à Saúde do Índio, em meados da década de 1980, mesmo antes da Constituinte de 1988 assegurar o respeito à sua organização social e cultural dos povos indígenas.

A ideia ganhou fôlego e forma a partir da década de 1990, quando alcançou seu primeiro ato normativo através da Lei nº 9.836/99, conhecida como Lei Arouca, que alterou a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), e instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

A criação do Subsistema representou uma importante conquista dos povos indígenas que, desde a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, ocorrida em 1986, defendiam que a saúde indígena deveria ser gerida pelo Ministério da Saúde. A proposta dessa criação pretendia, entre outras coisas, superar as deficiências de acesso e cobertura dos serviços de saúde, assim como adequá-los às especificidades culturais que marcam os processos de saúde e doença na população indígena.

Na forma original como o SUS foi concebido, a população indígena não representava uma de suas prioridades, posto que, à época, a prestação de cuidados à saúde desses grupos ainda estava sob a responsabilidade do órgão indigenista. Uma das características do Sistema Único de Saúde com influência negativa na saúde dos povos indígenas é a tendência em priorizar ações de saúde voltadas para as áreas urbanas. Dado o modo como o SUS foi implantado no país, observa-se que os órgãos de saúde acumularam maior expertise na organização de serviços dirigidos aos aglomerados urbanos, havendo dificuldade para adaptar as estratégias de atendimento para as populações rurais. (GARNELO, 2012, p.23)

De autoria de um dos principais nomes da Reforma Sanitária Brasileira, o Projeto de Lei que pretendia instituir o Subsistema trazia em sua justificativa o reconhecimento da legitimidade do pleito dos povos indígenas, orientados por cosmovisões e formas de organização social distintas daquela ocidental que regia a organização do Sistema Único de Saúde, segundo a qual o direito à saúde jamais poderia ser efetivado sem que outros direitos, como a preservação de suas terras e recursos naturais, estivessem garantidos. Ademais, admitia que tais povos eram precariamente atendidos na rede do SUS.

Reconhecendo o lapso do texto Constitucional ao se omitir em seu capítulo da “Saúde” sobre as especificidades que a população indígena reivindica, o então deputado federal Sérgio Arouca defendeu a criação do Subsistema, diferenciado e integrado ao SUS, como política setorial específica capaz de responder às demandas sanitárias dos povos indígenas, sem provocar constrangimentos aos princípios e diretrizes do SUS e aos direitos dos povos indígenas. Para tanto, destaca a necessidade de formar profissionais com o intuito de prestarem uma assistência adequada, contemplando os costumes e práticas tradicionais, atenta às diferentes cosmovisões e ao “bem viver” indígena, e com ampla participação do controle social.

Na mesma década, outras políticas setoriais específicas voltadas para os povos indígenas foram instituídas, a exemplo da educação, distribuindo competências aos órgãos setoriais que eram anteriormente exclusivas do órgão indigenista oficial, a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), atrofiando o escopo de ações deste órgão em terra indígena e tornando ainda mais complexas as relações entre os povos indígenas e o Estado, agora multifacetado e com ações fragmentadas e desarticuladas incidindo sobre o mesmo território.

Analisando o contexto político e institucional do momento de configuração do Subsistema, Luiza Garnelo (2014) destaca o anacronismo entre o desenvolvimento da política indigenista do Estado brasileiro e a proposta vanguardista de reforma social que inspirou a construção do Sistema Único de Saúde, retaguarda do SASI-SUS.

Enquanto a Política Nacional de Saúde, como política social, está intimamente associada à conquista de direitos coletivos e à emergência de cidadania, a política indigenista associa-se historicamente à tentativa de minimizar as desigualdades engendradas pelo processo civilizatório, perpetuando a chamada “cidadania invertida”, que estigmatiza o seu beneficiário como incapaz (GARNELO, 2014, p. 111).

Durante a gestão do Subsistema pela FUNASA implantou-se o primeiro Distrito Sanitário Especial Indígena, definido como um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando 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 (BRASIL, 2002, p. 13).

A implantação desse modelo se deu mediante estabelecimento de convênios com entidades não governamentais, instaurando um dilema ético ao transferir para essas entidades de direito privado recursos e responsabilidades sanitárias do Estado, além da rigidez burocrática das estruturas de governo e as contradições do neoliberalismo que, segundo Luiza Garnele e Sully Sampaio, forçaram a adoção de modelos de atenção contrários aos princípios do SUS. Para estas, os cortes no orçamento, atrasos no repasse dos recursos, conflitos trabalhistas, entre outros, imputavam às organizações conveniadas importante ônus político por constituírem a face visível do Subsistema (GARNELO e SAMPAIO, 2005).

Ademais dos conflitos éticos gerados pela terceirização de serviços de responsabilidade do estado, a gestão da FUNASA também foi acusada de desvios de dinheiro público, conforme aponta Relatório de Auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU) que analisou o período de 2000 a 2007. Esse Relatório contribuiu sobremaneira para a criação de uma Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), no âmbito do Ministério da Saúde, com a finalidade de gerir o Subsistema.

A SESAI foi apresentada como produto das discussões de um grupo de trabalho, instituído em 2008, para discutir uma nova proposta para a saúde indígena. Esse grupo tinha uma composição mista, com 17 representantes indígenas e 09 representantes não indígenas. Durante quase dois anos, esse grupo se reuniu, promoveu seminários regionais sobre a temática, realizou visitas às comunidades indígenas e às estruturas administrativas, e suas conclusões apontaram para a necessidade de garantir maior autonomia aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e de vinculá-los diretamente ao Ministério da Saúde, através da criação de uma

secretaria específica. Em 19 de novembro de 2010, o então presidente Luiz Inácio Lula da Silva assinou o decreto de criação da SESAI.

Admitida por representantes do movimento social indígena enquanto importante conquista de suas lutas, ainda que tardia, a Secretaria específica do Ministério da Saúde responsável pela gestão da PNASPI assumiu o desafio de implantar e gerir um modelo efetivamente diferenciado de atenção à saúde dos povos indígenas.

Esther Langdon e Marina Cardoso, ao apresentarem uma coletânea de textos com um panorama crítico e comparativo sobre as inter-relações entre as políticas de saúde e as de reconhecimento dos direitos indígenas em alguns países da América Latina, observam que as políticas públicas para os povos indígenas, em especial as políticas de saúde, foram formuladas durante o processo de redemocratização e mudança constitucional dos países da América do Sul, entre as décadas de 1980 e 1990 (LANGDON e CARDOSO, 2015, p.26). Concluem que os serviços e as ações de saúde voltados à população indígena nesses países são caracterizados ora por excessiva descentralização, com prejuízos à articulação intersetorial, necessária para o enfrentamento dos problemas que afetam as condições de vida dos povos indígenas, ora por acentuada centralização, que não permite a flexibilidade necessária para atender às demandas diferenciadas, como é o caso do governo brasileiro.

De acordo com dados do Censo Populacional de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil possui aproximadamente 818 mil pessoas que se autodeclaram indígenas, pertencentes a cerca de 305 etnias, falantes de quase 274 línguas e que habitam 80,5% dos municípios brasileiros. Tem-se então a dimensão do desafio que é para um órgão central, da Administração Direta da União, propor tecnologias que permitam adequar as formas ocidentais de organização de serviços do Sistema Único de Saúde às especificidades que a dinâmica dos territórios e da cultura dos povos indígenas exige, em nível local, e conforme prevê a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

A PNASPI traz, entre as suas diretrizes, a preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural e a articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde. Para tanto, é necessário construir estratégias de formação de profissionais capazes de orientar as suas práticas em direção a uma assistência à saúde mais adequada aos povos indígenas, respeitando e valorizando o conhecimento tradicional, e superando práticas etnocêntricas e estritamente dependentes de tecnologias.

A preparação de profissionais para atuar em contexto intercultural tem se constituído, todavia, em importante óbice à efetivação do modelo de atenção diferenciada à saúde indígena. Calha ventilar, neste ponto, que a composição do quadro de pessoal das unidades descentralizadas do Subsistema, a saber, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, se deu inicialmente mediante contratação indireta por meio de convênios com gestões municipais, convênios com Universidades e Organizações Não Governamentais, com vínculos frágeis, relações de trabalho precárias e alta rotatividade de profissionais.

Com a criação da SESAI, optou-se pela manutenção da contratação indireta dos profissionais que atuam no âmbito das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, através do convênio nº 797438/2013, celebrado entre o Ministério da Saúde e o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) e a Missão Evangélica Caiuá. Além dos 451 trabalhadores de saúde indígena contratados por meio do referido convênio e lotados no âmbito do DSEI-BA até o final de 2016, outros 104 servidores públicos estatutários foram transferidos dos órgãos que assumiram sucessivamente a responsabilidade pelas ações e serviços de saúde em terra indígena.

A transferência de quadro de pessoal permitiu também que resquícios de uma mentalidade orientada ideologicamente pelos pressupostos presentes nas Constituintes anteriores se mantivessem na condução do Subsistema, arrastando a herança da tutela e da incapacidade relativa dos indígenas para os tempos modernos de gestão, quando se fomenta uma atuação ativa e participativa do controle social na condução de todo o ciclo de gestão.

Ademais da permanência dessas contradições no modelo de gestão do subsistema de saúde indígena, a despeito da alternância entre seus órgãos gestores, mantém-se a sensação de insatisfação com a qualidade do serviço prestado por parte dos usuários, reflexo também do arranjo das demais políticas públicas que conformam um elenco de iniciativas destrambelhadas de governo com o intuito quimérico de conciliar interesses econômicos sobre o uso da terra e a inspiração sanitária de promoção da saúde com cidadania, ora tendendo mais para um lado, ora muito menos para o outro.

A insuficiência de clareza acerca dos pressupostos que caracterizam a atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas tem estimulado frequentes debates acerca dos rumos do SASI-SUS. Propostas como a do Conselho Nacional de Secretários de

Saúde (CONASS), de integração do cuidado com a saúde dos povos indígenas às demais redes prioritárias de atenção, revelam a preocupação com os rumos da gestão das ações de saúde indígena no país e sinalizam para a necessidade de discutir “o que se entende por atenção diferenciada e até que ponto ela contribui ou não para a efetiva inserção, no SUS, do subsistema de atenção à saúde indígena” (CONASS, 2014, p. 15).

O que se pretende com essa pesquisa, portanto, é conhecer as acepções da categoria discursiva “atenção diferenciada” à saúde dos povos indígenas entre os gestores do Subsistema no DSEI da Bahia, a fim de revelar as suas bases sociais, políticas e culturais e como estas contribuem, ou não, para a operacionalização desse conceito na prática concreta dos profissionais.

3. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo Geral:

Conhecer os significados e os operadores da categoria discursiva “atenção diferenciada” através da análise dos enunciados e da observação de práticas concretas de agentes sociais implicados na gestão do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas na Bahia, a fim de revelar as bases sociais, políticas e culturais que os sustentam e analisar como contribuem, ou não, para a sua operacionalização.

3.2 Objetivos específicos:

Analisar o perfil dos profissionais que atuam na gestão do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas do Sistema Único de Saúde (SASI-SUS) na Bahia, suas experiências formativas e profissionais, e como este concorre para o reconhecimento das especificidades do trabalho com populações indígenas e a atuação em contexto intercultural;

Analisar os textos institucionais referentes ao Subsistema e como estes influenciam a ordem discursiva e as práticas dos agentes sociais que atuam na gestão do SASI-SUS na Bahia;

Analisar as relações sociais estabelecidas entre os agentes que atuam no âmbito da gestão do SASI-SUS e como estas influenciam suas práticas de gestão e seus processos de trabalho;

Analisar se o contexto intercultural se expressa na prática dos profissionais que atuam na gestão do Subsistema, considerando os processos de planejamento, execução, monitoramento e avaliação dos serviços e ações ofertados à população indígena, bem como, da organização dos processos de trabalhos das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena no âmbito do DSEI-BA.

4 JUSTIFICATIVA:

O ano de 2015 foi marcado por importantes debates em torno do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) no Brasil. Os frequentes embates entre o Ministério Público Federal (MPF) e o Ministério da Saúde, através da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) em relação à morosidade na aquisição de medicamentos e insumos para atendimento à saúde, ao déficit de cobertura e qualidade dos serviços, à insuficiência de sistemas de saneamento e de estabelecimentos de saúde e, principalmente, à forma de contratação de pessoal para atuar na assistência à saúde desses povos provocaram debates no âmbito do Poder Executivo Federal em relação a uma nova proposta de organização do subsistema.

As discussões no âmbito do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) e do Ministério da Saúde culminaram na proposta de criação de um Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI). De acordo com a proposta apresentada e submetida à aprovação pelos Conselheiros Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) de todo o país, a SESAI, em termos gerais, manteria a competência de gestão da PNASPI enquanto as demais atribuições referentes à execução dos serviços seriam transferidas para um Instituto de direito privado e financiamento público, ligado ao Ministério da Saúde.

A proposta provocou reações contraditórias, tendo recebido o apoio da maioria dos conselheiros indígenas nos CONDISI dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) no país, e repúdio de notórios representantes da defesa dos direitos dos povos indígenas, a exemplo do Grupo de Trabalho da Saúde Indígena do MPF, organizações não governamentais e movimentos sociais indígenas de todo o Brasil. As manifestações favoráveis advogavam maior celeridade na compra de insumos e maior flexibilidade em relação às normas do SUS para aquisição de bens e serviços. As alegações contrárias, por seu turno, atestavam a inconstitucionalidade em retirar da União a responsabilidade de garantir os direitos constitucionais dos povos indígenas ao repassarem a execução dos serviços de saúde para um órgão de direito privado.

A despeito das divergências, o Projeto de Lei n. 3.501/15 que autoriza o Poder Executivo a criar o Serviço Social Autônomo denominado Instituto Nacional de Saúde Indígena foi encaminhado pelo Poder Executivo ao Congresso Nacional no dia 29 de outubro de 2015, em regime de prioridade. Ademais, o Plano Plurianual para o quadriênio 2016-19 já prevê orçamento designado à implantação e funcionamento do

referido Instituto. No dia 10 de agosto de 2016, entretanto, o Projeto recebeu Parecer do Relator da Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público da Câmara Federal pela rejeição, tendo sua tramitação interrompida desde então naquela Casa.

A observação em relação ao Instituto justifica-se apenas para demonstrar a atualidade das discussões acerca do modelo de gestão aplicado na saúde indígena e das iniciativas do Poder Executivo que sugerem significativas mudanças no papel do Estado na efetivação de direitos garantidos aos Povos Indígenas.

Ainda a título de ilustração do conjunto de iniciativas que têm sido colocadas em pauta e que representam ameaças aos direitos dos povos originários, calha ventilar sobre a Proposta de Emenda Constitucional n. 215/2000, encaminhada pelo deputado Almir Moraes Sá, do então Partido Progressista Brasileiro (PPB), estado de Roraima, que visa incluir como competência exclusiva do Congresso Nacional a aprovação de demarcação de terras tradicionalmente ocupadas pelos índios e a ratificação das demarcações já homologadas, cujo parecer foi aprovado em Comissão Especial da Câmara Federal no dia 27 de outubro de 2015 e provocou mobilizações nacionais de povos indígenas.

No mesmo ano, foi instalada no âmbito da Câmara dos Deputados uma Comissão Parlamentar de Inquérito a fim de investigar os trabalhos realizados pela FUNAI e o INCRA (Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária) em relação à demarcação de terras indígenas e quilombolas configurando, segundo Nota publicada pela FUNAI em seu sítio eletrônico no dia 23 de novembro de 2015, “um ataque ordenado aos povos indígenas e quilombolas, encabeçado por determinados setores da sociedade e seus representantes no Legislativo”.

Ainda em 2015, cerca de 25.000 delegados indígenas e não indígenas se reuniram na Conferência Nacional de Política Indigenista, em Brasília, eleitos a partir de 26 etapas regionais, realizadas em 18 estados, para avaliar 2.300 propostas com o principal objetivo de consolidar e fortalecer a política indigenista brasileira.

A chamada política indigenista, ou seja, a política do Estado dirigida às populações indígenas foi caracterizada, ao longo da história do Brasil, pela forte interveniência do poder público, ainda que consorciado a entidades religiosas e civis, com vistas a promover a assimilação dos povos indígenas à sociedade brasileira (GARNELO, 2012, p.19)

No que se refere à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, o Ministério da Saúde publicou em 28 de abril de 2015 a Portaria nº 21 que institui um Grupo de Trabalho (GT) para discutir e revisar a Política Nacional de Atenção à Saúde

dos Povos Indígenas de acordo com as diretrizes aprovadas na 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI), realizada em dezembro de 2013. O GT teria, de acordo com a portaria em tela, 120 dias para concluir os trabalhos, sendo possível prorrogar esse prazo por igual período. Concluído o referido prazo, ainda não se tem acesso às propostas de reformulações que foram ou estão sendo debatidas e como elas devem incidir sobre a organização e o funcionamento do Subsistema, assim como sobre a sua relação com os demais serviços do Sistema Único de Saúde e outras políticas públicas voltadas à garantia da integralidade da atenção à saúde da população indígena.

A elaboração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) publicada em 2002 envolveu a participação de representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política e ação indigenista do governo, bem como de organizações da sociedade civil com trajetória reconhecida no campo da atenção e da formação de recursos humanos para a saúde dos povos indígenas, com garantia da participação indígena em todas as etapas de formulação, implantação, avaliação e aperfeiçoamento da Política (BRASIL, 2002, p. 9).

Esse esforço coletivo refletia a complexidade que envolve a organização de serviços de saúde voltados a garantir a integralidade da atenção e cuidado a povos de diferentes etnias e culturas, distribuídos por quase todo o território nacional. Para isso seriam necessárias adaptações na estrutura e organização do Sistema Único de Saúde nas regiões onde residem esses povos, a fim de propiciar a integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações, assim como articular a política de saúde à política indigenista do país. Era necessário, portanto, construir um modelo diferenciado de atenção à saúde que considerasse a realidade local e as especificidades de cada povo e que estivesse integrado ao modelo de atenção do Sistema Único de Saúde e às demais políticas sociais orientadas à garantia de direitos dos indígenas no Brasil.

O texto da PNASPI faz jus ao esforço acima citado, trazendo princípios e diretrizes fundamentais à efetivação de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados à proteção, promoção e recuperação da saúde dos povos indígenas, atento ao seu contexto intercultural.

Não houve, porém, o mesmo êxito no que se refere ao arranjo administrativo necessário à implantação de tal modelo de atenção à saúde. Inicialmente sob a coordenação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a gestão da PNASPI encontrou severos constrangimentos à efetiva integração entre os serviços de saúde ofertados no âmbito do Subsistema e do SUS com vistas à integralidade da atenção e à articulação desta com as demais políticas públicas presentes no território indígena.

A criação de uma Secretaria Especial para tratar da saúde indígena no âmbito do Ministério da Saúde foi aprovada no Senado Federal, no dia 3 de agosto de 2010, e regulamentada pelos Decretos nº 7.335 e nº 7.336, assinados pelo Presidente Luís Inácio Lula da Silva em outubro de 2010, quase um século após a criação do SPI. A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) passou a ser o setor responsável por coordenar e executar as ações de saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo Território Nacional, assumindo como missão a sua articulação com o SUS para garantia do cuidado integral à saúde dos povos indígenas, respeitando sobretudo as práticas e sistemas médicos tradicionais e o exercício do controle social.

Essa inserção da saúde indígena dentro dos fóruns colegiados do Ministério contribuiu para resgatar o “olhar tripartite” para a questão indígena, no sentido de superar a fragmentação do cuidado dirigido à saúde dessa população e favorecer a sua plena integração ao Sistema Único de Saúde, promovendo adequações na forma de organização dos serviços de saúde com vistas à construção de um modelo diferenciado, que considere as especificidades étnicas, socioculturais e epidemiológicas desses povos, contribuindo assim para a garantia da equidade no Sistema Único de Saúde.

Neste ponto, faz-se mister distinguir o modelo de atenção à saúde aplicado no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que se diferencia daquele implementado no Sistema Único de Saúde, e a proposta de atenção diferenciada à saúde indígena, que se refere sobremaneira às práticas de cuidado e promoção da saúde em contexto intercultural.

Segundo PAIM, modelos de atenção constituem formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias utilizadas no processo de trabalho em saúde. Assim, *não se tratam de normas ou exemplos a serem seguidos, mas sim de racionalidades diversas que informam a práxis* (PAIM, 1999, p. 493)

Carmem Teixeira e Ana Luiza Vilasbôas (2014) aprofundam o conceito de modelo de atenção, propondo uma definição sistêmica que articula três dimensões, a saber: uma dimensão gerencial, relativa aos mecanismos de condução do processo de organização das ações e serviços; uma dimensão organizativa, que se refere ao estabelecimento de relações entre unidades de serviço dos diferentes níveis de complexidade tecnológica; e uma dimensão técnico-assistencial, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de

trabalho, mediadas pelo saber e tecnologias que operam no processo de trabalho em saúde em diversos planos. Como advogam as autoras, essa concepção incorpora tanto o nível micro, das práticas, como o nível macro, contemplando os sistemas que envolvem as práticas e serviços de saúde e as ações político-gerenciais que conferem organicidade aos processos relativos à prestação de serviços à população (TEIXEIRA e VILASBOAS, 2014, p. 288).

Em ambos os conceitos, destaca-se o papel dos sujeitos das práticas de cuidado em saúde, assim como as relações que estabelecem com seu objeto de trabalho e com os usuários que dele necessitam. No caso dos sujeitos que ocupam os espaços de gestão do serviço de saúde, temos que suas práticas e ideias afetam sobremaneira as dimensões gerenciais e organizativas de um modelo de atenção, uma vez que conduzem o processo de organização das ações e serviços de saúde, além da dimensão técnico-assistencial já mencionada.

Jairnilson Paim salienta que a ligação existente entre profissionais de saúde (agentes) e as organizações (agências) torna ainda mais complexa a análise de um sistema de saúde, posto que os agentes gozam de certa autonomia na realização do seu trabalho e na relação com as agências. Segundo o autor, por mais que as organizações pretendam interferir na atuação dos profissionais, eles detêm relativo grau de liberdade no exercício de suas atividades. *A confiança e o vínculo estabelecidos entre os que prestam serviços de saúde e as pessoas que precisam do cuidado são fundamentais para a garantia da qualidade e do sucesso desse encontro entre seres humanos, que não se reduz à técnica nem à ciência* (PAIM, 2009, p.15).

Nesse sentido, este estudo pretende avaliar como participam esses sujeitos da construção de um modelo de “atenção diferenciada” à saúde indígena e até que ponto as suas ideias, saberes e práticas contribuem (ou não) para a sua operacionalização.

Consta no projeto de Lei sobre as condições e funcionamento dos serviços de saúde para os povos indígenas, proposto por Sérgio Arouca, que o caráter da universalidade do Sistema de Saúde somente pode ser viabilizado através de enfoque diferenciado, tratando-se adequadamente e particularmente os povos diferentes.

O processo de saúde/doença dos povos indígenas é o resultado de determinantes sócio-econômicos e culturais, que vão desde a integridade territorial e da preservação do meio ambiente, à preservação dos sistemas médicos tradicionais desses povos e da preservação da cultura como um todo, da autodeterminação política e não somente pela assistência à saúde prestada. É da máxima importância observar a formação de recursos humanos adequados a prestarem assistência médico-sanitária aos povos indígenas, levando em conta o conhecimento e o respeito às medicinas tradicionais dessas populações, procurando estratégias de mudanças de postura etnocêntrica e estritamente tecnológica dos profissionais de saúde, em todos os níveis, do país (BRASIL, Projeto de Lei da Câmara nº 63, 1997).

Para o autor do projeto de lei acima, o Subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas, ao lado de preservar as identidades culturais desses povos, propiciaria melhores condições de atendimento médico-sanitário aos índios, precariamente atendidos na rede do Sistema Único, com a qual deve atuar em perfeita integração, que inclusive lhe servirá de apoio, retaguarda e referência. Para tanto, se faz necessário contar com pessoas bem preparadas para atuação em contexto intercultural.

O Projeto da Lei Arouca não informa, todavia, em que consiste concretamente e como deve ser implantado o modelo diferenciado de organização das ações e serviços de saúde que considere as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais dos povos indígenas, resultado da adoção de *tecnologias apropriadas desenvolvidas mediante adequações das formas ocidentais convencionais de organização de serviços* (BRASIL, 2002, p. 19).

Na opinião de autores que pesquisam o tema, como Ulisses Eugênio Confalonieri (apud CONASS, 2014, p.15) e Langdon e Diehl (2007), questões afetas à transculturação (conflitos existentes entre o sistema biomédico e os sistemas médicos tradicionais), à organização das instâncias de controle social, ao arranjo territorial, às condições geográficas de acesso aos serviços e à dinâmica do perfil epidemiológico seriam suficientes para caracterizar o modelo de atenção adotado no Subsistema como “diferenciado”.

A organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena está regulamentada através da Portaria nº 755 de 18 de abril de 2012, que estabelece outras instâncias de participação da comunidade na gestão dos serviços públicos de saúde, além daquelas previstas na Lei nº 8.142/90. Existem, portanto, órgãos colegiados do controle social no Subsistema em âmbito local (Conselho Local de Saúde Indígena - CLSI), distrital (Conselho Distrital de Saúde Indígena - CONDISI) e nacional (Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena).

Os Conselhos Locais de Saúde Indígena são órgãos colegiados, de caráter permanente e consultivo, compostos por representantes eleitos pelas respectivas comunidades indígenas no âmbito de cada Polo Base. Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena, por seu turno, possuem caráter permanente e deliberativo, são instituídos no âmbito de cada Distrito e compostos em 50% por representantes dos usuários, eleitos pelas respectivas comunidades indígenas da área de abrangência de cada DSEI, 25% por representantes dos trabalhadores e 25% por representantes dos governos municipais, estaduais, distrital, federal e prestadores de serviços na área de

saúde indígena, indicados pelos dirigentes dos órgãos que representam. Por fim, o Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena é um órgão colegiado de abrangência nacional e tem caráter permanente e consultivo.

A capilarização de canais institucionais de participação social, em nível dos territórios indígenas, aproxima do cotidiano das comunidades os temas pautados no setor saúde, e vice-versa, contribuindo para uma participação mais ativa dos conselheiros indígenas no processo de tomada de decisão na gestão do Subsistema. Ademais, a existência de um sistema de saúde específico concorre para a promoção do protagonismo e autonomia dos usuários indígenas sobre o seu gerenciamento.

Sobre o arranjo territorial, é fundamento da Política Nacional de Atenção Básica ter território adstrito definido, de forma a permitir o planejamento e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade (BRASIL, 2012, p.20). No SASI-SUS, a unidade territorial equivale aos limites geográficos das áreas indígenas, como nos informa a PNASPI (BRASIL, 2002, p. 14), e que eventualmente extrapolam as fronteiras municipais e estaduais com importante repercussão sobre a integração do Subsistema ao SUS.

A organização dos serviços prestados no domínio do Subsistema se dá segundo um modelo próprio, orientado para um *espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando 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* (BRASIL, 2002, p.13). São os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). No Brasil existem 34 Distritos, cujos limites geográficos, por via de regra, não se confundem com aqueles dos municípios e estados.

O Decreto 7.508/11, ao regulamentar a Lei Orgânica da Saúde, estabelece a organização do SUS em Regiões de Saúde, sendo estas instituídas pelo Estado em articulação com os seus municípios e que representam o espaço privilegiado da gestão compartilhada da rede de ações e serviços de saúde, tendo como objetivos: garantir o acesso resolutivo e de qualidade à rede de saúde, efetivar o processo de descentralização, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os entes federados e reduzir as desigualdades loco-regionais, por meio da conjugação interfederativa de recursos.

Nesse sentido, obedecendo às disposições sobre o planejamento em saúde instituídas a partir do decreto supracitado, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou, através da Resolução n. 10 de 17 de dezembro de 2013, a participação dos representantes dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEI/SESAI/MS), na qualidade de convidados, nas reuniões e atividades realizadas pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Comissões Intergestores Bipartites (CIB) de modo a promover a articulação e integração dos gestores do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) com os gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS) em torno de temas afetos à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e sua relação com as políticas públicas de saúde do SUS.

Deste modo, é comum que o acesso da população indígena aos serviços complementares à atenção básica, e àqueles de média e alta complexidade, seja objeto de pactuação de diferentes Comissões Intergestores, em nível de região de saúde e de estado, complexificando sobremodo a gestão das ações para a garantia da integralidade do cuidado à saúde dos povos indígenas, tal como a articulação e integração do Subsistema ao Sistema Único de Saúde.

O perfil epidemiológico da população indígena também participa de maneira substantiva para a justificativa de um modelo diferenciado de organização das ações e serviços de saúde ofertados no âmbito do SUS.

Estudo recentemente publicado no jornal médico The Lancet sobre a situação social e de saúde de 28 povos indígenas e tribais (ANDERSON et. al., 2016) de 23 países (entre os 90 países que possuem população indígena no mundo) analisou informações de 148 diferentes fontes (sendo 115 de estatísticas governamentais e agências de saúde, 11 de outras agências e 22 de publicações acadêmicas) e encontrou piores resultados sociais e de saúde em populações indígenas em relação às populações não indígenas, principalmente em relação à expectativa de vida ao nascer, mortalidade infantil e materna.

No Brasil, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em publicação acerca das ações de desenvolvimento social voltadas às populações indígenas, afirma que os piores índices de segurança alimentar encontrados no Brasil são identificados entre os povos indígenas e que essa população está entre as mais vulneráveis, na medida em que estão inseridas em relações sociais desmedidamente desiguais com as sociedades nacionais. Sustentam coeficientes de mortalidade geral e infantil de três a cinco vezes maiores em relação à população não indígena e

proporção de baixo peso para idade que varia entre 7% a 40%, para crianças menores de cinco anos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (BRASIL, 2008).

O I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (2010), realizado pelo Consórcio da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde (ABRASCO) e *Institute of Iberoamerican Studies* revelou prevalência de anemia em 32,7% das mulheres indígenas avaliadas, acompanhadas frequentemente por um estado nutricional de sobrepeso (30,2%) e de obesidade (16%). Em relação às crianças indígenas, identificou-se que 26% delas apresentavam *déficit* de estatura para idade e a prevalência de anemia encontrada foi de 51,3% entre as crianças de 6 e 59 meses avaliadas (BRASIL, 2010).

A despeito da previsão constante na PNASPI de que as informações de saúde dos povos indígenas poderiam ser acompanhadas e avaliadas através do Sistema de Atenção à Saúde Indígena (SIASI), este ainda não se encontra plenamente implantado em todos os DSEIs e, portanto, não oferece dados de saúde consolidados, capazes de expressar a real situação de saúde desses povos que vivem no país. Ademais, trata-se de um sistema de informação de acesso restrito, cujos relatórios geralmente são acessados pelo público externo à SESAI mediante solicitação formal, via Lei de Acesso à Informação (LAI).

Infelizmente, o SIASI, por razões como a desarticulação com os sistemas nacionais de informação e de vigilância em saúde, dificuldades operacionais na alimentação do sistema e volume excessivo de informações a serem coletadas nos pólos-base, não vem cumprindo o papel esperado de fornecer informações confiáveis para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações da saúde (Souza, Scatena & Santos, 2007).

A ausência de um sistema de informação onera demasiadamente a gestão da PNASPI, uma vez que não cumpre a sua funcionalidade no que se refere a *subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde e às prioridades a serem estabelecidas nos níveis técnico, social e político* (BRASIL, 2002, p. 17). Não é incomum, portanto, o uso de dados produzidos em pesquisas acadêmicas ou de planilhas elaboradas alternativamente para produção, coleta e análise das informações de saúde de determinada população indígena.

A necessidade de intensificação das ações de atenção primária, com vistas à mitigação dos determinantes e condicionantes sociais da saúde, que operam em nível local, e à superação das desigualdades de acesso aos serviços, que se refletem nos indicadores epidemiológicos da população indígena, provocou a demanda por uma infraestrutura logística com o fito de viabilizar o deslocamento de rotina das equipes de

saúde aos territórios indígenas, assim como o transporte de pacientes da aldeia para os serviços de referência de média e alta complexidade no município ou região de saúde.

Sobre a distribuição geográfica, convém salientar que a ocupação territorial pelos povos indígenas não é em nada regular. Distantes de um padrão uniforme, os povos indígenas da Bahia organizam-se de diferentes maneiras, variando de comunidades localizadas em áreas urbanas, com quase 5.000 habitantes (ex: Aldeia de Coroa Vermelha, em Porto Seguro-BA), a comunidades pequenas, com cerca de 20 pessoas, que distam até 300km da sede do município mais próximo (ex: Aldeia de Genipapeiro, em Santa Rita de Cássia-BA). Considerando o cenário nacional, a miríade de arranjos organizacionais dos povos indígenas amplia-se exponencialmente.

De acordo com a PNASPI, cada Distrito Sanitário Especial Indígena deve organizar uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde. Para isso, o Subsistema dispõe de equipes volantes de saúde que se deslocam periodicamente para os territórios indígenas para prestar atendimento.

Nas aldeias, a atenção básica será realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde, nos postos de saúde, e pelas equipes multidisciplinares periodicamente, conforme planejamento das suas ações. O número, qualificação e perfil dos profissionais das equipes serão estabelecidos de acordo com o planejamento detalhado de atividades, considerando: o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico, as necessidades específicas para o controle das principais endemias e o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde a ser definido conforme a diretriz específica desta política (BRASIL, 2002, p.14)

A dispersão populacional dos povos indígenas no território geográfico dificulta a parametrização do número de equipes em relação à população assistida. Não há também uma vinculação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena a uma Unidade Básica de Saúde, sendo comum o atendimento em estruturas improvisadas em escolas, associações, igrejas, ou mesmo a céu aberto, nos diferentes territórios indígenas. Na ausência de local fixo de atendimento, esse se dá no ambiente domiciliar do usuário, de modo a garantir o acesso aos serviços de assistência à saúde sob qualquer hipótese.

Cada DSEI conta com equipes de saúde que devem ser compostas por *médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores,*

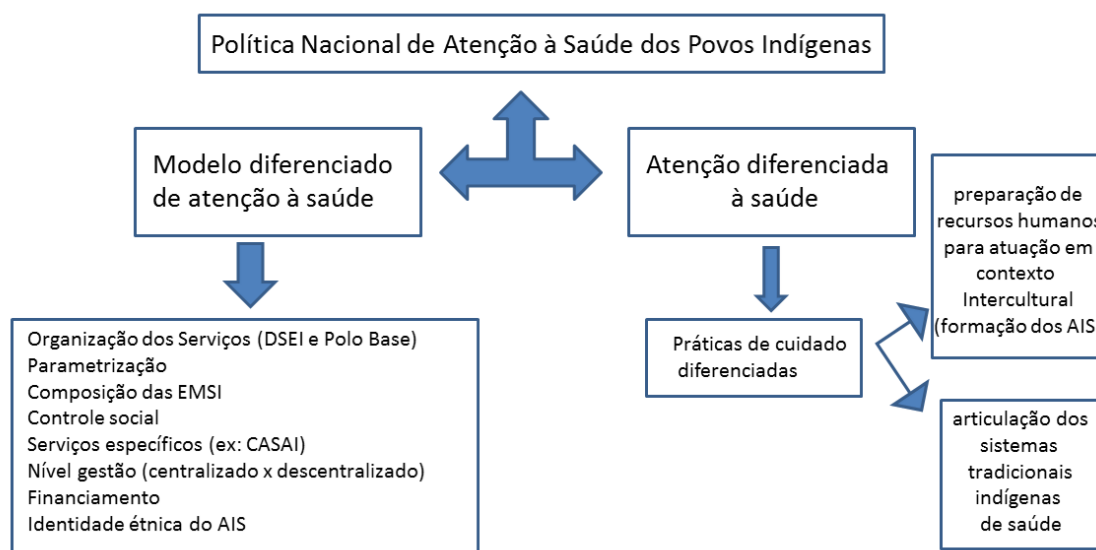
engenheiros sanitistas e outros especialistas e técnicos considerados necessários (BRASIL, 2002, p.14). Além disso, dispõe da estrutura dos Polos Base, que são a primeira referência para os Agentes Indígenas de Saúde que atuam nas aldeias. Os Polos Base podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. No Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia existem 9 Polos Base, todos localizados fora do território indígena, na sede de municípios de referência para as principais redes de atenção à saúde, de acordo com a regionalização do SUS.

As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos Pólos-Base deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e será articulada e incentivada a atender os índios, levando em consideração a realidade sócioeconômica e a cultura de cada povo indígena, por intermédio de diferenciação de financiamento. Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades, deverão ser definidos procedimentos de referência, contra-referência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço (BRASIL, 2002, p. 15).

Para os pacientes indígenas referenciados para os serviços de média e alta complexidade do SUS, cada DSEI deve contar com serviços de apoio para acolhimento, hospedagem, alimentação e assistência à saúde durante todo o período de tratamento fora do território indígena. Esse serviço é prestado através das Casas de Saúde Indígena (CASAI), localizadas nos municípios de referência. O DSEI-BA não dispõe ainda dessa estrutura, sendo necessário manter contratos de locação de serviços de hotelaria para oferecer o suporte necessário aos pacientes indígenas em tratamento.

Cumpra ressaltar, contudo, que as dimensões supracitadas refletem satisfatoriamente o modelo diferenciado de organização das ações de saúde voltadas à população indígena, mas não são suficientes para caracterizar a atenção prestada como “diferenciada”. Nessa perspectiva, assumem função distintiva a práxis dos sujeitos, suas práticas de cuidado em contexto intercultural e sua relação com a medicina tradicional indígena.

Figura 1. Quadro Analítico das Diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em relação à atenção diferenciada:



Fonte: elaboração da autora, 2016.

É na dimensão operativa, no nível das relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos e processos de trabalho, que o modelo de atenção diferenciada à saúde indígena parece encontrar a sua principal atrofia.

Como sugere Garnelo (2012, p. 24), os gestores e trabalhadores da saúde possuem pouco acúmulo no que se refere ao desenvolvimento de estratégias e ações sanitárias que respeitem as especificidades étnicas e culturais, bem como outros sistemas médicos além do biomédico.

Até 1990, a política indigenista, aí incluídas as ações de saúde, estava a cargo da FUNAI. Por consequência, o Ministério da Saúde não acumulou experiência no desenvolvimento de políticas de saúde específicas para as minorias étnicas até o final do século XX. Somente após a criação do subsistema de saúde indígena, em 1999, as autoridades sanitárias passaram a se dedicar ao tema. O tempo de dez anos de criação do subsistema não se mostrou suficiente para a geração de tecnologias e modos de atuação adequados ao trato com a população indígena (GARNELO, 2012, p.24)

Apesar do texto da PNASPI ser claro em relação à necessidade de que a *atenção à saúde dos indígenas se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos no desenvolvimento e uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços* (BRASIL, 2002, p.6), não há documentos oficiais que orientem no sentido da operacionalização dessa perspectiva diferenciada de atenção.

Garnelo (2014, p.122) analisou os dispositivos legais do SUS e do Subsistema sobre a assistência à saúde dos povos indígenas publicados entre 1990 e 2010 e observou que neste período foram produzidos 33 instrumentos jurídico-administrativos voltados para a instituição e regulamentação da gestão do SASI-SUS, entre os quais apenas 07 eram dirigidos à regulamentação da prestação da assistência.

Entre esses últimos, não houve aquele que se debruçasse mais atentamente sobre a diretriz da preparação para atuação em contexto intercultural, principal justificativa apresentada por Antônio Sérgio da Silva Arouca para a criação de um Subsistema de Saúde com enfoque diferenciado.

Não obstante, apesar das diretrizes políticas do subsistema, é patente que o princípio de uma atenção “culturalmente diferenciada” não tem sido posto em prática, somando-se a isso a irregularidade e a baixa qualidade dos serviços prestados (COIMBRA JR. et al, 2006, p. 143).

Na mesma esteira, Langdon (2004, p. 42) confronta o achado supracitado com as propostas da III Conferência Nacional de Saúde Indígena que reconhecem que o conceito de atenção diferenciada ainda tem que ser operacionalizado em nível local e nos níveis secundários e terciários do SUS, afirmando que os profissionais não são capacitados para trabalhar com outras culturas e que é necessário ampliar as equipes de saúde que atendem as áreas indígenas com a participação de antropólogos.

Ao analisar Planos Distritais de Saúde Indígena, Garnelo conclui:

Os documentos normativos do Subsistema de Saúde Indígena são pródigos na repetição de princípios genéricos de ação (como preconizar, por exemplo, a articulação e o fortalecimento dos sistemas de medicina tradicional) que não se traduzem em atividades concretas nem nas programações anuais de atividades dos DSEI, nem nas práticas sanitárias das equipes (GARNELO, 2004, p.13)

Essa situação permaneceu praticamente inalterada até agosto de 2015, quando a gestão central da SESAI apresentou aos 34 DSEIs o produto de uma consultoria com o objetivo de definir os objetivos estratégicos, macroações e indicadores que norteariam a construção do Plano Distrital de Saúde Indígena 2016-2019, principal instrumento de planejamento governamental da Secretaria. Entre os produtos esperados para o quadriênio está a elaboração de um “Guia de Interculturalidade em Saúde dos Povos Indígenas: discutindo conceitos e práticas”, a ser produzido pela Associação Brasileira de Antropologia (ABA), em parceria com a SESAI.

Além disso, o novo PDSI estabelece entre os resultados a serem alcançados até 2019, por todos os Distritos, “100% dos seus trabalhadores qualificados para o trabalho em contextos interculturais” (Resultado n. 11) e “Projetos para atuação em contextos interculturais implementados nos 34 DSEIS, com protagonismo indígena na promoção, prevenção e cuidado em saúde e valorização de práticas tradicionais” (Resultado n. 12), ambos constantes na Estratégia 1, de “Qualificação das ações e equipes de saúde indígena que atuam nos DSEI/SESAI”, do Eixo de Atenção à Saúde.

Esses resultados coadunam com diretrizes fundamentais da PNASPI, de preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural e da necessidade de articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde com o Sistema Único de Saúde, assim como contribuem para o alcance do seu objetivo principal da Política, conforme exposto a seguir:

O propósito desta política [PNASPI] é 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 (BRASIL, 2002, p.13)

A presença desses elementos no principal instrumento de planejamento do Subsistema sugere uma preocupação inédita da gestão em permeabilizar as práticas biomédicas dos profissionais de saúde em território indígena, contribuindo para a construção das estratégias e ferramentas necessárias ao diálogo intercultural e à efetiva oferta de ações e serviços segundo princípios de diferenciação.

Os gestores da política de saúde privilegiavam as ações em saúde de orientação estritamente biomédica, emitindo de Brasília diretrizes generalizantes que ignoravam, em geral, a diversidade cultural e as especificidades epidemiológicas das diferentes comunidades indígenas (FERREIRA, 2015, p.13)

Importante destacar, entretanto, que tal preocupação da gestão em superar a fragilidade conceitual e operacional da atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas não é espontânea, senão o resultado das tensões provocadas pela apresentação de um sólido corpo analítico sobre a trajetória de políticas públicas voltadas para os povos indígenas durante a década de 1980, e do maior número de estudos no campo das ciências sociais sobre a saúde indígena, revertendo uma situação marcada pelo silêncio na perspectiva da produção socioantropológica e pela invisibilidade demográfica e epidemiológica dos povos indígenas no campo da saúde coletiva (COIMBRA JR. e SANTOS, 2000).

A despeito do maior número de pesquisas sobre os processos de saúde, doença e atenção em populações indígenas, ainda não estão claras as estratégias para operacionalização da abordagem diferenciada que se pretende oferecer no domínio do Subsistema, tampouco os critérios de supervisão e monitoramento da aplicação desta no âmbito da gestão.

Segundo aponta o estudo de Luciane Ouriques Ferreira (2013), apesar do fortalecimento da ideia de articulação dos serviços com a medicina tradicional como estratégia para efetivar a atenção diferenciada na retórica pública a partir de 2003, a maioria dos gestores e trabalhadores do SASI-SUS entendia a medicina tradicional como um conjunto de práticas supersticiosas e estáticas, desprovidas de eficácia científica.

O compromisso de articular as práticas de saúde indígena com as dos serviços biomédicos foi reafirmado nas Diretrizes do Modelo de Gestão da Saúde Indígena, aprovadas pela Portaria nº 70/04. Em nível nacional, porém, o Departamento de Saúde Indígena da FUNASA não estimulou nem orientou os profissionais de saúde que trabalham nos DSEIs a oferecer serviços segundo princípios de atenção diferenciada. Geralmente, as tentativas de articulação com as práticas indígenas por parte das equipes multidisciplinares foram dispersas e localizadas. A prestação de serviços não se diferenciou das práticas biomédicas fora das áreas indígenas. (FERREIRA, 2013, p. 13)

Essa abordagem diferenciada só se concretiza na práxis dos sujeitos, orientada por racionalidades diversas, de acordo com trajetórias individuais, paradigmas epistemológicos, contexto social, político e econômico, recursos e tecnologias disponíveis, relações sociais e de poder, entre outros.

Cada ator envolvido nas políticas indigenistas, ao chegar a uma coletividade indígena, depara-se não apenas com as cosmologias e tradições culturais, imprescindíveis a certas investigações, mas também com a história de seu relacionamento com a sociedade local e regional, bem como com os poderes de Estado. Esse “trabalho morto simbólico”, que usualmente não é considerado nos planejamentos e ações governamentais, estrutura repertórios de práticas que acabam dando o verdadeiro sentido das ações de governo no plano da vida cotidiana, o que acaba por mostrar o quanto o modelo racionalista de operação de políticas públicas é insuficiente para explicar o funcionamento concreto da máquina estatal. (SOUZA LIMA, 2014, p.40)

No caso em análise, a saber, a execução de uma política pública, ademais dos fatores elencados, assume caráter decisivo os textos institucionais que normatizam as práticas e as relações estabelecidas no cotidiano dos serviços. Carla Teixeira e Luiza Garnelo (2014) apoiam-se no estudo de Antônio Carlos de Souza Lima sobre o poder tutelar na formação do Estado brasileiro para exemplificar as marcas profundas

instaladas pela orientação normativa do princípio da tutela e da incapacidade relativa dos indígenas, enfeixadas juridicamente nos textos constitucionais anteriores, sobre as práticas de profissionais envolvidos na execução da política indigenista mesmo décadas depois da supressão desse princípio pela Carta Magna de 1988.

Souza Lima encontra pontos comuns entre a ação indigenista e as práticas dos profissionais de saúde cujo domínio sobre técnicas salvadoras de vidas, associadas ao caráter heroico e messiânico autoatribuído ao trabalho que desenvolvem, redundam – deliberada ou involuntariamente – em destruição da legitimidade dos saberes indígenas sobre a doença e a saúde, de resto desconhecidos pelos especialistas em saúde. Ainda que operando em contextos contemporâneos e em espaços sanitários que só recentemente passaram a povoar o cenário das relações interétnicas, tais práticas sanitárias – assim como as indigenistas – ativam no seu cotidiano as estratégias tutelares de minorização das populações indígenas, revelando a abrangência e a capilaridade da ideologia tutelar do indigenismo muito além das suas instituições originárias. (TEIXEIRA & GARNELO, 2014, p. 14)

Assim, o esforço analítico desse trabalho dirige-se, sobretudo, ao que Paim (2012, p. 459) chama de “conteúdo” do sistema de serviços de saúde (práticas de saúde), a despeito do seu “continente” (infraestrutura, organização, gestão e financiamento), partindo do pressuposto de que a teoria dos processos de trabalho em saúde fornece elementos fundamentais para a compreensão e crítica dos modelos de atenção à saúde. Lança-se luz, particularmente, sobre as práticas de gestores e trabalhadores que atuam no âmbito da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena na Bahia, analisando como a compreensão desses sujeitos em torno da ideia de atenção diferenciada participa do seu exercício de ordenamento dos processos de trabalho das equipes que produzem as ações de atenção à saúde direcionadas à população indígena.

Por fim, justifica-se a escolha do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia pelo fato deste ter sido coordenado por cerca de três anos por um indígena da etnia pataxó, sociólogo, com vasta experiência na administração pública e na docência indígena, que por muito tempo resumiu a participação indígena na gestão do Subsistema em todo o Brasil. Em agosto de 2016, esse gestor foi substituído por uma indígena da etnia Kaixana, da região Norte do país. Apenas mais recentemente tivemos outras duas experiências de coordenações exercidas por gestores indígenas, porém bastante breves e com resultados incipientes para a análise que se pretende. A presença de um indígena na coordenação é entendida aqui como elemento positivo, ademais das questões relativas ao empoderamento e autonomia das comunidades indígenas, por inserir definitivamente o desafio da interculturalidade na esfera da

gestão. Soma-se a esta condição, o fato da autora deste trabalho atuar neste ambiente institucional desde 2014.

5 QUADRO TEÓRICO:

5.1. O dilema do Multiculturalismo:

Daí o novo meta-direito intercultural que, em meu entender, deve presidir a uma articulação pós-colonial e multicultural das políticas de igualdade e de identidade: temos o direito a ser iguais sempre que a diferenças nos inferioriza; temos o direito de ser diferentes sempre que a igualdade nos descaracteriza. (SANTOS, 2006, p. 313)

No primeiro volume da coleção “Para um novo senso comum”, Boaventura de Souza Santos (2000) sugere que vivemos hoje um tempo de transição paradigmática, que tem se processado em várias dimensões que evoluem em ritmos bastante desiguais. Entre essas dimensões, o autor destaca duas que entende como principais: a epistemológica e a societal.

A transição epistemológica ocorre entre o paradigma dominante da ciência moderna e o paradigma emergente que designo por paradigma de um conhecimento prudente para uma vida decente. A transição societal menos visível ocorre do paradigma dominante - sociedade patriarcal; produção capitalista; consumismo individualista e mercadorizado; identidades-fortaleza; democracia autoritária; desenvolvimento global desigual e excludente - para um paradigma ou conjunto de paradigmas de que por enquanto não conhecemos (SANTOS, 2000, p.16)

Para Boaventura, essa transição paradigmática só se fará possível a partir de uma crítica radical do paradigma dominante, mediante estratégias emancipatórias genuínas capazes de anunciar o paradigma emergente. Ao buscar os pressupostos dessa teoria crítica, o autor questiona a concepção de sociedade como totalidade, orientada por uma ciência (moderna) em busca de regimes de verdade.

Segundo ele, uma teoria efetivamente crítica deve reconhecer que vivemos hoje em um lugar multicultural onde se exerce uma constante hermenêutica de suspeição contra supostos universalismos ou totalidades. Assim, sendo múltiplas as faces da dominação, serão múltiplas as resistências e os agentes que as protagonizam. Diante disso, Boaventura propõe uma forma de conhecimento-reconhecimento, capaz de elevar o outro da condição de objeto à condição de sujeito, e uma teoria da tradução, que torne as diferentes lutas mutuamente inteligíveis.

Em outro ensaio, Boaventura e Nunes (2003) retornam ao tema do multiculturalismo, situando-o num jogo de tensões entre a exigência do reconhecimento da diferença e de redistribuição que permita a realização da

igualdade. Contra reduções eurocêntricas, os autores propõem concepções alternativas de cidadanias e de dignidade humana, assentes em uma sociologia das ausências, capaz de identificar os silêncios e ignorâncias que definem as incompletudes das culturas, das experiências e dos saberes e, mais uma vez, em uma teoria da tradução.

A ideia de multiculturalismo é, todavia, bastante contestada e atravessada por tensões. Para tentar resolver esse dilema, alguns autores têm se debruçado sobre o conceito de reconhecimento como instrumento heurístico interessante para abordar processos alternativos de construção de novas cidadanias, para a compreensão dos possíveis efeitos de políticas públicas que se pretendem inclusivas, ou para diagnosticar padrões simbólicos desrespeitosos (MENDONÇA, 2007).

Ricardo Mendonça (2007) traz essa discussão sob a égide das teses de autores como Axel Honneth, Nancy Fraser e Habermas. Situados no campo da teoria crítica, cada um desses autores examina o fenômeno do multiculturalismo sob óticas distintas. Em comum, partem de uma concepção ampliada de política, destacando a participação dos cidadãos em sua vida cotidiana e assumindo a práxis ordinária desses como central para a mesma, em sua dimensão moral e intersubjetiva. Ademais, reconhecem que a política não se restringe à disputa de interesses, havendo horizontes normativos, compartilhados e ressignificados coletivamente, sobre os quais se apoiam os sujeitos.

O reconhecimento das diferentes formas de dominação e a busca por estratégias emancipatórias capazes de produzir uma transição paradigmática conduziram esses autores a diferentes compreensões sobre as mazelas contemporâneas e os conflitos sociais gerados em torno dessas assim como diferentes análises sobre as condições para a sua superação e para uma renovação da teoria crítica.

Axel Honneth nos informa que é por meio do reconhecimento intersubjetivo que os sujeitos podem garantir a plena realização de suas capacidades e uma auto-relação marcada pela integridade e, para isso, precisam da experiência de dedicação afetiva, do reconhecimento jurídico e da estima social, produto da luta simbólica em defesa do valor das capacidades associadas à forma de vida dos diversos grupos (HONNETH, 2003, p. 207). O desrespeito pode, portanto, tornar-se impulso motivacional para lutas sociais, à medida que torna evidente que outros atores impedem a realização daquilo que se entende por bem viver.

O filósofo canadense Charles Taylor, inspirando-se em Georg Hegel, propõe a tese de que a identidade é moldada em parte pelo reconhecimento, ou pela sua ausência e, neste último caso, assim como em situação de reconhecimento depreciativo, há sério dano e opressão social ao grupo ou indivíduo cuja imagem foi degradada. Cita como exemplo *a imagem depreciativa e inferiorizada que a população negra e as mulheres feministas foram induzidas a adotar sobre si em sociedades racistas e patriarcais, respectivamente* (TAYLOR, 1994, p. 25, tradução nossa). Por isso, impõe o reconhecimento como uma necessidade humana e objeto de políticas fundamentais em sociedades democráticas saudáveis

“Onde as políticas da dignidade universal lutaram por formas de não discriminação que eram quase “cegas” às formas através das quais os cidadãos diferem entre si, a política da diferença geralmente redefiniu a não discriminação ao requerer tais distinções a base do tratamento diferenciado (TAYLOR, 1994, p. 39, tradução nossa).¹

Para Nancy Fraser (1997, p.14), ao enfatizar auto-realização como pressuposto básico da identidade de um grupo, Honneth e Taylor estariam negligenciando o papel da economia e conduzindo a discussão para um processo de essencialização identitária. Ela destaca as condições materiais de vida na produção de conflitos emancipatórios, defendendo a centralidade da esfera da produção na construção de uma sociedade mais justa.

Fraser (1997, p. 12) critica a inspiração hegeliana de Honneth, que o leva a crer que o reconhecimento representa o conceito fundamental de justiça e pode englobar a distribuição, e advoga que a noção de reconhecimento calcada sobre aquilo que é particular a um grupo (paradigma identitário do reconhecimento) engendra uma esquizofrenia filosófica nos grupos que lutam por redistribuição já que as pessoas afetadas por injustiças materiais e culturais teriam que negar e afirmar sua especificidade simultaneamente.

¹ “Where the politics of universal dignity fought for forms of nondiscrimination that were quite “blind” to the ways in which citizens differ, the politics of difference often redefines nondiscrimination as requiring that we make these distinctions the basis of differential treatment.” (TAYLOR, 1994, p. 39).

Ao invés de simplesmente endossar ou rejeitar todas as políticas de identidade de modo absoluto, nós deveríamos nos olhar com uma nova tarefa intelectual e prática: a de desenvolver uma teoria crítica do reconhecimento, que identifique e defenda apenas aquelas versões das políticas culturais da diferença que possam ser combinadas de maneira coerente com as políticas sociais de equidade. Ao formular esse projeto, eu assumo que a justiça hoje requer tanto a redistribuição como o reconhecimento (FRASER, 1997, p.12, tradução nossa)²

A autora estabelece uma distinção meramente analítica entre injustiças socioeconômicas e injustiças culturais, tendo em vista que ambas estão imbricadas e se reforçam dialeticamente, com o intuito de estudar suas possíveis soluções: a redistribuição e o reconhecimento.

Na mesma esteira, Boaventura (2006, p.38) afirma que a ênfase no reconhecimento da diferença sem uma ênfase comparável nas condições econômicas, sociais e políticas que garantem a igualdade na diferença corre o risco de combinar denúncias radicais com a passividade prática ante as tarefas de resistência que se impõem.

A despeito das tensões que envolvem o uso do termo “multiculturalismo”, convém retornarmos ao contributo teórico de Boaventura com o intuito de conferir sentido emancipatório à expressão. Para isso, o autor elenca algumas experiências sociais como estudos de caso capazes de nos ensinar sobre as possibilidades e dificuldades de construção de novas cidadanias e do multiculturalismo emancipatório (SANTOS e NUNES, 2003. p. 25). Entre estas, a experiência do multiculturalismo entendido como reconhecimento das diferenças que historicamente constituíram os povos indígenas como coletivos inseparáveis de um território e de um modo de vida e as concepções de direito e justiça do Estado brasileiro, apresentada em um estudo de Carlos Marés.

Propõe-se nesse estudo, portanto, dada a aproximação do seu objeto com os temas e experiências sociais sobre o que se debruçou Boaventura, utilizar seus conceitos como principal referencial teórico para a descrição e análise dos contextos,

² Instead of simply endorsing or rejecting all of identity politics simpliciter, we should see ourselves as presented with a new intellectual and practical task: that of developing a critical theory of recognition, one that identifies and defends only those versions of the cultural politics of difference that can be coherently combined with the social politics of equality. In formulating this project, I assume that justice today requires both redistribution and recognition (FRASER, 1997

relações e práticas capazes de caracterizar a atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas, ou mesmo a sua ausência.

Este autor dedica sua obra a uma crítica radical do paradigma dominante, tanto em seus modelos regulatórios como em seus modelos emancipatórios para, com base nela e na imaginação utópica, desenhar os primeiros traços do horizonte emancipatório de um paradigma emergente. Nesse exercício crítico, tenta se desfamiliarizar em relação a tudo o que está estabelecido, e é convencionalmente aceito, em busca de um momento de suspensão necessário para criar uma nova familiaridade, um novo senso comum, um senso comum emancipação (SANTOS, 2000, p.16).

A análise crítica do que existe assenta no pressuposto de que a existência não esgota as possibilidades da existência e que, portanto, há alternativas susceptíveis de superar o que é criticável no que existe (SANTOS, 2000, p. 23).

Boaventura adverte que o pensamento moderno ocidental, que define o paradigma dominante, consiste em um sistema com divisões abissais que cindem a realidade social em dois universos, um “do lado de cá da linha”, visível, relevante, e o “do outro lado da linha”, invisível, inexistente, radicalmente excluído do universo compreensível. O pensamento abissal produz e radicaliza distinções, conferindo à ciência moderna o monopólio da diferenciação universal entre o que é verdade e o que não é. Do outro lado da linha, são mantidas as formas de conhecimento populares, leigas e indígenas, onde não há conhecimento real, apenas crenças, magia, idolatria, intuição e subjetividade, que podem vir a tornar-se matéria prima para a inquirição científica (SANTOS, 2009, p.25)

Trata-se de um modelo totalitário na medida em que nega o caráter racional de todas as formas de conhecimento que não compartilham de seus princípios metodológicos e epistemológicos (SANTOS, 2000, p.61). Pauta-se ainda no que Boaventura chamou de “razão indolente”, tomando empréstimo do termo proposto por Leibniz (1985, apud Santos, 2000, p.42), que se caracteriza pela preguiça de pensar diante do fatalismo. Para superação desse tipo de racionalidade, produzida a partir da consolidação do estado liberal e desenvolvimento do capitalismo na Europa e América do Norte, o autor propõe uma razão cosmopolita, baseada na ideia de uma justiça cognitiva global e orientada por um sentimento de incompletude e motivação para encontrar, em outros saberes e práticas, as respostas que não se encontram dentro dos limites de um dado saber (SANTOS, 2006, p. 133).

Para a desconstrução crítica de conceitos eurocêntricos, produzidos “do lado de cá da linha”, relativos ao multiculturalismo, Boaventura propõe o uso de vocabulário e instrumentos emancipatórios como a **sociologia das ausências**, capaz de identificar os silêncios e as ignorâncias que definem as incompletudes das culturas, das experiências e dos saberes, e de uma **teoria da tradução**, que permita criar inteligibilidades mútuas e articular diferenças e equivalências entre experiências, culturas, formas de opressão e de resistência (SANTOS e NUNES, 2003, p.26, grifo nosso). Permito-me adiantar, neste ponto, a sociologia das emergências e a hermenêutica diatópica como outros conceitos importantes propostos pelo autor para esse exercício.

No plano da produção do conhecimento sobre iniciativas e movimentos emancipatórios em torno da redistribuição e do reconhecimento, podemos identificar dois grandes tipos de estratégias baseadas no duplo pilar de uma sociologia das ausências e de uma teoria da tradução (SANTOS e NUNES, 2003, p.43)

Ainda sobre a teoria da tradução:

A teoria da tradução permite a identificação de um terreno comum numa luta indígena, numa luta feminista, numa luta ecológica, etc., sem fazer desaparecer em nenhuma delas a autonomia e a diferença que as sustêm³(SANTOS, 2001, p. 200, tradução nossa)

A construção de uma nova ciência social, para Boaventura, deve combater o desperdício da experiência e propor um modelo diferente de racionalidade (SANTOS, 2006, p.94). Sugere uma ruptura com o modelo de racionalidade atual, que chama de razão indolente, rumo à razão cosmopolita, baseada em três procedimentos meta-sociológicos: a sociologia das ausências, a sociologia das emergências e o trabalho de tradução.

Novas concepções de cidadania, de uma cidadania cosmopolita assente no reconhecimento da diferença e na criação de políticas sociais dirigidas à redução das desigualdades e redistribuição de recursos à inclusão. Essa nova cidadania requer a invenção de processos dialógicos e diatópicos de construção de novos modos de intervenção política (SANTOS, 2003, p. 35)

A racionalidade cosmopolita proposta por Boaventura pretende, ao contrário da indolente, expandir o presente e contrair o futuro, criando o espaço-tempo necessário para conhecer e valorizar a inesgotável experiência social que está em curso no mundo de hoje. Para expandir o presente, propõe uma **sociologia das ausências**,

³ “The theory of translation permits to identify the common ground in an indigenous struggle, a feminist struggle, an ecological struggle, etc, etc, without canceling out in any of them the autonomy and difference that sustains them”

para contrair o futuro, uma **sociologia das emergências**, e para explicar as experiências sociais, o **trabalho de tradução** capaz de criar inteligibilidade mútua entre aquelas experiências possíveis e disponíveis (SANTOS, 2006, p.95, grifo nosso).

Ao eleger, como objeto empírico de estudo, práticas diferenciadas de atenção à saúde, orientadas por um diálogo intercultural cujos pressupostos são ainda desconhecidos, busca-se na sociologia das ausências o aporte necessário *para transformar impossíveis em possíveis e, com base neles, transformar as ausências em presenças, substituindo a monocultura racional por uma ecologia de saberes, com outros critérios de rigor.* (SANTOS, 2006, p.102)

A sociologia das emergências, por seu turno, consiste em substituir o vazio do futuro por um futuro de possibilidades plurais e concretas que se vão construindo no presente. Consiste em proceder a uma *ampliação simbólica dos saberes, práticas e agentes de modo a identificar neles a tendência de futuro (o ainda não) sobre as quais é possível atuar para maximizar a probabilidade de esperança em relação à probabilidade de frustração* (SANTOS, 2006, p.118).

Entre as experiências disponíveis, objeto da sociologia das ausências, e as experiências possíveis, objeto da sociologia das emergências, é preciso criar uma inteligibilidade recíproca e, para isso, Boaventura sugere a teoria da tradução.

O trabalho da **tradução** incide tanto sobre os saberes como sobre as práticas (e seus agentes). A tradução entre saberes assume a forma de uma **hermenêutica diatópica**. Consiste no trabalho de interpretação entre duas ou mais culturas com vista a identificar preocupações isomórficas entre elas e as diferentes respostas que fornecem para elas (SANTOS, 2006, p.124, grifo nosso)

Ao definir as práticas sociais como objeto do trabalho de tradução, uma vez que *envolvem conhecimentos e, nesse sentido, são também práticas de saber*, e, portanto, saberes aplicados, o autor pretende estabelecer uma inteligibilidade recíproca entre formas de organização e entre objetivos de ação (SANTOS, 2006, p.126)

Boaventura define o trabalho da tradução como um trabalho intelectual (e político) muito complexo, sobretudo, pelo fato de ancorar-se em culturas e saberes muito diversos. Parte do pressuposto da impossibilidade de uma teoria geral e, por isso, propõe uma **teoria da tradução**, que vai fazendo o seu caminho caminhando e uma **ecologia dos saberes**, que segue desafiando as hierarquias universais e

abstratas e os poderes que, através delas, têm sido naturalizados pela história (SANTOS, 2006, p. 129, grifo nosso).

Ao trabalhar com duas ou mais culturas diferentes, é importante atentar-se para as zonas de contato que se estabelecem entre elas, a saber, os campos sociais onde diferentes mundos-da-vida normativos, práticas e conhecimentos se encontram, chocam e interagem. Para o intelectual português, só o aprofundamento do trabalho de tradução permite ir trazendo para a zona de contato os aspectos que cada saber ou cada prática consideram mais centrais ou relevantes (SANTOS, 2006, p.130).

Nas zonas de contato interculturais, cabe a cada prática cultural decidir os aspectos que devem ser selecionados para confronto multicultural. Em cada cultura há aspectos considerados demasiado centrais para poderem ser postos em risco pelo confronto que a zona de contato pode representar, ou aspectos que se considera serem inerentemente intraduzíveis noutra cultura. Se o trabalho da tradução avançar, é de esperar que mais e mais aspectos sejam trazidos à zona de contato, o que, por sua vez, contribuirá para novos avanços da tradução (SANTOS, 2006, p. 130)

O confronto entre culturas, assim como o diálogo, são pressupostos da hermenêutica diatópica. Essa prática interpretativa, proposta pelo autor lusitano, parte da ideia de que todas as culturas são incompletas e, portanto, podem ser enriquecidas pelo contato, com possibilidade de formas híbridas de dignidade humana, mais ricas e mais amplamente partilhadas. *Segundo Boaventura (2003), o conhecimento que daqui resulta será coletivo, interativo, intersubjetivo e reticular.*

Contudo, a hermenêutica diatópica tem lugar num quadro de histórias de trocas desiguais e de relações de poder assimétricas entre culturas, o que suscita problemas adicionais. A falta de atenção a este ponto poderá transformar o multiculturalismo numa nova manifestação de política reacionária e de promoção de desigualdades e opressão (SANTOS, 2003, p.62)

O autor ainda nos alerta sobre as dificuldades da construção de um conhecimento multicultural: o silêncio e a diferença. O domínio global da ciência moderna acarretou consigo a destruição de muitas formas de saber, sobretudo através do colonialismo ocidental. Tal destruição produziu silêncios que tornaram impronunciáveis as necessidades e as aspirações dos povos cujos saberes foram destruídos. Sobre isso, ele questiona: *como realizar um diálogo multicultural quando algumas culturas foram reduzidas ao silêncio e suas formas de ver e conhecer o mundo se tornaram impronunciáveis? E como pode fazer falar o silêncio sem que ele fale necessariamente a linguagem hegemônica do que se pretende falar?* (SANTOS, 2000, p. 30).

Esses questionamentos produzem ecos sibilantes aos ouvidos de quem se propõe a estudar práticas, relações e acepções afetas a um “fazer” diferenciado e atento a um contexto intercultural, produzido a partir da troca de saberes entre culturas distintas, marcadas por relações de poder profundamente díspares entre si.

Ademais, coloca o pesquisador sob a vigília constante de si mesmo, a fim de não permitir que o conhecimento cultural produzido conduza a novas formas de imperialismo cultural, ao que o autor chama de multiculturalismo reacionário.

Boaventura (2006) denuncia os sucessivos epistemicídios promovidos ao longo da História e nos informa que, no Estado Capitalista Moderno, mesmo na social democracia, opera-se uma gestão da desigualdade e da exclusão a níveis tensionais toleráveis, posto que não pode eliminá-las uma vez que se assenta nelas. Com esse propósito, utiliza dois dispositivos ideológicos: o universalismo antidiferencialista, que opera pela negação das diferenças, e o universalismo diferencialista, que opera pela absolutização das diferenças.

A gestão da exclusão deu-se, pois, por via da assimilação prosseguida por uma ampla política cultural orientada para a homogeneização. A homogeneização começa desde logo na assimilação linguística [...] Os camponeses, os **povos indígenas** e os imigrantes estrangeiros foram os grupos sociais mais diretamente atingidos pela homogeneização cultural, descaracterizadora de suas diferenças. (SANTOS, 2006, p.292, grifo nosso).

Temos, assim, que o racismo tanto se afirma pela absolutização das diferenças como pela sua negação absoluta. *Uma política de igualdade genuína é a que permite a articulação horizontal entre identidades discrepantes e entre as diferenças em que elas assentam* (SANTOS, 2006, p. 313).

O objeto desse estudo associa-se a uma política pública setorial específica, que se justifica pela iniciativa de *sanar a omissão na legislação da saúde de nosso país e que possibilite* que as nações e os indivíduos indígenas possam ter acesso a um sistema de saúde que respeite seus direitos de cidadania e culturas (BRASIL, 1997), tendo como base o reconhecimento constitucional dos direitos desses povos à sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam.

A contribuição teórica de Boaventura deve nos auxiliar no esforço de caracterização das práticas, relações sociais e acepções dos agentes que atuam na gestão da política supracitada, a ponto de perceber quais elementos a aproximam das versões emancipatórias do multiculturalismo, baseadas no reconhecimento da

diferença e do direito à diferença, e quais concorrem para sua aproximação com instrumentos ideológicos de gestão de desigualdades e exclusão.

5.2. Pluralismo Médico:

Do mesmo modo que a ecologia dos saberes proposta por Boaventura (2006) desafia as totalidades hierárquicas, o universalismo da História e a visão monolítica da cultura, o pluralismo médico propõe-se a enfatizar a pluralidade dos saberes terapêuticos, entendendo a medicina ocidental como um produto histórico e cultural, de determinada época e sociedade.

Enrique Perdiguero, ao propor uma reflexão sobre o pluralismo médico, denota a emergência da temática nas últimas décadas, obrigando especialistas a reexaminarem os esquemas de entendimento do comportamento frente a uma doença, não apenas na América Latina, mas em todo o mundo. Apesar do pluralismo médico referir-se a um fenômeno estrutural, até então a grande maioria dos estudos estavam centrados, sobretudo, em uma das alternativas terapêuticas, a medicina ocidental, como se esta não fosse apenas mais um produto histórico, surgido entre os séculos XVIII e XIX na Europa e que se expandiu gradativamente para grande parte do mundo, disseminando o primado biológico dos processos relacionados à saúde e à doença (PERDIGUERO, 2006, p.33).

A medicina moderna fixou sua própria data de nascimento em torno dos últimos anos do século XVIII [...] no início do século XIX, os médicos descreveram o que, durante séculos, permanecera abaixo do limiar do visível e do enunciável. Isto não significa que, depois de especular durante muito tempo, eles tenham recomeçado a perceber ou a escutar mais a razão do que a imaginação; mas que a relação entre o visível e o invisível, necessária a todo saber concreto, mudou de estrutura e fez aparecer sob o olhar e na linguagem o que se encontrava além e aquém do seu domínio. Entre as palavras e as coisas se estabeleceu uma nova aliança fazendo ver e dizer; às vezes, em um discurso realmente tão “ingênuo” que parece se situar em um nível mais arcaico de racionalidade, como se tratasse de um retorno a um olhar finalmente matinal (FOUCAULT, 1977, p.10).

Segundo Canguilhem, o que distingue a medicina do século XIX daquela dos séculos anteriores é o seu caráter decididamente monista. Até o século XVIII a medicina havia permanecido dualista, marcada por um maniqueísmo médico. A Saúde e a Doença disputavam o Homem, assim como o Bem e o Mal disputavam o mundo (CANGUILHEM, 2006, p. 67). Para ele, a medicina está intimamente ligada ao

conjunto da cultura, de modo que qualquer transformação nas concepções médicas está condicionada pelas transformações ocorridas nas ideias da época.

Na mesma esteira, Arthur Kleinman (1980, p. 24) sugere a medicina como um sistema cultural de significados simbólicos ancorados em arranjos particulares de instituições sociais e padrões de interações interpessoais, de modo que, em todas as sociedades, as ações de cuidado em saúde são mais ou menos interrelacionadas. Advoga que os sistemas de saúde são sistemas culturais constituídos pelas respostas socialmente organizadas para o enfrentamento das doenças e por isso devem ser estudados de uma maneira holística.

Em toda cultura, as doenças, as respostas a estas, as experiências de adoecer e de tratamento e as instituições sociais ligadas ao adoecimento estão todas sistematicamente interconectadas. E a totalidade dessas interrelações constitui o sistema de cuidado com a saúde. Inclui modelos de crenças sobre as causas do adoecimento. Pacientes e cuidadores são os componentes básicos desse sistema e estão envolvidos em configurações específicas de significados culturais e relações sociais. Eles não podem ser entendidos fora deste contexto (Kleinman, 1980, p.24)

A influência da cultura pode ser observada, segundo Trostle, no modo como as pessoas cuidam dos sintomas antes de receberem um diagnóstico (TROSTLE, 2013, p 23).

En casi todos los grupos humanos hay, hoy día, diversas instancias asistenciales y terapéuticas que pueden ser utilizadas por sus miembros para resolver sus problemas de salud. La definición y valoración de los propios problemas de salud y su relación con el contexto social económico, político y cultural entra, por supuesto, en el ámbito de estudio del pluralismo asistencial (PERDIGUERO, 2006, p.33)

Assim, a medicina ocidental ou biomedicina seria apenas uma forma particularmente disseminada de terapia no mundo de hoje, que fundamenta seus tratamentos em uma combinação de testes empíricos e costumes. É um sistema cultural como outros, muitas vezes competindo e, menos frequentemente, colaborando com eles (TROSTLE, 2013, p.23)

Da mesma maneira, Kleinman entende que não há medicina essencial, medicina independente de seu contexto histórico. A medicina, assim como a religião, seria um importante meio através do qual as pluralidades da vida social se expressam e se reproduzem (KLEINMAN, 1997, p.24)

Ao propor uma reflexão sobre o pluralismo médico, Enrique Perdiguero (2006, p.33) demonstra como muitos dos modelos teóricos utilizados nas ciências da saúde e mesmo das ciências sociais para explicar o comportamento frente à doença têm impedido de compreender o pluralismo assistencial em sua plenitude, por centrarem-

se, sobretudo, no uso de apenas uma das alternativas terapêuticas: a medicina dominante científico-ocidental.

Nesse sentido, Hans Baer (2004), antropólogo *expert* no tema pluralismo médico nos Estados Unidos, Reino Unido e Austrália, nos alerta sobre a importância de trazer as relações de poder e de classe para tal estudo. Lembra que as sociedades em que o pluralismo médico se desenvolve são invariavelmente divididas em classes e que os padrões de pluralismo médico tendem a refletir as relações hierárquicas em sociedades maiores.

Os sistemas médicos nacionais no mundo moderno tendem a ser “plurais”, ao invés de “pluralísticos”, onde a biomedicina goza de um *status* dominante em relação às práticas médicas heterodoxas e/ou populares. Na realidade, sistemas médicos plurais podem ser descritos como “dominadores” uma vez que um sistema médico em geral dispõe de um status preeminente vis-à-vis qualquer outro sistema médico. Uma vez dentro de um contexto de um sistema médico “dominativo” em que um sistema tenta exercer, com o apoio de elites sociais, domínio sobre outros sistemas médicos, as pessoas são capazes de realizar “uso duplo” de sistemas médicos distintos⁴(BAER, 2004, p. 111, tradução nossa)

O autor informa ainda que diferentes grupos de classes sociais, etnias e raças, em sociedades capitalistas, têm diferentes ideologias que se manifestam sob diferentes formas de cultura e que a partir dessas constroem diferentes sistemas médicos (BAER, 2004, p.110).

A Biomedicina se pretende acultural, universal e empírica, envolta em uma aura de “factualidade científica” (RHODES, 1996 apud WALDRAM, 2000). A medicina tradicional, por outro lado, foi historicamente aceita como uma construção cultural, subjetiva e simbólica, revelando o uso inadequado da noção de “cultura” na literatura biomédica.

“Cultura” é um termo que aparece frequentemente na literatura médica, mas é tipicamente utilizado para denotar culturas não ocidentais. O cuidado em saúde “culturalmente competente” ou “culturalmente apropriado” tem emergido como um conceito “guarda-chuva” que encapsula a importância de trabalhadores da saúde, como médicos e enfermeiros, serem sensíveis às iniquidades da situação de saúde e da qualidade do cuidado em saúde experimentado entre diferentes classes sociais, raças e grupos étnicos, e trabalhar para superá-las

⁴ National medical systems in the modern world tend to be “plural”, rather than “pluralistic”, in that biomedicine enjoys a dominant status over heterodox and/or folk medical practices. In reality, plural medical systems may be described as “dominative” in that one medical system generally enjoys a preeminent status vis-à-vis other medical system. While within the context of a dominative medical system one system attempts to exert, with the support of social elites, dominance over others medical systems, people are quite capable of “dual use” of distinct medical systems.

através da consciência das diferenças culturais, étnicas e raciais, nas práticas e concepções de saúde ”⁵(LUPTON, 2012, viii, tradução nossa)

Eduardo Menéndez (1994), antropólogo argentino que dedicou boa parte da sua obra ao estudo dos processos de saúde, doença e atenção, também destaca a relação de hegemonia/subalternidade existente entre saberes biomédicos e tradicionais.

Más aún, la biomedicina, a partir de sus criterios de objetividad, considera negativa y hasta perjudicial a gran parte del saber médico tradicional. Para ella el eje determinante de las diferencias está colocado en la naturaleza científica de su propio saber y en la naturaleza cultural de los servicios de salud “tradicionales” (MENÉNDEZ, 1994)

Para este autor, todo grupo social, independente de seu nível de educação formal, gera e utiliza critérios de prevenção frente aos padecimentos que, real ou imaginariamente, afetam sua saúde na vida cotidiana. Esses saberes seriam estruturais a toda cultura, posto que são decisivos para a produção e reprodução da mesma (MENÉNDEZ, 1994).

Esses critérios e práticas de prevenção produzidos por diferentes grupos sociais, segundo Menéndez (1994), compõem os processos de saúde-doença-atenção, que se operam em campos sociais heterogêneos, com diferentes formas de desigualdade e estratificação social baseadas em relações de exploração econômica e de subordinação em termos ideológico-culturais. Essas relações econômicas e de poder, contudo, são omitidas pela maioria dos estudos sobre conceitos e práticas de interculturalidade, assim como as influencias dessas relações sobre os agentes inseridos em um contexto intercultural, segundo o autor.

No asumen que el racismo constituye un fuerte componente de las relaciones de hegemonia/subalternidade que se desarrollan especialmente através de procesos de s/e/a y que se expresan en America Latina através de situaciones cotidianas de muy diferente tipos (MENÉNDEZ, 2006, p. 59)

La reducción de la interculturalidad casi exclusivamente a sus aspectos culturales expresa frecuentemente objetivos de asimilación e integración, así como tende a excluir o por lo menos opacar los procesos socioeconômicos

⁵ “Culture” is a term that appears frequently in the medical literature, but it is typically used to denote non-western cultures. “Culturally competent” or “culturally appropriate” health care has emerged as an umbrella concept that encapsulates the importance of health-care workers such as doctors and nurses being sensitive to the disparities of health status and inequalities in the quality of health care experienced between social class, racial and ethnic groups and working to overcome these through awareness of ethnic and racial cultural differences in health practices and understandings”. (LUPTON, 2012, viii)

que reducen o diretamente impiden establecer relaciones interculturales realmente respetuosas y simétricas. Por eso esta línea asume la existencia de objetivos, intereses, trayectorias particulares entre los diferentes sujetos y grupos que están en relación, y que gran parte de esos procesos no pueden ser modificados solo mediante procesos educativos o formativos (idem, p.61).

A compreensão do contexto social, econômico, histórico e cultural dos processos de saúde e doença é fundamental não apenas para o estudo da interculturalidade, mas também para aqueles que se debruçam sobre o tema da eficácia simbólica, como destaca o antropólogo James Waldram. Segundo ele, muitos sistemas médicos tradicionais contêm explicações etiológicas que situam a gênese da doença dentro da esfera social, nas relações entre os seres e o cosmo, de modo que as bases epistêmicas do sistema biomédico, uniformes e universais, reservam pouco espaço para compreender as diversas epistemologias dos sistemas tradicionais, transformando em ruído clínico as diferentes expressões e manifestações culturais da doença (WALDRAM, 2000).

Isto posto, temos que as práticas biomédicas de saúde ofertadas no âmbito do Subsistema em territórios indígenas inserem-se em um contexto intercultural complexo, em que múltiplos fatores, como condições econômicas, modos de organização social e elementos simbólicos, religiosos e cosmológicos assumem relevância singular quando da necessidade de avaliação do comportamento das enfermidades e do perfil de morbimortalidade, bem como do planejamento de intervenções em saúde direcionadas à população indígena local.

Desta maneira, faz-se imprescindível aos agentes que gerem e exercem tais práticas reconhecer a pluralidade de terapêuticas existentes nas aldeias e articulá-las efetivamente dentro do modelo de atenção à saúde do SUS, não como recursos acessórios que devem ser demandados quando da falha dos tratamentos biomédicos, mas como parte da estratégia de atenção integral à saúde, conforme previsto na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Esses espaços de interação entre sistemas médicos diversos têm sido conceituados como intermedicalidade (LORENZO, 2011).

Por espaço de intermedicalidade consideramos o campo de atuação e de forças produzido pelos diversos atores sociais, do qual emergem saberes “híbridos” voltados ao processo de saúde, doença e atenção, ou seja, um espaço demarcado por negociações entre atores diversos (SCOPEL, DIASSCOPEL e WIIK, 2012)

A abordagem do pensamento crítico que orienta os estudos sobre o multiculturalismo emancipatório e o pluralismo médico, cujos princípios foram brevemente elucidados nas últimas páginas, pretende auxiliar no exercício de estranhamento a ser aplicado por esta pesquisadora quando do esforço interpretativo

das práticas e das narrativas dos trabalhadores que hoje atuam na gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas da Bahia, ambiente que lhe é profundamente familiar.

Como sugere Menéndez (2006, p. 52), no que se refere aos problemas da interculturalidade, a Antropologia tem se debruçado sobre questões que já foram resolvidas pelos próprios grupos sociais envolvidos no contexto intercultural. Caberia ao empreendimento hermenêutico que se pretende realizar neste estudo, portanto, o registro dos processos desenvolvidos para tal fim, com o intuito de aprender com as práticas de tais conjuntos sociais.

Soma-se à complexidade do estudo da interculturalidade, a necessidade de convergência de diferentes disciplinas, a exemplo da Antropologia, que, como alerta oportunamente Menéndez (1998, p. 76), deve se dar de maneira bem orquestrada, orientada para a busca de um efeito estrutural que organize os diversos elementos que se articulam nos processos que envolvem o objeto em estudo, e não para a seleção de diferentes fatores explicativos dispersos em uma miríade de possibilidades oriunda da superposição de marcos metodológicos e epistemológicos.

5.3. A Antropologia Interpretativa:

O campo da saúde coletiva, ao debruçar-se sobre os complexos fenômenos de saúde e doença, tornou-se ponto de encontro de diversos saberes, cada um com seu “nível de ancoragem” (SAMAJA, 2000) específico, porém não exclusivo, e, em muitos casos, complementares. Afinal, a complexidade do que se pretende estudar torna o campo científico mais permeável a diferentes estratégias de abordagem a fim de construir a compreensão mais integral possível dos fenômenos investigados.

Entre as disciplinas disponíveis, elegeu-se para fins desse estudo o arcabouço teórico e metodológico da Antropologia, mais particularmente, da Antropologia Interpretativa, fortemente influenciada pela sociologia compreensiva weberiana.

Para compreender o que é uma ciência, segundo Clifford Geertz (1989, p.4), um dos mais importantes antropólogos norte-americanos, é preciso ver o que os seus praticantes fazem e, no caso da Antropologia, o que eles fazem é a etnografia. Portanto, para compreender o que representa a análise antropológica como forma de conhecimento, é preciso compreender a etnografia, explicada pelo autor como uma “descrição densa”, produto de um esforço intelectual do pesquisador ao estudar estruturas significantes, determinar sua base social e sua importância.

O que o etnógrafo enfrenta, de fato, é uma multiplicidade de estruturas conceituais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares e inexplícitas, e que ele tem que, de alguma forma, primeiro apreender e depois apresentar [...] fazer etnografia é como tentar ler (no sentido de “construir uma leitura de”) um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escritos não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado (GEERTZ, 1989, p.7).

Para Geertz (1989, p.8), o comportamento humano é visto como uma ação simbólica e a análise de sua importância deve estar isenta de perspectivas reducionistas ou reificadoras. A cultura, por seu turno, é o contexto em que os comportamentos, as instituições ou os processos podem ser descritos de maneira inteligível, tornando-os acessíveis.

Celso Azzan Jr. (1993) reconhece a importância da análise antropológica de abordagem compreensiva de Geertz, mas conclui que metodologicamente o círculo proposto por esse autor detém-se de forma minuciosa em sua etapa descritiva, deixando a desejar no que se refere a como proceder a interpretação. Para Geertz, a cultura é um conjunto de textos que o antropólogo desloca para ler sobre os ombros daqueles a quem propriamente pertencem, oriundos de suas próprias interpretações. O trabalho do antropólogo consiste portanto em apreender a como ganhar acesso a elas.

Para Azzan, baseado em Paul Ricoeur, o texto carrega a marca intencional de quem o produziu, naquele momento. A compreensão desse texto, assim como sua produção, é também histórica. Desse modo, ele avança em relação às contribuições teóricas de Geertz para uma análise antropológica interpretativa ao lançar luz sobre o processo de interpretação em si, onde o pesquisador deve aplicar o mesmo ou maior esforço intelectual em relação àquele empreendido em sua “descrição densa”, a fim de recompor a totalidade do significado, em seu (con)texto (AZZAN JUNIOR, 1993).

Segundo Adolfo Casal (1996), a hermenêutica refere-se à compreensão e essa, por sua vez, refere-se ao sentido. Compreender é captar o sentido de alguma coisa. E o sentido é atribuído e adaptado através dos signos (da linguagem). São, portanto, elementos constitutivos da compreensão da realidade humana sociocultural o sentido e a linguagem. Numa abordagem hermenêutica, busca-se assim compreender os sentidos e interpretar a linguagem através da qual estes sentidos e significados são expressos.

Ainda de acordo com Azzan Júnior (1993, p. 94), o conceito semiótico de cultura utilizado por Geertz se aproxima do sentido de semântica desenvolvido por Ricoeur (1989), cuja obra sintetiza contribuições de diversas correntes filosóficas, entre elas a fenomenologia, o existencialismo e a psicanálise.

Ricoeur aborda a especificidade da linguagem como discurso e o analisa sob a perspectiva linguística, ou semântica, e a fenomenologia da significação, derivada dos primeiros trabalhos de Husserl. Para Ricoeur, texto é todo o discurso fixado pela escrita. Assim, o objeto de análise em questão é o texto, a fala contextualizada, ou, nas palavras de Ricoeur, a “fala no meio circunstancial do discurso”. Este autor dedicou-se à análise de textos escritos pelos próprios autores, enfatizando a relação entre o texto e o seu mundo e como esta afeta a relação do texto com as subjetividades do autor e do leitor.

Segundo Ricoeur, a tradição romântica hermenêutica tendeu a identificar a interpretação com a categoria da “compreensão” e a definir a compreensão como o reconhecimento da intenção de um autor do ponto de vista dos endereçados primitivos, na situação original do discurso, numa concepção psicologizante. Seu objetivo, porém, é se opor a essa concepção, a partir de uma filosofia do discurso. Diante disso, ele propõe dois campos de investigação: o campo semântico, para que o signo linguístico é determinante; e o campo de investigação de fatores não linguísticos ou pré-linguísticos.

A compreensão tem, portanto, dois aspectos complementares e dialéticos (círculo hermenêutico): a compreensão de si mesmo e a compreensão dos outros. O processo hermenêutico consiste na conjugação de dois horizontes mutuamente interligados e ativos: o horizonte do indivíduo à luz do seu contexto cultural e histórico; e o horizonte de uma cultura ou história reconstituído à luz da vida e da experiência individual (CASAL, 1996).

Assim, a compreensão é sempre histórica, pertencente à tradição e está inserida no contexto do intérprete (Casal, 1996). O caráter histórico da compreensão relaciona-se à sua vinculação necessária a uma tradição. Na experiência hermenêutica não há “ponto zero” a partir do qual passa a haver compreensão, pois não há um ponto fora do mundo ou uma instância metodológica que permita lançar sobre a realidade um olhar descompromissado ou descontextualizado. A nossa compreensão é sempre guiada por uma antecipação de significados - originada da comunalidade que nos liga à tradição. O cientista que julga se colocar acima dos fatos para compreender a história ou a sociedade, revela não a verdade objetiva que almeja, mas os preconceitos do seu tempo (ALVES, RABELO e SOUZA, 2014).

Azzan (1993) sugere que a teoria de Geertz se aproxima da abordagem compreensiva na medida em que propõe uma análise que considera a interpretação dos significados para os sujeitos da ação bem como a utilização do conceito semiótico de cultura como teia de significados. Destaca, contudo, que o autor não completa o círculo hermenêutico.

Como o processo interpretativo implica, necessariamente, uma visão subjetiva do intérprete – pois ele interpreta através de sua história de vida, de seus costumes, da tradição de seu pensamento; da sua visão de mundo pessoal, da qual nunca se desfaz –, ocorre um encontro entre tal subjetividade e a objetividade do significado expresso no texto. A resolução para esse dilema, entre uma subjetividade cognoscente e uma objetividade cognoscível, só pode ser alcançada numa mediação que, nascendo da subjetividade de quem interpreta, encontra, já cristalizada e objetivada, a subjetividade que dá origem ao significado interpretado. A esse processo chamado de intersubjetividade, deve-se a possibilidade de objetivar a interpretação (AZZAN JÚNIOR, 1993)

Por fim, esse autor conclui sua crítica à proposta de antropologia interpretativa de Geertz retomando o círculo hermenêutico que admite a possibilidade da objetividade através da “fusão de horizontes”, ou seja, da fusão das subjetividades do intérprete e do interpretado, conferindo à interpretação um caráter objetivo. Geertz (1978), partindo dos pressupostos da sociologia compreensiva weberiana, afirma que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu e a cultura seria, portanto, essas teias e a sua análise. Nessa esteira, ele define a ciência interpretativa como aquela que está em busca desse significado (AZZAN JUNIOR, 1993, p.123)

As contribuições teóricas e metodológicas apontadas até aqui buscam munir o pesquisador implicado a conter o relativismo cultural que tende a frustrar as iniciativas de efetiva articulação entre o sistema biomédico e os sistemas tradicionais de saúde em busca do cuidado integral, e construir novas bases para um modelo de atenção capaz de dar conta dos aspectos simbólicos envolvidos nos processos de saúde e adoecimento em populações indígenas.

Esse desafio hermenêutico não constitui tarefa fácil, muito menos se trata de uma tarefa impossível, destinada a poucos seres “agraciados” com o respectivo dom, pois, como nos informa Geertz (1997), a interpretação antropológica não resulta de uma sensibilidade extraordinária ou sobrenatural. Ao contrário, é produto do esforço intelectual do pesquisador que, por sua vez, não deve ficar limitado pelos horizontes mentais daqueles que observa, tampouco, deve ficar surdo às tonalidades de sua existência.

6 METODOLOGIA:

Para justificar a escolha do percurso metodológico que orientará essa pesquisa, convém resgatar o seu objetivo principal, a saber, conhecer os significados e os operadores da categoria discursiva “atenção diferenciada” através da análise dos enunciados e da observação de práticas concretas de agentes sociais implicados na gestão do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas na Bahia, a fim de revelar as bases sociais, políticas e culturais que os sustentam e analisar como contribuem, ou não, para a sua operacionalização.

Como nos explica Lilia Schraiber (2015, p. 52), conhecer é sempre um movimento entre o teórico e o empírico. Seguindo o percurso do pensamento, *parte da experiência sensível (o vivido) instaura perguntas e problematizações em certas direções (segundo suas referências teóricas) e conforma percursos de procedimentos práticos (a investigação empírica)*. A partir disso, produz outro empírico sensível, agora como experiência provocada, construída para obter respostas às perguntas elaboradas que, por sua vez, suscitam o movimento de buscar na literatura disponível suas possíveis explicações ou interpretações/compreensões, construindo um novo corpo teórico. Para Lilia, esse movimento é o próprio método.

O engajamento ético e político da pesquisadora com o objeto em estudo, sobre o qual propõe novo aporte teórico, alarga a necessidade do rigor aplicado na vigilância epistemológica e metodológica do processo investigativo, em especial, da observação empírica.

Sem receios em relação à subjetividade que envolve as escolhas afetas à construção e execução de um projeto de investigação, ocupa-se aqui apenas de exercê-la dentro dos limites da pesquisa.

A escolha do método, por um lado, é o que propicia e, ao mesmo tempo, limita nossas opções como sujeito no interior da pesquisa científica, ao demarcar algumas práticas possíveis e não outras. De outro lado, as escolhas não são totalmente livres, mas circunscritas em um leque de possíveis históricos (SCHRAIBER, 2015, p. 45)

Para as análises que se seguem, debruçou-se o olhar sobre o mundo do trabalho, as relações sociais e rede de ações que se desenvolvem entre pessoas, em um ambiente institucional. As relações sociais não estão restritas às relações particularizadas, que se dão apenas entre pessoas que se encontram face a face, mas referem-se também à coordenação de atividades desenvolvidas por pessoas em larga escala, socialmente organizadas, características das sociedades contemporânea (PINHEIRO, 2014, p.18).

Nesse sentido, trajetórias, contextos e práticas de diferentes sujeitos se conectam através de relações sociais amplificadas, engendrando cadeias de ações que se propagam segundo marcos normativos e institucionais, de forma coordenada e interdependente, estabelecendo redes complexas com repercussões em diversos níveis.

Partiu-se do pressuposto de que os textos institucionais orientam e permeiam as relações sociais e práticas dos sujeitos no ambiente institucional, mas jamais anulam subjetividades, ou são capazes de dissociar os sujeitos de suas relações particulares e de seus contextos de vida, de modo que cada um experimenta e reage à estrutura e à dinâmica institucionais de maneiras distintas.

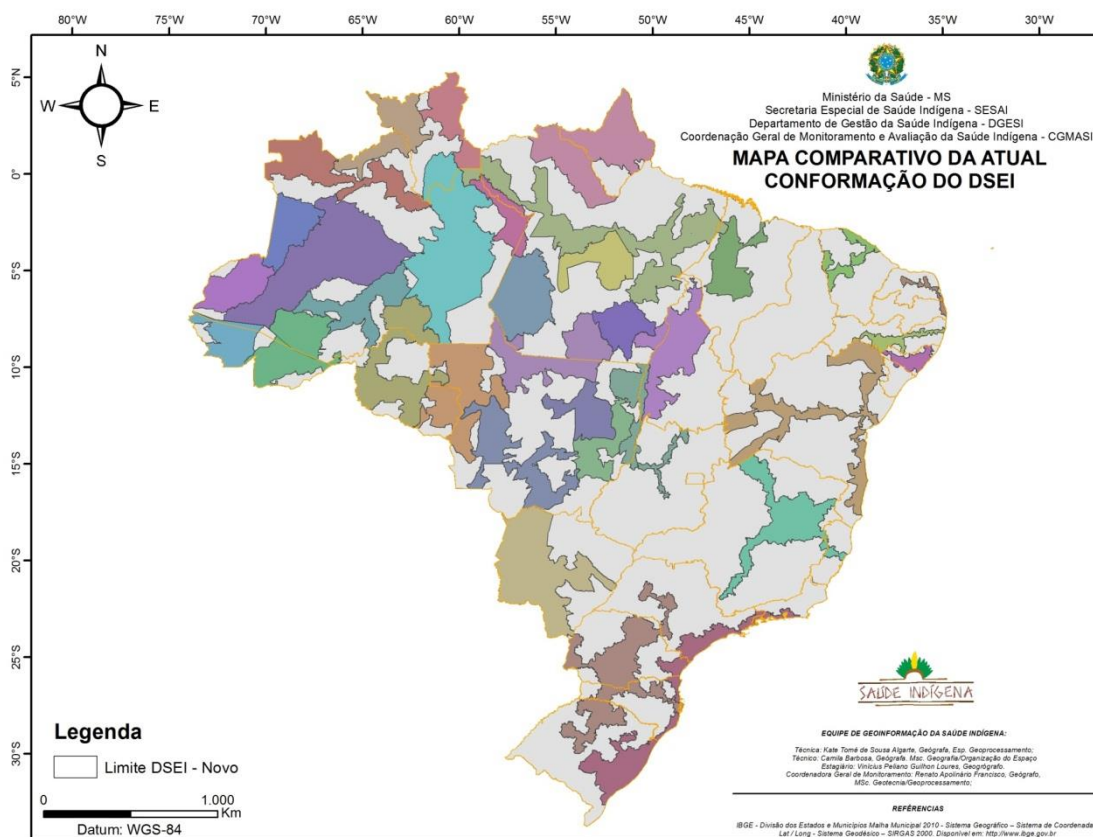
Interessou conhecer as perspectivas dos sujeitos implicados, direta ou indiretamente, na gestão do Subsistema e como essas influenciam o seu fazer cotidiano, considerando que a ação individual provoca e articula-se com outras ações em uma cadeia infinita, impregnada por forças institucionais que exercem menor ou maior pressão a depender da posição e/ou espaço ocupado por cada ator social.

Para isso, propôs-se um estudo qualitativo, de abordagem etnográfica, a fim de desvelar os significados produzidos nas relações sociais estabelecidas entre os sujeitos que participam da gestão de uma política pública específica e como esses influenciam as suas práticas cotidianas e, por conseguinte, a dinâmica institucional.

O campo de observação foram os espaços colegiados e demais estruturas de gestão instituídos no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia, órgão ligado à Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde.

Existem hoje no Brasil 34 DSEIs, distribuídos em todo o território nacional. A abrangência das ações executadas pelo DSEI da Bahia confunde-se com os limites geográficos do estado, o que não acontece na maioria dos demais Distritos. Essa organização facilita o diálogo entre gestores de diferentes entes federativos com o intuito de efetivar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Essa convergência de competências institucionais sobre um mesmo território geográfico permitiu a instalação de fóruns colegiados de gestão da PNASPI externas ao DSEI, a exemplo da Comissão Estadual de Saúde dos Povos Indígenas, criada no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, que também deverá ser observada para fins de análise.

Figura 2. Mapa Comparativo da Atual Conformação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil:



Outros espaços institucionais avaliados foram reuniões de colegiado da Gestão do DSEI-BA, reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena da Bahia, as atividades de educação permanente com os coordenadores locais, reuniões de grupos de trabalho e equipes de apoio matricial, oficinas, comissões intergestores, conferências e demais fóruns ordinários e extraordinários de discussão da Política de Atenção à Saúde dos Povos indígenas na Bahia.

O estudo do cotidiano exigiu a elaboração de um roteiro de observação (em anexo) a fim de descrever os aspectos de interesse para análise das práticas dos agentes sociais que atuam na gestão da PNASPI no âmbito do DSEI-BA.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas (roteiro em anexo) com 26 profissionais que atuam na gestão do Subsistema de Atenção à Saúde indígena no âmbito da Bahia, contemplando todos os coordenadores técnicos em saúde das equipes multidisciplinares de saúde, lotados em unidades descentralizadas, a saber, os Polos Base, e os gestores dos setores de atenção à saúde, gestão de pessoas e coordenação geral, na sede do Distrito. A seleção desses setores justifica-se pela relação de pertinência entre as suas competências e atribuições institucionais e o

objeto em estudo. As entrevistas ocorreram após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva, através do Parecer nº 1.849.830 e a autorização de uso do seu conteúdo foi expressa através da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A identidade dos colaboradores foi preservada através da substituição dos seus nomes por palavras na língua indígena Patxohã com o intuito de reconhecer e valorizar o processo de etnogênese que marca a identidade étnica dos povos indígenas da Bahia. Convém destacar que o uso de palavras indígenas não se relaciona com a identidade étnica dos entrevistados, em sua maioria não indígenas.

Além da observação participante e de entrevistas semi-estruturadas, foram utilizadas como técnicas de coleta de informações grupos focais e análise documental. A observação participante se deu entre setembro de 2014 e março de 2017, com registros em diário de campo. O campo de observação foram os espaços colegiados e demais estruturas de gestão instituídos no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia, órgão ligado à Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde.

A composição do grupo de colaboradores da pesquisa contemplou todos os profissionais lotados na gestão dos serviços de atenção à saúde, na sede e nas unidades descentralizadas do DSEI, no Setor de Gestão de Pessoas, responsável pelo planejamento de programas de formação e capacitação para os profissionais que atuam na saúde indígena, e na Coordenação Distrital, a fim de garantir maior diversificação no perfil de profissionais, considerando tempo de experiência na saúde indígena, pertencimento étnico, tipo de vínculo institucional e local de atuação.

O grupo focal envolveu os coordenadores técnicos em saúde das unidades descentralizadas do DSEI-BA e foi conduzido a partir de uma pergunta disparadora sobre o que significava, na opinião do grupo, a atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas. A participação foi também voluntária.

Para a análise documental, os textos institucionais analisados foram o Relatório da Etapa Distrital para a Etapa Nacional da 5ª Conferência de Saúde Indígena, as atas das reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena realizadas entre setembro de 2014 e dezembro de 2016 e os documentos referentes ao Planejamento Estratégico da Secretaria Especial de Saúde Indígena.

A utilização de um modelo de metodologia qualitativa como concepção teórica de abordagem deve-se ao entendimento de que apenas este é *capaz de incorporar a*

questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 2006).

Ainda de acordo com Verás, para a realização de uma etnografia institucional é necessário existir uma aproximação entre o pesquisador, o espaço e os atores da investigação, de modo a entender e relacionar a forma de organização em cada contexto com os saberes e as práticas ali desenvolvidos. A autora afirma que essa modalidade de investigação não é estática, mas pode e deve ser revista na medida em que se aprofunda a imersão no campo, pois quanto maior o envolvimento com o objeto de pesquisa e com o campo no qual a dinâmica se desenvolve, melhor a definição do processo de investigação que se quer percorrer (VERAS, 2014, p. 29).

O arcabouço teórico da Etnografia institucional contribuiu bastante para o desenho metodológico desse estudo. O foco comum sobre a vida cotidiana das pessoas em ambiente institucional, ou ainda sobre as atividades que coordenam esse cotidiano, gerou grande aproximação com a literatura acerca dessa modalidade de investigação, mas não o suficiente para uma filiação imediata.

Concordando com a proposta de Etnografia Institucional, entende-se como elemento positivo para o bom desenvolvimento desse estudo o fato da pesquisadora compor o quadro funcional do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia, tendo em vista a prévia imersão em campo e a familiarização com os agentes sociais que atuam nos espaços institucionais em análise. Por outro lado, exigiu o exercício constante de vigilância epistemológica no sentido “estranhar” aspectos corriqueiros das atividades e relações cotidianas em análise, desenvolvidas em um contexto comum entre pesquisador e colaboradores, e uma clara apropriação dos conceitos e marcos teóricos normativos que fundamentam o objeto de investigação.

Em tempo, convém destacar que o cargo de chefia que ocupa a pesquisadora impõe cuidados adicionais à condução da pesquisa, com o intuito de evitar que se produza qualquer tipo de constrangimento aos colaboradores cuja relação com a pesquisadora se estabelece obedecendo a estrutura hierárquica institucional. Por isso, optou-se por iniciar as entrevistas e a dinâmica do grupo focal por perguntas mais intimistas e informais sobre a trajetória dos participantes e os elementos que provocaram a opção pelo trabalho na saúde indígena, a fim de tornar o ambiente menos institucional. A escolha de ambientes externos para a realização das entrevistas também se deu com esse intuito.

Para possibilitar uma melhor compreensão dos papéis e posições ocupadas pelos agentes e as diferentes formas de vinculação com a instituição, apresenta-se

brevemente a estrutura de organização do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, do Sistema Único de Saúde.

A PNASPI orienta para a adoção de um modelo complementar e diferenciado de saúde ao definir as diretrizes para a organização dos serviços ofertados sob gestão do Ministério da Saúde, no âmbito do Subsistema, e estabelecer as responsabilidades institucionais de diversos órgãos federais e dos demais entes federados com o propósito de garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política e reconhecendo a eficácia de sua medicina tradicional.

O Decreto n.º 3156 de 27 de agosto de 1999 dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do SUS, e estabelece que a organização das atividades de atenção à saúde das populações indígenas se dá no âmbito do Sistema Único de Saúde e efetiva-se, progressivamente, por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, ficando assegurados os serviços de atendimento básico no âmbito das terras indígenas.

O DSEI é subdividido territorialmente em Polos Base, que constituem a primeira referência para as Equipes Multidisciplinares que atuam nas aldeias, em Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) ou como equipes volantes, e podem estar localizados em sedes ou distritos de municípios, em zonas rurais ou terras indígenas. Cada Polo Base possui um Coordenador Técnico em Saúde e um coordenador administrativo, que coordenam as ações de saúde, as ações administrativas e de saneamento na sua área geográfica de abrangência.

Figura 3. Organização do Modelo Assistencial da Saúde Indígena.

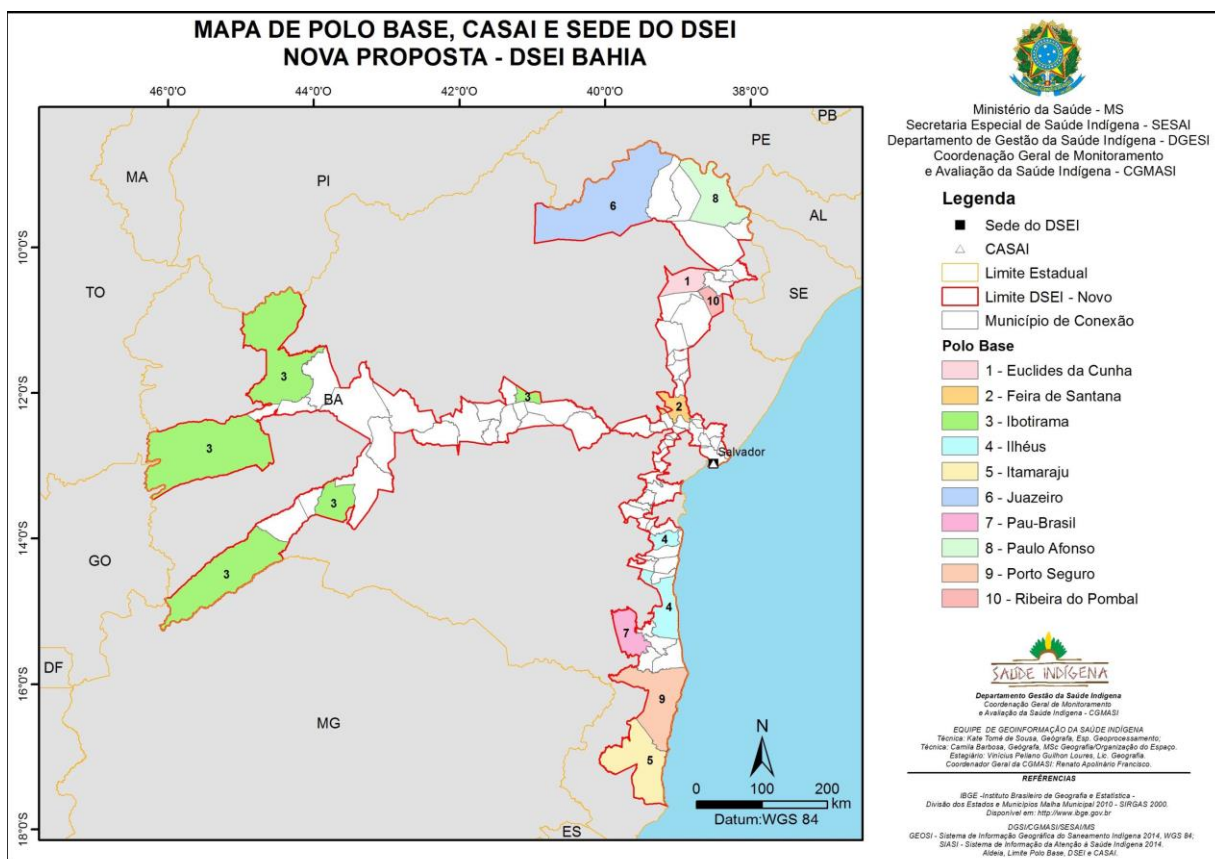
Fonte: SESAI/MS



O DSEI-BA, desde 2013, está dividido em dez Polos Base, sendo nove Polos que funcionam como referência para as EMSI que atuam na atenção primária à saúde nas aldeias e um Polo administrativo que serve apenas como referência para os pacientes regulados para a rede de atendimento especializado em saúde no município de Feira de Santana. As sedes dos demais Polos estão localizadas nos municípios baianos de Euclides da Cunha, Juazeiro, Paulo Afonso, Ribeira do Pombal, Ibotirama, Pau Brasil, Ilhéus, Porto Seguro e Itamaraju.

Cada Polo Base abrange municípios próximos que possuem terra indígena e/ou que oferecem serviços de saúde especializados a esta população, de acordo com pactuação nas Comissões Intergestores Regionais (CIR). O critério atualmente utilizado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena para determinar os limites geográficos de um Polo Base é a resolutividade das redes locais de atenção à saúde.

Figura 4. Mapa Atualizado do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia.



O padrão de ocupação do território pelos povos indígenas na Bahia é bastante dinâmico. Trata-se de um território vivo, em movimento, e em constante expansão, cujos conceitos e limites permanecem como litígio para os órgãos oficiais, em especial a FUNAI, órgão indigenista nacional.

Os movimentos migratórios são constantes, sendo comum a chegada, no território adstrito ao DSEI-BA, de indígenas que ocupavam originalmente os estados de Alagoas e Sergipe, como os *Kariri Xocó*, de Pernambuco, a exemplo dos *Atikun*, da Paraíba, os *Potiguara*, e de Minas Gerais, os *Xacriabá*, entre outros.

Entre os povos que ocupam o território baiano originariamente, as maiores nações são as dos *Pataxós*, *Pataxós Hã Hã Hãe*, *Tupinambá*, *Tumbalalá*, *Tuxá*, *Kaimbé* e os *Kiriri*, cujas características relacionam-se de maneira estreita com o trajeto histórico de seus ancestrais e com o ambiente natural do seu território, desde a Mata Atlântica do litoral da Costa do Descobrimento à caatinga do sertão baiano de Canudos.

Ilustrativa da dinâmica do território indígena na Bahia é a caracterização dos Povos Indígenas constante nos Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI) dos quadriênios 2012-2015 e 2016-2019, apresentada a seguir:

Figura 5. Caracterização dos Povos Indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena constante no PDSI 2012-2015.



Figura 6. Caracterização dos Povos Indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena constante no PDSI 2016-2019.



Fonte: PDSI 2016-2019

6.1. Aspectos Éticos:

Segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, as instituições de ensino e pesquisa devem ser estimuladas a produzir conhecimentos e tecnologias adequadas para a solução dos problemas de interesse das comunidades. Na mesma esteira, estabelece que a SESAI, em conjunto com o órgão indigenista, deve tomar as medidas necessárias ao cumprimento das resoluções do Conselho Nacional de Saúde que regulamentam a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, em especial, aquela que diz respeito às pesquisas envolvendo populações indígenas, a saber, a Resolução nº 304/2000 e a atual Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

A Resolução nº 304/2000 tem como objetivo garantir que sejam respeitados os direitos dos povos indígenas no que se refere ao desenvolvimento teórico e prático de pesquisa em seres humanos que envolvam a vida, os territórios, as culturas e os recursos naturais dos povos indígenas do Brasil, bem como o direito de participação dos índios nas decisões que os afetem. Determina que os benefícios e vantagens resultantes do desenvolvimento de pesquisa devem atender às necessidades de indivíduos ou grupos alvo do estudo, ou das sociedades afins e/ou da sociedade nacional, levando-se em consideração a promoção e manutenção do bem estar, a conservação e proteção da diversidade biológica, cultural, a saúde individual e coletiva e a contribuição ao desenvolvimento do conhecimento e tecnologia próprias.

Nesse sentido, os objetivos dessa pesquisa coadunam com o propósito da resolução supracitada, na medida em que visam elucidar aspectos relativos à garantia do direito a atenção diferenciada à saúde os povos indígenas. Ademais, obedecem aos princípios da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade conforme sugere a Resolução nº 466/2012, assim como orienta-se pelo respeito à visão de mundo, os costumes, atitudes estéticas, crenças religiosas, organização social, filosofias peculiares, diferenças lingüísticas e estrutura política dos povos indígenas, e não admite qualquer tipo de exploração e de risco à integridade e bem estar dos envolvidos, de acordo com a Resolução nº 304/2000.

A aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva está expressa no Parecer nº 1.849.830 e o uso conteúdo das entrevistas e grupo focal foi autorizado através da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

7. ARTIGOS:

7.1. Artigo 1:

Desvelando armadilhas sematológicas entre o modelo diferenciado de atenção à saúde indígena e o princípio da atenção diferenciada

INTRODUÇÃO:

A SESAI, como ela foi montada, o Distrito, como ele está montado, é para não funcionar, afirma com segurança um dos gestores do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena na Bahia. Conduzido por essa provocação, esse estudo busca compreender como se organiza o modelo diferenciado e complementar de atenção à saúde voltado para os povos indígenas no estado da Bahia, e como este concorre para a efetivação do princípio da atenção diferenciada, estabelecido pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e que justifica a existência de um Subsistema específico para essa população.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) foi instituído através da Lei n.º 9836/99, que alterou a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990). Consoante a lei, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deve ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado (BRASIL, 1999a).

O Decreto n.º 3156 de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no âmbito do SUS, estabelece que a organização das atividades de atenção à saúde das populações indígenas *se dá no âmbito do Sistema Único de Saúde e efetiva-se, progressivamente, por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, ficando assegurados os serviços de atendimento básico no âmbito das terras indígenas* (BRASIL, 1999b).

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, instaurada pela Portaria nº 254 de 31 de janeiro de 2002, cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) deve organizar uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, de forma integrada e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde.

Os DSEIs consistem em um modelo próprio de organização dos serviços de saúde prestados no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas,

orientado para um *espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando 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* (BRASIL, 2002, p.13).

Criados a partir da Portaria da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) nº 852 de 1999, aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas *cabe a responsabilidade sanitária sobre determinado território indígena e a organização de serviços de saúde hierarquizados, com a participação do usuário e sob controle social* (BRASIL, 1999c). Acrescenta-se que a criação desses distritos deveria, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.163 de 14 setembro do mesmo ano, ser entendida como um processo a ser construído com a participação dos povos indígenas, observando os seus próprios conceitos e práticas relativos às suas condições de viver e morrer (BRASIL, 1999d).

O território adstrito ao Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia é bastante dinâmico, em crescente expansão e movimento. Temos que, de 2012 a 2017, o território adstrito ao Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia passou de 71 para 136 aldeias, de 14 para 23 etnias, localizados em 31 municípios baianos.

A dinâmica dos territórios indígenas pode ser melhor entendida sob a perspectiva miltoniana, que traz a ideia de território como um dado ativo, simbólico e integrador, que media a relação entre o global e o local, cujo uso deve constituir objeto de análise social, e não ser compreendido como território em si. Para Milton Santos, o território são formas, mas o território usado são objetos e ações, sinônimo de espaço humano, espaço habitado (SANTOS, 2005, p. 255).

Assim, o território indígena adstrito ao DSEI-BA está em constante transformação. Entre as 136 aldeias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) na Bahia, apenas 29 estão em alguma fase do processo demarcatório da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Dessa forma, são constantes os conflitos fundiários entre indígenas e fazendeiros, principalmente as retomadas⁶. Além disso, empreendimentos governamentais, como a construção da

⁶ Retomadas consistem no processo de desintrusão do território tradicionalmente ocupado, com a retirada de não indígenas de dentro do território indígena. Segundo José Augusto Laranjeiras Sampaio, da Associação Nacional de Ação Indigenista (ANAI), as primeiras retomadas em nível nacional aconteceram na Bahia, na região de Picos, pelos Kiriri, em 1982. Nesse mesmo ano, os Pataxó Hã Hã Hãe fizeram a retomada de fazendas de cacau e de gado que estavam dentro da sua Caramuru-Paraguaçu, e que foram arrendadas de servidores do extinto Serviço de Proteção ao Índio (SPI) e pelo governo do estado nas gestões de Roberto Santos e Antônio Carlos Magalhães.

Hidrelétrica de Itaparica, que retirou os índios *Tuxá* do seu território tradicionalmente ocupado e os conduziu a uma vila urbana com exíguo território agrícola, e como o tombamento do Parque do Monte Pascoal como área de preservação ambiental, que reduziu também a área produtiva dos indígenas *Pataxó* induzindo movimentos migratórios, provocam mudanças na conformação do território indígena da Bahia, entre outras razões.

As Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena estão previstas na Portaria GM nº 70/2004 e informam que o modelo de gestão do Subsistema deve considerar a necessidade de obtenção de resultados concretos na correta aplicação dos recursos de custeio a fim de dar continuidade à prestação dos serviços e práticas sanitárias voltados para as populações indígenas aldeadas, considerando o respeito às suas peculiaridades etnoculturais e o princípio da integralidade da atenção (BRASIL, 2004).

O Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia exerce sua responsabilidade sanitária sobre os territórios indígena através de ações de saúde realizadas por 32 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), que atuam em aproximadamente 202 pontos de atendimento. A equipe mínima das EMSIs do DSEI-BA é composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 odontólogo, 01 auxiliar de saúde bucal, 02 técnicos de enfermagem, agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento de acordo com a dispersão territorial. Essa composição assemelha-se àquela proposta na Estratégia da Saúde da Família (ESF) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse estudo analisa, sem embargo das similitudes, o que diferencia o modelo de atenção aplicado no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) daquele aplicado no âmbito da rede de atenção básica do SUS. Outrossim, procura diferenciar as categorias de modelo diferenciado de atenção e a atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas, princípio que justifica o Subsistema específico.

Para isso, conta com as contribuições teóricas de Jairnilson Paim e a concepção de modelos de atenção como formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias utilizadas no processo de trabalho em saúde, ou ainda, *de racionalidades diversas que informam a práxis* (PAIM, 1999, p. 493), bem como a definição sistêmica proposta por Carmem Teixeira e Ana Luiza Vilasbôas (2014, p. 288) que articula três dimensões de análise, a saber: uma dimensão gerencial, relativa aos mecanismos de condução do processo

de organização das ações e serviços; uma dimensão organizativa, que se refere ao estabelecimento de relações entre unidades de serviço dos diferentes níveis de complexidade tecnológica; e uma dimensão técnico-assistencial, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho, mediadas pelo saber e tecnologias que operam no processo de trabalho em saúde em diversos planos. Como argumentam as autoras, essa concepção incorpora tanto o nível micro, das práticas, como o nível macro, contemplando os sistemas que envolvem as práticas e serviços de saúde e as ações político-gerenciais que conferem organicidade aos processos relativos à prestação de serviços à população.

METODOLOGIA:

O conceito de modelo de atenção adotado, ao destacar o papel dos sujeitos das práticas e as relações que estabelecem entre si, com seu objeto de trabalho e com os usuários que dele necessitam e como influenciam as dimensões gerencial, organizativa e técnico-assistencial na medida em que envolvem sistemas de valores, disputa de interesses, relações de poder, competência técnica, pertencimento étnico, entre outras questões, faz pertinente a opção pela metodologia qualitativa de estudo, com uma abordagem etnográfica e a aplicação das técnicas de observação participante e de entrevistas semiestruturadas.

Busca-se, com o método qualitativo, alcançar um conhecimento intersubjetivo, descritivo e compreensivo, a partir das atitudes de sentido que os agentes conferem às suas ações, como propõe Boaventura Santos (2010, p.38), e como essas influenciam seu cotidiano. No caso dos sujeitos que ocupam os espaços de gestão do serviço de saúde, temos que suas práticas e ideias afetam sobremaneira as dimensões gerenciais e organizativas de um modelo de atenção, uma vez que conduzem o processo de organização das ações e serviços de saúde, além da dimensão técnico-assistencial. Segundo Jairnilson, por mais que as organizações pretendam interferir na atuação dos profissionais, eles detêm relativo grau de liberdade no exercício de suas atividades (PAIM, 2002, p.15).

Garnelo e Maquiné (2015, p.124), ao estudarem o financiamento e a gestão do SASI-SUS, destacam a necessidade de discutir não apenas o seu ordenamento jurídico e de planejamento, mas de avaliar fundamentalmente como essas normativas são operadas no cotidiano do processo de gestão, analisando as rotinas que regem a administração cotidiana do Subsistema, a fim de entender como vem se efetivando a sua estruturação.

Nesse sentido, buscando suprir a lacuna de estudos que se debruçam sobre as práticas de gestão no âmbito do Subsistema de saúde indígena, esta pesquisa se focalizou nesse espaço social e nos sujeitos que aí atuam. Para tanto, foram entrevistados 26 profissionais que atuam na gestão do Subsistema de Atenção à Saúde indígena no âmbito da Bahia, contemplando todos os coordenadores técnicos em saúde das equipes multidisciplinares de saúde, lotados em unidades descentralizadas, a saber, os Polos Base, e os gestores dos setores de atenção à saúde, gestão de pessoas e coordenação geral, na sede do Distrito. A seleção desses setores justifica-se pela relação de pertinência entre as suas competências e atribuições institucionais e o objeto em estudo. As entrevistas ocorreram após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva, através do Parecer nº 1.849.830 e a autorização de uso do seu conteúdo foi expressa através da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A identidade dos colaboradores foi preservada através da substituição dos seus nomes por palavras na língua indígena Patxohã com o intuito de reconhecer e valorizar o processo de etnogênese que marca a identidade étnica dos povos indígenas da Bahia. Convém destacar que o uso de palavras indígenas não se relaciona com a identidade étnica dos entrevistados, em sua maioria não indígenas.

Além da observação participante e de entrevistas semi-estruturadas, foram utilizadas como técnicas de coleta de informações grupos focais e análise documental. A observação participante se deu entre setembro de 2014 e março de 2017, com registros em diário de campo. O campo de observação foram os espaços colegiados e demais estruturas de gestão instituídos no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia, órgão ligado à Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde.

A composição do grupo de colaboradores da pesquisa contemplou todos os profissionais lotados na gestão dos serviços de atenção à saúde, na sede e nas unidades descentralizadas do DSEI, no Setor de Gestão de Pessoas, responsável pelo planejamento de programas de formação e capacitação para os profissionais que atuam na saúde indígena, e na Coordenação Distrital, a fim de garantir maior diversificação no perfil de profissionais, considerando tempo de experiência na saúde indígena, pertencimento étnico, tipo de vínculo institucional e local de atuação.

O grupo focal envolveu os coordenadores técnicos em saúde das unidades descentralizadas do DSEI-BA e foi conduzido a partir de uma pergunta disparadora sobre o que significava, na opinião do grupo, a atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas. A participação foi também voluntária.

A fim de evitar possíveis constrangimentos e silenciamentos devido à posição ocupada pela pesquisadora no grupo de gestores do Distrito, optou-se por iniciar as entrevistas e a dinâmica do grupo focal por perguntas mais intimistas e informais sobre a trajetória dos participantes e os elementos que provocaram a opção pelo trabalho na saúde indígena, a fim de tornar o ambiente menos institucional. A escolha de ambientes externos para a realização das entrevistas também se deu com esse intuito.

Para a análise documental, os textos institucionais analisados foram o Relatório da Etapa Distrital para a Etapa Nacional da 5ª Conferência de Saúde Indígena, as atas das reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena realizadas entre setembro de 2014 e dezembro de 2016 e os documentos referentes ao Planejamento Estratégico da Secretaria Especial de Saúde Indígena.

Entre o Modelo Diferenciado de Atenção e o Princípio da Atenção Diferenciada à Saúde dos Povos Indígenas

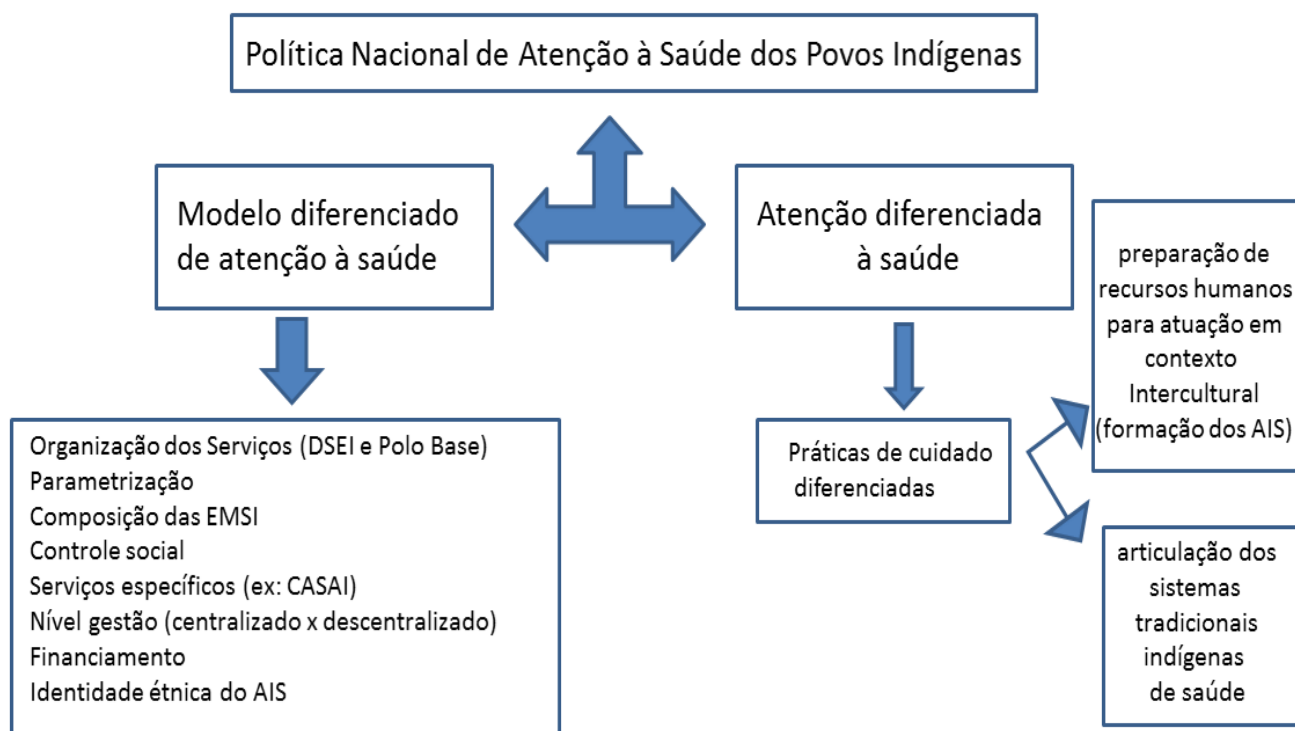
O texto da PNASPI traz os princípios e diretrizes fundamentais à efetivação de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados à proteção, promoção e recuperação da saúde dos povos indígenas, atento às diferentes realidades locais e às especificidades de cada povo, e integrado ao modelo de atenção do Sistema Único de Saúde e às demais políticas sociais orientadas à garantia de direitos dos indígenas no Brasil.

O esforço analítico que se empreende nesse estudo pretende contribuir para tornar claras as distinções entre a proposta de modelo de atenção à saúde a ser aplicado no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que se diferencia daquele implantado no Sistema Único de Saúde, e o princípio da atenção diferenciada à saúde indígena, que se refere sobremaneira às práticas de cuidado e promoção da saúde em contexto intercultural. Essa última refere-se mormente à práxis dos sujeitos, orientada por racionalidades diversas, de acordo com trajetórias individuais, matrizes epistemológicas, contexto social, político e econômico, recursos e tecnologias disponíveis, relações sociais e de poder, entre outros.

Para isso, utiliza a contribuição teórica de Teixeira e Vilasbôas (2014, p. 288) referente às dimensões de análise de modelos de atenção, a saber, gerencial, organizativa e técnico-assistencial. Tais dimensões parecem contemplar satisfatoriamente os aspectos distintivos do modelo diferenciado de organização das ações de saúde

voltadas à população indígena que se pretende analisar. Dessa forma, propõe-se o quadro abaixo:

Figura 1. Quadro Analítico das Diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em relação à atenção diferenciada:



Fonte: elaboração da autora, 2016.

Para a análise do modelo de atenção e dos elementos aludidos, assumem caráter decisivo os textos institucionais que normatizam as práticas e as relações estabelecidas no cotidiano dos serviços. A PNASPI constitui o principal marco normativo da atenção à saúde dos povos indígenas e estabelece que a mesma deve se dar de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos no desenvolvimento e uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços (BRASIL, 2002, p.6).

Na dimensão gerencial, são avaliados aspectos relativos ao financiamento, controle social e nível de gestão. Na dimensão organizativa, analisa-se a organização dos serviços, composição e parametrização das equipes e os serviços específicos. A dimensão operativa será melhor abordada em outro artigo, quando a identidade étnica do agente Indígena de Saúde será discutida como aspecto distintivo do SASI-SUS em

relação à Estratégia de Saúde da Família (ESF), aplicada aos demais serviços de atenção básica do SUS.

Financiamento:

O processo de distritalização da saúde indígena obteve avanços principalmente em relação à cobertura e ao financiamento. A organização e implantação dos DSEIs envolveram um grande aporte de recursos humanos e financeiros, alcançando em 2004 um valor de aproximadamente R\$ 500,00 per capita por ano (SANTOS et al, 2008, p. 1052).

Garnelo e Maquiné (2015, p. 111) analisaram a evolução do financiamento em saúde indígena no período compreendido entre 2004 e 2011, através dos recursos orçamentários previstos no Programa 0150 de “identidade étnica e patrimônio cultural dos povos indígenas” constante nos Planos Plurianuais (PPA) 2004-2007 e 2008-2011, em especial, do que chamaram “componente da saúde indígena”, relativos aos recursos destinados à FUNASA para custeio das atividades assistenciais desenvolvidas pelos DSEIs. Essa análise indicou uma evolução positiva de maneira geral, apesar da desaceleração do crescimento orçamentário no PPA 2008-2011.

A criação da SESAI representou a unificação das fontes orçamentárias destinadas à assistência primária à saúde indígena. Até então o orçamento destinado à atenção básica estava distribuído entre a FUNASA e a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, que repassava o Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (*IAB-PI*) aos municípios, via fundo a fundo. Esse incentivo foi extinto em 2012 e o montante de recursos aplicados através deste foi repassado ao orçamento da SESAI. Ainda compete à SAS, entretanto, o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (*IAE-PI*) para os fundos municipais e estaduais, conforme pactuação.

Antes era a prefeitura que recebia o repasse fundo a fundo, pelo fundo nacional. E não eram todos que tinham população indígena que estavam recebendo. Então o município contratava e a FUNASA não tinha acesso e nem fazia fiscalização, por vários fatores. O contato era muito indireto, não tinha diálogo, FUNASA e município não conversavam (Urumã).

O PPA 2012-2015 já apresenta a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde como executora do orçamento previsto para as ações de assistência à saúde dos povos indígenas. A avaliação da evolução do orçamento

da saúde indígena entre o período de 2008 a 2014, elaborada e apresentada pela gestão da SESAI considerando valores pagos de 2008 a 2012, a Lei Orçamentária Anual e os Créditos concedidos em 2013 e os valores previstos no Projeto de Lei Orçamentária para 2014, mantém a progressividade do orçamento, atingindo o valor máximo de R\$ 1.093 milhões de reais no último ano do período em análise (BRASIL, 2014). Os valores repassados para a saúde indígena já alcançaram, proporcionalmente, um investimento *per capita* três vezes maior que o gasto em saúde para a população brasileira (GARNELO, MACEDO & BRANDÃO apud SANTOS et. al, 2008, p. 1052).

A tendência favorável observada na evolução do orçamento destinado às ações de atenção à saúde indígena, em âmbito nacional, não é acompanhada por melhoria dos indicadores de morbimortalidade de saúde da população indígena, considerados indicadores indiretos da baixa efetividade do Subsistema (GARNELO e MAQUINÉ, 2015, p. 115). Essa constatação tem sido frequentemente utilizada como argumentação pelos órgãos de controle da União para provocar uma revisão do modelo de gestão da PNASPI, com especial atenção para a contratação da força de trabalho que consome o maior percentual de recursos financeiros na saúde indígena. Sobre isso, cabe destacar que se instituiu, através da Portaria nº 2.445 de 11 de novembro de 2016, um Grupo de Trabalho (GT) com o objetivo de criar uma solução para Ação Civil Pública, em tramitação na Justiça do Trabalho, que determina a realização de concurso público para saúde indígena. Essa ação tem provocado bastante celeuma entre os povos indígenas, que repudiam a realização de concursos por entender que dificultam o ingresso de indígenas como profissionais do Subsistema, o que tem garantido um maior controle das ações desenvolvidas e contribuído para o diálogo intercultural entre equipes de saúde e usuários. O GT tem até o mês de agosto de 2017 para apresentar uma proposta e até lá terá que ser debatida em todos os 34 Conselhos Distritais de Saúde Indígena do Brasil.

Não obstante os debates sobre modelo de gestão e financiamento do SASI-SUS tenham se acirrado mais recentemente, estudos para desenvolvimento de propostas de parâmetros e critérios para descentralização orçamentária aos DSEIs têm sido realizados desde a última década. Exemplo desse esforço faz-se notar no Relatório apresentado em maio de 2009, referente a uma proposta de modelo de financiamento para a saúde indígena elaborado através do Consórcio IDS-SSL (Institute of Development Studies – Saúde Sem Limites)/Cebap (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento), que sugere um desenho flexível capaz de contemplar as particularidades sociais, étnicas e culturais dos povos indígenas e a diversidade

regional do Brasil a partir de padrões mínimos de atendimento para populações definidas.

Apesar dessas iniciativas, ainda não há uma definição adequada de critérios de repasse de recursos aos DSEIs até o momento atual. Em geral, é proposto um teto orçamentário para cada Distrito, considerando as previsões de despesas com pessoal e com a contratação de serviços correntes, perfil demográfico e extensão territorial. Uma vez alcançado o teto orçamentário, instaura-se uma “política de balcão”, onde ganha mais quem tem melhor capacidade gerencial e operacional para executar o orçamento.

Nesse sentido, assume relevância ímpar o perfil e composição das equipes que atuam na gestão dos DSEIs, nesse caso, do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia.

Quando na FUNASA, em 1999/2000, que os distritos foram criados, e o ministério definiu que a FUNASA seria responsável pela atenção básica aos povos indígenas, isso pra gestão da FUNASA foi algo novo, não se tinha essa experiência. Porque a FUNASA era a fusão de duas instituições com culturas completamente diferentes, que era a ex-SUCAM e a Fundação SESP. Então ela era fragmentada, vivia como água e óleo. E nessa mesma época aconteceu a descentralização da saúde, então todos os programas de endemias foram para o município, e os trabalhadores que atuavam nos centros e postos de saúde tiveram também que passar a ser gestão, então eles não eram mais a parte operacional que costumavam ser, porque essa parte foi descentralizada. (Urumã)

A gente achava que o subsistema era ter a verba própria e fazer tudo da melhor forma para o índio, comprando os serviços, e não utilizando o SUS. Então a gente comprava exames particulares com suprimento de fundo. Então essa era a forma de entendimento do subsistema. Pra gente só ficou clara a concepção do subsistema quando começou a faltar dinheiro e a gente precisou recorrer ao município. (Niõtxi)

O restrito quadro de profissionais lotados na sede do Distrito Sanitário Especial Indígena é composto por servidores estatutários, principalmente oriundos da FUNASA, e por uma maioria de profissionais contratados mediante convênio. Entre os servidores, prevalece o perfil de profissionais ocupantes de cargos de nível médio, advindos de instituições onde atuavam na assistência direta à saúde, com pouca experiência e *expertise* em gestão. Entre os profissionais contratados, predominam categorias relacionadas à atenção à saúde e sistemas de saneamento e edificações, conforme preconiza o objeto do convênio, restando poucas vagas para o tão necessário apoio administrativo.

O acúmulo de funções de gestão e execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas exige uma estrutura administrativa robusta, capaz de prover as

habilidades e competências necessárias ao cumprimento de suas responsabilidades legais (GARNELO e MAQUINE, 2015, p. 117). O Decreto GM/MS nº 6.878 de 18 de junho de 2009, ao conferir aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas a competência de unidades gestoras, ao passo em que atende uma antiga reivindicação das comunidades indígenas, desde a II Conferência Nacional de Saúde Indígena ocorrida em 1993 (BRASIL, 2009, p. 34), transfere para os Distritos a necessidade de contar com equipes capazes de responder às complexas demandas de gestão do Subsistema, sobretudo através da contratação de serviços.

Então eu sinto que a minha chegada ao distrito foi uma das maiores conquistas que o movimento indígena da Bahia já conseguiu, porque foi um processo de organização política dos próprios indígenas, por assumir um cargo importante, pois nós recebíamos cerca de 50 milhões/ano para o Distrito para fazer o processo de organização do serviço da saúde indígena. Nós já tínhamos tido um indígena no cargo de coordenador de distrito, porém não na forma de entidades executoras, como nós tínhamos no meu período. Eu fui o primeiro coordenador indígena no Brasil nessa nova modalidade de gestão do subsistema que dava ao distrito essa possibilidade de ser uma entidade executora. Eu fui o primeiro indígena no Brasil a executar diretamente um valor substancial de recursos (akâié).

Garnele e Maquiné (2015, p. 126), obedecendo às normativas que regem a contratação de serviços na Administração Pública Federal, propõem uma equipe mínima de 11 profissionais (isentando do cálculo o cargo de coordenador distrital), servidores públicos concursados ou comissionados, dedicados exclusivamente às ações de gestão, de acordo com as exigências da Lei de Licitações. No DSEI-BA, essa equipe é composta por dois servidores do quadro permanente, sendo um deles pregoeiro, e por dois profissionais contratados que não podem assumir funções típicas de servidor público.

A incipiente capacidade operacional e gerencial do DSEI-BA e, conseqüentemente, a baixa capacidade de captação de recursos orçamentários, foi objeto de constantes discussões nas Reuniões Ordinárias do Conselho Distrital de Saúde Indígena da Bahia (CONDISI-BA), conforme registro das Atas analisadas durante o período em estudo. São frequentes as denúncias a respeito da irregularidade dos serviços prestados, cuja descontinuidade pode ocasionar graves prejuízos à atenção à saúde indígena. Exemplo disso foi a perda do contrato de transporte sanitário no ano de 2015, que impossibilitou a entrada das equipes multidisciplinares em território e restringiu o acesso dos povos indígenas aos serviços de saúde durante um período de 9 meses.

A fragilidade da capacidade administrativa não consiste em condição particular do DSEI-BA, todavia. A desestruturação dos setores administrativos dos Distritos de

todo o território nacional provocou, a despeito da moção de repúdio à realização de concurso público para a saúde indígena aprovada na última Conferência Nacional, a publicação do Edital nº 7, de 25 de novembro de 2016 para provimento de vagas de administrador, contador e analista técnicos de políticas sociais para exercício e lotação especificamente nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas do país. Paradoxalmente, o instrumento editalício reservava 20% das vagas para negros, em cumprimento ao estabelecido na lei nº 12.990/2014, sem embargo da especificidade do órgão e do Subsistema sob sua gestão.

Outro elemento que concorre para justificar o subfinanciamento do SASI-SUS na Bahia corresponde ao seu subdimensionamento demográfico, de acordo com os dados disponíveis no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Os litígios e a morosidade em relação à demarcação de terras indígenas na Bahia provocou o Ministério Público Federal em 2012 a imputar à SESAI, através de uma Ação Civil Pública, a necessidade de cadastrar todos os indígenas do estado, aldeados e desaldeados, no SIASI. Essa ação culminou com uma decisão judicial inédita que regulamenta todas as etapas do processo de cadastramento dos usuários do Subsistema que, a grosso modo, se inicia com uma autodeclaração étnica a ser preenchida pelo indígena, que, em seguida, é submetida à apreciação de uma comissão coletiva de anciãos do mesmo grupo étnico e, caso ratificada, essa autodeclaração deve ser encaminhada à FUNAI para homologação e posterior envio para o DSEI-BA, que insere o cadastro no referido sistema.

Esse processo, contudo, é continuamente questionado pelas lideranças indígenas, que debitam indevidamente no Sistema de Informação a função de reconhecimento étnico, de competência exclusiva do órgão indigenista brasileiro, a FUNAI. Desde então, muitos usuários têm deixado de ser cadastrados no SIASI por resistências das próprias lideranças locais, onerando ainda mais o orçamento destinado à gestão do Subsistema na Bahia.

Esse contexto de subfinanciamento é agravado pelo histórico de conformação do Subsistema no estado, considerando que a PNASPI estabelece que as secretarias estaduais e municipais devem atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, em articulação com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, p. 22). A associação inequívoca que gestores municipais estabeleceram entre a extinção do IAB-PI, a criação da SESAI e uma suposta “desresponsabilização” da gestão local pela execução de ações sanitárias destinadas aos indígenas munícipes ainda está distante de ser superada. Soma-se a essa conjuntura a frágil participação de

representantes do DSEI-BA nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), onde são inicialmente pactuadas as demandas e a oferta de serviços de saúde no âmbito do SUS.

E temos que lembrar também que na época que a FUNASA estava com a responsabilidade de executar a política nacional de saúde indígena e, portanto, com o DSEI Bahia, não houve um nível real de articulação com os outros entes, gerando acúmulo apenas para o órgão que cuidava da saúde indígena (akâié).

A Bahia foi um dos últimos a adotar, já como SESAI, os convênios com ONGs para contratação de pessoal. Aí que tiraram o dinheiro do orçamento dos municípios e passaram para as ONGs, através de chamamento público realizado entre 2010 e 2011. E essa transição foi muito ruim na Bahia porque os municípios passaram a divulgar que os indígenas não tinham mais recurso nenhum e por isso tiraram os indígenas de quase todos os serviços, e isso inflamou a relação entre os indígenas e a nossa instituição, no caso já a SESAI. (Urumã)

Essa difícil relação entre a gestão do Distrito e as gestões municipais no que se refere à corresponsabilidade sanitária sobre os territórios indígenas e à necessidade de atuação complementar ao Subsistema pelo Sus provocou a criação da Comissão Estadual de Saúde Indígena da Bahia, uma comissão intergestores que conta com representação da gestão do DSEI, de secretarias municipais e da secretaria estadual de saúde, assim como da FUNAI, Ministério Público Federal, Conselho Estadual de Saúde e Conselho Distrital de Saúde Indígena a fim de garantir o direito à saúde dos povos indígenas no estado.

Nível de Gestão

O caráter excepcional da Secretaria Especial criada no âmbito do Ministério da Saúde para gerir a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas refere-se às suas competências relativas à execução de ações e serviços de saúde, além das atribuições comuns às demais Secretarias do Ministério de formulação, coordenação e implementação de diretrizes e políticas nacionais a partir da articulação entre diferentes instâncias de governo.

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas compõem o organograma da SESAI, no mesmo nível dos demais departamentos de gestão da Secretaria. Isso implica que a composição do seu quadro funcional deve seguir estritamente o disposto no Regimento Interno do Ministério da Saúde, com pouca flexibilidade para mudanças.

A SESAI, como ela foi montada, o Distrito, como ele está montado, é para não funcionar. Por exemplo, se eu quiser montar uma equipe agora, eu não tenho

condições se não for com as pessoas que já estão aqui. Aí você começa a ver quanto é que um coordenador recebe, quanto é uma função gratificada, quais DAS nós temos disponíveis para nomear outras pessoas. E, por outro lado, as pessoas que podem de fato ajudar no processo de fiscalização e de elaboração de novos contratos é muito pouco. Então não vamos ficar com expectativas tão altas, porque nós não vamos conseguir resolver os problemas da saúde indígena, porque a área meio não é permitido funcionar (akâié).

Garnelo e Maquiné (2015, p. 128), analisando a previsão de cargos constante nos Decretos nº 6.878/2009 e nº 8.065/2013, conclui pela incongruência entre o quadro previsto e o quantitativo e perfil de profissionais para garantir o efetivo funcionamento dos DSEIs como Unidades Gestoras. Além do número insuficiente, a baixa remuneração dos cargos em comissão nos Distritos dificultava o recrutamento de pessoal com qualificação adequada ao exercício das funções de gestão.

Mais recentemente o Decreto nº 8.901 de 10 de novembro de 2016 impôs nova estrutura regimental e quadro demonstrativo de Cargos em Comissão, com substituição da maioria dos cargos do grupo de Direção e Assessoramento Superiores (DAS) e Funções Gratificadas por Funções Comissionadas do Poder Executivo (FCPE), exclusivas para servidores públicos estatutários, e extinção de alguns setores. Essa normativa motivou o afastamento daqueles que ocupavam cargos comissionados e não eram servidores estatutários, agravando o déficit de profissionais na gestão do DSEI-BA e restringindo as possibilidades de captação de novos gestores. Além disso, manteve as desigualdades entre as remunerações dos coordenadores distritais, divididas entre DAS 101.4 e DAS 101.3, de acordo com o nível de complexidade da gestão dos diferentes Distritos. O cargo de coordenação do DSEI-BA manteve-se com remuneração incompatível com a complexidade que abrange, o que atalha sobremaneira a sua ocupação por profissionais com a qualificação técnica, habilidades e competências necessárias.

Os obstáculos elencados para a apreensão de gestores com o perfil adequado ao exercício das atribuições dos cargos de coordenação e chefias no DSEI-BA atrofiam a capacidade de indução de boas práticas de gestão, capazes de promover a necessária orquestração das práticas dos profissionais que compõem o quadro funcional multifacetado do Distrito, que arrasta, por um lado, a mentalidade tutelar sobre os índios que marcou a postura do Estado brasileiro antes da Constituição de 1988, e que, por outro, conta com uma força de trabalho jovem, fortemente inspirada pelos valores da Reforma Sanitária Brasileira e que quer avançar em relação à efetivação da saúde como direito de cidadania.

O nível de gestão centralizado na esfera federal, além de enrijecer as estruturas e restringir a autonomia do Distrito, dificulta a articulação necessária com os demais entes governamentais responsáveis pela gestão do Sistema Único de Saúde. A utilização de um sistema de informação específico, que não possui interoperabilidade com os principais sistemas de informação do Sistema Único de Saúde, por exemplo, contribui sobremodo para o isolamento do Subsistema em relação às esferas de planejamento e pactuação do SUS.

Além disso, os históricos conflitos fundiários com fazendeiros que marcam a presença indígena na Bahia perpetuam as bases sociais que sustentam recorrentes práticas de discriminação negativa e de racismo institucional por parte da gestão de alguns serviços especializados procurados pelos indígenas, em especial, nos municípios de menor porte, com as mais precárias redes de atenção à saúde. Nessa esteira, o CONDISI-BA repudia reiteradamente qualquer medida ou reforma administrativa que implique na municipalização dos serviços de saúde voltados à população indígena, como se observa a partir da análise dos registros de suas reuniões ordinárias entre 2014 e 2016, período em que são apresentados e submetidos à discussão novos modelos de gestão do Subsistema.

Os litígios em relação à posse das terras influenciam também a capacidade instalada do Distrito para gerir e executar as ações e serviços de atenção à saúde indígena. Por se tratar de um ente federal, o DSEI só pode construir edificações, vide as Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), ou sistemas de abastecimento de água em áreas federais. Isso explica o fato de que, dos 202 pontos de atendimentos em que atuam as 32 Equipes Multidisciplinares no âmbito do DSEI-BA, apenas 24 possuam estrutura física adequada para as consultas e procedimentos, com sérios prejuízos à cobertura da assistência pré-natal e de realização de exames preventivos de câncer de colo de útero.

Controle Social

Os conselhos de saúde indígena foram criados no mesmo período que os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, seguindo a lógica de participação social do Sistema Único de Saúde.

Com a criação dos Distritos dentro da estrutura da FUNASA, a gente passa a ter um contato mais estreito. A gente passou a ter um envolvimento maior com

a reunião de conselhos e essa parte mais ligada à referência e contrareferência. (Ãko)

Os Conselhos Locais (CLSI) e Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) possuem composição paritária entre representantes dos usuários, indicados pelas respectivas comunidades, e representantes dos gestores e trabalhadores das organizações governamentais envolvidas na gestão do Subsistema.

O CONDISI é um órgão colegiado, deliberativo e de natureza permanente, vinculado administrativa e juridicamente ao DSEI, que exerce o controle social sobre as ações e serviços prestados através do Subsistema. Suas atribuições constam no Decreto nº 3.156/1999 e consistem em: aprovar o Plano Distrital, avaliar a execução das ações de saúde planejadas e sugerir reprogramações, quando couber, e apreciar a prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e serviços de atenção à saúde do índio (BRASIL, 1999).

Por serem custeadas com recursos do convênio nº 797438/2013, existiam metas anuais de realização de reuniões ordinárias e extraordinárias do CONDISI em todos os Distritos. No caso da Bahia, as metas de 03 reuniões anuais foram seguidamente alcançadas, conforme o intuito de ambas as gestões de coordenadores indígenas de valorizar os espaços coletivos de tomada de decisão, em especial, aqueles com a participação de usuários.

Quando eu cheguei, em 15 anos do subsistema, havia tido 15 reuniões do conselho. E quando eu saí já ia acontecer a 23ª reunião. Significa que fiz em média quase 40% de todas as reuniões realizadas em 15 anos (akâié).

A participação dos conselheiros indígenas no âmbito do DSEI-BA é bastante ativa, com forte protagonismo dos mesmos na definição das pautas e nos encaminhamentos derivados. A leitura das atas das reuniões ocorridas entre 2014 e 2016 permite identificar, inclusive, certa confusão entre os princípios da gestão participativa e da cogestão na Administração Pública, com sucessivas tentativas de deslocamento da “palavra final” do gestor para o “movimento” indígena. O relatório da etapa distrital da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena revela também propostas aprovadas nesse sentido:

APROVADA COM DESTAQUE: Criar o cargo de Coordenador Local dos Pólos Bases para exercer a função, dando prioridade aos profissionais indígenas capacitados para exercer o referido cargo, com gratificação de DAS-2, para os Pólos Bases de Saúde Indígena dos 34 DSEI's do Brasil, dando prioridade aos profissionais indígenas capacitados, respeitando a indicação do Movimento Indígena e Conselhos Locais e

Distrital de Saúde Indígena que poderá também solicitar desligamento dos mesmos (Relatório da Etapa Distrital da 5ª CNSI)

É possível que essa disputa em torno da centralidade no processo de tomada de decisão, além de refletir o nível de organização política dos integrantes do CONDISI, esteja também relacionada com a presença de um “parente” no topo da gestão.

O que eu percebo do gestor indígena é que ele ficou em uma situação muito complicada, porque a cobrança sobre esse gestor indígena por parte do usuário é ainda maior, porque se ele cumpre o que a Administração Pública prevê, ele está fadado ao fracasso, porque a comunidade indígena passa a vê-lo não como um aliado, ele passa a ser visto como mais uma pessoa contrária ao subsistema (Ãko).

Apesar de assumirem a corresponsabilidade na gestão mediante aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena, a responsabilidade sanitária sobre o território indígena adstrito ao Subsistema permanece sob o domínio do gestor do Distrito, que deve responder pelos seus atos, derivados de processos decisórios inerentes ao exercício da gestão. Nesse sentido, faz-se notar, a partir da análise dos enunciados de profissionais que atuam na gestão do DSEI-BA, o sentimento de indignação diante das pressões exercidas pelas lideranças indígenas no sentido de incidir sobre decisões que deveriam pautar-se exclusivamente por questões técnicas, a exemplo de afastamento e substituição de profissionais, acarretando com frequência ônus para a comunidade que permanece sem atendimento até que sejam encontradas medidas minimamente conciliatórias entre os interesses da Administração e as reivindicações dos conselheiros e/ou lideranças.

Os embates tinham muito a ver com divergências internas entre os conselheiros. Porque os conselheiros muitas vezes iam ali apresentar sua opinião pessoal, não era do ponto de vista comunitário, coletivo, de um povo (akâié)

Eles têm um papel do controle social muito forte. Eles têm esclarecimento, têm informações, mas agem de acordo com o que é oportuno. Participam da reunião, mas depois não publicizam, não levam para a aldeia o que foi discutido lá. Então a agente precisa que essas informações sejam repassadas de forma clara. Todo mundo tem que ter o conhecimento do seu fazer ali. (Urumã)

Porque quem manda, quem dita todas as regras no território, é o cacique ou liderança. E como é no espaço dele, e é a cultura dele, a gente tem que respeitar. Mas a gente precisa estabelecer outros critérios pra saber quem fica e quem não fica na saúde indígena. Isso não dá para continuar (Beketxiá).

Organização e Especificidade dos Serviços

A organização do modelo de atenção adotado na saúde indígena se dá a partir da presença do Agente Indígena de Saúde (AIS) no território assistido, responsável pela promoção do vínculo e da comunicação entre a comunidade e as equipes multiprofissionais, conforme prevê a PNASPI. Dessa maneira, diferente do caráter prescindível que se tentou denotar nos últimos tempos à função do Agente Comunitário de Saúde (ACS) ao desobrigar a sua presença nas Equipes de Saúde da Família (ESF), a presença do Agente Indígena relaciona-se diretamente com a cobertura de serviços prestados através do Subsistema.

Porque onde não existe agente de saúde as ações ainda estão desorganizadas. Então o papel do agente de saúde é muito importante. É indispensável, eu posso dizer, né? Porque sem ele a gente não tem onde trabalhar na atenção básica. Ele é quem direciona a gente pros programas. Ele é quem convida o povo para estar no atendimento com a gente. Eles são os nossos olhos. Eu valorizo muito eles. Existem equipes que têm uma dificuldade muito grande para desenvolver o trabalho, até para conhecer o perfil demográfico, o quantitativo populacional. É muito difícil de identificar. Então a dificuldade de desenvolver ações também é muito grande. (Ítehemã).

No Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia, a cobertura de AIS e, portanto, do Subsistema é de aproximadamente 95% dos territórios, com déficit de apenas 7 agentes de acordo com Nota Técnica nº 05 /2017 – DIASI/DSEI-BA/SESAI/MS sobre a composição da força de trabalho no DSEI-BA.

A falta de parametrização entre as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena dificulta a definição precisa do déficit dos demais profissionais de saúde, considerando a capacidade logística do DSEI para garantir o transporte das equipes para as aldeias e a dispersão dos povos indígenas sobre o território.

Existe uma diferença muito grande, até na própria organização. Geralmente, nas comunidades indígenas, os profissionais vão até eles. Isso já é uma diferença que se observa logo. Na ESF não, a equipe fica fixa ali e para o atendimento eles vão até eles, de acordo com o agendamento, com os programas. E nas comunidades indígenas é diferente. A equipe tem mais controle do seu público alvo, sabe quem mora ali. A gente tem os nomes, a gente tem as casas, a gente sabe onde vai encontrar aquele paciente (Ítehemã).

A entrada das equipes no território permite conhecer melhor seu público alvo e as suas condições de vida e saúde, compartilhando inclusive de privações cotidianas que marcam algumas realidades da vida na aldeia como a falta de água potável, de saneamento básico, sistema de abastecimento de água, entre outros.

A operacionalização do modelo diferenciado de atenção à saúde dos povos indígenas requer também a organização de alguns serviços específicos, a exemplo dos Polos Base e CASAI (Casas de Saúde Indígena).

Conforme consta na PNASPI, os Polos Base constituem a primeira referência para os Agentes Indígenas de Saúde que atuam nas aldeias (BRASIL, 2002, p. 14). Essas estruturas descentralizadas dos Distritos podem ser apenas administrativas, ou acumularem as funções administrativa e assistencial, bem como podem estar localizadas dentro do território indígena ou na sede de um município de referência.

A gestão descentralizada das ações desenvolvidas nos territórios indígenas da Bahia está organizada em 09 Polos Base, que abrangem aldeias do Sul e Extremo Sul ao Norte do Estado, e do Oeste baiano. Cada Polo Base conta com um coordenador administrativo e um coordenador técnico em saúde, e está localizado na sede dos municípios de referência. As Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena são lotadas nos Polos Base e deslocam-se diariamente para as aldeias a fim de prestar atendimento.

Ainda de acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, as demandas de saúde que não forem resolvidas no grau de resolutividade da atenção básica devem ser referenciadas para a rede especializada de assistência à saúde do SUS. Os indígenas em tratamento fora da aldeia e seus acompanhantes devem contar com serviços de alojamento e alimentação em CASAI, que oferecem também assistência de enfermagem 24h, agendamento de consultas e procedimentos e acompanhamento das informações de referência e contra-referência dos pacientes (BRASIL, 2002, p. 15).

Em que pese a importância da CASAI para o acolhimento adequado dos pacientes indígenas em trânsito para tratamento de saúde e as reiteradas solicitações desse serviço nos Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI), o DSEI-BA não conta com CASAI em sua estrutura. Como alternativa compensatória, o Distrito contrata serviços de hotelaria para hospedagem e alimentação, bem como de transporte sanitário dos pacientes indígenas e acompanhantes em tratamento na rede de saúde dos municípios de referência.

De maneira análoga ao serviço da CASAI, o DSEI-BA conta com Serviços de Referência nos Polos Base e, na sede, com o Serviço da 3ª Referência, que recebe todas as demandas de encaminhamento de pacientes advindos dos Polos Base do DSEI para serviços de média e alta complexidade localizados no município de

Salvador, quando não há pactuação/disponibilidade desses serviços nas respectivas Regiões de Saúde do Estado da Bahia.

A utilização provisória de serviços de hotelaria, desprovidos de equipe de enfermagem para atendimento das necessidades de cuidado dos pacientes, obriga a equipe do serviço de referência a acompanhar os pacientes com o intuito de promover espaços de escuta qualificada para o acolhimento cuidadoso; orientações pré e pós operatórias, orientações para consultas e procedimentos; uso correto dos medicamentos conforme prescrição médica; vistoria dos exames solicitados e realizados; e orientação para contra-referência a fim de garantir a continuidade do cuidado pela EMSI no território, além das atividades rotineiras de marcação de consultas e procedimentos e visitas hospitalares em casos de internações dos pacientes encaminhados pela Central Estadual de Regulação.

Convém ressaltar que o Subsistema não participa do fluxo regulatório de pacientes nos serviços especializados do SUS, apenas acompanha os casos de pacientes indígenas inseridos na tela de regulação.

Composição e Parametrização das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI)

A força de trabalho contratada mediante o convênio nº 797438/2013 estabelecido entre o Ministério da Saúde e o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) para atuar no DSEI-BA é composta por 451 profissionais das seguintes categorias: agentes indígenas de saúde, agentes indígenas de saneamento, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem; odontólogos, auxiliares de saúde bucal, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, técnicos de saneamento, Agentes Indígenas de Saneamento, arquitetos, geólogos e engenheiros que atuam em atividades de saneamento, além de contadores, auxiliares administrativos e administradores que atuam nos setores logístico e financeiro.

Os profissionais que atuam na assistência direta à saúde dos povos indígenas compõem 32 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que atuam principalmente como equipes volantes para oferecer assistência à saúde a aproximadamente 29.395 usuários do Subsistema, distribuídos em 136 aldeias e com aproximadamente 202 pontos de atendimento.

A composição mínima das EMSIs do DSEI-BA é análoga àquela das Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com 01 médico, 01 enfermeiro, 01 odontólogo, 01 auxiliar de saúde bucal, 02 técnicos de enfermagem, agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento. A PNASPI prevê a participação sistemática de antropólogos, educadores e outros especialistas considerados necessários à execução de ações de atenção à saúde adequadas às especificidades culturais dos grupos étnicos assistidos (BRASIL, 2002, p. 14).

A despeito da absoluta pertinência, as equipes do DSEI-BA não contam com o apoio de antropólogos e educadores como propõe a Política Nacional, com ônus ao planejamento de ações dirigidas à promoção da saúde em contexto intercultural. Sobre isso, calha salientar que sempre houve uma priorização do nível central, gestor do convênio para contratação de força de trabalho, da autorização de vagas para categorias estritamente relacionadas à assistência direta à saúde. A previsão de resultados do Plano Distrital de Saúde Indígena 2016-19 como a “implementação de projetos para atuação em contextos interculturais nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, com protagonismo indígena na promoção, prevenção e cuidado em saúde e valorização de práticas tradicionais” e “100% dos trabalhadores da saúde indígena qualificados para o trabalho em contextos interculturais”, ambos relacionados a conhecimentos antropológicos e abordagens pedagógicas específicos, corroboram para a justificativa de ampliação e diversificação do rol de categorias profissionais a contratar.

Além da previsão de outras categorias profissionais, desobrigadas da formação em saúde, nas equipes, outro elemento distintivo entre a estratégia de atenção básica aplicada no âmbito do SUS e aquela executada no Subsistema é a ausência de parâmetros que estabeleçam a razão de profissionais por usuários devido às peculiaridades na ocupação do espaço territorial pelas populações indígenas e as especificidades que caracterizam seus processos de saúde e doença. De acordo com a PNASPI, o número, qualificação e perfil dos profissionais das equipes devem ser estabelecidos de acordo com o planejamento detalhado de atividades, considerando: o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico, as necessidades específicas para o controle das principais endemias e o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde a ser definido conforme a diretriz específica desta política (BRASIL, 2002, p. 14).

Sobre isso, cabe informar que a atual razão de número de usuários por profissionais de saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena na Bahia difere substancialmente do previsto na Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de

2011 que altera a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece os parâmetros populacionais para instalação de Equipes de Saúde da Família.

A complexidade do esforço para a definição de critérios para a parametrização das Equipes de Saúde Indígena se explicita, a título ilustrativo, em dois documentos propostos pelo nível central de gestão da SESAI divulgados nos anos de 2015 e de 2017, respectivamente, a saber: o Memorando Circular nº 84/2015 GAB/SESAI/MS, que sugere parâmetros numéricos para a relação entre profissionais contratados e usuários indígenas do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; e o documento intitulado “Parâmetros Gerais para Aprimoramento do Modelo de Atenção Integral à Saúde Indígena”, apresentado em março de 2017. Em ambos as propostas, são considerados exclusivamente os dados demográficos de cada Distrito, obtendo, porém, resultados bastante discrepantes como se observa no quadro a seguir:

Quadro 1. Comparativo entre os parâmetros para dimensionamento da força de trabalho contratada no âmbito do Subsistema propostos pela SESAI-DF em 2015 e 2017, e o quadro de profissionais do DSEI-BA em março de 2017.

	De acordo com os Parâmetros do Memorando Circular n. 84/15 GAB/SESAI/MS	De acordo com os parâmetros propostos em 2017	Quadro atual
Agente Indígena de Saúde	189	57 - 113	158
Técnico de Enfermagem	114	38	102
Auxiliar de Saúde Bucal	29	20	20
Cirurgião Dentista	29	10	20
Enfermeiro	57	15	34
Médico	29	10	32

Fonte: NOTA TÉCNICA nº 05 /2017 – DIASI/DSEI-BA/SESAI/MS

Os diferentes parâmetros para cada categoria profissional propostos em ambos documentos pressupõem a dissolução da unidade das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, constringendo o processo de corresponsabilização sanitária entre os membros da equipe, desterritorializando o cuidado e contribuindo para a realização de ações de saúde fragmentadas e pouco capazes de incidir efetivamente sobre a situação de saúde dos povos indígenas. A Estratégia de Saúde da Família, ao propor parâmetros populacionais comuns para o núcleo da equipe, com variações apenas

para os ACSs considerando principalmente a extensão territorial, reforçam a unidade da equipe na responsabilidade pelo cuidado de uma população comum, que convive em um mesmo território. As peculiaridades na ocupação territorial que caracteriza a distribuição dos povos indígenas na Bahia não deve ser condição suficiente para justificar essa fragmentação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A despeito de constarem na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas os princípios e diretrizes fundamentais à adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços de saúde indígena, a sua operacionalização carece de elementos jurídicos que ofereçam o respaldo necessário à sua estrutura de funcionamento.

Diferente do que ocorre na Atenção Básica no SUS, o financiamento do Subsistema não acontece conforme critérios pré-estabelecidos e normatizados, com ônus para a etapa de planejamento das ações de saúde direcionadas à população indígena. Serviços como o de transporte sanitário, que mobiliza frações vultosas de recursos públicos anualmente, são oferecidos por Distritos Sanitários Especiais Indígenas sem a necessária regulamentação, sendo utilizado frequentemente como objeto de disputa e barganha entre gestores e lideranças indígenas.

A falta de normatização também afeta questões relacionadas à própria estrutura do Subsistema, como a carência de critérios que estabeleçam a relação entre território adstrito e Polo base, a composição e parametrização das Equipes Multidisciplinares, e a definição de estruturas como os Núcleos de Apoio à Saúde Indígena, conhecidos como NASI no cotidiano do serviço, mas que não aparecem em qualquer normativa afeta à saúde indígena.

A diversidade étnica, as particularidades dos padrões de ocupação territorial e os diferentes perfis de morbimortalidade dos povos indígenas do país expressam a complexidade do exercício da gestão do Subsistema, mas não devem ser utilizados como justificativa para delegar a definição de parâmetros organizativos fundamentais à capacidade intuitiva dos gestores.

Algumas particularidades do processo histórico de criação e consolidação do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia, no entanto, frustram importantes princípios de diferenciação entre o modelo de atenção aplicado à atenção primária à

saúde dos povos indígenas e aquele adotado na estratégia de organização dos serviços de atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Resquícios de uma mentalidade orientada para a colonialidade conduziram a uma organização descontextualizada dos serviços de saúde orientados aos povos indígenas da Bahia. Nem mesmo a ocupação do cargo de maior posição hierárquica do Distrito por representantes indígenas foi capaz de romper a mecânica das engrenagens que mantêm os espaços de gestão impermeáveis à construção perspectivas inovadoras e conciliatórias entre diferentes cosmovisões.

Somam-se aos aspectos singulares do DSEI-BA os constrangimentos provocados pelo nível central de gestão do Subsistema à elaboração dos critérios flexíveis capazes de contribuir para a superação dos hiatos entre o que se prevê na Política em relação à efetivação de um modelo diferenciado de atenção e adequado aos diferentes contextos multiétnicos, e o que se debita à perspectiva relativista que justifica o não fazer baseado nas especificidades culturais e de acesso aos territórios indígenas.

Em relação aos marcos teóricos que conduziram a análise do modelo de atenção à saúde em questão, conclui-se que a proposta de Teixeira e Vilasbôas, (2014) que considera as dimensões gerencial, organizativa e técnico-assistencial, mostrou-se bastante pertinente para o estudo dos aspectos distintivos do modelo.

Importa, por fim, reconhecer que o SASI-SUS constitui uma conquista das lutas dos povos indígenas do Brasil e que novos arranjos gerenciais e organizativos devem ser pensados a fim de maximizar as possibilidades de correção dos perversos indicadores que caracterizam a situação de saúde dessa população, assim como de qualificar os serviços prestados de maneira atenta aos desafios da interculturalidade.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990**. Brasília, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 11 abr. 2017.

_____. Lei nº 9836, 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. **Lei Nº 9836 de 23 de Setembro de 1999**. Brasília, 23 set. 1999a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm>. Acesso em: 09 abr. 2017.

_____. Decreto nº 3156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. **Decreto nº 3.156, de 27 de Agosto de 1999**. Brasília, 27 ago. 1999b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3156.htm>. Acesso em: 09 abr. 2017.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Portaria nº 852, de 30 de setembro de 1999. Cria os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. **Portaria Funasa Nº 852 de 30 de Setembro de 1999**. Brasília, 30 set. 1999c. Disponível em: <<http://www.indigena.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=31>>. Acesso em: 09 abr. 2017.

_____. Portaria nº 1163, de 14 de setembro de 1999. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências. **Portaria GM/MS nº 1163 de 14 de Setembro de 1999**. Brasília, 14 set. 1999d. Disponível em: <<https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelinck.php?numlink=1-92-29-1999-09-14-1163>>. Acesso em: 09 abr. 2017.

_____. Decreto nº 8065, de 07 de agosto de 2013. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. **Decreto Nº 8065 de 7 de Agosto de 2013**. Brasília, 07 ago. 2013. [Http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm>. Acesso em: 11 abr. 2017.

_____. Decreto nº 8901, de 10 de novembro de 2016. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções gratificadas e substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. **Decreto Nº 8901 de 10 de Novembro de 2016**. Brasília, 10 nov. 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8901.htm>. Acesso em: 11 abr. 2017.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª Ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002.

_____. Portaria nº 70, de 20 de janeiro de 2004. Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. **Portaria Nº 70/GM em 20 de Janeiro de 2004**. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_70_2004.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2017.

_____. Decreto nº 6878, de 18 de junho de 2009. Altera e acresce artigo ao Anexo I do Decreto no 4.727, de 9 de junho de 2003, que aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, e dá outras providências. **Decreto Nº 6878 de 18 de Junho de 2009**. Brasília, 18 jun. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6878.htm>. Acesso em: 10 abr. 2017.

_____. Portaria nº 2027, de 25 de agosto de 2011. Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). **Portaria Nº 2027 de 25 de Agosto de 2011**. Brasília, 25 ago. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2027_25_08_2011.html>. Acesso em: 11 abr. 2017.

_____. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Portaria GM/MS Nº 2488 de 21 de Outubro de 2011**. Brasília, 21 out. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 09 abr. 2017.

_____. Lei nº 12952, de 20 de janeiro de 2014. Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2014. **Lei Nº 12.952, de 20 de Janeiro de 2014**. Brasília, 20 jan. 2014a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12952.htm>. Acesso em: 11 abr. 2017.

_____. Lei nº 12990, de 09 de junho de 2014. Reserva aos negros 20% (vinte por cento) das vagas oferecidas nos concursos públicos para provimento de cargos efetivos e empregos públicos no âmbito da administração pública federal, das autarquias, das fundações públicas, das empresas públicas e das sociedades de economia mista controladas pela União. **Lei Nº 12990 de 09 de Junho de 2014**. Brasília, 09 jun. 2014b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12990.htm>. Acesso em: 10 abr. 2017.

_____. Portaria nº 2445, de 11 de novembro de 2016. Institui Grupo de Trabalho para apresentar proposta de modelo de contratação da força de trabalho e melhoria da atenção à saúde indígena. **Portaria Nº 2445 de 11 de Novembro de 2016**. Brasília, 11 nov. 2016. Disponível em: <<http://www.brasilus.com.br/images/portarias/novembro2016/dia14/portaria2445.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

_____. Fundação Nacional do Índio. **Índios no Brasil. Terras indígenas**. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/terras-indigenas>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

BRASIL. Lei nº 10933, de 11 de agosto de 2004. Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período 2004/2007. **Lei Nº 10933 de 11 de Agosto de 2004**. Brasília, 11 ago. 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.933.htm>. Acesso em: 11 abr. 2017.

_____. Lei nº 11653, de 07 de abril de 2008. Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período 2008/2011. **Lei Nº 11653 de 7 de Abril de 2008**. Brasília, 07 abr. 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11653.htm>. Acesso em: 11 abr. 2017.

GARNELO, Luiza; MAQUINÉ, Aldemir. Financiamento e gestão do subsistema de saúde indígena: considerações à luz dos marcos normativos da administração. In: LANGDON, Esther Jean; CARDOSO, Marina D.. **Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Ufsc, 2015. Cap. 4, p. 107-143.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p.

_____. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z & ALMEIDA FILHO. **Epidemiologia & Saúde**, 5ª edição, MEDSI, Rio de Janeiro, 1999, p. 473-487.

_____. Saúde, Política e Reforma Sanitária. Salvador:Ceps-ISC, 2002.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008. 91 p. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1979672/mod_resource/content/1/SANTOS_Um_discurso_sobre_as_ciencias_LIVRO.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2017.

SANTOS, Milton. O Retorno do Território. In: OSAL: Observatório Social de América Latina, ano. 06, n. 16, jun. Buenos Aires: CLACSO, 2005.

SANTOS, Ricardo Ventura et al. Saúde dos Povos Indígenas e Políticas Públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Cap. 30, p. 1052.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. Cap. 21, p. 288.

7.2. Artigo 2:

A polissemia do Princípio da Atenção Diferenciada na Gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena na Bahia.

INTRODUÇÃO:

O processo de colonização lusitana contribuiu sobremaneira para o abrandamento dos contornos diacríticos de povos indígenas do Brasil, especialmente aqueles que habitavam a faixa litorânea da região do Nordeste do país, onde teve início. Os primeiros registros históricos afirmam que o primeiro contato interétnico entre colonizadores e a população, a que se chamou genericamente de “índios”, se deu na costa baiana, onde viviam, há pelo menos 11 mil anos, Tupinambás ou Tupiniquins, Gês ou Tamoio ou Tapuia e os Kariri ou Kiriri (TAVARES, 2008). Povo de mestiços, como caracterizava Sérgio Buarque de Hollanda (1995), os portugueses supostamente não tinham qualquer orgulho de raça e tal característica, associada ao gosto pela aventura e à mentalidade cordial lusitana, exerceu, segundo o autor, enorme influência sobre o processo colonizador de povos indígenas no Brasil e sobre a vida nacional.

Inicialmente designados tapuias, os indígenas da Costa do Descobrimento foram submetidos aos mais diversos e contraditórios esboços de uma ação indigenista de Estado, recaindo sobre si mais pesadamente o estigma da mistura, segundo afirma Maria do Rosário (CARVALHO & CARVALHO, 2012) ao estudar a categoria polissêmica “caboclo”, atribuída indistintamente aos indígenas de diferentes etnias que ocupavam os limites da baía e que participa intensamente da construção da identidade nacional-baiana.

A tradição da oralidade na transmissão do conhecimento e da história dos povos indígenas contribuiu para a inserção dos mesmos em um cenário quase folclórico. Em algumas províncias do Nordeste brasileiro, por volta da década de 1870, a retórica oficial informava o desaparecimento dos índios, restando apenas remanescentes que preservavam algumas manifestações culturais (OLIVEIRA, 2010). Um século antes, no governo de D. José I, o Marquês de Pombal propôs medidas de integração dos índios à sociedade portuguesa colonial, rompendo com a política de segregação implantada pelos missionários e visando anular a identidade étnica desses

povos (MEDEIROS, 2011). O longo tempo de subordinação às diversas estruturas e práticas de dominação colonial culminou com o abrandamento dos aspectos diacríticos de grande parte dos povos indígenas da Bahia.

Diversos autores, por outro lado, têm abordado o processo recente de etnogênese entre povos indígenas, com ênfase na região do Nordeste (MAURO, 2013; ARRUTI, 2006; LUCIANO, 2006; MEDEIROS, 2011; IBGE, 2012). Entendida como a construção de uma autoconsciência e de uma identidade coletiva contra uma ação de desrespeito coletiva, com vistas ao reconhecimento e conquista de objetivos coletivos (ARRUTI, 2006), esse processo passa a ganhar amplitude a partir da década de 1980, quando surgem importantes coletivos do movimento indígena organizado, e se intensifica com as alterações da Constituinte de 1988, quando o valor sociocultural passa a ter outra referência e passam a ser valorizadas as práticas tradicionais, os rituais e as línguas originárias (LUCIANO, 2006).

Esse processo de reafirmação étnica concorre para justificar o crescimento vertiginoso da população indígena brasileira de acordo com os registros censitários. A população que se autodeclara indígena foi incorporada como categoria no censo nacional a partir de 1991 e apresentou o aumento de aproximadamente 150% em uma década, no período 1991/2000. Convém destacar, a título de ilustração, que a categoria “amarelos”, do quesito raça/cor, já constava nos censos demográficos brasileiros desde a década de 1940, ao lado das categorias “branco” e “preto”. Na década seguinte, incluiu-se a categoria “pardo”, que pretendia reunir as designações “mulato”, “moreno”, “índio”, “caboclo”, entre outras. Apenas em 1960, introduz-se a categoria “índio”, aplicada exclusivamente àqueles que viviam em aldeamentos, mas essa deixa de ser investigada nas décadas seguintes, voltando a compor o rol de categorias do quesito cor no Censo Demográfico de 1991 (BRASIL, IBGE, 2012).

Em 2010, a população que se autodeclarava indígena somava cerca de 817 mil pessoas em todo o país. Sobre a dinâmica de distribuição desses povos em território nacional, tem-se que as Regiões Sul e Sudeste apresentaram perdas de 39,2% e 11,6% respectivamente, e as Regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste apresentaram aumento no volume populacional, de modo que o Nordeste abriga hoje a segunda maior população indígena no Brasil, com 54,4% desse contingente fora de aldeias, e a maior concentração de indígenas em áreas urbanas. (BRASIL, 2012)

A Bahia possui a segunda maior população indígena do Nordeste (29.745 habitantes) e a quinta maior população fora de aldeias na região, com 20.957 indígenas nessa condição (BRASIL, 2012). Os dados demográficos registrados no

Censo Nacional de 2010 não coincidem com aqueles constantes no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), segundo o qual a Bahia tem 29.395 indígenas, dos quais 28.751 são aldeados. Cumpre destacar, neste ponto, que, para efeitos de prestação de serviços de assistência à saúde no âmbito do Subsistema, é considerado terra indígena todo território tradicionalmente ocupado, a despeito da etapa em que se encontra no processo demarcatório.

O cadastro dos indígenas da Bahia no SIASI obedece a etapas específicas, determinadas por decisão judicial, diante da confusão de competências entre a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) no que concerne ao reconhecimento étnico da população a ser atendida através do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS). Assim, para que os indígenas e agregados sejam inseridos no referido sistema, é preciso preencher uma autodeclaração étnica, a qual deve ser ratificada por uma comissão coletiva de anciãos da respectiva etnia e, nesse caso, encaminhada à FUNAI para homologação.

O território indígena sob a responsabilidade sanitária do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) da Bahia está distribuído atualmente em 135 aldeias, localizadas em 30 municípios, onde vivem indígenas de 23 etnias. Caracterizado no âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) como um modelo de organização de serviços atento à dinamicidade dos territórios indígenas, o DSEI-BA abrangia, em 2012, 71 aldeias, localizadas em 27 municípios, que abrigavam indígenas de 14 etnias apenas.

A dinâmica territorial do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia é marcada por intensos movimentos migratórios e pelo movimento de “retomada”, que consiste na reincorporação de parte do território que estava em posse de não índios, dentro da área indígena, gerando novos povoados, com lideranças e dinâmica próprias.

O aparecimento de algumas etnias também está relacionado ao mencionado processo de etnogênese, quando grupos passam a assumir publicamente a sua identidade étnica, dadas circunstâncias socioculturais e históricas favoráveis (LUCIANO, 2006).

Nesse contexto multiétnico atuam 32 equipes multidisciplinares de saúde indígena, compostas por profissionais indígenas, sobretudo técnicos de enfermagem e agentes indígenas de saúde e saneamento, e profissionais não indígenas, principalmente médicos, enfermeiros e odontólogos. Essas equipes devem prestar

ações diferenciadas de atenção à saúde dos povos assistidos, adequadas às especificidades culturais de cada grupo étnico, de maneira articulada com as práticas da medicina tradicional indígena.

De acordo com um levantamento recente de informações realizado pela Divisão de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas da Bahia, existem 38 pajés, 52 parteiras, 130 rezadeiras e 85 benzedadeiras que realizam práticas tradicionais de cuidado em todo o território adstrito ao DSEI-BA e participam ativamente dos itinerários terapêuticos dos povos indígenas assistidos, sem qualquer constrangimento em relação ao uso de outras práticas de atenção à saúde, principalmente as biomédicas.

Aposta-se, nesse estudo, na capacidade da gestão de induzir positivamente a adoção de práticas de atenção à saúde dos povos indígenas articuladas com os cuidadores e práticas tradicionais de cura, adequadas ao contexto sociocultural, condições sanitárias e ao perfil epidemiológico das comunidades indígenas, no sentido de efetivar a proposta da PNASPI. Por outro lado, entende-se que a ausência de diretrizes e de medidas de incentivo e fortalecimento dessas práticas de cuidado, norteadas pelo princípio da atenção diferenciada que rege o Subsistema, pode desencorajar a concretização das mesmas no cotidiano do trabalho das equipes de saúde.

Um dos objetivos dessa pesquisa é, portanto, analisar se esse contexto multicultural se expressa na prática dos profissionais que atuam na gestão do Subsistema bem como na organização dos processos de trabalhos das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena no âmbito do DSEI-BA. Para isso, avalia o perfil dos profissionais que atuam na gestão do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas do Sistema Único de Saúde (SASI-SUS) na Bahia, suas experiências formativas e profissionais, e como este concorre para o reconhecimento das especificidades do trabalho com populações indígenas e a atuação em contexto intercultural.

METODOLOGIA:

O intuito de conhecer os significados e os operadores da categoria discursiva “atenção diferenciada” entre os agentes sociais implicados na gestão do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas na Bahia conduziu à utilização de diferentes

técnicas de investigação a fim de desvelar trajetórias, conceitos e práticas dos diferentes sujeitos que se articulam nessa complexa rede de relações sociais, orientadas por textos institucionais turvos e por subjetividades distintas.

Optou-se pela realização de um estudo qualitativo, de abordagem etnográfica, com aplicação das técnicas de observação participante e de entrevistas semiestruturadas a fim de compreender como esses significados influenciam as práticas cotidianas dos gestores do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia e, por conseguinte, a dinâmica institucional do referido órgão.

A opção pelo método qualitativo de investigação justifica-se pela busca de um conhecimento intersubjetivo, descritivo e compreensivo, a partir das atitudes de sentido que os agentes conferem às suas ações, como propõe Boaventura (Santos, 2010, p.38), e como essas influenciam o seu fazer cotidiano, considerando que a ação individual provoca e articula-se com outras ações em uma cadeia infinita, impregnada por forças institucionais que exercem menor ou maior pressão a depender da posição e/ou espaço ocupado por cada ator social. Para Langdon (2016, p.19), a metodologia qualitativa é capaz de produzir resultados com maior potencial para pensar políticas públicas em contextos de diversidade e saberes culturais.

A abordagem antropológica é aplicada com o intuito de contribuir para uma reflexão crítica sobre as políticas públicas, desde a macro à micropolítica das práticas cotidianas dos agentes que atuam em nome do Estado, bem como de confrontar as diretrizes dessas políticas com as experiências sociais dos sujeitos, como bem advogam Langdon, Grisotti e Maluf (2016, p.9).

Foram utilizadas para o desenvolvimento dessa pesquisa as técnicas de observação participante, entrevistas semi-estruturadas, grupos focais e análise documental. A observação participante se deu entre setembro de 2014 e março de 2017, com registros em diário de campo. O campo de observação foram os espaços colegiados e demais estruturas de gestão instituídos no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia, órgão ligado à Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde.

As entrevistas ocorreram após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva, através do Parecer nº 1.849.830. Foram entrevistados 26 gestores do Subsistema de Atenção à Saúde indígena no âmbito da Bahia, sendo 9 coordenadores técnicos em saúde das equipes multidisciplinares de saúde, lotados em unidades descentralizadas, a saber, os Polos Base, e 17 gestores

do nível central, distribuídos entre os setores de atenção à saúde, gestão de pessoas e coordenação distrital. A identidade dos colaboradores foi preservada através da substituição dos seus nomes por palavras na língua indígena Patxohã, com o intuito de reconhecer e valorizar o processo de etnogênese que marca a identidade étnica dos povos indígenas da Bahia. Convém destacar que o uso de palavras indígenas não se relaciona com a identidade étnica dos entrevistados, em sua maioria não indígenas.

Até o final de 2016 o DSEI-BA tinha um quadro funcional com 767 profissionais distribuídos entre a sede do Distrito e as unidades descentralizadas, sendo 96 servidores estatutários, 01 cargo de confiança, 18 médicos do Projeto Mais Médicos, 201 profissionais terceirizados e 451 profissionais contratados mediante convênio com o objetivo de fornecer força de trabalho para atuação na saúde indígena.

Calha destacar que, entre os profissionais contratados como força de trabalho para o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, 299 são indígenas (66%). Além destes, um responsável técnico do setor de atenção à saúde e os dois coordenadores distritais que assumiram a gestão do DSEI-BA durante o desenvolvimento da pesquisa são indígenas, o que concorre para justificar a escolha desse Distrito como estudo de caso para as questões afetas à interculturalidade.

No âmbito da gestão do Distrito atuam 75 profissionais, entre coordenadores administrativos e coordenadores técnicos em saúde, lotados em unidades descentralizadas, a saber, os Polos Base e aqueles lotados na sede do DSEI, nos setores que coordenam as ações de saúde, saneamento, gestão de pessoas e serviços logísticos. Do total de gestores, 38 são servidores públicos e os demais são contratados mediante convênio.

A composição do grupo de colaboradores desta pesquisa contemplou todos os profissionais lotados na gestão dos serviços de atenção à saúde, na sede e nas unidades descentralizadas do DSEI, no Setor de Gestão de Pessoas, responsável pelo planejamento de programas de formação e capacitação para os profissionais que atuam na saúde indígena, e na Coordenação Distrital, a fim de garantir maior diversificação no perfil de profissionais, considerando tempo de experiência na saúde indígena, pertencimento étnico, tipo de vínculo institucional e local de atuação. A adesão ao convite para participar da pesquisa era voluntária e aqueles que aceitaram participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preencheram um breve questionário para caracterização do perfil dos profissionais.

O grupo focal foi realizado com os coordenadores técnicos em saúde que atuam na gestão dos Polos Base do DSEI-BA, unidades descentralizadas que constituem a primeira referência para as equipes multidisciplinares de saúde indígena. O grupo focal foi conduzido a partir de uma pergunta disparadora sobre o que significava, na opinião do grupo, a atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas. A participação foi também voluntária.

A fim de evitar possíveis constrangimentos e silenciamentos devido à posição ocupada pela pesquisadora no grupo de gestores do Distrito, optou-se por iniciar as entrevistas e a dinâmica do grupo focal por perguntas mais intimistas e informais sobre a trajetória dos participantes e os elementos que provocaram a opção pelo trabalho na saúde indígena, a fim de tornar o ambiente menos institucional. A escolha de ambientes externos para a realização das entrevistas também se deu com esse intuito.

No que se refere à análise documental, os textos institucionais analisados foram o Relatório da Etapa Distrital para a Etapa Nacional da 5ª Conferência de Saúde Indígena, as atas das reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena realizadas entre setembro de 2014 e dezembro de 2016 e os documentos referentes ao Planejamento Estratégico da Secretaria Especial de Saúde Indígena.

Caracterização do perfil dos profissionais que atuam na gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena na Bahia

Sobre os profissionais entrevistados, temos que 64% deles são contratados por uma OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público), através de processo seletivo simplificado, composto por avaliação curricular e entrevista. Participam dessa seleção representantes do conselho social indígena local e técnicos da contratante. O pertencimento étnico é avaliado como indicador constante no barema de pontuação para análise curricular e como critério de desempate entre candidatos, favorecendo a contratação de profissionais indígenas.

Os demais profissionais são servidores públicos estatutários, que ingressaram na SESAI mediante concurso ou por indicação política, no caso dos cargos de confiança. Entre os entrevistados, 50% eram servidores da extinta Fundação SESP (Serviços de Saúde Pública) que fundiu-se à SUCAM (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública) para compor a FUNASA (Fundação Nacional de

Saúde), a partir de 1991. Na oportunidade em que a FUNASA assumiu a responsabilidade pela gestão do Subsistema, esses servidores já faziam parte do seu quadro funcional e participaram ativamente do processo de constituição do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia.

Nós trabalhávamos em unidades no interior onde fazíamos fiscalização e, com a municipalização, quando as nossas atribuições foram entregues aos municípios, nós ficamos meio que sem ter muito que fazer, e foi quando chegou a saúde indígena. Foram aproveitadas as estruturas das casas de engenharia, na época. Na Bahia era em Bom Jesus da Lapa, Juazeiro, Ilhéus, Ibotirama. Todo mundo que estava nessas localidades passou a trabalhar na saúde indígena. Muitos trabalhadores foram removidos para o município. No caso dos municípios onde tinha a estrutura da casa de engenharia ou unidade de fiscalização da Fundação e que tinha índio, essas estruturas foram mantidas (Niôtxi)

Segundo os enunciados, o DSEI-BA foi um dos últimos a ser implantado no país. Entendia-se que o modelo de repasse dos recursos para a gestão municipal era adequado ao contexto local e suficientemente bem aceito entre as comunidades indígenas, que contavam complementarmente com serviços particulares de saúde financiados com recursos da FUNASA.

Eu já era da FUNASA, eu vim na transição. Eu já era servidora e quando montou o setor eu passei a servir ao Distrito. Naquela época os profissionais não eram contratados pelas conveniadas como é hoje. Antes era a prefeitura que recebia o repasse pelo Fundo Nacional. E não eram todos que tinham população indígena que estavam recebendo. Então o município contratava e a FUNASA não tinha acesso e nem fazia fiscalização, por vários fatores. O contato era muito indireto, não tinha diálogo, FUNASA e município não conversavam. E naquela época não tinha repasse fundo a fundo, porque os municípios não tinham fundo municipal, não tinham CNPJ. O dinheiro ia em um bolo só, então não se sabia pra onde ele ia. (Urumã)

Ademais, fomentava-se entre os servidores o entendimento de que os Distritos Sanitários da região Nordeste não eram tratados como prioridade pelo governo federal, que à época já mantinha convênio com organizações não governamentais para contratação de força de trabalho para os Distritos da região Norte e Centro-oeste.

O Distrito da Bahia foi um dos últimos a serem implementados, não havendo um processo de priorização da política nacional pra isso e também não houve uma implementação direta dos planos distritais. O tempo inteiro houve uma negligência de investimentos na saúde indígena. E isso demonstra o porquê na Bahia a saúde indígena não está melhor, pois houve um nível de distanciamento da unidade central com a organização local e isso fragilizou a relação com os índios. (akâié)

Esse modelo de gestão, inicialmente adotado no DSEI-BA, de repasse de recursos para as prefeituras para contratação de profissionais e oferta de serviços de saúde prejudicou a integração entre os gestores locais do Subsistema e as equipes de saúde que prestavam assistência aos povos indígenas, bem como entre o nível central

de gestão e o Distrito da Bahia, cujos profissionais continuaram a reproduzir a lógica de organização dos seus serviços de origem diante da ausência de diretrizes claras e da fragilidade do acompanhamento das ações pelo órgão gestor em Brasília.

O aproveitamento da estrutura física e do quadro de servidores da FUNASA para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) permitiu também a transferência de uma mentalidade tutelar em relação à participação dos indígenas no Sistema Único de Saúde. Distantes da inspiração sanitária que orientou a criação do Subsistema, os profissionais da referida Fundação atuavam como se a sua missão institucional fosse oferecer aos povos indígenas uma espécie de “plano de saúde privado”, todavia financiado com recursos públicos.

Em 2001, quando a FUNASA assumiu a parte preventiva e de promoção da saúde, montaram uma organização de serviço muito parecida com a que existia na Fundação SESP, com uma diferença, porque um dos gestores já tinha uma visão do subsistema. A gente, como não entendia, achava que ele estava entregando a saúde para o município, e aí tentávamos fazer algo paralelo, que chamavam de Sespinho, porque tinha a mesma lógica do SESP. Queríamos ser independentes. A gente achava que o subsistema era ter a verba própria e fazer tudo da melhor forma para o índio, comprando os serviços e não utilizando o SUS. Então a gente comprava exames particulares com suprimento de fundo. Então essa era a forma de entendimento do subsistema. Pra gente só ficou clara a concepção do subsistema quando começou a faltar dinheiro e a gente precisou recorrer ao município. Isso só ficou mais forte mesmo com a criação da SESAI. (Niôtxi)

Os indígenas já estavam pensando que era um plano de saúde, que tudo nós íamos pagar particular, que inclusive se fez isso na época da FUNASA, mas por desconhecimento, por não haver uma orientação em nível central, então se fazia tudo por suprimento de fundo, sem necessidade de pactuação e isso repercutiu até hoje. (Urumã).

Então os Polos foram estruturados nos municípios que já tinham uma estrutura do SESP ou da SUCAM, porque já tinha não só a estrutura física, mas os servidores. Então por isso que se montou um Polo em Feira de Santana, apesar de não ter comunidade indígena lá, mas tinha estrutura física e servidores. Por isso que tinha um Polo Base em Bom Jesus da Lapa, inicialmente. Assim como tinha em Ilhéus, tinha em Eunápolis, e não em Porto Seguro. Então era uma estrutura que você tinha e que tinha que dar suporte com esses profissionais (Ãko)

Esses aspectos da implantação do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia são aqui tratados pela observação de que o contexto acima descrito influencia até os dias de hoje as práticas e os enunciados dos servidores entrevistados que passaram pela transição interinstitucional, justificando por vezes a resistência por parte de gestores do SUS em relação ao Subsistema, desenvolvido em sua opinião para garantir “privilégios” de acesso aos povos indígenas, substituindo o princípio universalista do SUS por um viés privatista.

No que se refere à formação e à experiência profissionais, a maioria dos profissionais que atuam hoje na gestão do SASI-SUS na Bahia é composta por enfermeiros, seguidos de odontólogos, nutricionistas, médicos e psicólogos, e mais de 90% deles já teve alguma experiência profissional em saúde pública antes de ingressar na saúde indígena, ainda que, na maioria dos casos, a inserção tenha se dado no âmbito da assistência à saúde. Em relação ao tempo de atuação na saúde indígena, 48% dos profissionais entrevistados está na saúde indígena há mais de 5 anos, e desses 41% atua há mais de 10 anos.

Sobre o pertencimento étnico, 12% dos profissionais que atuam na gestão do Subsistema na Bahia são indígenas, ao passo que na assistência essa proporção alcança 66% dos trabalhadores. A presença de indígenas em nível de gestão, inclusive no topo da organização hierárquica do DSEI, despertou o interesse por estudar se, e como, esta pode contribuir para a efetivação do diálogo intercultural entre as equipes multidisciplinares de saúde e os cuidadores tradicionais em territórios indígenas.

As estratégias capazes de propiciar a efetiva integração entre as práticas de cuidado biomédicas e as tradicionais no âmbito do Subsistema ainda não foram definidas pelo órgão gestor, a despeito das diretrizes da Política Nacional serem claras quanto à necessidade de preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural e de articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde.

A PNASPI aponta o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde como estratégia de *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* (BRASIL, 2002, p. 15). Para gestores e profissionais que atuam no Subsistema, o texto da Política prevê a realização de cursos de atualização/aperfeiçoamento/especialização como *instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais 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* (BRASIL, 2002, p. 16).

Entre os profissionais que participaram da pesquisa, 28% declararam já ter participado de algum curso específico sobre populações indígenas, a maioria no último ano. Entre os servidores que migraram da FUNASA para a SESAI, não houve caso de participação em curso de formação com a temática da saúde indígena, apesar do maior tempo de experiência na atenção à saúde indígena.

A polissemia em torno da ideia de Atenção Diferenciada à Saúde dos Povos Indígenas

A diversidade cultural apresenta um importante desafio para os serviços de saúde em todas as sociedades do mundo (KIRMAYER, ROUSSEAU, GUZDER, 2014, p.1). Com o objetivo de garantir os direitos relativos à diversidade cultural indígena, foi criado no Brasil um Subsistema de atenção à saúde sob a bandeira da 'atenção diferenciada', ou seja, a provisão de serviços de saúde através de uma estrutura separada, porém parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), que articulam com, ou incorporam, as práticas tradicionais das comunidades (DIEHL & LANGDON, 2015).

O estudo do significado da expressão "atenção diferenciada" à saúde dos povos indígenas entre gestores do DSEI-BA parte da premissa defendida por Langdon (2016, p.26) de que os atores sociais têm capacidade de agência no processo de construção e articulação de conceitos e práticas ligados à saúde/doença, os quais interagem através das relações sociais e recombina elementos das mais diferentes esferas, desde o acúmulo de saberes e a autonomia dos sujeitos até os fatores globais que influenciam diretamente as situações locais.

Pesquisas anteriores (CHAVES, CARDOSO, ALMEIDA, 2006; GARNELO, MACEDO, BRANDÃO, 2003; LANGDON, 2004) concluem que, a despeito dos documentos normativos que regem o Subsistema insistirem em princípios genéricos no que se referem à atenção diferenciada à saúde, os mesmos não se traduzem em atividades concretas nas programações anuais de atividades de Distritos Sanitários de Saúde Indígena, vigorando, de modo geral, um modelo campanhista de assistência à saúde, caracterizado pelo deslocamento irregular de equipes de saúde para as aldeias, com ações descontínuas, fragmentadas e sem articulação com os sistemas de medicinas tradicionais.

Nesse sentido, além das narrativas, essa pesquisa analisa as práticas dos agentes que atuam no âmbito da gestão do Distrito Sanitário Especial Indígena de modo mais pragmático, como sugere Paul Farmer (2001, p.20) sobre a vitalidade das práticas, com o intuito de compreender como a noção de "atenção diferenciada" se manifesta no cotidiano de um grupo de agentes estrategicamente situados na gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas na Bahia.

O que eu aprendi, desde quando eu entrei na saúde indígena, é que a gente não pode deixar o cliente, o indígena, vir até a gente, nós temos que ir até eles (Iñã-iñã).

Existe uma diferença muito grande, até na própria organização. Geralmente, nas comunidades indígenas, os profissionais vão até eles. Isso já é uma diferença que se observa logo. Na Estratégia de Saúde da Família não, a equipe fica fixa ali e para o atendimento eles vão até eles, de acordo com o agendamento, com os programas. É a gente que oferece os serviços pra eles, a gente que agenda, não são eles que vão até nós para agendar (Ítehemã).

Os enunciados mais frequentes relacionavam a atenção diferenciada ao modelo diferenciado de organização dos serviços de saúde aplicado para o Subsistema. Eram assim elencados aspectos referentes ao acesso aos serviços, à logística de transporte sanitário, aos modos de contratação dos profissionais e de financiamento, entre outras características que diferenciam efetivamente o modelo de organização dos serviços de saúde prestados no âmbito do Subsistema em relação aos demais serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde.

A proposta defendida pelo médico sanitário Sérgio Arouca, no projeto de lei que recebeu seu nome, de criação de um modelo diferenciado de atenção à saúde respondia às reivindicações dos povos desde as primeiras conferências de saúde indígena e justificava-se pela necessidade de corrigir o déficit de cobertura do Sistema Único de Saúde em regiões não urbanas e de adequá-lo às especificidades culturais das populações indígenas. A estratégia adotada para superar os vazios assistenciais em território indígena consistiu na organização de uma rede de atenção básica dentro das aldeias, por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde, responsáveis pela apropriação de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, sem prejuízos ao seu acervo próprio de terapias e práticas tradicionais (BRASIL, 2002. p.15).

Dessa forma, dada a dispersão territorial que caracteriza o DSEI-BA, as equipes multidisciplinares precisam se deslocar diariamente dos Polos Base para realizar ações de atenção primária em cerca de 202 pontos de atendimento, distribuídos em 136 aldeias. A distância das aldeias variam de 3km a 440km em relação à sede do Polo Base. Daí a importância que as questões referentes ao serviço de transporte costumam ter na organização das ações de assistência à saúde e, conseqüentemente, nas reuniões do colegiado gestor e do Conselho Distrital de Saúde Indígena da Bahia (CONDISI), assumindo frequentemente a centralidade dos enunciados dos gestores e dos debates entre os conselheiros indígenas, como se observa a partir da análise dos registros das reuniões ordinárias do CONDISI em ata.

A ideia da “atenção diferenciada” como uma iniciativa de respeito à cultura e à medicina tradicional indígenas também esteve presente em grande parte das narrativas dos gestores entrevistados, apesar do tom retórico e quase dogmático. As

especificidades culturais foram frequentemente utilizadas como justificativa não para a realização de práticas diferenciadas de atenção, mas principalmente como explicação para o que não se faz em termos de atenção à saúde. Evocadas como uma espécie de barreira, que encerra as possibilidades de reorganização dos processos de trabalho e da adequação das práticas de cuidado das equipes multidisciplinares, as especificidades culturais são tratadas como um conceito esvaziado de sentido e caricato, com pouca ou nenhuma associação aos aspectos diacríticos do ser indígena. Pelo contrário, esses aspectos quando abordados foram acompanhados da ideia de perda ou abandono, em contraste com a imagem estereotipada do “índio-índio”, ou do “índio mesmo”, cujas características remontam aos povos indígenas da Região Norte do país, ou ainda, àqueles descritos por Frei Caminha à época do suposto descobrimento.

A cultura está um pouco esquecida, até por conta dos conflitos que eles sofreram de uns tempos atrás pra cá, que eles tiveram que acabar escondendo a cultura que eles aprenderam na infância para se esconder mesmo da civilização. Então muito da cultura está se perdendo e isso a gente observa muito na comunidade. A gente não vê muito o uso da erva medicinal, por exemplo, já acabou. (Ítehemé)

Aí sim (na região Norte) se diferencia a equipe que trabalha com população indígena da equipe da saúde da família. Por causa da língua, da cultura, mas aqui (na Bahia) eu não percebo muita diferença. (Iñã-iñã)

Agora eu vejo uma diferença na saúde indígena que é, infelizmente, o menos praticado, que é quando se fala de atenção diferenciada mesmo. Porque essas pessoas têm outro histórico de organização social, outras práticas de medicina, outras práticas espirituais, ritualísticas, que ainda são muito pouco consideradas nas práticas de saúde das equipes, hegemonicamente. Eu mesmo, quando trabalhava na assistência, eu ficava procurando pajés, curandeiros, benzedeiros, pajé bate folha (como diziam lá no Norte), e eles mesmo diziam como estava raro esse profissional, profissional não, esse cuidador, esse elemento da comunidade (Goypã)

Mas os nossos indígenas, que são bastante aculturados, urbanizados mesmo, eles usaram esse sistema antes. Antes do subsistema, eles usaram o SUS. Tanto é que, depois do Subsistema, muitos voltaram para as suas aldeias (Urumã)

Quando questionados sobre a presença de cuidadores tradicionais nos territórios indígenas, as respostas eram bastante desencorajadoras para quem aspirava conhecer as estratégias de integração de suas práticas com as das equipes multidisciplinares, como preconizado na PNASPI. Apesar de reconhecidas, as práticas tradicionais foram frequentemente relacionadas ao passado, sendo inevitavelmente substituídas para adaptar-se ao novo elenco de tecnologias de saúde disponíveis.

Eu não vejo essa medicina tradicional, que é falada pela gente, entre eles não. O que eu vejo é um consumo exacerbado de medicamento, não vejo essa consulta ao pajé, isso eu não vejo aqui não. Exceto aqui em Banzaê. No resto,

eu não consegui perceber não. Eu acho que a busca pelo médico, pelo remédio, é muito mais forte do que a medicina tradicional. (Niōtxi)

“Ô, sua avó não conhece nenhum lambedor pra você estar utilizando na sua criancinha? É melhor do que usar paracetamol!”, eu dizia. E às vezes elas querem o paracetamol, e não querem ter o trabalho de usar o lambedor. (Ítehemã)

Menéndez (2003, p. 186, tradução nossa) denuncia o esquecimento ou negação, pelas equipes de saúde, das práticas de atenção aos diversos tipos de sofrimento que são frequentemente utilizadas por amplos e diferentes grupos sociais. É sabido que o pluralismo médico, definido por este autor como o *termo que se refere à busca e utilização de várias formas de atenção para tratar os seus problemas de saúde*, ocorre entre as comunidades indígenas do território baiano sem conflitos ou constrangimentos. O uso de garrafadas, lambedores, chás, banhos de ervas, entre outros, são práticas comuns entre os usuários indígenas, que não deixam de acessar regularmente os serviços e ações de saúde prestados pelas equipes multidisciplinares, formados a partir de uma matriz biomédica.

A escassa sensibilidade dos profissionais para identificar práticas de cuidado em saúde baseadas em diferentes racionalidades dificulta a permeabilização das já rígidas estruturas de gestão no que se refere aos debates necessários ao desenvolvimento de estratégias que permitam articular e integrar as práticas tradicionais de cura e as ações de saúde biomédicas ofertadas nos territórios indígenas.

Esse tipo de sensibilidade, entretanto, não está associado à ideia de dom ou de uma característica inata de alguns, mas sobretudo a uma competência que pode ser desenvolvida a partir da reflexão crítica dos profissionais acerca de suas próprias práticas e das racionalidades que as orientam. Para isso, Juárez (2010, p.18) sugere a adoção de uma política clara de formação em saúde intercultural para educadores, gestores e trabalhadores a fim de estabelecer uma massa crítica de profissionais capazes de propor e aplicar de maneira sensata critérios interculturais que contribuam para melhorar os indicadores de saúde das populações indígenas locais.

Menéndez (2004) critica de maneira contundente que a maioria dos estudos sobre os conceitos e práticas de interculturalidade omitem as condições econômicas e de poder e como elas influenciam as relações estabelecidas entre os agentes imersos em um contexto intercultural.

Sobre isso, assume destaque, entre os enunciados dos gestores entrevistados, a percepção da presença indígena associada à forma de participação dos caciques e lideranças nos processos de tomada de decisão no âmbito do Distrito.

Como a gente está em território indígena, existe uma questão do poder. Então os trabalhadores da saúde indígena passam por situações de muita pressão, não só da instituição [...] Porque a pressão que existe dentro do território indígena com relação à questão de que “só fica quem a liderança quiser”, porque quem manda é cacique X ou cacique Y, e também quando, por alguma razão, esse cacique se sente desagradado por esse trabalhador e ele passa a correr um risco grande de perder o emprego, eu acho que isso afeta de forma imensurável esse processo de trabalho, porque começa a ser uma relação doentia. (Beketxiá)

Porque a gente estabeleceu que ia fazer seleção, mas, se o selecionado não fosse o indicado do cacique ou da comunidade indígena, ele não assumia. Ou, se o candidato aprovado for indígena, mas se ele não for da minha aldeia, for da aldeia X, ele não vai assumir. Quem tem poder é quem manda na aldeia. Só assume se o cacique ou liderança quiser. Então, para a gente, que é servidor público, isso não é confortável. (Áko)

Assim, ao ter como missão a oferta de serviços de atenção primária à saúde em território indígena, a Instituição se insere em um contexto em que os princípios e regras da Administração Pública que orientam os gestores se confrontam com a autoridade política do cacique, escolhido para representar os interesses da sua comunidade. Para isso, não devem medir esforços ou encontrar limites, sob pena de colocarem em xeque a sua capacidade de liderar um povo, de ser o chefe de uma nação, ameaçando valores fundamentais entre os indígenas como o orgulho e a honra.

A organização política das aldeias adstritas ao Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia não obedece a padronizações. Em geral, o cacique é o líder responsável por administrar os conflitos na comunidade e promover o “aconselhamento” aos seus membros a fim de (re)estabelecer a “ordem da aldeia”. Na maioria dos casos, ele centraliza a autoridade política, mas há também comunidades indígenas na Bahia em que mais de um cacique disputam a centralidade do poder político.

Além da organização política interna da aldeia, existem também os movimentos sociais indígenas, em que caciques e lideranças se reúnem para disputar politicamente espaços de decisão para fora da aldeia, principalmente dentro da estrutura do Estado. Hoje, na Bahia, existem dois movimentos indígenas organizados, o MUPOIBA (Movimento Unido dos Povos e Organizações Indígenas da Bahia) e o MIBA (Movimento Indígena da Bahia), cuja cisão se deu em função da nomeação de um indígena da etnia Pataxó do Sul da Bahia para assumir a Coordenação do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia.

Primeiro, é importante falar que o movimento indígena no Brasil sempre vem reivindicando a necessidade de que os próprios índios os representem nos espaços de poder. Então houve um processo de consulta às comunidades em diversos momentos, de reuniões, dois fóruns de políticas para povos indígenas com mais de 250 lideranças cada um, e depois de um encontro na Serra do

Padeiro com mais de 800 indígenas da Bahia inteira, e também um outro fórum de educação no município de Muquem do São Francisco, onde quase 600 professores indígenas apontavam que era interessante a gente fazer a ocupação do cargo de Coordenador do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. [...] Em determinado momento de diálogo do movimento interno, houve um momento de disputa. Então esse grupo de parentes, eu digo muito mais por falta de habilidade de discutir politicamente, ao invés de pensar um processo de fortalecimento, a gente não teve amadurecimento para abrir um processo de diálogo um com o outro e então abriu-se um processo de disputa, culminando com a criação de um novo movimento, paralelo ao Movimento Unido dos Povos Indígenas da Bahia (MUPOIBA), que foi o Movimento Indígena da Bahia (MIBA). (akâié)

A ocupação do maior posto na estrutura hierárquica do DSEI por um indígena representou uma importante conquista para os povos indígenas e um desafio para a administração pública na medida em que trouxe para o cotidiano da gestão uma cosmovisão não ocidental dos processos de saúde e doença, impondo a necessidade do diálogo intercultural no sentido de viabilizar o processo de tomada de decisões.

A tentativa de conciliação do papel de gestor e da condição de *parente*⁷ provocava por vezes confusão de competências no que se refere ao exercício das funções sociais de coordenador e de liderança, entre os conselheiros indígenas da saúde⁸. Assim, exigia-se do gestor respostas apenas compatíveis com o livre exercício das funções de um cacique, sem as amarras normativas e limites orçamentários da administração pública.

Eu penso que, no processo atual de democracia, não há condição das instâncias de governo fazerem algo sem a participação do usuário. Mas, por outro lado, a exigência de cumprimento legal do estado brasileiro, daquilo que é direito da população, exige um certo nível de concertação, de adequação para aquilo que é possível, considerando orçamento, estratégia política, com o que está colocado na lei. Eu estava fazendo o papel de gestor e, portanto, dominando tanto os temas quanto a discussão interna no órgão para que desse um nível de resposta. No entanto, a compreensão entre o que está estabelecido, entre o que os índios querem e o que é possível fazer, não havia um nível de esclarecimento total. Eu considero que ainda é necessário fazer um nível de formação das nossas lideranças. (akâié)

Eu não vejo problema em ter um gestor indígena, desde que ele se veja como um gestor, como um agente público. Se ele se ver apenas como usuário, aí vai ser um problema. O que eu percebo do gestor indígena é que ele ficou em uma situação muito complicada, porque a cobrança sobre esse gestor indígena por parte do usuário é ainda maior, porque, se ele cumpre o que a Administração Pública prevê, ele está fadado ao fracasso, porque a comunidade indígena passa a vê-lo não como um aliado, ele passa a ser visto como mais uma pessoa contrária ao subsistema. (Áko)

⁷ *Parente* é a forma como se tratam e se reconhecem os indígenas da região.

⁸ Os conselhos de saúde indígena são canais institucionais de participação direta de gestores, trabalhadores e usuários indígenas na gestão do Subsistema. Trata-se de um órgão colegiado, deliberativo e permanente de controle social para a saúde indígena.

Fazia-se sentir, notavelmente, um esforço do coordenador indígena em busca por legitimação naquele espaço social, na tentativa de aproximar-se do ideal de gestor público, ao passo em que se afastava do referencial de autoridade política reconhecido pelas comunidades indígenas, a saber, caciques e lideranças. Esse processo de busca de aceitação em um espaço de poder hegemonicamente composto por “brancos”, todavia, não se deu de maneira subordinada, obedecendo estritamente o “modus operandi” ocidental clássico, ao contrário, estava em curso um processo de reinvenção das práticas de gestão, agora mais contextualizadas e orientadas à produção de respostas para os problemas vivenciados pelas comunidades, e pautadas sobretudo nas relações de empatia, no respeito às lideranças indígenas como chefes de nações e no fortalecimento dos processos coletivos de tomada de decisão, com estímulo à maior autonomia dos agentes públicos.

Mudanças na conjuntura política nacional provocaram o afastamento do indígena da etnia Pataxó da coordenação do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia, sem maiores resistências por parte das lideranças indígenas locais, ávidas pela figura do “gestor-cacique”. Em seu lugar, assumiu uma indígena da região Norte do país, com a proposta de implantação da “política da presença”, em detrimento da “política das ideias”, cujos pressupostos estão genericamente pautados na incapacidade de um “branco” representar os interesses dos povos indígenas, devendo, portanto, a equipe de gestão ser progressivamente substituída por representantes que compartilhem do mesmo sentimento de pertencimento étnico. Essa política, porém, não foi implantada durante o curso de desenvolvimento dessa pesquisa, não constituindo dessa forma seu objeto de análise.

Outra confusão semântica em torno da noção de atenção diferenciada foi engendrada pelo Decreto nº 7.508/2011 que regulamenta a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) e prevê que *a população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso às ações e serviços de saúde, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011)*. Apesar de não terem sido regulamentados até o presente momento, esses critérios geram a prerrogativa necessária para ratificar o entendimento comum de que a população indígena goza de privilégios no acesso aos serviços de saúde disponíveis no SUS.

A comunidade precisa entender a sua trajetória histórica, seu papel, seu potencial medicamentoso e de resolução local e, toda vez que não for possível resolver localmente, levar para outra instância, seja a atenção básica da equipe multidisciplinar, ou mesmo das equipes dos serviços de média e alta complexidade. Então percebo que a comunidade, quando reivindica acesso a

um serviço não indígena no sentido de ser privilegiado e isso não é acesso diferenciado, é acesso com privilégio (akâié)

Você não faz o caminho que deveria ser feito, acaba tentando fazer fora do fluxo do SUS para favorecer aquele índio (Niõtxi)

Ademais do respaldo legal constante no susodito decreto, há a memória coletiva do período em que a FUNASA assumiu a responsabilidade pelos serviços de saúde indígena e financiou consultas e procedimentos na rede particular de serviços de saúde, a despeito do fluxo de regulação estabelecido no âmbito do SUS.

A ideia de atenção diferenciada nesse caso perde seus amplos contornos e a complexidade inerente à atuação em contexto intercultural e reduz-se à dimensão do acesso, supostamente “facilitado” para os pacientes indígenas, alheio às regras gerais do sistema único de saúde. Essa apreensão engendra tensões constantes sobre os serviços prestados na esfera do Subsistema, que não participam do fluxo de regulação do SUS e são demandados continuamente por serviços de média e alta complexidade sob responsabilidade de outros níveis de gestão.

Houve ainda a concepção entre os profissionais entrevistados de que a atenção diferenciada constitui uma falha, uma anomalia dentro do sistema único de saúde, descabida e desnecessária, uma vez que os serviços de saúde deveriam ser prestados indistintamente a todos os cidadãos brasileiros, seguindo os princípios e diretrizes do SUS.

A defesa desse ponto de vista, porém, não revelou uma aproximação óbvia com a ideia de negação de direitos aos povos indígenas, mas sobremaneira ao não reconhecimento de aspectos diacríticos do ser indígena que justifiquem a adoção de práticas diferenciadas de atenção à saúde.

Os povos indígenas são uma comunidade como outra qualquer, que tem as mesmas necessidades que as outras como as ribeirinhas, etc., porém demandam de modo diferente, de acordo com sua cultura, sua localização regional, e isso já é um diferencial, independente de ser índio ou não. (Urumã)

E eu nunca me lamentei de não ter essa preparação para trabalhar com a saúde indígena, porque eu acho que a gente trabalha com saúde pública, então pra mim eu precisava encarar o índio como um paciente (Ãko)

Diehl e Langdon (2015), em estudo na Terra Indígena Kaingang, encontraram também essa relação entre a percepção de sinais diacríticos associados com a identidade indígena no Brasil e como isso se reflete diretamente na conduta das equipes de saúde que não percebem que há uma diferenciação em relação à sociedade envolvente e, conseqüentemente, não veem como necessários serviços e ações culturalmente adequados.

O lugar da interculturalidade na Gestão do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas da Bahia

O princípio da Atenção Diferenciada está claramente associado ao contexto intercultural de atenção à saúde dos povos indígenas, como dispõe a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, mas não há documentos oficiais que orientem a concretização desse princípio nas práticas cotidianas das equipes de saúde. Como afirma Esther Jean Langdon (2007), os esforços para oferecer atenção diferenciada, quando existem, ocorrem de maneira isolada, com forte tendência à “essencialização” das noções de cultura e tradição.

As profundas mudanças provocadas nas culturas de povos indígenas a partir do contato com populações não indígenas, de acordo com Gersen Baniwa, enfraqueceram as matrizes cosmológicas e míticas em torno das quais girava toda a dinâmica da vida tradicional (Luciano, 2006), tornando ainda mais complexo o desafio de construção de práticas de atenção culturalmente adequadas, em especial na Região Nordeste do país, onde esse contato durou mais tempo.

Nesse sentido, Langdon, Diehl e Dias-Scopel (2012) enfatizam que o grau de inserção do grupo indígena na sociedade envolvente e a compreensão das equipes multidisciplinares acerca do princípio da atenção diferenciada são aspectos relevantes que influenciam a natureza das responsabilidades dadas aos Agentes Indígenas de Saúde e, por conseguinte, as estratégias de capacitação para esse público. Importa ressaltar que, desde a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, já havia uma preocupação com a necessidade de formação de pessoal em saúde nas próprias comunidades, a exemplo de técnicos de enfermagem e de Agente Indígenas de Saúde, que assumiram o foco principal dos programas de formação desde então, considerando que estes constituíam o eixo entre o saber tradicional e o saber biomédico nas aldeias.

Buscou-se encontrar, entre documentos oficiais como o Relatório da V Conferência Distrital de Saúde Indígena da Bahia, as atas revisadas das reuniões ordinárias do Conselho Distrital de Saúde Indígena da Bahia (CONDISI-BA), realizadas entre os anos de 2014 e 2016, e os documentos norteadores do Plano Distrital de Saúde Indígena da Bahia 2016-2019, orientações acerca da adoção de práticas diferenciadas de cuidado em saúde, adequadas às especificidades socioculturais dos povos indígenas que vivem hoje no estado.

A etapa distrital da V Conferência Nacional de Saúde Indígena da Bahia ocorreu entre os dias 12 e 15 de outubro de 2013 e reuniu 203 delegados eleitos nas

etapas locais, que definiram 33 propostas para serem levadas à conferência nacional, que teve como tema central “*Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada*”, discutido através de quatro eixos temáticos: atenção Integral e diferenciada nas três esferas de governo (gestão, recursos humanos, capacitação, formação e práticas de saúde e medicinais tradicionais indígenas); controle social e gestão participativa; etnodesenvolvimento e segurança alimentar e nutricional; saneamento e edificações de saúde indígena.

A despeito da centralidade da temática na conferência, apenas 03 das 33 propostas traziam conteúdos diretamente relacionados à atenção diferenciada, com ênfase na formação de recursos humanos para atuarem em contextos interculturais, respeitando a cultura e a medicina tradicional indígena.

Garantir cursos de capacitação para os profissionais de saúde que atuam com a população indígena, com vistas à qualificação no tratamento dos problemas de saúde mais prevalentes de determinada área e em consonância com as especificidades culturais e práticas medicinais da população indígena; Promover formação antropológica dos profissionais das EMSI e rede SUS (nos municípios com população indígena ou de referência), voltada para a cultura dos povos com os quais trabalham, além de capacitar os profissionais das equipes para que usem/prescrevam medicamentos da medicina tradicional indígena e que conscientizem a comunidade para esta valorização e criação em cada aldeia de farmácias vivas, com o apoio de associações envolvidas nesta causa, empoderando os profissionais das EMSI de conhecimentos relativos à medicina tradicional indígena (valorização dos pajés, parteiras, etc.), bem como incentivar os Agentes Indígenas de Saúde nesse processo de valorização da medicina tradicional; Viabilizar junto ao MEC a inclusão de disciplina sobre saúde dos povos indígenas, nas grades curriculares dos cursos da área de saúde, das áreas de fitoterapia e medicina tradicional indígena, dando prioridade para que a disciplina seja ministrada por profissional/professor indígena (Relatório da Etapa Distrital da 5ª CNSI - Bahia, 2013).

Essas propostas relativas à necessidade de formação de profissionais de saúde para atuação em contextos de interculturalidade e de “intermedicalidade” revelam a preocupação dos indígenas com o respeito e a valorização da sua medicina tradicional.

Ao contrário da PNASPI, que enfatiza acentuadamente o programa de formação dos agentes indígenas de saúde com o intuito de promover a apropriação do saber biomédico por esses profissionais, os debates da conferência lançaram luz principalmente sobre os profissionais de saúde, formados a partir de uma matriz biomédica, que precisam ser capacitados em conteúdos e abordagens antropológicas para tratar questões culturais de forma apropriada dentro da aldeia, numa clara perspectiva de inversão das relações de poder.

O foco sobre os profissionais de saúde e a urgência em adaptar suas práticas a partir do conhecimento antropológico e da sabedoria tradicional indígena interroga a

posição hegemônica da biomedicina como saber que orienta as ações de atenção à saúde no âmbito do subsistema, sugerindo inclusive que cuidadores tradicionais lecionem em cursos universitários de saúde sobre a sua ciência.

Nessa esteira, foram propostos como resultados nacionais dos Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI), principal instrumento de gestão do Subsistema, alcançar “100% dos trabalhadores da saúde indígena qualificados para o trabalho em contextos interculturais” e elaborar “projetos para atuação em contextos interculturais implementados nos 34 DSEIS, com protagonismo indígena na promoção, prevenção e cuidado em saúde e valorização de práticas tradicionais”, até 2019. No DSEI-BA, os produtos planejaram esses resultados para o ano de 2016; todavia, não foram implantados.

Entre os produtos previstos no Planejamento Estratégico da Secretaria Especial de Saúde Indígena para 2015 havia também um Guia de Interculturalidade a ser disponibilizado para todas as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, ainda em fase de elaboração pelo nível central da Secretaria.

A análise das atas das Reuniões Ordinárias do CONDISI-BA procurou situar o debate de questões afetas à interculturalidade nos espaços colegiados de gestão. O CONDISI-BA reúne gestores, trabalhadores e usuários do Subsistema na Bahia e discute temas prioritários para a gestão. Não obstante as narrativas dos gestores analisadas tenham revelado falta de clareza sobre o conceito da atenção diferenciada e pouca preocupação em relação ao contexto intercultural de atuação, buscou-se entender como essas subjetividades se articulavam em um espaço coletivo de gestão, compartilhado com trabalhadores e usuários, bem como o avaliar o nível de presença da temática da interculturalidade entre os debates ocorridos nesse espaço.

As atas analisadas evidenciaram que o centro das discussões no CONDISI-BA se dá em torno da capacidade de contratação de serviços pelo DSEI-BA, em especial, de locação de veículos para realizar o transporte sanitário de pacientes indígenas e das equipes multidisciplinares e a contratação de serviços de motoristas, bem como de seleção e contratação de profissionais de saúde e saneamento, mediante convênio. Eram frequentes também as denúncias referentes a estoques insuficientes de medicamentos e às dificuldades para a realização de exames, procedimentos e consultas especializados na rede municipal.

A deliberação do CONDISI-BA de que todas as contratações devem priorizar o público indígena produz celeumas constantes devido às disputas de cargos e de captação de serviços entre os representantes de cada comunidade. Nesse sentido, fica severamente prejudicado o debate acerca de temas afetos à interculturalidade e à medicina tradicional indígena. Durante o período avaliado, a

única vez que a temática se manifestou foi através da conselheira representante do CIMI (Conselho Indígena Missionário), que expressou a sua inquietação com a necessidade de valorização das parteiras e rezadeiras indígenas, cujo ofício tinha ameaçada a sua perpetuação entre as gerações mais jovens.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados encontrados nesse estudo desvelam a distância que a problemática que forjou a criação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas assumiu em relação ao cotidiano da gestão do mesmo, no caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia.

A necessidade de adequar os serviços e as práticas de atenção à saúde ofertados pelo Sistema Único de Saúde às especificidades culturais dos povos indígenas não constitui uma inquietação entre os gestores do subsistema, que seguem desenvolvendo suas atribuições de maneira muito próxima ao preconizado na Política Nacional de Atenção Básica, principalmente, à Estratégia de Saúde da Família, negligenciando os aspectos que justificam a manutenção de um subsistema específico de atenção primária aos povos indígenas.

Essa postura “descuidada” dos gestores em relação ao desafio em que consistem as atividades de coordenação e execução de ações de atenção à saúde em contexto intercultural, entretanto, não parece constituir uma conduta arbitrária, à revelia dos interesses dos usuários indígenas do SASI-SUS.

No período de dois anos analisado, não se fez notar, entre os próprios conselheiros indígenas que participam da gestão através do CONDISI-BA, algum destaque para as questões afetas à necessidade de adaptação das práticas de saúde biomédicas às especificidades culturais de cerca de 20 grupos étnicos distintos atualmente assistidos ou mesmo à integração dessas práticas àquelas desempenhadas pelos cuidadores tradicionais. Por outro lado, eram frequentes as demandas por fármacos e por procedimentos biomédicos disponíveis apenas na rede especializada de serviços de saúde, sob gestão municipal.

O produto da última conferência distrital de saúde indígena, contudo, amplia o alcance em relação à representação do conselho ao reunir a voz e os anseios de uma parcela mais representativa de usuários indígenas no estado da Bahia e os traduz, no que concerne à temática da interculturalidade, na necessidade de desenvolver estratégias de formação direcionadas ao preparo dos profissionais de saúde para o tratamento adequado das questões culturais indígenas.

É necessário, portanto, concentrar esforços com o propósito de desenvolver novas estratégias formativas, capazes de produzir reflexões críticas acerca dos aspectos éticos que envolvem o exercício do cuidado em saúde e do respeito aos direitos dos povos indígenas à sua organização sociocultural própria, e gerar as sensibilidades e competências necessárias ao diálogo intercultural entre os profissionais que atuam na gestão do Subsistema, a fim de que possam pensar e propor medidas que induzam positivamente a transformação das práticas de assistência à saúde nos territórios indígenas.

Nessa esteira, assume relevância ímpar as experiências exitosas em curso que promovem essa articulação de saberes de diferentes matrizes epistemológicas. Novos estudos etnográficos, dessa vez envolvendo profissionais de saúde e usuários indígenas acerca do exercício de práticas culturais devem ser realizados a fim de aprofundar o conhecimento sobre seus significados e iluminar os desafios do diálogo intercultural no mundo contemporâneo.

REFERÊNCIAS

- ARRUTI, José Maurício. Etnogêneses indígenas. In: RICARDO, Beto; RICARDO, Fany. **Povos Indígenas no Brasil: 2001-2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006. p. 50-54.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Decreto Nº 7508 de 28 de Junho de 2011**. Brasília, 28 jun. 2011.
- _____. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª Ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002.
- _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE Diretoria de Pesquisas. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça**. Rio de Janeiro, 2012.
- CARVALHO, Maria Rosário de et al. **Índios e caboclos: A história recontada**. Salvador: Edufba, 2012. 269 p. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/mv4m8/pdf/carvalho-9788523212087.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2017.
- CHAVES, Maria de Betania Garcia; CARDOSO, Andrey Moreira; ALMEIDA, Celia. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.295-305, fev. 2006.
- DIEHL, Eliana Elisabeth; LANGDON, Esther Jean. Transformações na Atenção à Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um Contexto Indígena Brasileiro. **Univ.Humanist.**, Bogotá , n. 80, p. 213-236, Dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-48072015000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Abr. 2017.
- FARMER, P. **Infections and Inequalities**. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press, 2001.
- GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luiz Carlos. **Os povos indígenas e a construção das políticas públicas no Brasil**. Brasília: Opas, 2003. 120 p.
- JUÁREZ, G.F.. Interculturalidad y políticas públicas en el marco del Buen Vivir. In: RODRIGUEZ,L.; NUÑEZ, E. **SALUD, INTERCULTURALIDAD Y DERECHOS: claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir**. Quito/Equador: Ministerio de Salud Pública/ UNFPA, 2010.
- KIRMAYER, L. J.; ROUSSEAU, C.; GUZDER, J..Introduction: The Place of Culture in Mental Health Services. In: KIRMAYER, L. J.; ROUSSEAU, C.; GUZDER, J.. (Eds.).

Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care (pp. 1-20).
New-York: Springer/Business, 2014, p. 1-20.

LANGDON, E.J. Diversidade cultural e os desafios da política brasileira de saúde do índio. **Saude Soc**, São Paulo, v. 16, n. 2, p.7-9, ago. 2007.

_____. Uma Avaliação Crítica da Atenção Diferenciada e a Colaboração entre Antropologia e Profissionais de Saúde. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L.. Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

_____; GRISOTTI, Marcia. **Políticas Públicas: Reflexões Antropológicas**. Santa Catarina: Edufsc, 2016.

_____; MALUFS.W.; TORNQUIST, C.S.. Ética e Política em pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados. In: **Políticas Públicas: reflexões antropológicas**. Florianópolis: editora UFSC, 2016, p. 105-124.

LUCIANO, Gersem S. O índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: Ministério da Educação/Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade/LACED/Museu Nacional, 2006.

MAURO, Victor Ferri. Etnogênese e reelaboração da cultura entre os krahô-kanela e outros povos indígenas. **Espaço Ameríndio**, Porto Alegre, p.37-94, 2013. V. 7, n. 1.

MEDEIROS, Ricardo Pinto de. Política indigenista no período pombalino e seus reflexos nas capitanias do norte da América portuguesa. In: OLIVEIRA, João Pacheco de. **A presença indígena no Nordeste: processos de territorialização, modos de reconhecimento e regimes de memória**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 115-144.

MENENDEZ, Eduardo L. La enfermedad y la curación ¿qué es medicina tradicional? **Alteridades**, Montes Claros, v. 4, n. 7, p.71-83, 1994.

MENENDEZ, Eduardo L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p.185-207, 2003.

OLIVEIRA, João Pacheco de. **A presença indígena no Nordeste: processos de territorialização, modos de reconhecimento e regimes de memória**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. 732 p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

TAVARES, Luís Henrique Dias. **História da Bahia**. 11. ed. Salvador: Edufba, 2009. 544 p.

7.3. Artigo 3:

O lugar da interculturalidade nos textos e contextos da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena na Bahia e os Desafios e Perspectivas da Formação para Atuação em Contexto Intercultural

INTRODUÇÃO:

O princípio da atenção diferenciada à saúde, previsto na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), tem sido objeto recorrente de estudos desenvolvidos por autores interessados na definição de conceitos e de estratégias para sua operacionalização bem como na análise crítica das práticas que a princípio orienta (LANGDON, 2004; SILVEIRA, 2004; DIEHL e LANGDON, 2007; DIEHL, LANGDON, DIAS-SCOPEL, 2012; DIEHL e PELLEGRINI, 2014; DIEHL e FOLLMANN, 2014; LANGDON e CARDOSO, 2015; DIEHL e LANGDON, 2015; FERREIRA, 2015).

Expresso de maneira genérica no texto da PNASPI, o princípio da atenção diferenciada reconhece que os contextos em que estão inseridas as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) de todo o país são caracterizados pelo contato entre diferentes culturas, práticas de cura e sistemas explicativos para os processos de saúde e doença, impondo a necessidade de desenvolver tramas de concertação entre as racionalidades médicas que norteiam a prática dos profissionais de saúde e aquelas que orientam os itinerários terapêuticos dos sujeitos nos territórios indígenas.

Em contextos interculturais, é aconselhável ao profissional de saúde, ávido por prestar seu serviço, preocupar-se com o conhecimento que é empregado pelos pacientes para dar sentido aos processos de saúde-doença-atenção, baseado em recursos culturais e recrutado quando aparecem as aflições e crises de saúde, sem descuidar entretanto da sua formação biomédica (Juárez, 2010, p. 26, tradução nossa).

Em um país pluriétnico e com dimensões continentais como o Brasil, tais contextos multiplicam-se exponencialmente, assumindo diferenças significativas a depender do processo histórico de ocupação territorial e da organização social,

política, cultural e econômica dos mais de 300 grupos étnicos identificados no mais recente censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2012).

Nessa esteira, Gersem Baniwa Luciano explica que a saúde para os povos indígenas não se constitui como espaço autônomo ou isolado, mas refere-se às questões mais gerais das relações sociais, das relações com a natureza, da cosmologia, da organização social, do exercício do poder etc. (LUCIANO, 2006, p. 173).

A necessidade de reconhecimento desses aspectos como condição para a efetivação do princípio da atenção diferenciada, traduzido timidamente na PNASPI como o *respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas* (BRASIL, 2002, p.18), impõe aos profissionais que atuam no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) a urgência em desenvolver sensibilidades e competências adequadas ao complexo exercício do diálogo intercultural.

Sem o reconhecimento desses aspectos que conformam a nossa diversidade não podem existir relações interculturais, assumindo aqui o conceito proposto por Luis Maldonado Ruiz de interculturalidade como a interrelação de sujeitos em uma perspectiva igualitária, descolonizadora, transformadora e criativa (RUIZ, 2010, p. 83, tradução nossa).

No mesmo sentido, Menéndez enfatiza que a redução da interculturalidade a seus aspectos culturais, quase exclusivamente, expressa com frequência objetivos de assimilação e integração, e torna opacos os processos socioeconômicos que impedem o desenvolvimento de relações interculturais realmente respeitadas e simétricas (2006, p.61, tradução nossa).

O exercício das práticas de cuidado nos contextos interculturais em que se inserem os serviços de saúde do Subsistema requer o desenvolvimento de ferramentas e estratégias operativas para a efetiva aplicação do princípio da atenção diferenciada, a fim de transbordar os requisitos normativos e alcançar a sua incorporação na conduta dos profissionais de saúde. Para isso, é necessário avançar na construção de conceitos e de arcabouço teórico mais sólidos acerca da interculturalidade. Afinal, como provoca Camargo Jr (2003, p. 26), qual a utilidade de uma expressão da qual pode decorrer uma miríade de significados? Deve-se,

portanto, conter o expansionismo semântico de algumas expressões que se orientam pela perspectiva que o autor chama de “imperialismo sanitário”.

A introdução de temas afetos à interculturalidade no âmbito de políticas públicas obedece a um imperativo emergente, produto da intensificação dos processos de mobilização e articulação política dos povos indígenas no Brasil e sua reivindicação por serviços específicos de educação e saúde, entre outros, que respeitem a sua cosmologia.

Para Madel Luz, cosmologia consiste na perspectiva de ordenação geral daquilo que existe e das formas de apreender esse real. Essa perspectiva embasa as demais dimensões interligadas que estruturam os saberes e práticas reunidos no conceito de racionalidades médicas, a saber: uma morfologia humana; uma dinâmica vital, um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (TESSER e LUZ, 2008). Coexistem, portanto, distintas racionalidades médicas na contemporaneidade, de forma conflituosa ou pacífica, e frequentemente de forma híbrida (LUZ, CAMPELLO e VELLOSO, 2008, p. 231).

Essa convivência entre sistemas médicos distintos caracteriza contextos de intermedicalidade. Langdon (2016, p.19) propõe que estudos das práticas de atenção e de autoatenção em saúde, em contextos de intermedicalidade, devem considerar os processos de articulação e apropriação de saberes plurais, marcados por negociações e relações de poder.

O conceito de práticas de autoatenção adotado por Langdon é aquele proposto por Eduardo Menéndez (2009, p. 48) e se refere às representações e práticas que a população utiliza, em nível do sujeito e do grupo social, para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguentar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam a sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção direta, central e intencional de cuidadores profissionais. Sobre isso, Menéndez (2006, p. 52) acrescenta que, no que se refere aos problemas da interculturalidade, a Antropologia tem se debruçado sobre questões que já foram resolvidas pelos próprios grupos sociais envolvidos no contexto intercultural.

O empreendimento hermenêutico que se pretende realizar neste estudo, porém, não se dedica a identificar as estratégias de autoatenção desenvolvidas pelas comunidades indígenas, seus itinerários terapêuticos ou suas práticas tradicionais de cura, tampouco se debruça sobre as práticas de atenção à saúde exercidas pelos profissionais que integram as equipes de saúde indígena e sua adequação em relação ao contexto intercultural em que se inserem.

Essa pesquisa busca compreender o papel da gestão na operacionalização do princípio da atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas, a partir do estudo dos significados e dos operadores dessa categoria discursiva (“atenção diferenciada”), através da análise de narrativas e da observação acerca das possíveis formas de expressão de questões afetas à interculturalidade que caracteriza os contextos onde estão inseridos os serviços de saúde do Subsistema nas práticas concretas de agentes sociais implicados na gestão do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas na Bahia. Por fim, aponta para perspectivas teóricas capazes de promover críticas necessárias e, oportunamente, provocar mudanças na assimetria das relações de poder entre as equipes de saúde indígena e os usuários dos seus serviços, com o intuito de favorecer a efetivação do diálogo intercultural e articulação de saberes em nível local.

METODOLOGIA:

A opção por etnografar os processos de gestão no Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia se assenta na compreensão compartilhada com Langdon (2016, p. 9) de que as peculiaridades das ferramentas teóricas e metodológicas da Antropologia, ao focalizar o caráter relacional e as múltiplas vozes que integram o cenário social, marcado pela pluralidade de saberes e práticas, e ao reconhecer a autonomia dos sujeitos, possuem maior potencial assertivo de proposição de soluções para os problemas complexos e suas respectivas demandas no âmbito das políticas públicas, os quais envolvem, mormente, o caráter interdependente das práticas dos agentes e suas instituições.

Soma-se ao potencial heurístico das ferramentas antropológicas em relação ao estudo da complexidade dos fenômenos sociais, a percepção de que a pesquisa qualitativa traz contribuições singulares à elaboração de políticas públicas e sociais voltadas à saúde, assim como para a prática cotidiana dos profissionais e agentes de saúde (LANGDON, MALUF e TORNQUIST, 2016, p. 106).

O objetivo de analisar os significados como estruturas conceituais que os indivíduos utilizam para construir a experiência, de modo suficientemente circunstancial para obter convicção e suficientemente abstrata para se constituir em teoria, simultaneamente, e sem o risco de produzir descritivismos inócuos e generalidades vazias (Geertz, 1989, p. 136), demanda um empreendimento etnográfico, explicado pelo autor como uma “descrição densa”, produto do esforço

intelectual do pesquisador ao estudar estruturas significantes, determinar sua base social e sua importância (GEERTZ, 1989, p. 4).

O que se comunica no acontecimento da fala não é, porém, a experiência do falante, como esta foi experimentada, mas sim seu sentido. A experiência vivida permanece em forma privada, porém seu significado, seu sentido, se faz público através do discurso (RICOEUR, 1995, p. 9-10).

Foram utilizadas como técnicas de coleta de informações a observação participante, grupos focais, análise documental e entrevistas semiestruturadas envolvendo 26 agentes sociais que atuam nos espaços institucionais de gestão no Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia (DSEI-BA), contemplando todos os profissionais lotados na gestão dos serviços de atenção à saúde, na sede e nas unidades descentralizadas, no Setor de Gestão de Pessoas, responsável pelo planejamento de programas de formação e capacitação para os profissionais que atuam na saúde indígena, e na Coordenação Distrital, a fim de garantir maior diversificação no perfil de profissionais, considerando tempo de experiência na saúde indígena, pertencimento étnico, tipo de vínculo institucional e local de atuação.

As entrevistas ocorreram após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva, através do Parecer nº 1.849.830 e autorização de uso do seu conteúdo foi expressa através da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A identidade dos colaboradores foi preservada através da substituição dos seus nomes por palavras na língua indígena Patxohã, com o intuito de reconhecer e valorizar o processo de etnogênese que marca a identidade étnica dos povos indígenas da Bahia. Convém destacar que o uso de palavras indígenas não se relaciona com a identidade étnica dos entrevistados, em sua maioria não indígenas.

O estudo do cotidiano exige a elaboração de um roteiro de observação a fim de identificar os aspectos que deverão ser descritos e avaliados com o intuito de permitir uma maior aproximação e compreensão do espaço de investigação. A observação participante se deu entre setembro de 2014 e março de 2017, com registros em diário de campo. O campo de observação foram os espaços colegiados e demais estruturas de gestão instituídos no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia, órgão ligado à Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde.

O grupo focal envolveu os coordenadores técnicos em saúde das unidades descentralizadas do DSEI-BA e foi conduzido a partir de uma pergunta disparadora

sobre o que significava, na opinião do grupo, a atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas. A participação foi também voluntária.

A fim de evitar possíveis constrangimentos e silenciamentos devido à posição ocupada pela pesquisadora no grupo de gestores do Distrito, optou-se por iniciar as entrevistas e a dinâmica do grupo focal por perguntas mais intimistas e informais sobre a trajetória dos participantes e os elementos que provocaram a opção pelo trabalho na saúde indígena, a fim de tornar o ambiente menos institucional. A escolha de ambientes externos para a realização das entrevistas também se deu com esse intuito.

A análise documental considerou textos institucionais analisados e incluiu o Relatório da Etapa Distrital para a Etapa Nacional da 5ª Conferência de Saúde Indígena, as atas das reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena realizadas entre setembro de 2014 e dezembro de 2016, documentos referentes ao Planejamento Estratégico da Secretaria Especial de Saúde Indígena, bem como documentos internos que disciplinam a rotina administrativa do serviço e coordenam as práticas cotidianas dos agentes envolvidos e relatórios das conferências de saúde indígena.

O lugar da interculturalidade nos textos e contextos da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena na Bahia

A gente não oferece uma atenção diferenciada. A gente não vive isso. A nossa atenção é muito parecida com a não indígena. O que nós fazemos é o mesmo desde 1.500 ... invasão, invasão, invasão! (Niõtxi)

O texto acima, expresso na narrativa de uma profissional que atua na gestão do setor de atenção à saúde do DSEI-BA, referia-se à sua indignação diante da inversão percebida na análise de gráficos em relação aos tipos de parto entre mulheres indígenas aldeadas. No último ano, apenas 7% dos partos acompanhados pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) na Bahia havia ocorrido no ambiente domiciliar, revelando profundas mudanças das práticas de atenção à saúde no território indígena desde a criação do Subsistema, quando a profissional em tela iniciou seu trabalho na saúde indígena.

Escusado dizer que a entrada das equipes de saúde dentro dos territórios indígenas engendrou mudanças no curso dos itinerários terapêuticos dos diferentes povos, sobretudo entre aqueles mais afastados dos centros urbanos. Mais do que

isso, promoveu o encontro entre o global e o local, aproximando o centro colonial, representado nas práticas biomédicas dos profissionais de saúde, da periferia colonizada, contribuindo para o surgimento de identidades culturais “em transição”, produtos híbridos de negociações entre as tradições culturais e as novas misturas culturais comuns ao mundo globalizado (HALL, 2011, p. 88).

A chegada das equipes institui zonas de contato em que interagem, na prática e na teoria, a biomedicina e o conhecimento tradicional indígena. Maaj-Lis Follér, assume o conceito proposto por Mary Pratt (1992) para zonas de contato, que se refere ao espaço dos encontros coloniais, o espaço no qual povos, antes separados pela geografia e história, entram em contato e estabelecem relações contínuas, sendo que essas geralmente envolvem condições de coação, desigualdade radical e conflito intratável. Uma zona de contato tem a ver com a relação entre os colonizadores e colonizados, assim como suas interações, entendimentos e práticas, os quais frequentemente acontecem de acordo com relações de poder radicalmente assimétricas (FOLLÉR, 2004, p. 132).

Para Luciane Ouriques Ferreira (2013, p. 41), é nessas zonas de contato que os povos indígenas, no exercício de seu poder criativo, se apropriam dos saberes e práticas da biomedicina e recriam a sua realidade sociomédica, incorporando aos seus universos socioculturais alguns dos elementos provenientes da medicina ocidental.

Exemplo dessa apropriação se expressa nas constantes demandas por medicamentos registradas nas atas das reuniões do CONDISI-BA durante o período analisado. A preocupação com o uso racional e adequado de medicamentos constitui uma das Diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, com atenção singular sobre os riscos relacionados com a automedicação e a necessidade de propor mecanismos de controle para evitar a troca da medicação prescrita e a hipermedicação, bem como de valorizar o uso da farmacopeia tradicional indígena. A ampla aceitação pelos indígenas do uso de medicamentos e outros produtos farmacêuticos é entendida por Ferreira (2013, p. 42) como um processo de indigenização da biomedicina; por outro lado, a medicalização dos corpos e dos comportamentos, a partir da execução de políticas públicas de saúde, sustentadas sobre o paradigma biomédico, nos contextos locais, revela uma forma de colonização do mundo da vida das comunidades indígenas (idem, p. 43).

Apesar de avanços, como a correção de perversos indicadores de saúde como a mortalidade infantil na população indígena da Bahia, a implantação do Subsistema

foi acompanhada por mudanças significativas das práticas sanitárias dentro dos territórios indígenas, com forte influência sobre o papel das estratégias tradicionais de cuidado no cotidiano das aldeias. Apesar de não haver indicadores que permitam monitorar o nível de integração entre os serviços de saúde ofertados no âmbito do Subsistema, de matriz biomédica, e os sistemas médicos tradicionais, percebe-se, através da progressiva redução do número de pajés, benzedeiros(os), rezadeiras e parteiras, a desvalorização das práticas tradicionais de atenção à saúde entre os povos indígenas assistidos.

Eu mesmo, quando trabalhava na assistência, eu ficava procurando pajés, curandeiros, benzedeiros, pajé bate folha, e eles mesmos diziam como estava raro esse profissional, profissional não, esse cuidador, esse elemento da comunidade (Goypã).

A tendência que se observa em relação ao esvaziamento de ofícios tradicionais entre as novas gerações indígenas recebe contornos acentuados de preocupação diante das constantes lutas de reafirmação da identidade étnica que caracteriza o fenômeno da etnogênese entre os povos indígenas, em curso principalmente na região Nordeste do país (LUCIANO, 2006, p. 33).

Esse cenário exige respostas dos diferentes níveis de gestão do Subsistema no sentido de induzir a adoção e/ou transformação das práticas dos profissionais inseridos nas equipes que contribuam para a efetivação do princípio transversal da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas: o princípio da atenção diferenciada. Para Jean Langdon (2007, p.9) apesar de previsto na PNASPI, não se conseguiram desenvolver diretivas que orientem efetivamente as equipes de saúde, cujas iniciativas têm se dado de maneira isolada e com forte tendência à essencialização das noções de tradição e cultura. Essa impressão é compartilhada por profissionais que atuam na gestão do DSEI-BA.

Pra mim, faltam elementos institucionais para isso. Faltam protocolos, normativas, orientações nesse aspecto. Deveria ser instituído um GT (Grupo de Trabalho) na SESAI, envolvendo especialistas, gestores e os próprios indígenas, e não apenas as lideranças, mas pessoas chaves para avaliar o que a gente está entendendo que seria essa atenção diferenciada. Devia chamar o pajé, o cacique, a parteira para estar nesse GT. E desse GT pudesse produzir protocolos, orientações que direcionassem a atenção diferenciada (Kitokíhé)

Luciane Ferreira (2016, p. 220) acrescenta que a PNASPI não esclarece os meios através dos quais essa articulação pode ser efetivada e nem com que conceito de interculturalidade opera, considerando as múltiplas definições que essa categoria discursiva polissêmica comporta.

Na mesma esteira, Garnelo (2004, p.13) ratifica a compreensão de que os documentos normativos do Subsistema de Saúde Indígena repetem em demasia princípios genéricos, que não se traduzem em atividades concretas nem nas programações anuais de atividades dos DSEIs, nem nas práticas sanitárias das equipes.

O início do período de desenvolvimento desse estudo foi marcado por um longo silêncio, no âmbito da gestão, diante da necessidade de formulação e aplicação de medidas e diretrizes que orientem a operacionalização do princípio da atenção diferenciada em saúde no cotidiano das equipes. Esse silêncio só foi interrompido no final de 2015, quando foram apresentados os produtos e resultados esperados do Planejamento Estratégico da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), a constar no Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) 2016-19, principal instrumento de gestão da saúde indígena. Entre os produtos previstos no Planejamento Estratégico da SESAI para 2015, estava a elaboração e divulgação de um Guia de Interculturalidade e um curso na modalidade de educação à distância, com a mesma temática, a serem disponibilizados para todas as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, ainda em fase de elaboração pelo nível central da Secretaria. Esses produtos, todavia, não foram disponibilizados até o presente momento.

Entre os resultados esperados do PDSI constavam as seguintes metas de “100% dos trabalhadores da saúde indígena qualificados para o trabalho em contextos interculturais” e elaboração de “projetos para atuação em contextos interculturais implementados nos 34 DSEIS, com protagonismo indígena na promoção, prevenção e cuidado em saúde e valorização de práticas tradicionais”, até 2019. Essa medida refletiu o esforço da gestão central em estimular os Distritos a construir estratégias regionalizadas e adequadas aos diferentes contextos pluriétnicos para capacitação e educação permanente dos profissionais das suas equipes de saúde e autonomia para elaborar projetos com protagonismo indígena a fim de favorecer a troca de saberes necessária ao exercício pleno do diálogo intercultural. Essas metas deveriam ter como responsáveis pela sua execução e monitoramento, conforme instrutivo encaminhado pela SESAI-DF, o ocupante do cargo de coordenação distrital e do cargo de Chefia do Setor de Gestão de Pessoas, a fim de conferir importância estratégica a tais produtos.

Não houve, contudo, o nível adequado de priorização dos resultados propostos com o objetivo de efetivar as diretrizes da PNASPI referentes à “articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde” e “preparação de recursos humanos para a atuação em contexto intercultural”, que permaneceram sem propostas de ações

correspondentes até o período que encerrou a presente pesquisa, frustrando as expectativas daqueles que entendiam que a presença de um indígena no topo da hierarquia institucional e a existência de uma maioria de indígenas compondo a força de trabalho contratada pelo DSEI-BA (66%) seriam condições suficientes para a afirmação dos espaços e fortalecimento das iniciativas de construção das bases para o efetivo diálogo intercultural, horizontal e simétrico.

Em nível central, esses resultados estavam sob a responsabilidade da Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos para Atuação em Contexto Intercultural (CODEPACI) cujas competências estavam definidas na Portaria nº 3.965, de 14 de dezembro de 2010, e reuniam a coordenação e articulação do processo de capacitação e de desenvolvimento de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; oferecer apoio ao processo de capacitação de conselheiros nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI); assessorar o DSEI no desenvolvimento do processo de formação dos Agentes Indígenas de Saúde, dos Supervisores dos Agentes Indígenas de Saneamento e dos Agentes Indígenas de Saneamento; e planejar o dimensionamento da força de trabalho para o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (BRASIL, 2010). Essa coordenação, contudo, foi extinta recentemente, através do Decreto n. 8.901 de 10 de novembro de 2016. Essa medida contribuiu para a pulverização do acúmulo reunido até aquela oportunidade sobre estratégias formativas para os profissionais que atuam em contexto intercultural e deve compor a coleção de retrocessos que marca a trajetória dos incipientes esforços para a efetivação do princípio da atenção diferenciada, no âmbito da gestão.

Outra estratégia desenvolvida para alcançar os objetivos da atenção diferenciada foi a institucionalização do Agente Indígena da Saúde (AIS) como parte das equipes que prestam serviço de atenção primária nas aldeias. A institucionalização do AIS visa atender a várias demandas, entre elas a criação de cargos assalariados para membros da comunidade, a ausência periódica de profissionais de saúde na aldeia e a mediação nas relações interétnicas. O papel do AIS é citado nos documentos da PNASPI como central para a realização do princípio da atenção diferenciada, ou seja, é destacado como ponto estratégico para a oferta de serviços de saúde sensíveis ao pluralismo e à diversidade cultural. (LANGDON, DIEHL e DIAS-SCOPEL, 2014, p. 213).

A CODEPACI assumia também a responsabilidade pela pactuação com instituições de ensino, na modalidade de Carta Acordo, de um proposta de curso de formação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS), nos moldes do que prevê a PNASPI, ou seja, como uma estratégia que visa 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 (BRASIL, 2002, p. 15).

Vistos como elo entre os saberes tradicionais e os biomédicos, o AIS acumula outros papéis sociais dentro da aldeia, como o de mediador de conflitos e de comunicação, e o seu programa de formação é apresentado na PNASPI como ponto central para promover uma atenção diferenciada (LANGDON, DIEHL e DIAS-SCOPEL, 2012, p.213). Esse conjunto de autoras destaca que, nos contextos em que os grupos étnicos estão em contato regular com não indígenas e em maior dependência do mercado capitalista, as atribuições do agente indígena de saúde tendem a ser mal definidas, resultando em ambiguidades que tornam esse papel frustrante para todos os atores envolvidos (idem, p. 225).

Acrescenta-se que a grave atrofia da estrutura do órgão indigenista brasileiro e sua retirada dos territórios indígenas deslocaram para a Secretaria Especial de Saúde Indígena, em especial, os DSEIs, as pressões para a contratação de membros das comunidades indígenas para desempenhar diferentes funções como a de motoristas, auxiliares de serviços gerais e profissionais das equipes de saúde e saneamento, principalmente Agentes Indígenas de Saúde e Agentes Indígenas de Saneamento. A análise das atas das reuniões ordinárias do CONDISI-BA ocorridas durante os anos de 2014 e 2016 revelou substantivo volume e frequência de reivindicações relativas à ocupação de tais vagas por indígenas das comunidades assistidas.

Nessa esteira, encontra-se com frequência no âmbito do DSEI-BA Agentes Indígenas de Saúde que assumem essa tarefa sem ter o perfil adequado, por barganha das lideranças que exercem a autoridade política sobre os territórios indígenas. Sobre isso, interessa destacar que os recorrentes movimentos de retomada de território em geral culminam com reivindicações de novas vagas de AIS, como parte do processo de legitimação do poder das novas lideranças que se forjam nessas lutas por posse do território. Como atesta Nádia Silveira (2004, p. 119), a falta de perfil e/ou de autonomia dos Agentes Indígenas de Saúde contribui para tornar as comunidades cada vez mais dependentes de medicamentos e de recursos da biomedicina e mais distantes do princípio da atenção diferenciada.

Desafios e Perspectivas da Formação para Atuação em Contexto Intercultural

A capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deverá ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e 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. Deverão ser promovidos cursos de atualização/aperfeiçoamento/especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (indígenas e não-indígenas) das várias instituições que atuam no sistema. As instituições de ensino e pesquisa serão estimuladas a produzir conhecimentos e tecnologias adequadas para a solução dos problemas de interesse das comunidades e propor programas especiais que facilitem a inserção de alunos de origem indígena, garantindo-lhes as facilidades necessárias ao entendimento do currículo regular: aulas de português, apoio de assistentes sociais, antropólogos e pedagogos, currículos diferenciados e vagas especiais (BRASIL, 2002, p. 16).

Diehl e Follmann (2014) elencam alguns estudos que ratificam o entendimento de que uma das principais dificuldades para a efetivação do princípio da atenção diferenciada no Subsistema é a falta de formação e capacitação dos profissionais de saúde para atuar em contextos interétnicos específicos.

A necessidade de promover cursos de formação e qualificação de recursos humanos para atuação em contextos de interculturalidade e de intermedialidade está expressa entre as propostas aprovadas na Estapa Distrital da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena na Bahia, sobretudo para os profissionais de saúde, a despeito da ênfase que tem sido dada pelo nível central de gestão do Subsistema na formação dos Agentes Indígenas de Saúde.

Sobre isso, Luciane Ferreira, ao analisar o discurso de gestores da SESAI, conclui que é a perspectiva integracionista que continua a instrumentalizar e colonizar os saberes e práticas indígenas a partir do viés biomédico, e que se operacionaliza a partir da estereotipagem das medicinas indígenas e de seus praticantes por meio da retórica da interculturalidade, negando o direito desses sistemas sociomédicos serem reconhecidos pelo seu valor intrínseco (FERREIRA, 2015, p. 243).

As propostas aprovadas na conferência, no âmbito do DSEI-BA, apontam em sentido contrário a essa tendência da gestão central, ao focalizar os profissionais de saúde das equipes multidisciplinares e da rede de atenção especializada do Sistema Único de Saúde como público alvo prioritário das capacitações, principalmente direcionadas à *formação antropológica voltada para a cultura dos povos com os quais trabalham, além de capacitar os profissionais das equipes para que usem/prescrevam medicamentos da medicina tradicional indígena e que conscientizem a comunidade para esta valorização e criação em cada aldeia de farmácias vivas, com o apoio de*

associações envolvidas nesta causa, empoderando os profissionais das EMSI de conhecimentos relativos à medicina tradicional indígena (valorização dos pajés, parteiras, etc.), bem como incentivar os Agentes Indígenas de Saúde nesse processo de valorização da medicina tradicional (Relatório da Etapa Distrital do DSEI-BA para a 5ª CNSI, 2013). Ademais, aprovou-se a proposta de viabilizar junto ao MEC a inclusão de disciplina sobre saúde dos povos indígenas nas grades curriculares dos cursos da área de saúde, das áreas de fitoterapia e medicina tradicional indígena, dando prioridade para que a disciplina seja ministrada por profissional/professor indígena.

Entre as narrativas dos gestores, foram também apresentadas propostas de capacitação e educação permanente dos profissionais das equipes multidisciplinares da saúde e da gestão do DSEI como medidas para a efetivação do princípio da atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas na Bahia, com protagonismo dos cuidadores tradicionais indígenas na construção e transmissão do conhecimento a ser abordado:

Eu acho que isso a gestão poderia induzir, através de um trabalho de educação permanente para a própria equipe da gestão, porque é preciso fazer a autocrítica. E os cuidadores também entrariam como professores para trazer a perspectiva da medicina tradicional, no que ela se diferencia da nossa e, a partir daí, tentar descobrir alguns lugares que permitissem inserir essas pessoas no cotidiano de trabalho das equipes (Goypã).

O que a gestão poderia fazer é estimular mais pesquisas para fazer com que a gente reflita sobre essa questão. Estimular que os trabalhadores ingressem em pós-graduações voltadas para essa temática. Poderia também realizar um seminário onde quem iria expor fossem os indígenas, sobre sua cultura, e nós estaríamos muito mais para aprender. E eles seriam os protagonistas. E sobre quem está na ponta, eu daria também uma oportunidade para eles mostrarem o que eles têm, porque eles podem ter muitas experiências que eu desconheço. E também resgatar a valorização das parteiras, porque a gente sabe que elas estão desestimuladas, porque a própria comunidade não valoriza mais elas. Eu acho que promover um seminário para escutar eles é fundamental, até para ouvir o que eles entendem da cultura deles, que pode ser muito parecida com a nossa, inclusive, e diferenciada do que a gente acha que é, em nosso imaginário. (Beketxiá)

As propostas apontadas coadunam com a opinião de especialistas sobre os cuidados que devem ser tomados no planejamento de estratégias de formação direcionadas ao exercício da interculturalidade, aqui entendido com a construção de relações que pretendem superar assimetrias e resquícios de colonialidade e atentas ao conceito de intermedicalidade.

O conceito de intermedicalidade reconhece os povos indígenas como agentes de mudanças justamente por serem eles a articular sentidos e práticas de saúde oriundos de distintos horizontes socioculturais de modo a recriar os seus próprios sistemas sociomédicos (FERREIRA, 2016, p. 227).

Como sugere Garnelo (2012, p. 24), porém, os gestores e trabalhadores da saúde possuem pouco acúmulo no que se refere ao desenvolvimento de estratégias e ações sanitárias que respeitem as especificidades étnicas e culturais bem como de outros sistemas médicos além do biomédico.

Dessa forma, como afirma Renato Athias, são cada vez mais comuns demandas de gestores do Subsistema por antropólogos na área de saúde indígena, a partir do entendimento da cultura indígena como peça chave na melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às comunidades indígenas, principalmente através de capacitações (ATHIAS, 2004, p. 220).

Mas eu acho que seria importante ter um treinamento em antropologia, com alguns conceitos gerais, como família, sociedade, e alguns específicos de cada etnia. Quando eu comecei a trabalhar com a saúde indígena, eu não me sentia preparado para lidar com as questões culturais, e ainda hoje eu não me sinto. (Iñã-iñã)

Marcos Pellegrini destaca ainda que a contribuição da antropologia não está relacionada diretamente com a resolução de conflitos de racionalidades, ou com a transposição de barreiras culturais, mas sim com a promoção de consciência das diferentes visões, expectativas e usos dos serviços de saúde. (PELLEGRINI, 2004, p. 238).

A abordagem antropológica, ao reconhecer todos os sistemas médicos como construções socioculturais e históricas, contribui também para o exercício do estranhamento dos profissionais de saúde sobre as suas próprias práticas e a matriz epistemológica que as orienta, nesse caso, a biomedicina.

Nádia Silveira testemunha essa dificuldade em relativizar a biomedicina de uma perspectiva interna, epistemológica, na medida em que esta está pautada em um conhecimento constituído e centrado no racionalismo científico, cujas limitações são dificilmente perceptíveis (SILVEIRA, 2004, p. 117).

Maj-Lis Follér ressalta que o poder colonizador deteve historicamente o direito preferencial de interpretação e o direito de decidir qual conhecimento deve ser valorizado (FOLLÉR, 2004, p. 134). Assim, o desenvolvimento de uma consciência compatível com os estudos da intermedialidade demanda esforços hercúleos posto que não constitui tarefa fácil questionar os pressupostos da racionalidade científica moderna, produtora de verdades absolutas. Por outro lado, habilita os profissionais de

saúde a reconhecer outras racionalidades médicas possivelmente associadas às formas de autoatenção adotadas pela comunidade indígena que assiste.

Convém destacar que essas outras racionalidades são produtos de composições híbridas, construídas a partir da permeabilidade das fronteiras entre as duas epistemologias expostas até aqui, a saber, a biomedicina e a medicina indígena. Como avisa Jean Langdon, a medicina indígena e biomedicina não são as únicas tradições médicas no campo social. É necessário reconhecer que o campo social da saúde é permeado por várias tradições e inovações nas práticas de autoatenção, tornando perigoso opor ou fazer competir o sistema indígena e o sistema biomédico. O resultado do contato interétnico tem demonstrado exatamente o oposto, ou seja, que de fato os índios se apropriam de aspectos da medicina ocidental, ressignificando-os (LANGDON, 2004, p. 45).

A noção de intermedicalidade analisa a realidade social como constituída por negociações entre sujeitos politicamente ativos, destacando que nessas negociações todos os sujeitos envolvidos são dotados de agência social. Ambos os conceitos, intermedicalidade e práticas de autoatenção, mostram que, apesar da sua contínua expansão, a biomedicina não suplanta outras formas de conhecimento sobre saúde/doença (LANGDON, 2016, p. 25).

Para a Saúde Coletiva, a análise crítica da medicina representa duplo desafio: epistemológico, dada a complexidade dos objetos envolvidos no estudo; e ético, uma vez que uma vertente de intervenção está presente com maior ou menor intensidade nesta área (CAMARGO JR, 2003, p. 22). No caso da Saúde Indígena, recomenda-se cautela para não cair em armadilhas sobre rígidas dicotomias entre as epistemologias que se articulam na construção dos sistemas médicos híbridos, e demasiado cuidado em relação ao desafio ético em reconhecer as desigualdades históricas, sociais, políticas e econômicas que caracterizam as relações profissional-usuário no âmbito do Subsistema.

É importante que se consiga fazer compreender que a práxis cotidiana entre profissionais de saúde e a comunidade acontece com base em uma interação complexa de realidades originalmente diferentes, e não apenas por duas culturas diferentes. O ajuste dessa interação é permeado por relações assimétricas de poder e influências nacionais e internacionais. A prática clínica é produto de forças políticas e econômicas e de negociações de poder que compõem o cotidiano dos serviços (LANGDON, 2004, p. 46)

O desafio está posto. Não estão dadas, porém, as ferramentas necessárias à construção de práticas que superem o pensamento único e a essencialização de identidades culturais, rompam com a manutenção de relações coloniais e permitam

rever criticamente os pressupostos biomédicos da atenção à saúde, com vistas ao desenvolvimento de sensibilidades e competências que desloquem a centralidade das práticas de atenção à saúde das enfermidades para as pessoas, em seu contexto, ampliando o limitado acesso cultural das práticas biomédicas e permitindo alcançar diferentes cosmovisões.

Nós temos uma cultura diferenciada. Então a gente tem que atentar muito bem o povo, porque está muito claro que a política que rege ela não se atenta, porque às vezes é mais fácil trabalhar com aquilo que está disponível. Aquilo que a gente precisa criar é mais difícil. E a gente acaba se passando no que é, de fato, a cultura. Então a gente tem que ficar muito atento a essa questão de cultura. Se os povos indígenas têm uma cultura diferenciada, não são os povos indígenas que têm que mudar, e sim os profissionais que vão. Então, eu estou falando do não índio. Quando ele começa a se inserir, ele tem que mudar. Ele tem que ter a concepção de que está entrando em uma área de cultura diferenciada e que ali eles têm uma ancestralidade, eles têm a sua maneira de viver e conviver e os profissionais têm que ficar atentos nisso e têm que mudar (Kurai)

Propõe-se para esse desafio, a aplicação de algumas formulações teóricas de Boaventura de Souza Santos que pretendem superar as monoculturas do saber científico, do tempo linear, da naturalização das diferenças, da escola dominante, centrada hoje no universalismo e na globalização (SANTOS, 2007, p. 09).

Para Boaventura, as condições epistêmicas das nossas perguntas estão inscritas no avesso dos conceitos que utilizamos para lhes dar a resposta, sendo necessária uma ruptura paradigmática que supere todas as formas absolutas, de dogmatismo e de autoridades, e que supere as distinções fundamentais entre conhecimento científico e conhecimento do senso comum (SANTOS, 2010, p. 24).

A proposta de Boaventura de uma epistemologia do Sul, superadora da matriz colonizadora do nosso atual paradigma epistemológico, combina doses de lucidez intelectual e entusiasmo político ao apresentar as ferramentas para a construção de um novo modo de produção de conhecimento, atento à nossa diversidade cultural.

Para combater a racionalidade do Norte, que influencia sobremaneira o nosso modo de pensar e a que o autor chama de razão indolente, reducionista, preguiçosa, que se considera única, exclusiva, e que não se exercita o suficiente para poder ver a diversidade epistemológica inesgotável do mundo (SANTOS, 2007, p.25), Boaventura propõe três procedimentos meta-sociológicos: a sociologia das ausências, a sociologia das emergências e o trabalho de tradução, todos pautados por outra racionalidade, não indolente, que chamou de racionalidade cosmopolita, a qual pretende combater o desperdício da experiência social (SANTOS, 2006, p. 94). Esses procedimentos

pretendem substituir as monoculturas pelas ecologias dos saberes, propondo um uso contra-hegemônico da ciência hegemônica (SANTOS, 2007, p. 32)

A Sociologia das Ausências é proposta como um procedimento transgressivo, uma *sociologia insurgente para tentar mostrar que o que não existe é produzido ativamente como não existente, como uma alternativa não crível, como uma alternativa descartável, invisível à realidade hegemônica do mundo* (SANTOS, 2007, p. 28). Está pautada na expansão do presente para criar a possibilidade de que as experiências tornadas ausentes se façam visíveis (idem, p. 32).

A aplicação do procedimento da Sociologia das Ausências ganha dimensões ímpares de pertinência ao desafio que se coloca, referente à formação de profissionais para a atuação em contexto intercultural, ao considerar as narrativas dos gestores do DSEI-BA, que destacaram insistentemente a necessidade de dar visibilidade às prováveis experiências locais de articulação entre as práticas biomédicas das equipes e os cuidados tradicionais indígenas, que não alcançavam a gestão.

Eu acho que sim [a atenção diferenciada acontece], em alguns lugares. O que eu acho que o nível central devia fazer é mapear essas experiências para ver o que pode fazer com elas e tentar fortalecer o que já acontece. Como no SUS, que é pensado de cima pra baixo, mas acontece de baixo pra cima. Acho que, em ambos os casos, o que se pode fazer é fortalecer o que já rola nos territórios. Na minha experiência na assistência, eu percebi que o modelo biomédico estava tomando conta, estava em construção avançada e que as outras práticas de medicina tradicional aconteciam, mas eram invisíveis para os profissionais (Goypã).

De forma geral, é um modelo biomédico, ocidental, onde tem que se fazer exame, diagnóstico, tratamento com antibiótico, tratar sintomas com paracetamol, diclofenaco e dipirona, basicamente. Agora há pontos onde, com certeza, a gente consegue ver a presença da cultura, onde a gente consegue ver que aquela reza, ou aquele feitiço de cura ajuda no tratamento, mas são pontos isolados. Mas para conhecer tem que ser uma coisa muito de contato, de experiência mesmo, uma coisa empírica. Não dá pra se preparar lendo por ler. (Iñã-iñã)

A Sociologia das Emergências propõe, por seu turno, a contração do futuro e a superação do ceticismo em relação às possibilidades de emergência, sugerindo a valorização do “ainda não” a fim de produzir experiências possíveis e que já existem como emergência, mas que não estão dadas por inexistirem ainda as condições necessárias para tal (SANTOS, 2007, p. 38). Exemplo disso, na saúde indígena, são os indicadores de monitoramento da integração entre os diferentes sistemas médicos nos serviços de saúde do Subsistema, como nos fala um dos entrevistados:

[O que se cobra] É algo específico, que tem que ir para uma planilha, que tem que ir para uma meta, e chegar nessa meta. E o profissional vai estar mais preocupado em alcançar a meta dele. Até falam da importância da medicina tradicional, mas o profissional só é cobrado para fazer o procedimento correto, que está no manual. Não é do tipo “deixa o indígena tratar e depois você trata”. Como os protocolos são biomédicos, a gestão acaba induzindo a usar a biomedicina, porque cobra que a gente siga os protocolos (Iñã-iñã).

Por fim, Boaventura propõe como procedimento o trabalho da tradução, como um processo intercultural capaz de traduzir saberes em outros saberes, práticas de sujeitos de uns aos outros, buscando inteligibilidade sem “canibalização”, sem homogeneização, sem destruir a diversidade (SANTOS, 2007, p. 39). Parte do pressuposto de que não existem culturas puras ou completas, e que o conhecimento dessas culturas deve se dar sem os relativismos que obstruem as mudanças sociais.

Não é o paciente indígena que vai ter que mudar, é o profissional que tem que conhecer. O profissional tem que conhecer para poder entrar, assim é a saúde indígena. Porque é uma saúde diferenciada. Então, assim como o indígena pode aprender a cultura do branco, o branco também pode aprender a cultura indígena. E esse aprendizado só se dá a partir da vivência. Não há como ensinar tecnicamente o que é cultura, só a partir da vivência. (Karai)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das atas das reuniões ordinárias do Conselho Distrital de Saúde Indígena da Bahia, órgão deliberativo e paritário, com vasta representação de usuários e trabalhadores indígenas, assim como os registros da observação participante ao longo de dois anos no exercício da gestão do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia, apontam de maneira insistente para a artificialidade do debate em torno de questões afetas à interculturalidade entre os representantes do público alvo do Subsistema na Bahia. Ou, ainda, que a solução para as assimetrias das relações entre aqueles que se encontram na zona de contato estaria na progressiva contratação de indígenas como força de trabalho do Distrito, considerando a frequência com que reivindicações nesse sentido emergiam nas reuniões de conselho. Não se observou nessas reuniões, porém, queixas que revelassem certa preocupação entre os conselheiros acerca da possível substituição das práticas de cuidado tradicionais e/ou a ameaça de extinção do ofício dos cuidadores indígenas, recorrentemente denunciada na literatura.

O volume e robustez dos estudos dedicados ao princípio da atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas, em especial sobre os entraves para a sua efetivação, sugerem que os questionamentos acerca das bases em que se dá a intermedicalidade nas aldeias ocupam substancialmente pesquisadores implicados na temática da saúde indígena, com pouca ressonância entre aqueles mais afetados pela reprodução acrítica de práticas biomédicas de atenção à saúde, desatentas ao contexto intercultural em que se inserem. Outros estudos etnográficos devem ser realizados envolvendo diretamente atores sociais indígenas a fim de oportunizar um conhecimento mais profundo sobre essa questão.

Entre os gestores, fez-se notar um grave distanciamento em relação aos dilemas comuns à intermedicalidade que acontece nos territórios. A negação de aspectos relativos à interculturalidade do contexto em que está inserido o Subsistema na Bahia e a afirmação da indiferenciação das práticas de atenção nos serviços de saúde sob sua gestão em relação aos demais serviços oferecidos no SUS foram recorrentes entre as narrativas dos colaboradores entrevistados. Entre aqueles que reconheciam a atipicidade do contexto de inserção do Subsistema, notou-se o despreparo para lidar com questões afetas às especificidades culturais dos povos indígenas assistidos e a necessidade de construir estratégias de qualificação de profissionais para atuação em contexto intercultural, com ênfase na vivência nos territórios.

As propostas referentes à formação de profissionais para atuação em contextos indígenas aprovadas na última conferência, que contou com ampla participação de representantes das comunidades indígenas da Bahia, reanimam as expectativas dos mais engajados na defesa do princípio da atenção diferenciada que sustenta o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A sugestão da teoria crítica proposta por Boaventura de Souza Santos se aplica devido à perspectiva inovadora da ecologia dos saberes, baseada, sobretudo, na reversão da violência colonial da matriz epistemológica do Ocidente e na criação de uma Epistemologia do Sul, atenta aos conhecimentos que são produzidos fora da universidade, principalmente por movimentos emancipatórios de segmentos sociais marginalizados ou excluídos, como os povos indígenas, e a partir de uma nova forma de pesquisa ação. Ela deve nos permitir conhecer os níveis de presença da integração entre os sistemas médicos distintos nos serviços de saúde prestados em territórios indígenas, para além da negação ou afirmação categóricas e absolutas, deve nos

permitir reconhecer as estratégias emergentes que contribuam para a efetivação do princípio da atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas e permitir o diálogo simétrico e horizontal entre diferentes culturas.

REFERÊNCIAS

ATHIAS, R.. Índios, antropólogos e gestores de saúde no âmbito dos Distritos Sanitários Indígenas. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L.. **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf. Acesso em: 5 jun. 2011. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2. ed. Brasília: FUNASA; 2002.

CAMARGO JR., K.R.. **Biomedicina, Saber & Ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: editora HUCITEC, 2003, 195 p.

DIEHL, E.E.; LANGDON, E.J.. Transformações na Atenção à Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um Contexto Indígena Brasileiro. **Univ Humanística**, Bogotá, n. 80, jul-dec 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/unih/n80/n80a09.pdf>. DOI 10.11144. Acesso em 11 nov 2016. FERREIRA, L.O.. Interculturalidade e Saúde Indígena no Contexto das Políticas Públicas Brasileiras. In: LANGDON, E.J.; CARDOSO, M.D.. **Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis, 2015.

_____, Eliana Elisabeth; LANGDON, Esther Jean; DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 819-831, May 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500002&lng=en&nrm=iso>. access on 08 May. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500002>

_____, Eliana Elisabeth; PELLEGRINI, Marcos Antonio. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 867-874, Apr. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400867&lng=en&nrm=iso>. access on 11 jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00030014>

_____, Eliana Elisabeth; FOLLMANN, Helga Bruxel Carvalho. Indígenas como trabalhadores de enfermagem: a participação de técnicos e auxiliares nos serviços de atenção à saúde indígena. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 451-459, June 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200451&lng=en&nrm=iso>. access on 21 jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000300013>.

FERREIRA, L.O.. **Medicinas Indígenas e as Políticas da Tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

FOLLÉR, M. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L.. **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

GARNELO, L. **Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Análise Situacional do Período de 1990 a 2004**. Porto Velho: UFRO/ENSP, 2004.

GEERTZ, C.. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989, 213 p.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Trad. Tomaz Tadeu da Silva e Guacira Lopes Louro, 11 ed.. Rio de Janeiro: DP&A, 2011.

LANGDON, E.J.. Uma Avaliação Crítica da Atenção Diferenciada e a Colaboração entre Antropologia e Profissionais de Saúde. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L.. **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

_____. DIEHL, E.E.; DIAS-SCOPEL, R.P.. O Papel e a Formação dos Agentes Indígenas de Saúde na Atenção Diferenciada à Saúde dos Povos Indígenas Brasileiros. In: TEIXEIRA, C.C.; GARNELO, L.. **Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, p. 213-239.

_____. DIEHL, E.E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 19-36, Aug. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Apr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000200004>.

_____.; CARDOSO, M.D.. Introdução. In: LANGDON, E.J.; CARDOSO, M.D.. **Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: EDUFSC, 2015.

_____. Os Diálogos da Antropologia com a Saúde: contribuições para as políticas públicas em saúde indígena. In: **Políticas Públicas: reflexões antropológicas**. Florianópolis: editora UFSC, 2016, p. 17-41.

LANGDON, E.J.; MALUFS, W.; TORNQUIST, C.S.. Ética e Política em pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados. In: **Políticas Públicas: reflexões antropológicas**. Florianópolis: editora UFSC, 2016, p. 105-124.

_____. Diversidade cultural e os desafios da política brasileira de saúde do índio. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 7-9, Aug. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000200002>.

LUCIANO, G. S.. **O Índio Brasileiro**: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: Ministério da Educação/Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade/LACED/Museu Nacional, 2006.

LUZ, M.T.; CAMPELLO, M.F.; VELLOSO, A.F.. Racionalidade Médica homeopática e semiologia: contribuição para a construção de uma diagnose do sujeito doente. In: CAROSO, C.. **Cultura, Tecnologias em Saúde e Medicina: perspectiva antropológica**. Salvador: EDUFBA, 2008, p. 231-245.

MENÉNDEZ, E.L.. Interculturalidad, 'diferencias' y Antropología "at home": Algunas cuestiones metodológicas. In: JUÁREZ, G.F.. **Salud e Interculturalidad en América Latina Antropología de la salud y crítica intercultural**. Quito-Ecuador: Ediciones Abya-Yala, 2006, p.51-66.

_____. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>

_____. **Sujeitos, Saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2009.

PELLEGRINI, M. As Equipes de Saúde diante das Comunidades Indígenas: reflexões sobre o papel do antropólogo nos serviços de atenção à saúde indígena. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L.. **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

RICOEUR, P.. El Lenguaje como discurso. In: RICOEUR, P. (ed). **Teoría de la Interpretación: discurso y excedente de sentido**. Madrid: Siglo Veintiuno editores, 1995.

RUIZ, L.M.. Interculturalidad y políticas públicas en el marco del Buen Vivir. . In: RODRIGUEZ, L.; NUÑEZ, E. **SALUD, INTERCULTURALIDAD Y DERECHOS: claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir**. Quito/Equador: Ministerio de Salud Pública/ UNFPA, 2010.

SANTOS, B.S.. **A Gramática do Tempo: para uma nova cultura política**. Coleção para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. São Paulo: Cortez, v. 4, 2006, 511p.

_____, B.S.. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.

_____, B.S. **Um Discurso sobre as Ciências**. São Paulo: Editora Cortez, 7 ed, 2010.

SILVEIRA, N.H.. O Conceito de Atenção Diferenciada e a sua Aplicação entre os Yanomami. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L.. **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 195-206, Feb. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100024>

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A criação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, diferenciado e integrado ao SUS, como política setorial específica com o objetivo de responder às demandas sanitárias dos povos indígenas, engendrou a necessidade de formar profissionais de saúde para atuação em contexto intercultural, contemplando os costumes e práticas tradicionais de saúde, atenta às diferentes cosmovisões e ao “bem viver” indígena, e com ampla participação do controle social.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) ratificou a necessidade de adoção de um modelo complementar e diferenciado de saúde ao definir as diretrizes para a organização dos serviços ofertados sob gestão do Ministério da Saúde, no âmbito do Subsistema, e estabelecer as responsabilidades institucionais de diversos órgãos federais e dos demais entes federados com o propósito de garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política e reconhecendo a eficácia de sua medicina tradicional.

A despeito de constarem na PNASPI os princípios e diretrizes fundamentais à adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços de saúde indígena, a sua operacionalização carece de elementos jurídicos que ofereçam o respaldo necessário à sua estrutura de funcionamento, tornando ainda mais complexo o exercício de gestão do Subsistema, considerando a grande diversidade étnica, as particularidades dos padrões de ocupação territorial e os diferentes perfis de morbimortalidade dos povos indígenas do país.

Os achados desse estudo desvelam a distância que a problemática que forjou a criação do Subsistema assumiu em relação ao cotidiano da gestão do mesmo, no caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia, onde as especificidades culturais dos povos indígenas não parecem gerar inquietação entre os gestores, que seguem desenvolvendo suas atribuições de maneira muito próxima ao preconizado na Política Nacional de Atenção Básica, principalmente, a Estratégia de Saúde da Família, negligenciando os aspectos que justificam a manutenção de um subsistema específico de atenção primária aos povos indígenas. No período analisado, essa preocupação não se fez notar nem mesmo entre os próprios conselheiros indígenas que participam da gestão através do CONDISI-BA.

O produto da última conferência distrital de saúde indígena, contudo, amplia o alcance em relação à representação do conselho ao reunir a voz e os anseios de uma

parcela mais representativa de usuários indígenas no estado da Bahia e os traduz, no que concerne à temática da interculturalidade, na necessidade de desenvolver estratégias de formação direcionadas ao preparo dos profissionais de saúde para o tratamento adequado das questões culturais indígenas, reanimando as expectativas dos mais engajados na defesa do princípio da atenção diferenciada que sustenta o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O volume e robustez dos estudos dedicados ao princípio da atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas, em especial sobre os entraves para a sua efetivação, sugerem que os questionamentos acerca das bases em que se dá a intermedicalidade nas aldeias ocupam substancialmente pesquisadores implicados na temática da saúde indígena, com pouca ressonância entre aqueles mais afetados pela reprodução acrítica de práticas biomédicas de atenção à saúde, desatentas ao contexto intercultural em que se inserem. Outros estudos etnográficos devem ser realizados envolvendo diretamente atores sociais indígenas a fim de oportunizar um conhecimento mais profundo sobre essa questão.

Entre os gestores, fez-se notar um grave distanciamento em relação aos dilemas comuns à intermedicalidade que acontece nos territórios. A negação de aspectos relativos à interculturalidade do contexto em que está inserido o Subsistema na Bahia e a afirmação da indiferenciação das práticas de atenção nos serviços de saúde sob sua gestão em relação aos demais serviços oferecidos no SUS foram recorrentes entre as narrativas dos colaboradores entrevistados. Entre aqueles que reconheciam a atipicidade do contexto de inserção do Subsistema, notou-se o despreparo para lidar com questões afetas às especificidades culturais dos povos indígenas assistidos e a necessidade de construir estratégias de qualificação de profissionais para atuação em contexto intercultural, com ênfase na vivência nos territórios.

A sugestão da teoria crítica proposta por Boaventura de Souza Santos se aplica devido à perspectiva inovadora da ecologia dos saberes, baseada, sobretudo, na reversão da violência colonial da matriz epistemológica do Ocidente e na criação de uma Epistemologia do Sul, atenta aos conhecimentos que são produzidos fora da universidade, principalmente por movimentos emancipatórios de segmentos sociais marginalizados ou excluídos, como os povos indígenas, e a partir de uma nova forma de pesquisa ação. Ela deve nos permitir conhecer os níveis de presença da integração entre os sistemas médicos distintos nos serviços de saúde prestados em territórios indígenas, para além da negação ou afirmação categóricas e absolutas, deve nos

permitir reconhecer as estratégias emergentes que contribuam para a efetivação do princípio da atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas e permitir o diálogo simétrico e horizontal entre diferentes culturas.

9. REFERÊNCIAS:

- ANDERSON, Ian et. Al. Indigenous and tribal peoples' health: a population study. **The Lancet**. Reino Unido: Elsevier, v. 388, n. 10040 , 131 - 157, p131–157, July /2016.. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00345-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00345-7/abstract). Acesso em 12 de outubro de 2016.
DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00345-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00345-7).
- ALVES, Paulo César; RABELO, Míriam Cristina; SOUZA, Iara Maria. Hermenêutica-fenomenológica e compreensão nas ciências sociais. **Soc. estado.**, Brasília , v. 29, n. 1, p. 181-198, Apr. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 11 May 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922014000100010>
- AROUCA, C.; LIMA, N.T.. Antropologia e Medicina: a saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942-1956). In: TEIXERA, C.C.; GARNELO, L. (orgs). **Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014, p. 59-83.
- ATHIAS, Renato; MACHADO, Marina. 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. 2001 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000200017&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200017>
- AZZAN Jr., C.. **Antropologia e interpretação: explicação e compreensão nas antropologias de Lévi-Strauss e Geertz**. Campinas: Editora da Unicamp, 1993.
- BAER, H.. Medical Pluralism. In: EMBER, C.R.; EMBER, M. **Encyclopedia of Medical Anthropology Health and Illness in the Worlds Cultures**. New York/Boston/ Dordrecht/London/Moscow: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004.
- BARCELLOS, Ana Paula de. Neoconstitucionalismo, Direitos Fundamentais e Controle das Políticas Públicas. **Revista de Direito Administrativo**, v. 240, abr/jun 2005, p. 83-103.
- BRANDÃO, P.A.D.M.. O Novo Constitucionalismo Pluralista Latino-Americano: Participação Popular e Cosmovisões Indígenas (Pachamama e Sumak Kawsay). 2013. 154p. Dissertação de Mestrado – **Centro de Ciências Jurídicas da Faculdade de Direito, Universidade Federal de Pernambuco, Recife**, 2013.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, nº 191, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 12 de maio de 2015.

- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota Técnica n. 04 de 20 de março de 2014. A Integração da Saúde Indígena no SUS: uma proposta da gestão estadual. Brasília, 2014.
- _____. Decreto nº 7.335 de 19 de outubro de 2010. Aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, 20 de outubro de 2010, p. 4. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2010/decreto-7335-19-outubro-2010-609117-norma-pe.html>. Acesso em 12 de julho de 2013.
- _____. Decreto nº 7.336 de 19 de outubro de 2010. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, 20 de outubro de 2010, p. 6. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2010/decreto-7336-19-outubro-2010-609118-norma-pe.html>. Acesso em 12 de julho de 2013.
- _____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, 29 de junho de 2011, p. 1. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2011/decreto-7508-28-junho-2011-610868-norma-pe.html>. Acesso em 12 de fevereiro de 2016.
- _____. Fundação Nacional De Saúde. **I Inquérito Nacional de saúde e Nutrição dos Povos Indígenas 2008-2009**. Brasília, 2010.
- _____. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: FUNASA, 2002.
- _____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf. Acesso em: 5 jun. 2011. Brasília, 2010b.
- _____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 02 de julho 2014.
- _____. 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 União**, Brasília, 24 de setembro de 1999, seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1999/lei-9836-23-setembro-1999-345060-norma-pl.html>. Acesso em 03 de janeiro de 2016.
- _____. Medida Provisória n.º 1.911-8 de 29 de julho de 1999. Altera dispositivos da Lei nº 9.649 de 27 de maio de 1998, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, 30 de julho de 1999,

- p. 14. Disponível em:
<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/1999/medidaprovisoria-1911-8-29-julho-1999-371748-norma-pe.html>. Acesso em 05 de maio de 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 254 de 31 de março de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. **Diário Oficial da União**, nº26, seção 1, 6 de fevereiro de 2002, p. 46-49. Disponível em: http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/qt-saude/docs_legislacao/portaria_254_2002.pdf/view. Acesso em 12 de julho de 2013.
 - _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 755 de 18 de abril de 2012. Dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 77, 20 de abril de 2012, p.47. Disponível em: http://189.28.128.99/provab/docs/geral/portaria_n_754_de_18_de_abril_de_2012.pdf. Acesso em: 03 de janeiro de 2016.
 - _____. Ministério da Saúde. Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Brasília, 1986. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/docs/geral/1cnsi.pdf>. Acesso em 12 de maio de 2015.
 - _____. Ministério da Saúde. Resolução nº 10 de 17 de dezembro de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 de dezembro de 2013, p.51. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0010_17_12_2013.html. Acesso em 15 de fevereiro de 2016.
 - _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Povos indígenas: um registro das ações de desenvolvimento social. In: **CADERNOS DE ESTUDOS: desenvolvimento social em debate**. Brasília, DF: MDS; SAGI, n.10, 2008.
 - _____. Projeto de Lei n. 3501 de 3 de novembro de 2015. Autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Instituto Nacional de Saúde Indígena. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2028634>. Acesso em 22 de novembro de 2015.
 - _____. Projeto de Lei nº 63 de 1997, apresentado em 29 de junho de 1994. Dispõe Sobre as Condições e Funcionamento de Serviços de Saúde para as Populações Indígenas. Disponível em: <http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/998/pdf>. Acesso em 03 de janeiro de 2013.
 - _____. Relatório da Comissão de Inquérito do Ministério do Interior instituída pela Portaria nº 239 de 1967. Disponível em: <http://midia.pgr.mpf.mp.br/6ccr/relatorio-figueiredo/relatorio-figueiredo.pdf>. Acesso em 12 de maio de 2015.
 - _____. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo. Relatório de Auditoria de Natureza Operacional na Fundação Nacional de Saúde. Fiscalis n.º: 290/2007. Disponível em: <http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D6E85DD014D732741006E11>. Acesso em 14 de julho de 2013.

- _____. Fundação Nacional De Saúde. **I Inquérito Nacional de saúde e Nutrição dos Povos Indígenas 2008-2009**. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/arquivos/Apresentacao_Iquerito_Funasa_11_05_10.pdf>. Acesso em: 16 set. 2012. Brasília, 2010a
- _____. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. LIMA, A. C. Prefácio. In: A Presença Indígena na Formação do Brasil. João Pacheco de Oliveira e Carlos Augusto da Rocha Freire. Coleção Educação para Todos. Brasília: LACED/Museu Nacional, 2006. 268p. ISBN 978-85-60731-17-6
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 6 ed, 2006.
- CARDOSO, Marina Denise. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 4, p. 860-866, Abr,. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400860&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00027814>.
- CASAL, Adolfo Yanez. A hermenêutica como teoria e como método. In: CASAL, A.Y. **Para uma Epistemologia do discurso e da prática antropológica**. Lisboa: Edições Cosmos, 1996, p.49-70.
- CHAVES, Maria de Betania Garcia; CARDOSO, Andrey Moreira; ALMEIDA, Celia. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 2, p. 295-305, Fev, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000200007>
- COIMBRA JR, C.E.A.; SANTOS, R.V.; BASTA, P.C.; GARNELO, L.. Saúde: sistema em transição. In: RICARDO, B.; RICARDO, F.. **Povos Indígenas no Brasil: 2001-2005**. São Paulo: Instituto Socio-Ambiental, 2006, p. 141-144.
- _____. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000.
- _____; ESCOBAR, A.L.. Apresentação. In: COIMBRA JR., CEA., SANTOS, RV.; ESCOBAR, AL. (orgs). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. 260 p. ISBN: 85-7541-022-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- CRUZ, Katiane Ribeiro da; COELHO, Elizabeth Maria Beserra. A saúde indigenista e os desafios da particip(ação) indígena. **Saude soc.**, São Paulo , v. 21, supl. 1, p. 185-198, May 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500016&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500016>.
- DIEHL, Eliana Elisabeth; FOLLMANN, Helga Bruxel Carvalho. Indigenous nurses: participation of nursing technicians and auxiliary in indigenous health care services. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 23, n. 2, p. 451-

- 459, June 2014 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200451&lng=en&nrm=iso>. access
on 19 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000300013>.
- _____, Eliana Elisabeth; LANGDON, Esther Jean; DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 5, p. 819-831, May 2012 . Available from
<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500002&lng=en&nrm=iso>. access
on 19 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500002>.
 - _____, Eliana Elisabeth; PELLEGRINI, Marcos Antonio. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 4, p. 867-874, Apr. 2014 . Available from
<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400867&lng=en&nrm=iso>. access
on 19 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00030014>.
 - FARMER, P. **Infections and Inequalities: The Modern Plagues**. Berkeley, CA: University of California Press, 1999.
 - FERNANDES, Estevão Rafael. Bibliografia crítica da saúde indígena no Brasil (1844-2006). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 3, p. 703-704, Mar. 2009 . Available from
<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000300027&lng=en&nrm=iso>. access
on 19 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300027>.
 - FERREIRA, L.O.. Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. In: LANGDON, E.J.; CARDOSO, M.D. (orgs). **Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Editora UFSC, 2015, p. 217-246.
 - FOUCAULT, M. O Nascimento da Clínica. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 1977.
 - FRASER, N.. From Distribution to Recognition? Dilemmas of Justice in a 'Postsocialist' Age. In : FRASER, N.. **Justice Interruptus: Critical Reflections on the 'Postsocialist' Condition**. London : Routledge, 1997.
 - GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, L.; PONTES, A.L.(orgs.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012, p. 18-58.
 - _____, L. **Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Análise Situacional do Período de 1990 a 2004**. Porto Velho: UFRO/ENSP, 2004.
 - _____, L.. O SUS e a Saúde Indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. In: TEIXERA, C.C.; GARNELO, L. (orgs). **Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014, p. 107-142.

- _____, L ; TEIXEIRA, C.C.. Apresentação. In: TEIXEIRA, C.C.; GARNELO, L.. **Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.
- _____, Luiza et al . Formação técnica de agente comunitário indígena de saúde: uma experiência em construção no Rio Negro. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 7, n. 2, p. 373-383, Oct. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462009000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462009000200010>.
- _____, Luiza. Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 175-190, Mar. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000100011&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702011000100011>.
- _____, Luiza; SAMPAIO, Sully. 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, Feb. 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100035&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100035>
- _____, Luiza; SAMPAIO, Sully. 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, Aug. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400024&lng=en&nrm=iso>. access on 11 May 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400024>.
- _____, Luiza; WRIGHT, Robin. 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. 2001 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000200003&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200003>.
- GEERTZ,C.. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989, 213 pp.
- _____. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Tradução de Vera Mello Joscelyne. Petrópolis, Vozes, 1997, 366 pp
- GHIGGI JUNIOR, Ari; LANGDON, Esther Jean. Reflections on intervention strategies with respect to the process of alcoholization and self-care practices among Kaingang indigenous people in Santa Catarina State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 6, p. 1250-1258, June 2014 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000601250&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00108613>.
- HONNETH, A. A Luta por Reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. Tradução por Luiz Repa. São Paulo: Ed. 34, 2003, 296p.

- KALCKMANN, Suzana et al . Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?. **Saude soc.**, São Paulo , v. 16, n. 2, p. 146-155, Aug. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200014&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000200014>.
- KLEINMAN, A.. **Patients and Healers in the Context of Culture: an Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry**. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press, 1980.
- _____ . **Writing at the Margin: discourse between Anthtopology and Medicine**. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press, 1997.
- LANGDON, E.J.. Uma Avaliação Crítica da Atenção Diferenciada e a Colaboração entre Antropologia e Profissionais de Saúde. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L. (orgs). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/ABA, 2004.
- _____, E.J.; CARDOSO, M.D.. Introdução. In: LANGDON, E.J.; CARDOSO, M.D. (orgs). *Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora UFSC, 2015, p. 11-30.
- _____, Esther Jean et al . A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 12, p. 2637-2646, Dec. 2006 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200013&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200013>.
- _____, Esther Jean; DIEHL, Eliana E.. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saude soc.**, São Paulo , v. 16, n. 2, p. 19-36, Aug. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000200004>
- LIMA, A.C.S.. Revisitando a Tutela: questões para se pensar as políticas para povos indígenas. In: TEIXERA, C.C.; GARNELO, L. (orgs). *Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014, p. 27-58.
- LORENZO, C. F. G. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. **Revista Bioética**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 329-342, 2011.
- LUPTON, D.. *Medicine as Culture: illness, disease and the body*. Los Angeles/London/New Delhi/Singapore/Washington DC: SAGE, 3 ed., 2012.
- MALUF, S.W.. Eficácia Simbólica: dilemas teóricos e desafios etnográficos. In: TAVARES, F.; BASSI, F.. *Para Além da Eficácia Simbólica: estudos em ritual, religião e saúde*. Salvador: EDUFBA, 2012, p. 17-59.
- MARTINS. P.H. . A metáfora do bien vivir e sua importância para o avanço dos direitos coletivos em saúde. In: PINHEIRO et.al. (org). **Cultura do Cuidado e o Cuidado na Cultura: dilemas, desafios e avanços para a efetivação da**

- integralidade em saúde no Mercosul.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/LAPPIS/ABRASCO, 2014, P. 31-48.
- MENDONÇA, R.F. RECONHECIMENTO EM DEBATE: OS MODELOS DE HONNETH E FRASER EM SUA RELAÇÃO COM O LEGADO HABERMASIANO. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, 29, p. 169-185, nov. 2007.
 - MENÉNDEZ, E. L. Antropologia médica e epidemiologia. Processo de convergência ou processo de medicalização?. In: Alves, P.C.; RABELO, M.C. (org.). **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Editora Relume Dumará, 1998, p. 71-94.
 - _____. La enfermedad y la curación: Que és Medicina Tradicional?. In: Alteridades, 1994, p. 71-83.
 - _____. Interculturalidad, 'diferencias' y Antropología "at home": Algunas cuestiones metodológicas. In: JUÁREZ, G.F.. **Salud e Interculturalidad en América Latina Antropología de la salud y crítica intercultural.** Quito-Ecuador: Ediciones Abya-Yala, 2006, p.51-66.
 - _____. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
 - _____. **Sujeitos, Saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva.** São Paulo: HUCITEC, 2009.
 - MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: HUCITEC, 9 ed., 2006.
 - MORAIS, F.R.R.; VÉRAS, R.M.. Iniciando a pesquisa baseada na Etnografia Institucional. In: VÉRAS, R.M. (org) **.Introdução à Etnografia Institucional: mapeando as práticas na assistência à saúde.** Salvador: EDUFBA, 2014, p. 27 a 58.
 - NEVES, P.S.C. Luta Anti-racista: entre reconhecimento e redistribuição. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 20 nº. 59, outubro/2005.
 - NOVO, Marina Pereira. Política e intermedicalidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1362-1370, July 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700011&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000700011>.
 - OLIVEIRA, Jonas Welton Barros; AQUINO, Jael Maria; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles. Promoção da saúde na comunidade indígena Pankararu. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 437-444, June 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000300007&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000300007>.

- PAGE, Jaime Tomás P.. Política sanitaria y legislación en materia de medicina indígena tradicional en México. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 2, p. 202-211, June 1995 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1995000200004>.
- PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p.
- _____. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, 2 ed, p. 459-491.
- _____. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z & ALMEIDA FILHO. **Epidemiologia & Saúde**, 5ª edição, MEDSI, Rio de Janeiro, 1999, p. 473-497.
- _____. Saúde, Política e Reforma Sanitária. Salvador:Ceps-ISC, 2002.
- PELLON, Luiz Henrique C.; VARGAS, Liliana A.. Cultura, interculturalidade e processo saúde-doença: (des)caminhos na atenção à saúde dos Guarani Mbyá de Aracruz, Espírito Santo. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 1377-1397, Dec. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400017&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400017>.
- PERDIGUERO, E.. Una reflexión sobre el pluralismo médico. In: JUÁREZ, G.F..**Salud e Interculturalidad en América Latina Antropología de la salud y crítica intercultural**. Quito-Ecuador: Ediciones Abya-Yala, 2006.
- PINHEIRO, V. S.. A Etnografia Institucional: notas teóricas introdutórias. In: VÉRAS, R.M. (org) .Introdução à Etnografia Institucional: mapeando as práticas na assistência à saúde. Salvador: EDUFBA, 2014, p. 15 a 25.
- PONTES, Ana Lucia de Moura; REGO, Sergio; GARNELO, Luiza. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 10, p. 3199-3210, Oct. 2015 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003199&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.18292014>.
- RICOEUR, Paul. O que é um texto? In: **Do texto à ação. Ensaio de Hermenêutica II**. Porto, Portugal: RÉ S Editora, 1989. p. 141-162.
- _____. P. Linguagem como Discurso. In: **Teoria da Interpretação - O discurso e o excesso de significado**. Lisboa: Edições 70, 1976, p 13-35.
- _____. P. Palavra y símbolo. In: _____. **Hermenêutica y Acción. De la hermenéutica del texto a la hermeneutica de la acción**. Buenos Aires: Prometeo Libros, 2008, p. 21-38.
- _____. P. La metáfora y el problema central de la hermenéutica. In: _____. **Hermenêutica y Acción. De la hermenéutica del texto a la hermeneutica de la acción**. Buenos Aires: Prometeo Libros, 2008, p. 39-56.
- SAMAJA, J. **A Reprodução Social e a Saúde: elementos teóricos e metodológicos sobre a questão das “relações” entre saúde e condições de vida**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

- SANTOS, B.S.. **A Gramática do Tempo: para uma nova cultura política.** Coleção para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. São Paulo: Cortez, v. 4, 2006, 511p.
- _____, B.S.. Nuestra America: reinventing a Subaltern Paradigm of Recognition and Redistribution. **Theory, Culture and Society**, 18 (2/3), 185-217, 2001. Disponível em: <https://philpapers.org/rec/DESNAR>. Acesso em 05 de maio de 2015. DOI: 10.1177/02632760122051706
- _____, B.S.. Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. In: **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência.** São Paulo: Cortez, 2000.
- _____, B.S.. Para Além do Pensamento Abissal: das linhas globais a uma ecologia dos saberes. In: SANTOS, B.S.; MENESES, M.P.; **Epistemologias do Sul.** Coimbra: G. C. Gráfica de Coimbra, 2009, p. 23-72.
- _____, B.S.; NUNES, J.A.. Introdução: para ampliar o cânone do reconhecimento, da diferença e da igualdade. In: Santos. B.S. **Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 25-78.
- _____, B.S.. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social.** São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.
- _____, B.S. **Um Discurso sobre as Ciências.** São Paulo: Editora Cortez, 7 ed, 2010.
- _____, Boaventura de Sousa. **Introdução a uma ciência pós-moderna.** Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- SCHRAIBER, L. B.. Engajamento Ético-político e Construção Teórica na Produção Científica do Conhecimento em Saúde Coletiva. In: BAPTISTA, T.W.F.; AZEVEDO, C.S.; MACHADO, C.V.(org). **Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015, p. 33-57.
- SCOPEL, D; DIAS-SCOPEL, R.P.; WIJK, F.B..Cosmologia e intermedicalidade: o campo religioso e a autoatenção às enfermidades entre os índios Munduruku do Amazonas, Brasil. **Tempus Actas Saude Coletiva** [Internet]. 2012;[citado 2013 ago 16];6(1):173-90. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1141>
- SOUSA, Maria da Conceição de; SCATENA, João Henrique G.; SANTOS, Ricardo Ventura. 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 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400013&lng=en&nrm=iso>. access on 11 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400013>.
- SOUZA LIMA, A.C. Poder tutelar y formación del Estado en Brasil: notas a partir de la creación de Servicio de Protección a los Indios y Localización de Trabajadores Nacionales. **Desacatos**, n. 33, maio/ao 2010, p. 53-66.
- _____, A.C.; BARROSO. M.M..A presença indígena na construção de uma educação superior universal, diferenciada e de qualidade. In: SOUZA LIMA, A. C.; BARROSO, M.M. (orgs). **Povos indígenas e universidade no**

Brasil: contextos e perspectivas, 2004-2008. Rio de Janeiro : E-papers, 1 ed, 2013. 346 p.

- _____, A.C.. Revisitando a Tutela: questões para se pensar as políticas para povos indígenas. In: TEIXERA, C.C.; GARNELO, L. (orgs). **Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014, p. 27-58.
- _____, A.C.. Prefácio. In: FREIRE, C.A.R.; PACHECO DE OLIVEIRA, J.. **A Presença Indígena na Formação do Brasil**. Brasília: LACED/Museu Nacional, 2006, 268p.
- TAYLOR, C. The Politics of Recognition. In : GUTMANN, A. . **Multiculturalism: Examining the Politics of Recognition**. Princeton: Princeton University, 1994.
- TEIXEIRA, Carla Costa. Fundação Nacional de Saúde.: A política brasileira de saúde indígena vista através de um museu. **Etnográfica**, Lisboa , v. 12, n. 2, nov. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65612008000200003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 nov. 2015.
- TEIXEIRA, Carmen Fontes; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.
- TROSTLE, J.A.. **Epidemiologia e Cultura**. Tradução Vera de Paula Assis. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.
- UCHÔA, E.; VIDAL, J.M.. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (4): 497-504, out/dez, 1994.
- VERDUM, R. Povos Indígenas no Brasil: o desafio da autonomia. In: VERDUM, R. (org). **Povos Indígenas: Constituições e reformas Políticas na América Latina**. Brasília: Instituto de Estudos socioeconômicos, 2009, p. 91-112.
- WALDRAM, J.B. The Efficacy of Traditional Medicine: Current Theoretical and Methodological Issues. **Medical Anthropology Quarterly**, v.14, n. 4, dec 2000, p 603–625. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1525/maq.2000.14.4.603/abstract>. Acesso em 8 jun 2016. DOI: 10.1525/maq.2000.14.4.603
- WALSH, C.. Interculturalidade crítica e pedagogia decolonial: in-surgir, re-existir e re-viver. In: V. M. Candau. (Org.). **Educação intercultural na América Latina: entre concepções, tensões e propostas**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2009. Pp. 12-42.

APÊNDICE 1. PROPOSTA DE ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA AS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS.

1. Como foi a sua chegada à saúde indígena? Comente um pouco sobre os aspectos e fatos da sua vida que te fizeram optar por trabalhar com a saúde indígena.
2. A saúde indígena foi a sua primeira experiência profissional? Teve alguma anterior? Como foi a experiência?
3. Em relação a essa sua experiência de trabalho anterior em serviço de saúde (se houver), você vê diferenças em relação ao trabalho na saúde indígena? Se sim, que diferenças?
4. O que você entende por Atenção diferenciada à saúde? Cite um exemplo.
5. Você acredita que o DSEI oferece uma atenção diferenciada aos povos indígenas da Bahia?
6. Se você pudesse mudar alguma coisa no modelo de atenção à saúde dos povos indígenas que temos hoje, o que seria?

APÊNDICE 2. PROPOSTA DE ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO.

1. Temas afetos à interculturalidade do contexto de atuação abordados em reuniões de colegiado gestor no DSEI-BA (observar e descrever frequência, conteúdos, argumentos, contextos de fala, conjunturas políticas, posições tomadas pelos diversos gestores, encaminhamentos e decisões).
2. Temas afetos à interculturalidade do contexto de atuação como objetos de documentos e normativas na saúde indígena.
3. Temas afetos à interculturalidade que aparecem entre os critérios utilizados pelos gestores para a avaliação do desempenho dos profissionais da saúde indígena em área (observar e descrever frequência, conteúdos, argumentos, contextos de fala, conjunturas políticas, relações hierárquicas, posições tomadas pelos diversos gestores, encaminhamentos e decisões).
4. Temas afetos à interculturalidade que participam do processo de tomada de decisão no âmbito do colegiado gestor (observar e descrever frequência, conteúdos, argumentos, contextos de fala, conjunturas políticas, posições tomadas pelos diversos gestores, encaminhamentos e decisões).
5. Iniciativas da gestão para a promoção de discussões acerca da interculturalidade do contexto de atuação (observar e descrever frequência, conteúdos, argumentos, contextos de fala, conjunturas políticas, posições tomadas pelos diversos gestores, encaminhamentos e decisões).
6. Temas afetos à interculturalidade do contexto de atuação são suscitados nas falas dos gestores como entraves à gestão (observar e descrever frequência, conteúdos, argumentos, contextos de fala, conjunturas políticas, posições tomadas pelos diversos gestores, encaminhamentos e decisões).
7. Temas afetos à interculturalidade do contexto de atuação são suscitados nas falas dos gestores como potencialidades à gestão (observar e descrever frequência, conteúdos, argumentos, contextos de fala, conjunturas políticas, posições tomadas pelos diversos gestores, encaminhamentos e decisões).
8. Nível de importância conferido pelos gestores aos fóruns de debate de temas afetos à interculturalidade.
9. Práticas dos gestores capazes de induzir à adoção de práticas de cuidado adequadas ao contexto intercultural de atuação.
10. Práticas dos gestores capazes de inibir a adoção de práticas de cuidado adequadas ao contexto intercultural de atuação.

ANEXO 1. Plano Estratégico da Secretaria Especial de Saúde Indígena 2016-19.



ANEXO 2. Memorando Circular n. 84/2015 GAB/SESAI/MAS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA

SIPAR - MINISTÉRIO DA SAÚDE
25000-210782/15-73
Data: 28/12/15
C.12

Memorando-Circular n.º 84/2015 GAB/SESAI/MS

Em 24 de dezembro de 2015.

Aos: Coordenadores dos DSEI.

Assunto: critérios utilizados para dimensionamento da força de trabalho da Saúde Indígena.

Prezado (a) Coordenador (a),

1. A Secretaria Especial de Saúde Indígena-SESAI em 2011 elaborou os critérios utilizados para dimensionamento da força de trabalho da saúde indígena que foram utilizados para a contratação de trabalhadores dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) por meio das conveniadas.
2. Informo que estes critérios foram revistos em 2015 e serão institucionalizados por meio de Portaria da SESAI.
3. Com o objetivo de socializar as informações, encaminho a Vossa Senhoria os referidos critérios, para conhecimento e manifestação, se for o caso, ressaltando que a nossa limitação orçamentária atual não permitirá modificação no quadro que cada DSEI possui hoje, mas embasará a SESAI para futuras negociações no âmbito do Ministério da Saúde (MS) e junto ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), quando necessário.
4. Ressalto que qualquer contribuição deverá ser encaminhada até o dia 29/01/2016 e deverá vir acompanhada de justificativa por e-mail (sesai@saude.gov.br; gleisse.castro@saude.gov.br; antonio.alves@saude.gov.br)

Atenciosamente,


ANTÔNIO ALVES DE SOUZA
Secretário

Atendido
Gleisse

CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA O DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO DA SAÚDE INDÍGENA

PROFISSIONAIS	CRITÉRIOS
Médico da EMSI	1 PARA CADA 1000 INDÍGENAS
Médico do NASI	1 POR NASI
Enfermeiro da EMSI	1 PARA CADA 500 INDÍGENAS
Enfermeiro do NASI	4 POR NASI
Enfermeiro da CASAI	5 POR CASAI, 4 PARA COBRIR ESCALA DE 12X36h, 1 RESPONSÁVEL TÉCNICO COM JORNADA DE 40 HORAS SEMANAIS. *OBS: PARA CASAI COM ATÉ 50 PACIENTES ESSE NÚMERO PODERÁ SER REDUZIDO.
Cirurgião-Dentista da EMSI	1 PARA CADA 1000 INDÍGENAS
Cirurgião-Dentista do NASI	2 POR NASI
Assistente Social do NASI	2 POR NASI
Assistente Social Da CASAI	1 POR CASAI
Nutricionista do NASI	2 POR NASI
Nutricionista da CASAI	1 POR CASAI
Epidemiologia /Especialista em saúde pública do NASI	1 POR NASI
Farmacêutico/Bioquímico do NASI	2 POR NASI
Farmacêutico/Bioquímico da CASAI	1 POR CASAI
Biólogo do NASI	1 POR NASI
Antropólogo do NASI	1 POR NASI
Educador em Saúde do NASI	1 POR NASI
Psicólogo do NASI	2 POR NASI
Terapeuta ocupacional/Fisioterapeuta do NASI	2 POR NASI
Arquiteto do NASI	2 POR NASI
Engenheiro Civil do NASI	2 POR NASI
Geólogo do NASI	1 POR NASI
Químico do NASI	1 POR NASI
Administrador do DSEI	2 por DSEI (área administrativa/gestão)
Contador do DSEI	2 por DSEI (área administrativa/gestão)
SUB-TOTAL (1)	
Técnico de Enfermagem da EMSI	EMSI: 1 PARA CADA 250 INDÍGENAS;
Técnico de Enfermagem do NASI	4 POR NASI
Técnico de Enfermagem da CASAI	12 POR CASAI PARA COBERTURA DE 24 HORAS, 7 DIAS POR SEMANA, COM JORNADA DE 40 HORAS SEMANAIS, 3 TÉCNICOS POR TURNO DE 12 X 36 HORAS. SÃO OS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM QUE TAMBÉM ACOMPANHAM OS PACIENTES INDÍGENAS PARA O ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DO SUS (CONSULTAS DE ESPECIALIDADES, EXAMES COMPLEMENTARES, PEQUENAS CIRURGIAS, HEMODIÁLISE).
Auxiliar de Saúde Bucal da EMSI	1 PARA CADA CIRURGIÃO-DENTISTA
Técnico de Laboratório do NASI	5 POR NASI
Agente de Combate a Endemias do NASI	10 POR NASI PARA OS 25 DSEI DA AMAZÔNIA LEGAL, ONDE A INCIDÊNCIA DE MALARIA E LEISHMANIOSE SÃO MAIS PREVALENTES, E 5 POR NASI PARA OS 9 DSEI DAS REGIÕES SUDESTE, SUL E NORDESTE.
Técnico de Saneamento do NASI	10 POR NASI OU 5 PARA CADA ENGENHEIRO
Auxiliar Administrativo/Recepcionista/Secretária	CADA DSEI TEM UM COORDENADOR DISTRITAL, UMA DIVISÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE QUE É RESPONSÁVEL PELA COORDENAÇÃO TÉCNICA DE TODO O TRABALHO DAS EMSI ALÉM DE COORDENAR OS SERVIÇOS DAS CASAI; UM SERVIÇO DE ORÇAMENTO E FINANÇA QUE É RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO ORAMENTÁRIA E FINANCEIRA DE TODO O DISTRITO; UM SERVIÇO DE LOGÍSTICA QUE É O RESPONSÁVEL POR TODA A LOGÍSTICA DO DSEI; UM SERVIÇO DE RECURSOS HUMANOS QUE É O RESPONSÁVEL PELA GESTÃO DE PESSOAS DO DISTRITO E UM SERVIÇO DE SANEAMENTO E EDIFICAÇÕES QUE É O RESPONSÁVEL POR TODA AS AÇÕES QUE ASSEGURAM O SANEAMENTO NAS ALDEIAS E TAMBÉM AS EDIFICAÇÕES (SEDE DO DSEI, CASAI, POLOS BASE, UBSI) - DEFINIMOS O QUANTITATIVO MÍNIMO DE 13 AUXILIARES ADMINISTRATIVOS POR DSEI, SENDO O MÍNIMO DE DOIS POR SERVIÇO E DIVISÃO, TRÊS PARA CADA SEOF E DOIS PARA CADA GABINETE DA COORDENAÇÃO (ÁREA ADMINISTRATIVA/GESTÃO); 4 POR CASAI PARA COBERTURA DE 24 HORAS, 7 DIAS POR SEMANA, JORNADA SEMANAL DE 12 X 36; 4 POR ESCRITÓRIO LOCAL (40 HS/SEMANA); 2 POR POLO BASE (40 HS/SEMANA);
Técnico em Contabilidade	4 por DSEI (ÁREA ADMINISTRATIVA/GESTÃO); 02 PARA CADA CONTADOR
SUB-TOTAL (2)	
AIS da EMSI	AMAZÔNIA LEGAL: 1 PARA CADA 100 INDÍGENAS; FORA DA AMAZÔNIA LEGAL: 1 PARA CADA 150 INDÍGENAS
AISAN da EMSI	1 PARA CADA SISTEMA DE ABASTECIMENTO

QUANTIDADE DE DSEI - 34; PÓLOS BASE - 384; CASAI - 79 E ESCRITÓRIOS LOCAIS - 4

FÉRIAS, AFASTAMENTOS POR LICENÇAS LEGAIS, PODENDO ESSE NÚMERO SER MAIOR EM DETERMINADOS DSEI EM FUNÇÃO DA COMPLEXIDADE DO TRABALHO, DO NÚMERO DE ALDEIAS, DA POPULAÇÃO ASSISTIDA E DAS DISTÂNCIAS ENTRE ALDEIAS E LOCAIS DE TRABALHO. UM ESTUDO MAIS APROFUNDADO QUE EXIGIRÁ VISITA EM TODOS OS LOCAIS DE ATENDIMENTO PARA O LEVANTAMENTO DO NÚMERO IDEAL DE TRABALHADORES SE FAZ NECESSÁRIO, CABENDO À SESAI COORDENÁ-LO, CUJO PROCESSO JÁ SE INICIOU, COM PREVISÃO DE CONCLUSÃO EM 2013.

ANEXO 3. Apresentação Institucional da SESAI sobre Parâmetros Gerais para aprimoramento do Modelo de Atenção Integral à Saúde indígena

SAÚDE INDÍGENA

Parâmetros Gerais para aprimoramento do Modelo de Atenção Integral à Saúde indígena

Reunião Coordenadores Distritais Brasília, 07/03/2017.

saúde.gov.br/bsai
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Capitaneado dos Ministérios - Bloco G - 4º andar - Brasília (DF) - CEP: 71.058-900 - (61) 3315-2425

AMÉRICA INDÍGENA

SAÚDE INDÍGENA

PNASPI - P254/2002(Revisão - Out/2017)

- Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas; (Construção de Parâmetros Gerais e Especiais para ampliar produtividade e resolutividade)
- Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; (Produção de materiais e educação permanente)
- Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas; (qualificação de cadastro, registro e análise de informação -- SISRH, SCNES, SIASI, GEOSI -)
- controle social; (Qualificação e instrumentalização de conselheiros)
- Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; (Projetos de intervenção e parcerias com associações indígenas)
- Promoção de ações específicas em situações especiais; (Acordos de Cooperação para implementação de planos integrados de saúde indígena)
- Promoção do uso adequado e racional de medicamentos (compras, gestão e controle - Hórus);
- Promoção de ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas; (Parcerias com instituições de ensino e pesquisa)
- promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena; (álbum de práticas e tradições indígenas)

saúde.gov.br/bsai
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Capitaneado dos Ministérios - Bloco G - 4º andar - Brasília (DF) - CEP: 71.058-900 - (61) 3315-2425

AMÉRICA INDÍGENA

Propostas Parâmetros



- o número de habitantes,
- a dispersão populacional,
- as condições de acesso,
- o perfil epidemiológico,
- as necessidades específicas para situações especiais (endemias e empreendimentos)
- o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde

saude.gov.br/seai



Secretaria Especial de Saúde Indígena

Esplanada dos Ministérios - Bloco G - 4º andar - Brasília (DF) - CEP: 71.058-900 - (61) 315-2423



AVALIAÇÃO DE CRITÉRIOS GERAIS



MACRORREGIÃO	TOTAL/MÉDIAS	N1	N2	N3
REGIÕES	5	N	S/SE/CO	NE
DSEI	34	19	9	6
POPULAÇÃO	745.906	369.001	218.500	158.400
EXTENÇÃO TERRITORIAL	4.399.252	2.780.102	1.293.034	326.117
DENSIDADE DEMOGRÁFICA	0,17	0,13	0,17	0,49
DISPERSÃO GEOGRÁFICA	11.383	25.767	5.965	2.417
POLOS BASE	355	226	74	55
POSTOS DE SAÚDE	764	355	266	143
CASAI/CAPAI	72	46	21	5
R\$	464.333.088	262.812.954	148.731.737	52.788.397
POP./POLO	2.101	1.633	2.953	2.880
POP./POSTOS	976	1.039	821	1.108
POP./CASAI	10.360	8.022	10.405	31.681
R\$/HABITANTES	623	712	681	333
POP./MÉDICO	1.185	1.353	991	1.151

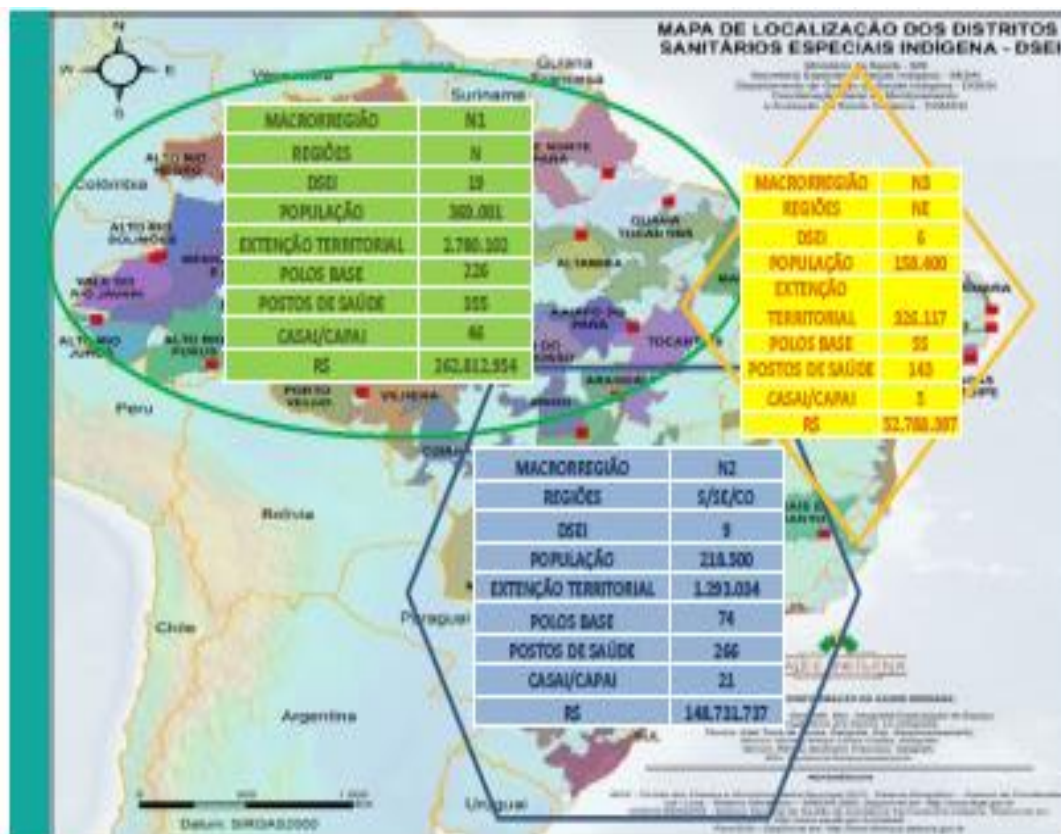
saude.gov.br/seai



Secretaria Especial de Saúde Indígena

Esplanada dos Ministérios - Bloco G - 4º andar - Brasília (DF) - CEP: 71.058-900 - (61) 315-2423





PARÂMETROS DA PNAB/SUS

PNAB-SUS - Populações Ribeirinhas		
Profissional	População	Quantidade/ ESF
ACS	100 - 750	12
Téc. /Aux. Enfermagem	500	4
Téc. /Aux. Saúde Bucal	500	1
Enfermeiro	1000	2
Cirurgião- Dentista	3000	1
Médico	3000	1
UBS	9000	01 UBS/ 3ESF

Devido à grande dispersão populacional, os municípios poderão solicitar ampliação da composição mínima das equipes de Saúde da Família Fluviais e equipes de Saúde da Família Ribeirinhas conforme o quadro

PROPOSTA DE PARÂMETROS DE TERRITORIALIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE INFRAESTRUTURA



MACROREGIÃO	TOTAL/MÉDIAS	N1	N2	N3	Território/Estrutura	Macroregião	População
DENSIDADE DEMOGRÁFICA	0,17	0,13	0,17	0,49	Polo Base	N1	500 a 2500
DISPERSÃO GEOGRÁFICA	11.383	25.767	5.965	2.417		N2	1500 a 4000
POP./POLO	2.101	1.631	2.951	2.800		N3	2000 a 6000
POP./POSTOS	976	1.039	821	1.108	Postos de Saúde	N1	250 a 1000
POP./CASAI	10.360	8.022	10.405	31.681		N2	500 a 1500
R\$/HABITANTES	623	712	681	383		N3	1000 a 5000
POP./MÉDICO	1.185	1.351	991	1.151	Casal	N1	3500 a 7000
						N2	5000 a 10000
						N3	7000 a 15000

saude.gov.br/bsci



Secretaria Especial de Saúde Indígena

Esplanada dos Ministérios - Bloco G - Prédio - Brasília (DF) - CEP: 70058-900 - (61) 318-2428



PNASPI x PNAB



Saúde Indígena			PNAB-SUS - Populações Ribeirinhas		
Profissional	Macroregião	População	Profissional	População	Quantidade / ESF
AIS	N1	50 - 200	ACS	100 - 750	12
	N2	150 - 400			
	N3	250 - 500			
Téc. /Aux. Enfermagem	N1	250	Téc. /Aux. Enfermagem	500	4
	N2	500	Téc. /Aux. Saúde Bucal	500	1
	N3	750	Enfermeiro	1000	2
Téc. /Aux. Saúde Bucal	N1	500	Cirurgião- Dentista	3000	1
	N2	1000	Médico	3000	1
	N3	1500	UBS	9000	01 UBS/ 3ESF
Cirurgião- Dentista	N1	1000			
	N2	2000			
	N3	3000			
Enfermeiro	N1	500			
	N2	1000			
	N3	2000			
Médico	N1	1000			
	N2	2000			
	N3	3000			

saude.gov.br/bsci



Secretaria Especial de Saúde Indígena

Esplanada dos Ministérios - Bloco G - Prédio - Brasília (DF) - CEP: 70058-900 - (61) 318-2428



Previsão x Necessidade



Profissional	SUS/SUS		SITUAÇÃO ATUAL	
	Macrorregião	População	Previsto	Necessário
AIS	N1	50 - 800	2832	3690
	N2	150 - 400	1009	1092
	N3	250 - 500	697	528
Téc. /Aux. Enfermagem	N1	250	2051	2028
	N2	500	876	649
	N3	750	508	271
Téc. /Aux. Saúde Bucal	N1	500	242	369
	N2	1000	150	109
	N3	1500	93	58
Cirurgião- Dentista	N1	1000	201	369
	N2	2000	165	109
	N3	3000	98	58
Enfermeiro	N1	500	775	987
	N2	1000	899	882
	N3	2000	228	110
Médico	N1	1000	230	369
	N2	2000	148	109
	N3	3000	105	58

sa.gov.br/seai

Secretaria Especial de Saúde Indígena



Esplanado das Ministérios - Bloco G - Prédio - Brasília (DF) - CEP: 70058-900 - (61) 315-2425



PACTUAÇÃO NOS DSEI



- População, área geográfica e perfil epidemiológico;
- Disponibilidade de serviços, recursos humanos e infraestrutura;
- Vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS;
- Relações sociais entre os diferentes povos do território e a sociedade regional;

sa.gov.br/seai

Secretaria Especial de Saúde Indígena



Esplanado das Ministérios - Bloco G - Prédio - Brasília (DF) - CEP: 70058-900 - (61) 315-2425



Territorial x Assistencial x Administrativo



Secretaria Especial de Saúde Indígena

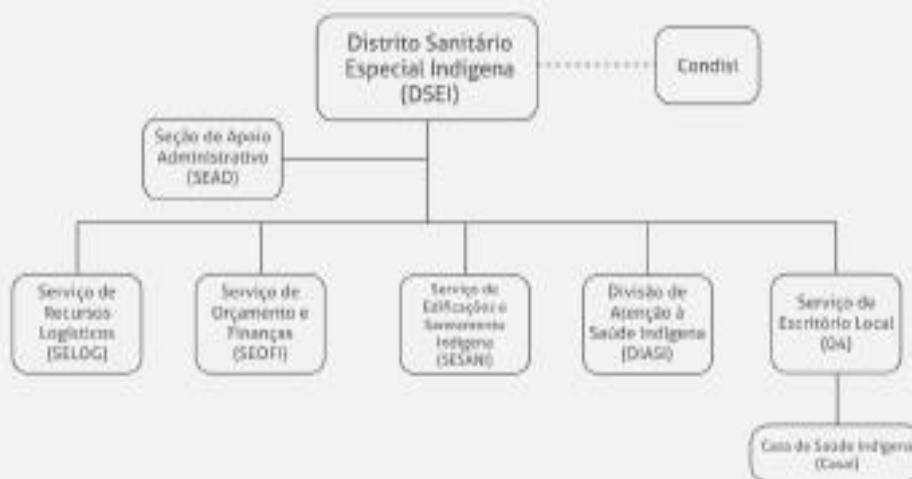
Esplanada dos Ministérios - Bloco G - 4º andar - Brasília (DF) - CEP 70008-900 - (61) 3383-1000



SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA

ORGANOGRAMA - 2017



Secretaria Especial de Saúde Indígena
Esplanada dos Ministérios - Bloco G - 4º andar - Brasília (DF) - CEP 70008-900 - (61) 3383-1000



Sugestão de Quantitativo por Setor

Formulação da Força de Trabalho Área Meio DSD- baseado nas Tarifas do Regulamento Interno

BELOG	
*Suprimentos	
Administrador	3
Apoio Administrativo	6
Total	9

SEOFI	
Técnicos de contabilidade	1
Apoio Administrativo	2
- Contador	1
- Administrador	2
Total	6

SESANI	
Arquiteto	1
Engenheiro Civil	1
Engenheiro Sanitarista	1
Apoio Administrativo(Téc. Edifício)	1
Total	4

TAREFA SAÚDE

DIASI	
Técnico Enfermagem	3
Enfermeiro/Nutricionista	2
Psicólogo(A), Social/ Antropólogo	2
Farmacêutico	1
Apoio Administrativo	2
Total	10

GABINETE	
Secretária Executiva	1
Assessor	1
Tecnólogo em ITH	1
Administrador	1
Apoio Administrativo	1
Total	7

Escritório Local - Definir com o GABINETE	
Apoio Administrativo	1
TOTAL	1

CASA	
Enfermeiro Nutricionista	3 - 5
Farmacêutico	1
Terapeuta Integrativo	1
Assistente Social	1
Téc. Enfermagem	4 - 12
Administrador/Contador	1 - 3
Total	10 - 22

Secretaria Especial de Saúde
Operadora dos Negócios - Bloco G - 4º andar - Prédio



Sugestão de Arranjo Institucional da DIASI



Agenda de Racionalização e Qualificação da Gestão e Atenção à Saúde Indígena



- **Proposição de Parâmetros Nacionais (DSEI e CONDISI); Março/17**
- **Instalação de Sala de Situação na SESA; Abril/17**
 - Capacitação Nacional (40h) – Qualificação dos indicadores, padronização de instrumentos e definição de metodologias para aprimoramento do modelo de atenção; Maio/17
 - Apoio Institucional (40h) – Planejamento e Diagnóstico no nível local, adequação as especificidades e definição de prioridades de intervenção, construção dos arranjos institucionais e atribuições dos profissionais; Junho/17 a Dezembro/17
 - Oficinas Macrorregionais (40h) - Avaliação dos projetos de intervenção, identificação de boas práticas, materiais de referência e troca de experiências entre as macrorregiões; Dezembro/2017 a Fevereiro/18
 - Avaliação Nacional (40h) – Atualização da PNASPI, publicação do manual de gestão e atenção à saúde indígenas, álbum de boas práticas, experiências e projetos exitosos. Até junho/2018

saude.gov.br/sesai



Secretaria Especial de Saúde Indígena

Esplanada dos Ministérios - Bloco G - 4º andar - Brasília (DF) - CEP: 70.058-900 - (61) 3175-2425



Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESA
Ministério da Saúde



Relatório de Gestão 2016



Descrição de Resultado Esperado	2016	SIASI		Planilha Local		Demanda	Atendidos	< 40%
	Programado	Executado	(%)	Executado	(%)			
R.1- 75% das crianças menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional realizado. (Meta PPA)	75%	65,89%	87,85%	N/A	N/A	94048	61970	4
R.2- 75% gestantes com acompanhamento alimentar e nutricional realizado.	75%	49,63%	66,20%	N/A	N/A	22891	11261	11
R.3- 10 DSEI contam com plano de contingência de DDA e IRA implementado.	10	N/A	N/A	4	40%			
R4- Acesso ao pré-natal, parto e puerpério qualificado e ampliado para 85 % gestantes com 4 consultas ou mais. (Meta PPA)	85%	38,47%	45,00%	73,7%	86,7%	16866	6489	10
R.5- 80% dos óbitos materno, infantil e fetal, realizados em Meta Rêil investigados.	80%	61,13	76,41%	N/A	N/A	968	531	8
R.6- 75% as crianças menores de 5 anos com esquema vacinal completo, de acordo com o calendário indígena de vacinação. (Meta PPA)	77%	N/A	N/A	79,7	103,50%	94048	71052	1

Relatório de Gestão 2016



Descrição de Resultado Esperado	2016	SIASI		Planilha Local		Demanda	Atendidos	< 40%
	Programado	Executado	(%)	Executado	(%)			
R.7- Reduzir em 2% os casos de suicídio nos 34 DSEI tendo como linha de base os números de 2015.	-2%	-2,98	149%	-2,98	149%	14		
R.8- 40% de cobertura da população indígena com primeira consulta odontológica programática. (Meta PPA)	40%	23,63%	57,58%	37,88%	92,70%	738624	242249	7
R.9- Reduzir a IPA 2015 em 20% na área indígena da região amazônica.	-20%	N/A	N/A	-18%	90%	25 DSEI	20 DSEI	6
R.10- Reduzir 1,5% do coeficiente de incidência de tuberculose na população indígena em relação a linha de base de 2015.	-2%	-4,5%	141%	N/A	N/A			10
R.11- 25% dos trabalhadores da saúde indígena qualificados para o trabalho em saúde nos contextos interculturais.	25%	N/A	N/A	40,42%	165,39%	16413	6830	4
R.12- Projetos para atuação em contextos interculturais implementados nos 34 DSEIs, com protagonismo indígena na promoção, prevenção e cuidado em saúde e valorização de práticas tradicionais.	34	N/A	N/A	20	59%			15
R.13- 50% das Crianças indígenas menores de 01 ano com acesso às consultas preconizadas de Crescimento e Desenvolvimento. (Meta PPA)	50%	N/A	N/A	59,90%	119,80%	13440	8050	12

Manual de Gestão e Atenção

- Padronização de instrumentos de coleta, registro, análise e avaliação de informações – acesso; cobertura e efetividade;
- Os aspectos a serem acompanhados e avaliados incluirão a estrutura, o processo e os resultados da atenção à saúde dos povos indígenas.
- Os instrumentos poderão ser adaptados à realidade local, mas terão que permitir a identificação dos riscos e das condições especiais para buscar intervenções específicas de cada DSEI.
- O SIASI e demais sistemas de informações deverá subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político, visando a coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas.

Educação em Saúde

- O Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde;
- Cursos de atualização/aperfeiçoamento/especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (indígenas e não-indígenas).
- As instituições de ensino e pesquisa serão estimuladas a produzir conhecimentos e tecnologias adequadas para a solução dos problemas de interesse das comunidades