

RAFAELA MAIA GOMES

**A SAÚDE DO INDÍGENA TERENA NA ALDEIA URBANA
ÁGUA BONITA: UM DESAFIO PARA O
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

BOLSISTA CAPES

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO LOCAL
MESTRADO ACADÊMICO
CAMPO GRANDE - MS
2011**

RAFAELA MAIA GOMES

**A SAÚDE DO INDÍGENA TERENA NA ALDEIA URBANA
ÁGUA BONITA: UM DESAFIO PARA O
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local - Mestrado Acadêmico, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Local, sob orientação da Profª Drª Maurinice Evaristo Wenceslau.

BOLSITA CAPES

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO LOCAL
MESTRADO ACADÊMICO
CAMPO GRANDE - MS
2011**

Ficha catalográfica

Gomes, Rafaela Maia

G633s A saúde indígena na aldeia urbana Água Bonita: um desafio para o desenvolvimento local. / Rafaela Maia Gomes; orientação Maurinice Evaristo Wenceslau. 2011.
104 f. + anexos

Dissertação (mestrado em desenvolvimento local) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2011.

1. Desenvolvimento local 2. Índios Terena - Saúde 3. Política de saúde

CDD - 980.41

FOLHA DE APROVAÇÃO

Título: A saúde do indígena terena na aldeia urbana Água Bonita: um desafio para o desenvolvimento local

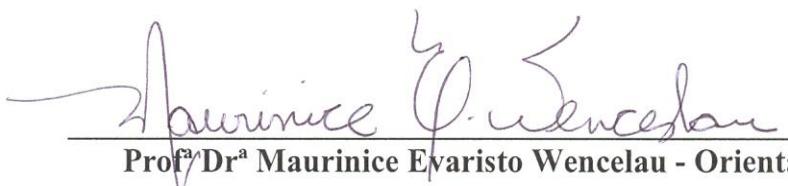
Área de concentração: Desenvolvimento local em contexto de territorialidades.

Linha de pesquisa: Desenvolvimento Local, Cultura, Identidade, Diversidade.

Dissertação submetida à Comissão Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local - Mestrado Acadêmico da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Local.

Exame de Qualificação aprovado em: 06 / 12 / 2011

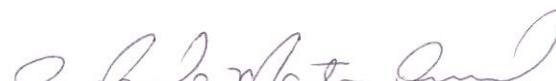
BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Maurinice Evaristo Wencelau - Orientadora
Universidade Católica Dom Bosco - UCDB



Profª Drª Maria Augusta de Castilho
Universidade Católica Dom Bosco - UCDB



Profª Drª Ana Paula Martins Amaral
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Dedico com carinho primeiramente a Deus pela vida, paz, saúde, pela força, coragem e sabedoria para enfrentar os desafios, pela vitória alcançada e sonhos realizados.

Aos povos indígenas, especialmente à etnia Terena e a aldeia urbana Água Bonita na pessoa do Senhor Edson, cacique dessa comunidade, que nos recebeu com carinho, nos permitido que o trabalho se concretizasse.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Maria de Lourdes Maia Dias, responsável pela formação de meu caráter e personalidade. Uma mulher insubstituível, que mesmo em meio a tantas lutas, me ajudou a realizar esse sonho, não medindo esforços e incentivando-me a galgar o caminho do bem. Mulher guerreira, que em meio a novos desafios e angústias, sempre me acalentou com uma palavra de conforto me reanimando para que enfim eu pudesse afirmar que conquistei mais um degrau dessa escada da vida. Hoje, só posso lhe agradecer por sempre ter estado ao meu lado, me incentivado a cada passo dado. Obrigada por sempre me apresentar a Deus em oração, rogando a Ele que me sustentasse e me guardasse em todos os momentos da minha vida. Posso, portanto, afirmar seguramente, que sem você, hoje eu não estaria realizando esse sonho. Obrigada por tudo. Amo-a incondicionalmente.

Agradeço em especial a minha querida orientadora Doutora Maurinice Evaristo Wenceslau, pela dedicação, paciência, orientação e aulas ministradas, permitindo-me a realização do estágio docente em sua disciplina, Direito do Trabalho no curso de Direito da Universidade Católica Dom Bosco. Agradeço os textos indicados, meu ponto de apoio nos momentos difíceis, sanando minhas dúvidas no decorrer desta pesquisa. Agradeço também pela sua paixão em me ensinar e pelo rico conhecimento que muito contribuiu para essa dissertação. Deixo à minha orientadora meu carinho, admiração e minha eterna gratidão.

À professora, que admiro muito, Doutora Maria Augusta de Castilho, que contribui para meu conhecimento, pelas aulas ministradas durante o mestrado, pela paciência, dedicação, conselho, pelo carinho e pela sua valiosa amizade.

Às assistentes sociais Ana Lucia Américo, Elisa Cléia Pinheiro Rodrigues Nobre e em especial, à Maria de Fátima Bregolato Rubira de Assis, pela compreensão e apoio empenhados no ambiente de trabalho e também por compreenderem os meus diversos momentos de ausência.

Ao Senhor Dionedison Candido Terena, que acompanhou minha pesquisa de campo na aldeia urbana Água Bonita, compartilhando de forma ímpar sua experiência, enquanto cacique.

Às amigas Nilda Martins e Jane Claudia, que são a minha família em Mato Grosso do Sul.

À Solange Vieira do Carmo, minha grande amiga, pelo carinho, apoio, atenção, dedicação, enfim, por tudo, principalmente pela sua preciosa amizade e contribuição importante para esse trabalho.

À amiga, Mestre Carla Figueiredo Garcia de Queiroz, pelo carinho compreensão, amizade sincera e acima de tudo pela grande dedicação em me apoiar no momento que mais precisei, realizou a correção das normas da ABNT.

Em especial, à geógrafa Mestre Lucimar Constantino Barbosa, por me receber de braços abertos em sua casa, me apoiar e me ajudar nessa conquista.

À grande amiga, psicóloga Mestre Thays Aparecida Nunes Campozano, pelas palavras de incentivo nos momentos difíceis, por ler meu projeto antes de ir para seleção do Mestrado e também por ler a minha dissertação antes de ir para o exame de qualificação.

Concluindo os agradecimentos, à amiga, Mestre Márcia Delalibera, pelo apoio, carinho afeto e também por ler a minha dissertação antes de ir para a defesa.

RESUMO

O presente trabalho buscou analisar as potencialidades de desenvolvimento local na aldeia urbana Água Bonita em Campo Grande (MS). A aldeia Água Bonita foi escolhida pela atual política pública de atendimento a saúde dos Terena em face do artigo 196 da Constituição Federal do Brasil. A pesquisa insere-se na área de concentração do desenvolvimento local no contexto da territorialidade de Campo Grande - MS. Vale salientar que as reflexões a respeito de identidades locais se inserem na linha de pesquisa do Mestrado em Desenvolvimento Local, que é cultura, identidade e diversidade, uma vez que o estudo analisa a etnia indígenas Terena, bem como questões de saúde pública no contexto social local. O estudo foi caracterizado pelo método dedutivo, pesquisas bibliográficas, bem como entrevistas e observações *in loco*. Neste processo investigativo de caráter qualitativo foram utilizadas pesquisas de campo, utilizando técnicas de observação não-participante e como procedimento a história oral. Os indígenas tomados como fonte original de informação foram indicados pelo “cacique” da aldeia Água Bonita. A partir desses critérios, foram selecionados 12 indígenas da etnia Terena residentes da aldeia em estudo, sendo 07 (sete) do sexo feminino e 05 (cinco) do sexo masculino. As entrevistas foram realizadas por meio de um questionário semi-estruturado, contendo perguntas abertas e fechadas. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente transcritas, transformando-se assim em documento. Após a transcrição das entrevistas, os dados foram organizados, sistematizados, tabulados e analisados. Dados coletados nesse processo permitiu a identificação dos principais problemas vivenciados em relação ao atendimento à saúde dos sujeitos pesquisados: dificuldade de locomoção, ausência de atendimento emergencial, deficiência de prestação de serviços por parte da FUNASA. Essa pesquisa apresenta os resultados sobre aspectos relativos à saúde dos indígenas Terena, considerando que o Desenvolvimento Local busca a qualidade de vida, por meio da autonomia dos indivíduos de uma determinada comunidade, ou seja, existe um processo de transformação social quando os principais beneficiários lutam pela garantia de seus direitos, seja direta ou indiretamente.

PALAVRAS-CHAVE: Aldeia urbana. Saúde. Indígena Terena. Política Pública Territorialidade. Desenvolvimento Local.

ABSTRACT

The objective of this work was to analyze the potentialities of local development of the urban village Água Bonita in Campo Grande, Mato Grosso do Sul. The Village Água Bonita was chosen by the current public health service politics of Terena in face of Article 196 of the Federal Constitution of Brazil. The research falls within the area of concentration of local development in the context of the territoriality of Campo Grande - MS. Valley to stand out that the reflections regarding local identities if insert in the line of research of the Mestrado in Local Development, that is culture, identity and diversity, a time that the study approach the indigenous Terena, as well, as public health in the local social context. The study it was characterized by the deductive method, bibliographical research, as well as interviews and comments in lease. In this investigative process were used qualitative research literature and field, using the techniques of non-participant observation and oral history as a procedure. The Indians taken as the original source of information were indicated by the "Chief" of the village Água Bonita. From these criteria, we selected 12 indigenous Terena ethnic residents of the village under study, and 7 (seven) female and five (5) males. The interviews were conducted by means of a semi-structured questionnaire containing open and closed questions. The interviews were taped and transcribed, thus becoming in a document. After transcribing the interviews, data were organized, systematized, tabulated and analyzed. The analysis of data collected in this process allowed the identification of the major problems experienced in relation to health care of the subjects studied: limited mobility, lack of emergency care, disability service by FUNASA. This research presents results about aspects of the health of indigenous Terena, whereas Local Development seeks the quality of life, through the autonomy of individuals of a particular community. There is a process of social transformation when the main beneficiaries are fighting for guarantee of their rights, either directly or indirectly.

KEYWORDS: Village urban. Health. Terena Indigenous. Territoriality. Public policy Local Development.

LISTA DE ABREVIATURAS

A.C.	- Antes de Cristo
CEULJI	- Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná
CRFB	- Constituição da República Federativa do Brasil
DSEI	- Distritos Sanitários Especiais Indígenas
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
FUNAI	- Fundação Nacional do Índio
FUNASA	- Fundação Nacional de Saúde
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	- Mato Grosso do Sul
MT	- Mato Grosso
OIT	- Organização Internacional do Trabalho
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PHS	- Programa de Subsídio à Habitação de Interesse Social
RO	- Rondônia
SBPC	- Sociedade Brasileira do Progresso da Ciência
SNABS	- Secretaria Nacional de Ação Básica de Saúde
SNPES	- Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde
SPI	- Serviço de Proteção aos Índios
SPILTN	- Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBSF	- Unidade Básica de Saúde da Família
UCDB	- Universidade Católica Dom Bosco
ULBRA	- Universidade Luterana do Brasil

LISTA DE IMAGENS

Imagen 1 - Mapa de Mato Grosso do Sul.....	31
Imagen 2 - Mapa de Campo Grande - MS	58
Imagen 3 - Casa decorada com desenhos indígenas - Etnia Terena (A)	59
Imagen 4 - Casa decorada com desenhos indígenas - Etnia Terena (B)	59
Imagen 5 - Espaço para reuniões indígenas.....	60
Imagen 6 - Mulher indígena da etnia Terena	63
Imagen 7 - Posto de saúde São Francisco - atende a aldeia urbana Água Bonita.....	64
Imagen 8 - Posto de saúde Nova Lima - atende a Aldeia Água Bonita	64
Imagen 9 - Posto de saúde Nova Bahia - atende a Aldeia Água Bonita (24 horas)	65
Imagen 10 - Casa do ex-cacique.....	67
Imagen 11 - Cacique e pajé da aldeia urbana Água Bonita. Ritual da saúde indígena	70
Imagen 12 - A reza do pajé - cura.....	71

SUMÁRIO

NOTAS INTRODUTÓRIAS	11
1 QUESTÃO INDÍGENA COMO EXPRESSÃO SOCIAL	20
1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	20
1.2 A QUESTÃO INDÍGENA NO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL	24
1.3 PRIMEIROS CONTATOS COM A ETNIA TERENA	28
2 CONSIDERAÇÕES GERAIS ACERCA DA SAÚDE INDÍGENA.....	31
2.1 SAÚDE INDÍGENA E SEU PROCESSO HISTÓRICO	31
2.2 LEI SOBRE SAÚDE INDÍGENA	37
2.2.1 Constituição Federal de 1988	38
2.2.2 Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) ...	41
2.3 NORMAS INFRACONSTITUCIONAIS	43
2.3.1 Sistema Único de Saúde (SUS).....	43
2.3.2 Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)	44
2.3.3 Estatuto da Criança e do Adolescente.....	45
2.3.4 Tratados Internacionais.....	46
2.4 O PAPEL DOS ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO INDÍGENA.....	47
2.4.1 Serviço de Proteção aos Índios (SPI).....	47
2.4.2 Fundação Nacional do Índio (FUNAI)	49
2.4.3 Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)	52
3 SAÚDE NA ETNIA TERENA	55
3.1 DESENVOLVIMENTO LOCAL: REFLEXÕES E CONCEITOS	55
3.2 DESCRIÇÃO DA “ALDEIA URBANA” ÁGUA BONITA	57
3.3 DESAFIO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE TERENA	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS.....	79
APÊNDICES	85
ANEXOS	100

NOTAS INTRODUTÓRIAS

A saúde do indígena Terena na aldeia urbana Água Bonita pode ser considerada um desafio para o desenvolvimento local por buscar entender os indivíduos como construtores de sua própria história dentro da comunidade. As condições e acesso à saúde desses povos muitas vezes é realizada sem levar em consideração sua cultura e tradição. A abordagem dada ao tema se inscreve no esforço por entender os direitos desses povos e as formas de acesso ao atendimento à saúde.

O interesse pela temática relativa à questão social indígena surgiu no segundo semestre de graduação de Serviço Social, no Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná/RO (CEULJI/ULBRA).

No ano de 2006, ao prosseguir com a temática, foi enviado para a Sociedade Brasileira do Progresso da Ciência (SBPC) o resumo “Os nossos parentes excluídos: discriminação e preconceito contra os povos indígenas no Município de Ji-Paraná (RO) na etnia GAVIÃO”. Durante a apreciação da comissão julgadora em relação ao trabalho, foram feitas críticas sobre as formas de acesso à saúde desses povos, fato que despertou, ainda mais, interesse em continuar com os estudos e superar as questões apresentadas.

No ano de 2007, o curso de Serviço Social recebeu um convite da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para participar da Festa dos Indígenas da etnia Gavião. Destaca-se que, esse momento foi marcante, não houve dúvidas sobre o universo a ser trabalhado no estágio e no trabalho de conclusão de curso de graduação, a questão indígena.

Na ocasião, o curso de Serviço Social vinha desenvolvendo projeto de extensão em parceria com a FUNAI, junto à etnia Suruí, no Município de Cacoal (RO), e abriu-se oportunidade para realizar o estágio diretamente na aldeia, atuando no atendimento às crianças e jovens indígenas em situação de risco social. Quando

se chegou à aldeia, percebeu-se que a cultura era diferenciada. Por parte dos caciques, diferentemente, havia uma preocupação, pois os jovens vinham perdendo o contato com a cultura indígena e temiam o futuro das novas gerações, pois distanciavam-se dos costumes indígenas.

Geertz (1989, p. 28) ressalta que: “[...] não precisava afirmar que a cultura do homem era tudo que lhes poderia reclamar embora ele fosse, não obstante, um ingrediente essencial e irredutível em sua natureza, talvez mesmo o ingrediente dominante”.

Ao observar a preocupação das lideranças indígenas com a possibilidade de distanciamento da cultura pelos seus jovens, durante o estágio, foram desenvolvidas atividades ligadas ao atendimento na área social bem como discussões de propostas de preservação da cultura indígena. O envolvimento cada vez maior despertava ainda mais o interesse sobre a saúde e a preservação dos valores culturais desses povos.

Ao concluir a graduação e participar da Pós-Graduação *lato sensu*, já morando no Estado do Mato Grosso do Sul (MS), o interesse pela temática indígena persistiu e, nesse sentido, buscou-se abordar a saúde do indígena Terena na Aldeia Urbana Água Bonita, em Campo Grande (MS).

No curso de Mestrado em Desenvolvimento Local, optou-se por prosseguir a pesquisa iniciada na Especialização, pois através do contato com os indígenas da etnia Terena, ficou evidenciado o distanciamento da cultura indígena e, por consequência, das informações sobre a medicina tradicional (como ervas, rezas, etc) oferecidos pelos pajés e líderes da comunidade nativa. Outro contraponto era a distância percorrida pelos Terena até a unidade de atendimento à saúde dos não indígenas, que era imensa.

Destaca-se que esses povos estabeleceram-se em aldeias urbanas criadas pelo Estado, com o intuito de resolver problemas de política de distribuição de terras que possibilassem a organização das etnias em comunidades, fora das áreas urbanas. A insatisfação dos indígenas, que se sentiam excluídos de suas comunidades, por insuficiência de espaço que lhes possibilassem uma condição de vida melhor, culminou na ocupação de áreas urbanas, dentro da capital.

Nesse aporte, está à Aldeia Marçal de Souza, habitada por 200 famílias, com um montante de 1050 pessoas, morando em 135 casas, sendo esta a primeira aldeia urbana do Brasil, conhecida como loteamento social Marçal de Souza,

localizada no bairro Tiradentes, em Campo Grande (MS). Em 2007, foi criada a Aldeia Professor Darcy Ribeiro, localizada no Jardim Noroeste em Campo Grande (MS), sendo a terceira aldeia criada no Estado, contendo 98 casas, frutos da reivindicação do Conselho Municipal de Indígenas. A cidade de Campo Grande (MS) conta ainda com a Aldeia Tarsila do Amaral, onde residem cerca de 60 famílias em condições precárias, sendo considerada “aldeia-favela”. Há também um loteamento localizado próximo ao Indubrasil, que ainda não está regularizado, porém os indígenas que ali habitam não pretendem deixar o local e lutam por recursos e regularização das áreas.

Nesse contexto está a Aldeia Água Bonita, localizada em Campo Grande (MS), na saída para Cuiabá (MT), fundada em 14 de maio de 2001, pela líder Marta Guarani. Nesse território, atualmente residem mais de 100 famílias indígenas, integrantes de três etnias distintas: Guarani, Terena e Kadiwéu. Frisa-se que essa aldeia urbana é o objeto desta pesquisa, entretanto será considerada apenas a etnia Terena.

Na página eletrônica do Conselho Indigenistas Missionários¹, consta que a aldeia urbana Água Bonita foi planejada pelo governo estadual, o qual construiu 1055 unidades habitacionais para as populações indígenas do Estado com recursos estaduais e federais para saneamento básico do Programa de Subsídio à Habitação de Interesse Social (PHS).

A maior parte dos povos indígenas da etnia Terena reside no estado de Mato Grosso do Sul (MS), atualmente nos Municípios de Aquidauana, Miranda e Dourados. Alguns desses indígenas, por falta de terra em outros locais, vieram para Campo Grande, a capital do Estado. Os Terena vêm enfrentando várias dificuldades como discriminação, preconceito e, principalmente, falta de terra e a desagregação comunitária. Não é diferente com os outros índios urbanos, por este motivo, a comunidade Água Bonita foi criada em Campo Grande (MS) com o objetivo de agrupar os Terena em um único lugar, proteger sua qualidade de vida e possibilitar a preservação de sua cultura tradicional.

Questiona-se se existem direitos especiais para garantir o atendimento à saúde aos indígenas no Brasil, em especial, se é possível o atendimento dessas populações por órgãos pensados e criados pelos não indígenas e se eles possibilitariam a preservação da cultura e de seus conhecimentos tradicionais.

¹ Disponível em: <<http://www.cimi.org.br/?system=news&action>>. Acesso: 10 fev 2011.

Segundo a Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) vigente, os povos indígenas devem ter seus direitos garantidos em pé de igualdade com os outros povos, pois para a lei não existe distinção, uma vez que em seu Artigo 5º *caput*, “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”.

Sendo a saúde direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida por políticas sociais, objetivando a redução do risco de doença e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, considera-se de responsabilidade pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (Art. 196/197 CF).

Considerando então que a CRFB reza o respeito às diferenças étnicas, assegurando de forma igualitária que todos são iguais perante a Lei, os indígenas, segundo o direito a eles estendidos, devem ser assistidos por uma saúde que venha complementar as suas práticas, tendo em vista que os índios possuem em sua cultura os rituais de cura com medicamentos formulados à base de ervas, direito este que deverá ser suprido com políticas públicas que visem assegurar seu comprimento junto aos povos indígenas. Assim, é necessário criar e implementar políticas sociais de sustentabilidade em que os indivíduos, inclusive a população indígena, tenham liberdade de decidir o rumo de suas vidas e da coletividade, visando a preservação de seus conhecimentos tradicionais e da qualidade de vida de todas as etnias. Dessa forma, havendo respeito à diversidade e consciência da cultura nativa, frutificará as potencialidades da comunidade indígena para os primeiros passos ao desenvolvimento local.

De acordo com Ávila (1999), o desenvolvimento local se dá por meio de políticas voltadas à cultura, abrindo assim um leque de possibilidades que visam a melhoria da qualidade de vida dessa comunidade. Contudo, deve-se tomar cuidado com o desenvolvimento voltado somente para o local, políticas públicas direcionadas a economia visando parceria com grandes empresas, que a princípio parecem ser a melhor solução, porém a longo prazo, percebe-se que exploram tudo que a região pode oferecer e quando esgotam os recursos, as empresas vão embora sem se preocupar com o local.

As discussões conjuntas e a busca de soluções para os problemas, como sugerido, seria o meio mais viável de se viabilizar, para a comunidade da Água Bonita, políticas públicas voltadas para o resgate da saúde e ao mesmo tempo encontrar alternativas de desenvolvimento sem destruição.

Levando em consideração a problemática, os objetivos propostos nesta pesquisa são: analisar a política de atendimento à saúde dos Terena residentes na aldeia urbana Água Bonita, como fator de desenvolvimento; identificar se o art. 196 da Constituição Federal vigente está sendo aplicado na comunidade Água Bonita para a etnia Terena; constatar se o atendimento à saúde indígena na comunidade Água Bonita, ocorre pela medicina tradicional dos Terena; detectar o papel do agente de saúde local na mediação para validação do direito à saúde e desenvolvimento da comunidade para os Terena residentes na aldeia urbana Água Bonita.

O desenvolvimento desta pesquisa contribuirá na elaboração de diagnóstico da política implementada no atendimento da saúde dos Terena na aldeia urbana Água Bonita e os resultados analisados poderão encaminhar as ações que possibilitem vida digna. Diante do exposto, especificamente intenciona-se atingir os objetivos propostos distribuindo os assuntos seguindo uma base que possibilite pela discussão e melhor compreensão da temática no decorrer das análises.

É importante destacar, nesta primeira parte do trabalho, que a abordagem da temática e construção do conhecimento científico se fez de posse de escolha metodológica de pesquisa, que envolveu entrevista semi-estruturada com as lideranças e com os indígenas Terena e entrevista com os profissionais da saúde da Secretaria Municipal de Saúde Pública (Apêndice A e B).

Nesta pesquisa, optou-se pelo método dedutivo com procedimento de história oral, por ser um processo histórico, antropológico e sociológico, que se fez por meio de entrevistas e outros procedimentos aliados entre si, baseando-se nas narrativas das experiências humanas, ou seja, retratando a história protagonizada por relatos, técnica empregada desde os primórdios, transmitida de geração em geração, tendo como instrumento a conversação, meio pelo qual se revela histórias de fatos acontecidos e fortalecidos na medida em que se passa o tempo.

De acordo com Alberti (2000, p. 12):

As pessoas sempre relataram suas histórias em conversas. Em todos os tempos, a história tem sido transmitida de boca em boca. Pais para filhos, mães para filhas, avós para netos; os anciãos do povoado para geração mais nova, mexeriqueiros para ouvidos ávidos; todos, aos seus modos, contam sobre acontecimentos do passado, os interpretam, dão-lhes significado, mantêm viva a memória coletiva. Mesmo na nossa época de alfabetização generalizada e de grande penetração dos meios de comunicação “a real e secreta história da humanidade” é contada em conversas e, a maioria das pessoas ainda forma seu entendimento básico do próprio passado, por meio de conversas com outros.

A escolha de tal procedimento deu-se pelo motivo de que a temática envolve uma população tradicional que efetua seus registros via história oral. Esta retroage para captar os fatos vivenciados ao logo da história desse povo, principalmente em relação aos riscos de saúde que vem sendo enfrentados e pelos relatos colhidos poder inferir análises da problemática e criar propostas de transformação contributivas para os Terena.

A história oral apresenta várias técnicas, como a gravação de áudio ou de vídeo. Nesta pesquisa optou-se pela gravação de áudio, pois, de acordo com Alberti (2000, p. 112), “[...] atualmente não se pode pensar em história oral sem o equipamento de gravação, de áudio ou de vídeo”. De acordo com o mesmo autor, o gravador concede falar em produção de documento, ou seja, na autenticidade de trechos transcritos e na análise de entrevista.

As entrevistas foram gravadas, ressaltando que os entrevistados autorizaram as gravações. Vale ressaltar que a pesquisa foi considerada aprovada sem restrições pelo Comitê de Ética da Universidade Católica Dom Bosco- UCDB, conforme anexo. Como garantia, serão considerados sigilosos os dados que foram coletados, sendo utilizados nomes fictícios para os sujeitos participantes. Essa forma de coleta de dados foi escolhida objetivando análise dos dados pela pesquisadora e sob a ótica dos indígenas Terena. Como observa Maurinice Evaristo Wenceslau (2005, p. 219), “[...] uma vez que a pesquisadora não é indígena [...] embora tenha convivido com os indígenas desde seu nascimento, sua formação cultural ocorreu com os valores da sociedade não indígena”. Cabe também salientar que a pesquisadora deste trabalho partilha dos mesmos termos que a autora citada acima, tendo em vista que não é indígena, embora tenha convivido desde criança com a população indígena.

Nas técnicas de coleta de dados optou-se, pela observação não-participante. Esta consiste na captura de dados passados por ações dos entrevistados, tais como: a pouca fala, o silêncio diante de alguma determinada pergunta, ou até trejeitos físicos durante a entrevista, como também a captura de informações por meio da observação do meio em que o entrevistado estabelece suas relações.

A técnica da observação - e simultânea a auto-observação - é um dos componentes do trabalho de campo, quando o sujeito entrevistado deverá ter seu comportamento global 'capturado' pelo entrevistador, em todo curso da relação estabelecida, consistindo em dado - achados a serem devidamente anotados para estudo. Desta forma, interessam-nos, entre outros, o estilo e as alterações psicológicas e formas de fala. (TURATO, 2003, p. 319).

A observação é mais uma ferramenta de trabalho em que o entrevistador captura o sujeito em um todo e sua relação com o meio, no caso, a etnia Terena na comunidade Água Bonita. A observação volta-se para o direito à saúde pelos povos indígenas como fator de desenvolvimento, visando preservar os nativos e sua cultura, para verificar se realmente na comunidade local o direito à saúde é aplicado. A observação da área foi efetivada nas visitas à comunidade Água Bonita, em Campo Grande (MS).

Os registros da observação foram feitos no diário de campo, no qual se anotou o cotidiano da comunidade Água Bonita, focando-se o direito à saúde. Lopes (1996, p. 26) relata que este é um espaço “[...] onde se anotam, dia após dia, com um estilo telegráfico, os eventos da observação e a progressão da pesquisa”. Dessa forma, todas as informações e situações vivenciadas na aldeia foram registradas e carregam a marca pessoal do observador. Esse registro é como se fizesse uma fotografia, por trazer a mesma realidade carregada de subjetividade, na qual somente o pesquisador é capaz de traduzi-la, por isso, só tem sentido lógico a compreensão, somente por aquele que o redigiu.

O caderno de campo, entretanto - para além de uma função catártica - pode ser pensado também como um dos instrumentos de pesquisa. Ao registrar, na linha dos relatos de viagem, o particular contexto em que os dados foram obtidos, permite captar uma informação que os documentos, as entrevistas, os dados censitários, a descrição de rituais, - obtidos por meio do gravador, da máquina fotográfica, da filmadora, das transcrições - não transmitem. (MAGNANI, 1997, p. 24).

Portanto, o diário de campo situa-se em zona de intersecção entre o contexto do momento que está sendo escrito e o momento; por outro lado se transporta para o momento da utilização do pesquisador em suas descrições, este por sua vez é permeado pela bagagem histórica e cultural do pesquisador.

As leituras de realidade, a partir dos registros contidos no diário de campo, trazem a marca pessoal do acadêmico/pesquisador, mas isso não referenda afirmar que se está livre de princípios teóricos. Nesse modelo de pesquisa, como nos lembra Geertz (1989), o acadêmico/pesquisador está claramente no campo da interpretação, com uma mágica para decifrar enigmas; apenas se faz uma interpretação possível e o trabalho constitui uma interpretação do momento vivenciado durante a pesquisa.

Com a permissão da comunidade indígena, por meio de sua liderança, registraram-se os momentos dos encontros e das diversas situações que foram vivenciadas na aldeia. Esse retrato, segundo Leite (1998, p. 22), “se constitui apenas fragmento possível da realidade”, por isso a fotografia como técnica de coleta é importante. Ressalta-se que as imagens registradas serão apenas da etnia Terena da aldeia urbana Água Bonita. Esse reconhecimento carrega uma dupla imagem e também uma dupla mensagem e vários significados, pois Leite (1998, p. 72) afirma que “[...] a fotografia dá o valor de notação, a aparência de cópia, de simples reprodução natural do real”, por isso se constitui como um artefato cultural.

[...] a fotografia não pode ser pensada apenas como uma técnica objetiva que apreende perfeitamente o mundo sensível [...], nem mesmo como produto arbitrário da interpretação do fotógrafo e dos espectadores. [...] De fato, a imagem fotográfica produz uma síntese peculiar entre o evento representado e as interpretações construídas sobre ele, estando essa correspondência sujeita às convenções de representação culturalmente construídas. (BITTENCOURT, 1998, p. 54).

Portanto, descrever a fotografia como apenas um processo físico-químico que comprehende técnicas como enquadramento, escolha do ângulo, do negativo, da forma de revelação, da objetiva, da iluminação e do que será focado ou ocultado é reduzi-la apenas ao aspecto formal, ela vai além, pois permite ao fotógrafo o momento do clique e, nesse sentido, captar a realidade como aparece em um determinado momento. É o que foi realizado na aldeia, buscando-se sempre respeitar a vontade dos participantes.

O método de procedimento e as técnicas de coleta de dados proporcionaram uma aproximação da realidade local, buscando registrar a utilização da cultura desses povos, sem impor a cultura não indígena para análise da aplicação dos direitos e a implementação de política de atendimento à saúde dos índios pelo Estado, principalmente da Aldeia Água Bonita para a etnia Terena.

Foram elaborados durante o desenvolvimento desta pesquisa dois mapas: o primeiro, registrando a região urbana de Campo Grande (MS), destacando a aldeia Água Bonita e o segundo, a organização interna dessa aldeia.

Esta dissertação foi dividida em três capítulos. No primeiro, foi elaborado levantamento dos antecedentes históricos da questão indígena no País, mais especificamente no Estado de Mato Grosso do Sul, e dos primeiros contatos dos não indígenas com os Terenas no Estado. Na sequência do trabalho, discutiu-se a saúde indígena no processo histórico e, ao mesmo tempo, a análise da evolução do direito à saúde desta população.

Em seguida, foi aventada a política de atendimento à saúde indígena, sob a dimensão da cultura Terena, por meio de uma revisão teórica a respeito do que determina a lei em relação à proteção e atendimento aos povos indígenas.

Na última parte, foi apresentado e analisado o levantamento dos dados obtidos nas entrevistas e questionários aplicados às autoridades, lideranças e alguns representantes das famílias Terena residentes na aldeia urbana Água Bonita.

1 QUESTÃO INDÍGENA COMO EXPRESSÃO SOCIAL

O território brasileiro tem sido ocupado pelos indígenas desde antes do seu descobrimento. Com o passar dos anos, o número de indígenas tem se reduzido nas aldeias e, em consequência, no território nacional. A redução no território nacional se dá pela extinção desses povos pelos mais diversos fatores: fome, massacres, doenças, etc. Outro fator que reduz o número de indígenas nas aldeias é a migração para os centros urbanos em busca de sobrevivência.

Essa mudança das aldeias para os centros urbanos também se torna um risco social. Os indígenas urbanos ficam mais vulneráveis a doenças, acidentes e outras situações, tais como drogas e violência.

A questão social se agrava a cada dia, pois não há políticas públicas que atendam a demanda da população que está exposta aos riscos e vulnerabilidades sociais.

Assim, será enfatizada, diretamente, a questão dos antecedentes históricos que envolvem a questão indígena tanto no Brasil quanto no Estado de Mato Grosso do Sul e, mais especificamente, a etnia Terena.

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Registra-se pelos antropólogos que, bem antes da chegada dos europeus à América Latina, existiam aproximadamente cerca de 100 milhões de índios no continente, revelando assim que, em território brasileiro, o número de nativos era de aproximadamente 5 milhões e estes se dividiam em tribos de acordo com seu tronco linguístico. Entretanto, no séc. XVI, quando Colombo chegou à América, a primeira referência dos indígenas foi muito significativa, pois, de acordo com Todorov (1993, p.34) “[...] viram gentes nuas. É bastante revelador que a primeira característica

desta gente que chama a atenção de Colombo seja a falta de vestimentas - que por sua vez são símbolos de cultura".

Houve grande reflexão sobre o que foi visto por Colombo por ocasião a sua chegada á América, chegou-se a discutir entre os seus companheiros que, apesar de nus, os indígenas pareciam mais próximos dos homens do que os animais.

Todorov (1993) ressalta que, no primeiro encontro, houve a troca de pequenos objetos, e os europeus elogiavam a generosidade dos povos que davam tudo por nada, ou seja, uma bondade que até parecia uma burrice como, por exemplo, um pedaço de vidro trocado por ouro.

Tudo o que tinham davam em troca. Os indígenas aceitavam na troca pedaços de tigela e taças de vidro quebradas e, como eles usavam pedaços de ouro no nariz, isto também fazia parte da troca e eles ficavam satisfeitos. Os colonizadores não entendiam que essa relação de troca fazia parte dos valores culturais indígenas e que as moedas de ouro não eram consideradas preciosas.

Como nos ensina Wenceslau (2005, p. 23), "[...] os indígenas sempre ocuparam o território brasileiro, utilizando as terras desse território como seu *habitat*. Nesse sentido a terra possuía um valor simbólico e até familiar".

O modelo colonizador carregou os princípios do metalismo e do mercantilismo. Dessa forma, os indígenas constituíam um empecilho para a expansão mercantilista na colônia portuguesa, na América. Os indígenas viviam em um modo de produção primitivo, ou seja, alguns estavam na fase da pedra lascada, na América do Sul, e outros na idade dos metais, na América Central. De qualquer modo, os indígenas nas Américas estavam na fase em que não havia necessidade de acumulação de bens, já que a terra era o elemento fundamental para sua vida e existência, e o meio de produção era o disponível para garantir a manutenção e reprodução dos índios, mantendo a característica de cada povo.

Fausto (2004, p.38) afirma que:

Os grupos tupis praticavam a caça, a pesca, a coleta de frutas e a agricultura, mas seria engano pensar que estivessem intuitivamente preocupados em preservar ou restabelecer o equilíbrio ecológico das áreas por eles ocupadas. Quando ocorria uma relativa exaustão de alimentos nessas áreas, migravam temporária ou definitivamente para outras.

A terra, para os povos indígenas, continha um valor simbólico, religioso, cultural, familiar, de sobrevivência física, portanto, não estava ligada à questão capitalista. Para Silva (1993), as relações entre o indígena e suas terras não são regidas apenas pelas normas do Direito Civil, visto que sua posse extrapola a órbita privada, porque não é uma simples ocupação da terra para explorá-la, mas sim a base de seu *habitat*. No entanto, para os colonizadores, a terra era uma reserva de valor, e que, portanto, deveria ser explorada, mas, para atingir tal propósito, era necessário eliminar os entraves. O exemplo disso, é o fato ocorrido em 1.560, quando o governador-geral do Brasil, Mem de Sá, relata as façanhas de conquista de novas terras ao rei de Portugal.

Na noite que entrei em Ilhéus em uma aldeia que estava a sete léguas da vila. E a destruí, e matei todos que quiseram resistir. Na vinda fui queimando e destruindo todos os que quiseram resistir. Na vinda fui queimando e destruindo todas as aldeias que ficaram pra traz. Então se ajuntaram e vieram me seguindo ao longo da praia outros gentios. Fiz-lhes algumas ciladas e os forcei o jogarem-se no mar [...] Mandei outros índios reunirem os corpos e colocá-los ao longo da praia, em ordem, de forma que tomaram os corpos (alinhados) perto de uma de uma léguia. (CNBB, 2001, p. 60)

É real a consciência de que durante este período se tinha como meio de defesa as armas que estivessem disponíveis, deixando até mesmo perceptível que este tipo de defesa, em muito, se assemelhava com a que Napoleão utilizava para tomar o poder de um reino para si, haja vista que as conquistas das terras sempre fora de forma forçada, uma vez que os colonizadores se utilizavam desta tática por eles mais conhecidas com intenção de tomarem as terras para a coroa portuguesa.

Segundo Ribeiro (1982, p. 28), após os contatos intensos entre os colonizadores e os índios, desapareceram mais de 80 povos indígenas somente na primeira metade do séc. XX. A destruição de inúmeros povos indígenas no Brasil foi marcada por conflitos armados, epidemias, desorganização social e cultural.

São processos das populações que não podem ser tratados sem uma análise das características internas e da história de cada uma dessas sociedades. Apesar de que tenham diminuído significativamente, após a chegada dos portugueses, os indígenas foram se escondendo rumo ao interior, resistindo para preservar a sua identidade étnica. Esses “[...] deslocamentos para regiões cada vez mais pobres. Em limites muito estreitos, esse recurso permitiu a preservação de uma herança biológica, social e cultural” (FAUSTO, 2004, p. 41 *apud* FELZKE, 2007, p. 9).

Durante as primeiras tentativas de exploração da terra no Brasil, os portugueses tentaram utilizar os indígenas como mão-de-obra para a extração do pau-brasil (*Caesalpinia echinata*). A extração da madeira era obtida principalmente mediante troca com os indígenas. Assim, à medida que a madeira ia se esgotando na serra do Mar, região do litoral, os europeus passaram a recorrer mais intensamente ao trabalho indígena os quais, em função de sua historicidade, não se adaptaram às atividades racionais de exploração dos colonos portugueses.

Além disso, existiam ainda as tentativas de converter os indígenas em cristãos, e isso significava para eles adquirir os hábitos de trabalho dos europeus, propiciando assim o surgimento de um grupo de cultivadores, isto é, de trabalhadores das lavouras - indígenas flexíveis às necessidades da colônia portuguesa. "Os índios eram submetidos a um ritmo regular de trabalho, praticando, tanto as atividades de subsistência como a extração das drogas do sertão [...] comercializadas pelas missões" (OLIVEIRA *apud* FELZKE, 2007, p. 9).

No auge do ciclo das expedições dos bandeirantes, por meio das estradas e monções, a escravidão indígena era muito comum. Os objetivos dessas expedições eram pela busca de riquezas e minerais, que em muito era alcançado através do aprisionamento dos indígenas direcionando estes ao trabalho escravo assistencial. Essa prática era proibida pelas medidas legais, entretanto era muito comum sua realização.

Em 1850 com a dissolução dos aldeamentos missionários e a progressiva regularização das propriedades capitalistas da terra conduz a um mecanismo único de acesso a terra, derivado da instituição colonial da 'sesmarias', pela qual a Coroa outorgava terras a seus protegidos para que as ocupassem e desenvolvessem. Como o Estado raramente fiscalizava essas explorações ou revogava doações anteriores (exceto quando existiam novos interessados...), essa foi a raiz histórica da concentração de terras que caracterizou a estrutura fundiária brasileira. (OLIVEIRA, 2001, p. 223).

Com a ascensão de Marquês de Pombal, embaixador no reinado de Dom João VI, os jesuítas foram expulsos da América Portuguesa, pelo temor do nascimento de um sentimento nacionalista, por meio da instrução oferecida pelos padres da companhia de Jesus dentro das missões que foram transformadas em vilas.

[...] para os colonizadores espaços privilegiados de expansão de um projeto civilizatório com a imposição da língua portuguesa e restrições ao uso da língua geral, obrigatoriedade da freqüência à escola e o incentivo ao casamento entre soldados e índias. (OLIVEIRA, 2006, p. 3).

Estava implícita, na medida do Marquês, a preocupação com a fragmentação do território Lusitano na América, uma vez que as missões foram transformadas pelos jesuítas em territórios autônomos e convertidas em unidades permanentes de ocupação das populações indígenas. Nesse processo, os colonizadores não reconheceram as populações indígenas e os seus descendentes como sujeitos de direitos.

A passagem do séc. XIX para o séc. XX, no Brasil, foi marcada por um amplo processo de penetração econômica e conquista de territórios inexplorados, pelo fim do feudalismo e surgimento do capitalismo, com meios de produção e distribuição das propriedades privadas com fins lucrativos.

Os países estrangeiros de olho nas riquezas brasileiras iniciaram o processo que chamavam de civilização, que na verdade nada mais foi do que um massacre de povos e culturas regionais. Pelo domínio do capital foram cometidas verdadeiras atrocidades contra os povos nativos, trazendo como consequências um confronto violento com as populações indígenas que, por fim, acabaram por perder seus territórios, visto que não dispunham de nenhuma legislação encarregada de proteger os seus direitos.

Essa desapropriação surgiu também no estado de Mato Grosso do Sul considerando os primeiros contatos com os não indígenas pela etnia Terena.

1.2 A QUESTÃO INDÍGENA NO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

A ocupação da região do Estado de Mato Grosso do Sul teve seu início por volta de 10.000 a.C., pelos primeiros habitantes indígenas ancestrais que eram os Guaranis, os Terena, os Caiowá e os Caiapó, sendo, com o passar do tempo, ocupado por outros povos indígenas, de diferentes etnias como os Ofaié.

O povoamento da região Sul, do então Mato Grosso, se deu de forma diferente da região norte: primitivamente habitada por etnias indígenas como os Guaiacuru, Paiaguá, Terena e Caiowá, dos quais os habitantes da região herdaram

muitos dos costumes e tradições. A região Norte começou a ser povoada pelos que lá chegaram atraídos pelas minas de ouro de Cuiabá, originando as primeiras vilas de garimpeiros que penetravam os rios e exigiam pontos de apoio nascendo, assim, povoados como os de Camapuã e o Sítio do Rio Pardo. (BRAND, 2001)

Em 1775, com a fundação do Presídio Nova Coimbra (hoje Forte Coimbra) e, mais tarde, do Presídio Militar de Miranda, o povoamento da região foi consolidado, inicialmente a partir do surgimento de vilas e arraiais ao redor dessas fortificações, como Nossa Senhora da Conceição do Albuquerque (que deu origem a Corumbá) e Miranda. O Estado conta com uma riqueza extraordinária: o imenso potencial turístico apresentado por dois terços do Estado, como a exuberante região do Pantanal. (CORRÊA, 2001)

Habitam, no atual Estado de Mato Grosso do Sul, cinco etnias indígenas que se destacam no cenário multicultural, que são os: Kaiowá/Guarani, Terena, Kadiwéu, Guaitó e Ofaiat.

Brand (2001, p. 59) afirma:

Os Kaiowá/Guarani e os Terena apresentam o maior contingente populacional com, respectivamente, 25 mil e 20 mil pessoas, e constituem, em termos quantitativo, duas das mais importantes populações indígenas do país. Os Guaranis contemporâneos são, convencionalmente, divididos em três subgrupos: os Nandéva/Chiripá, os Mbyá e os Kaiowá. No Mato Grosso do Sul, predomina a presença dos Kaiowá e, em menor número, dos Nandéva/Chiripá, sendo estes últimos os únicos que se autodenominam "Guarani". O que caracteriza a situação desses povos em nosso estado é seu confinamento em áreas de terras insuficientes para a sua sobrevivência física e cultural.

Sabe-se então que a população da etnia Guarani, vive em terras sul-mato-grossenses e, em sua maioria, dividem esse espaço com representantes da etnia Terena.

Os indígenas Terena vieram do Chaco Boliviano e Paraguai e, devido à pressão de outros colonizadores, segundo Vargas (2003) foram se deslocando para o sul do Mato Grosso, onde se fixaram próximos aos rios Miranda e Aquidauana.

Essa população, desejando encontrar nas terras dos não indígenas o necessário para atingirem o ideal de vida digna, visto que esta já não era possível no território em que viviam, fizeram então os primeiros contatos com os não indígenas, iniciando assim a fase de adaptação.

De acordo com Brandão (1986, p. 87-8):

O contato entre índios e brancos provoca alterações sucessivas em todas as dimensões da vida do índio: 1) ele perde as suas terras ou uma parte delas permanecendo em um território reduzido, ou é empurrado para mais adiante, onde nem sempre encontra as mesmas condições adequadas de caça e pesca, de coleta e de agricultura. 2) Ele perde toda sua parte de autonomia de suas relações políticas [...]. 3. Ele perde as condições anteriores de manter a equação de troca de bens e trabalhos que preserva a vida física e social de todos, entre todos; caçadores e agricultores solidários, que buscam alimentos em grupos e plantam em famílias para o sustento de todos, tornam-se coletores individuais de castanhas, não mais para a sobrevivência direta da família, ou para a fabricação de ornamentos rituais, mas para a empresa regional que paga pelo produto e, assim, determina as regras do trabalho.

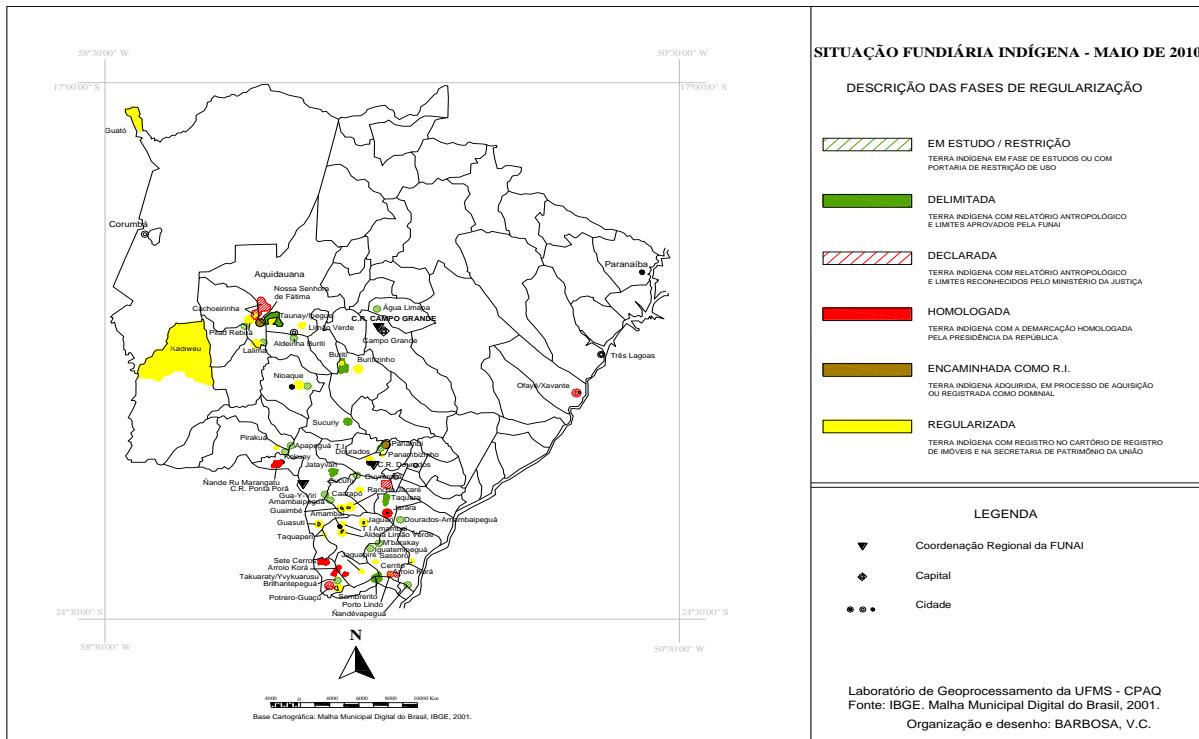
De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE (2010), inúmeras etnias indígenas moram nas grandes e pequenas cidades. É cada vez mais comum encontrar representantes de etnias indígenas transitando nos grandes centros urbanos, visto que esses povos tenham migrado em grande escala para as cidades, uma vez que suas terras pouco têm a oferecer-lhes.

Nunes (2010, p. 12) aponta da seguinte forma a presença indígena nas cidades:

No que tange à questão que se persegue aqui, isto é, a presença indígena nas cidades, estamos, me parece, ainda alguns passos atrás. Primeiro, por que apenas muito recentemente - menos de uma década, eu diria - essa situação, que foi e (tem sido) descrita como a de “urbanidade” indígena, começou parecer legítima aos olhos de antropólogos e antropólogas, ou ao menos começou a efetivamente despertar interesses de pesquisa.

A seguir encontra-se o mapa (Imagen 1) da situação dos indígenas em Mato Grosso do Sul, destacando e detalhando as aldeias em face à sua desagregação, dando ênfase ao processo pelo qual passa cada uma dessas comunidades com a migração de sua população para as grandes capitais.

Imagen 1 - Situação dos indígenas no Mato Grosso do Sul



Fonte: Instituto Municipal de Planejamento Urbano - PLANURB (www.capital.ms.gov.br/planurb).

Há muitas indagações sobre a questão dos indígenas que deixam suas aldeias para viver nos grandes centros. Vale ressaltar que o indígena será sempre indígena, estando ele dentro do perímetro de suas aldeias ou mesmo em território urbano, considerando o conceito biológico.

O cacique Enio de Oliveira Metelo (da etnia Terena) relata o motivo da saída de sua aldeia para Campo Grande (MS):

Cheguei em 1978. Viemos atrás de melhores condições de vida, de trabalho. A terra nas aldeias já não estava produzindo mais nada. Nas aldeias, agora tem oitava série, mas antes não tinha. Então, como ia por filhos na faculdade? Meu primeiro filho está no quartel agora. Lá no interior, o trabalho era no corte de cana, ou nas fazendas. Nas fazendas estava muito parado. Aqui a oferta é maior, mas falta qualificar mão-de-obra. Têm muitos que trabalham na changa, em trabalhos não especializados como pedreiro, jardineiro, vigilante. A maioria das mulheres é empregada doméstica ou vendem na feira. Mesmo para quem termina o ensino médio, ter trabalho é difícil. Nós indígenas nunca conseguimos trabalhos nos grandes supermercados, no shopping. Viver na cidade grande não é abrir mão de ser indígena. (CARVALHO, 2003).

O Indígena, fora de seu território, não deixa de ser brasileiro. Nesse sentido, viver nas grandes capitais não é deixar de ser indígena. Um indígena sempre será indígena, estando ele em seu território ou não. Seja qual for o local que o povo indígena estiver - na cidade ou não - sempre levarão consigo seus costumes, sua cultura, suas raízes, ou seja, sua história. Para Lacerda (2004), o povo Terena registrou sua história por meio da cultura artesanal e também pela transmissão de valores de pai para filho, apesar de não ter registro escrito da história dos Terena.

Essas populações que se deparam hoje com a falta de terras em suas reservas são empurradas para as cidades com o objetivo de, no centro urbano, se organizarem e encontrarem seu espaço.

1.3 PRIMEIROS CONTATOS COM A ETNIA TERENA

O idioma português, no Brasil, sofreu muitas influências das línguas nativas, principalmente do Tupinambá, a língua de contato entre europeus e indígenas. Dessa maneira, a língua da população indígena sofreu uma junção de nomes relativos à flora, como abacaxi, buriti, mandioca, capim, pitanga, maracujá, jabuticaba e caju; à fauna, como capivara, tatu, caninana, jacaré, sucuri, piranha, urubu, curiô, sabiá; nomes geográficos, como Aracaju, Guanabara, Tijuca, Niterói e nomes próprios, Jurandir, Ubirajara e Maíra (BITTAR, 2008).

Lèvi-Strauss (1996, p. 315) afirma sobre os indígenas:

Aí estavam eles, prontinhos para me ensinar seus costumes e suas crenças, e eu não conheci sua língua. Tão próximos de mim quanto uma imagem no espelho, eu podia tocar-lhes, mas não comprehendê-los. Recebia ao mesmo tempo minha recompensa e meu castigo. Pois não era culpa minha e de minha profissão acreditar que os homens nem sempre são homens? Que uns merecem mais interesse e atenção porque a cor de sua pele e seus costumes nos espanta.

Nesse mesmo sentido, Rodrigues (1999, p. 21) ressalta a relação entre a língua e o contato, da seguinte forma:

A língua indígena tradicionalmente mais conhecida dos Brasileiros quanto esse conhecimento se limite em regra só a um de seus nomes Tupi é justamente - o Tupinambá. Essa foi a língua predominante aos contatos entre os português e os índios no século

XVI e XVII e tornou se a língua expansão bandeirante no sul e ocupação da Amazônia do Norte.

A língua terena é falada pelos Aruák ou, como aparece escrito em algumas vezes, Arawak. No Brasil existem grupos étnicos distribuídos em vários Estados-Membros que também falam essa língua pertencente a esse povo. Não existe apenas uma etnia no Brasil e sim várias, cada qual tem seus usos e costumes próprios. Entretanto, se tem feito pouco até o momento pela continuidade no meio das etnias que falam a língua Aruak, lacuna esta que fica explícita na bibliografia histórica que trata dos Terenas descendentes de uma etnia que migrou do Chaco Paraguai para o Brasil no período colonial. Essa população ocupou as terras do Pantanal sul-mato-grossense onde se encontra o território ocupado tradicionalmente por essa etnia (PEREIRA, 2003).

Os Terena são descendentes dos Txané-guana e, até o final do século XIX, encontravam-se separados em vários povos como, por exemplo: Terena ou Eteleoé, Echoaladi, Equiniquinau e Laiana.

Os indígenas mais velhos reconhecem esses termos, entretanto, o público externo conhece todos como sendo Terena. Presume-se que eles tenham vindo das Antilhas, passando pelas regiões de Rio Negro, Bolívia, indo até o Paraguai e chegando ao Brasil, assim ocupando a região da serra da Bodoquena e Maracaju entre os séculos XV e XVII.

Pereira (2003, p. 18) afirma que:

Todos estes grupos indígenas que falam a língua têm diferenças entre si, mas possuem uma mesma língua de origem. Além desta proximidade que indica uma origem comum, estes grupos possuem ou possuíam formas de organização internas características, sendo tradicionalmente agricultores e confeiteiros das técnicas de tecelagem e cerâmica.

Contudo, os Terenas oriundos da região do Chaco Paraguai migraram para o Brasil, migração esta que se deu em virtude da derrota sofrida para os Guaranis, aliados dos Espanhóis na luta por territórios naquela região. Essa etnia estabeleceu e formou suas aldeias na metade do século XVIII próximas à margem do rio Miranda. Esse povo viveu ao longo dos séculos em situação precária e, nesse período, surgiram vários acontecimentos que agravaram ainda mais o cotidiano

como, por exemplo, a participação dos indígenas na Guerra do Paraguai (1864-1870).

Nos diversos fatos históricos no Mato Grosso do Sul, como a Guerra do Paraguai, a situação indígena não foi diferente, pois a etnia Terena começou saindo de suas terras tradicionais e, dessa forma, perdeu parte de sua cultura.

Deste modo, Brand (2001, p. 34) afirma que:

Os recursos naturais estão profundamente comprometidos, não oferecendo mais as mínimas condições para sobrevivência dessas coletividades. Os indígenas são obrigados, então, a se assalariarem nas usinas de produção de álcool e açúcar.

A busca pela subsistência tem sido o mecanismo principal de aceleração da saída dos Terena de suas aldeias. Eles acreditam que nos grandes centros serão capazes de conseguir recursos para o sustento, assegurando garantias mínimas de vida digna para todos de sua etnia.

2 CONSIDERAÇÕES GERAIS ACERCA DA SAÚDE INDÍGENA

A proteção da saúde dos indígenas não deve ser analisada apenas com o fito de atingir o ideal de ausência de doenças, mas sim como um conjunto de fatores que proporcionam um bem-estar biopsicossocial. Nesse sentido, a saúde do indígena engloba fatores como: condições de moradia, acesso a tratamento de saúde com qualidade, alimentação balanceada, informação abundante (ensino sistematizado e acesso à notícia), estrutura familiar, todos esses fatores considerando os valores culturais dessas populações tradicionais.

Dessa forma, necessário se faz buscar reflexões sobre a saúde indígena, em especial os urbanizados.

2.1 A SAÚDE INDÍGENA E SEU PROCESSO HISTÓRICO

Para abordar a saúde indígena, vale conceituar a palavra saúde, que vem do latim *salus*, que significa bom estado físico, saudação, relacionamento salvo. (MOTA, 2003). A saúde é o bem estar da pessoa tanto em seu corpo físico quanto em seu psicológico. Contudo, vale salientar que o meio em que a pessoa vive em muito contribui para o bom desenvolvimento físico e psicológico, pois são determinantes pelas quais em muitos casos os médicos se orientam para dar o diagnóstico.

Assunto este abordado por Dallari (1988, p. 3) ao relatar que:

Muito já se escreveu a respeito da conceituação da saúde durante a história da humanidade. Hipócrates, filósofo grego que viveu no século IV a.C., refere a influência da cidade e do tipo de vida de seus habitantes sobre a saúde e afirma que o médico não cometerá erros ao tratar as doenças de determinada localidade quando tiver compreendido adequadamente tais influências⁶. Do mesmo modo, para Celso, médico e alquimista suíço-alemão que viveu durante a

primeira metade do século XVI, salientou a importância do mundo exterior (leis físicas da natureza e fenômenos biológicos) para a compreensão do organismo humano. Devido a sua experiência como mineiro pôde mostrar a relação de certas doenças com o ambiente de trabalho¹⁰. Também Engels, filósofo alemão do século XIX, estudando as condições de vida de trabalhadores na Inglaterra, nos albores da Revolução Industrial, concluiu que a cidade, o tipo de vida de seus habitantes, seus ambientes de trabalho, são responsáveis pelo nível de saúde das populações.

De acordo com os antropólogos, ao referirem-se à questão da saúde, fazem menção a um levantamento sobre doenças e saúde em que apontam o fluxo de maior existência destas a um determinado meio social. Entende-se, desse modo, que as práticas médicas dos povos em geral, especificamente dos povos indígenas, são destinadas por seu conhecimento particular referentes à saúde. Apesar de ter um grande grau de adesão por parte dos indígenas, buscam-se meios pelos quais se tenha uma maior adequação às necessidades destes, motivo que desencadeou o início uma luta, com intuito de se criar um programa destinado a atender a população indígena de forma eficaz (DALLARI, 1988).

Com o processo de colonização dos territórios brasileiros, os povos indígenas que habitavam no Brasil foram sendo obrigados a conviver com uma cultura muito diferente da que estavam habituados - a cultura não indígena.

Com esse contato da população indígena com os não indígenas, percebeu-se a necessidade da criação de um controle sanitário para tentar controlar o avanço de doenças, pois os povos indígenas estavam sofrendo com as epidemias trazidas pelos europeus. As doenças trazidas pelos europeus, em destaque os espanhóis, não foram somente às epidemias, podendo ser citadas doenças que mataram milhares de indígena, como febre amarela, malária, sarampo, gripe, entre outras.

E assim, pôde-se confirmar com Oliveira (2007, p. 201.):

Os europeus trouxeram consigo novas doenças (varíola, sarampo, gripe, peste) contra as quais os índios americanos não tinham defesas. Já em 1519 a resistência asteca havia sido enfraquecida pela epidemia de varíola que irrompeu durante o cerco de Tenochtitlán. A epidemia espalhou-se em seguida pela América Central e talvez mesmo até os Andes: em 1524, mesmo antes da primeira expedição de Pizzarro, uma estranha doença, caracterizada como uma espécie de varíola ou sarampo causou milhares de mortes (inclusive a do Inca Huayna Cápac) no império Inca.

Esse termo “epidemia” vem do grego clássico: *epi* (sobre) + *demos* (povo) utilizado por Hipócrates no século VI a.C.. As epidemias ocorrem quando a população de uma determinada região entra em contato pela primeira vez com um agente patogênico (vírus, bactérias), nesse caso os povos indígenas não estavam preparados para combater essas doenças, assim a epidemia espalhou-se rapidamente, levando a morte para os indígenas.

Desse modo Seizer *et al.* (2003, p. 3) destacam que:

A política de Atenção a Saúde Indígena preocupa-se com as condições ambientais onde as comunidades estão localizadas como acesso a água potável com o controle de nascentes e cursos d’água, construção de poços ou captação de água onde as comunidades não dispõem de água potável, esgotamento sanitário e destinação do lixo. É necessário o retorno das comunidades a agricultura de subsistência e espécies tradicionais que os índios utilizavam para a alimentação e medicina tradicional.

Com a preocupação dos antropólogos, em prol da proteção indígena, foi, então, realizada no ano de 1986 a primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, tendo como objetivo avaliar a situação da saúde indígena no País, para se estabelecer uma política de saúde pública, voltada especificamente para o indígena.

Como observa Seizer *et al.* (2003), a organização do subsistema de atenção à saúde indígena ligado ao SUS é formado por 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), com uma base territorial e populacional específica, realizando ações de atenção básica à saúde, com equipe mínima necessária, e respeitando aspectos culturais e relações políticas, não coincidindo apenas com limites territoriais dos Estados-Membros ou Municípios, com a presença dos Conselhos locais e Distrital de Saúde.

Verifica-se a tentativa de aprimoramento do atendimento à saúde destinado à população indígena, porém, os métodos utilizados para tratar a saúde dentro da própria cultura destes povos são desconsiderados.

Ao refletir sobre a saúde dos povos indígenas em sua cultura, busca-se abordar, na visão de diferentes autores, alguns conceitos importantes, tais como: quem são os povos indígenas nos tempos atuais e a saúde para os indígenas.

De acordo com Mota (2003, p. 02):

Teremos que nos indagar o que se entende por “indígena” no momento atual, um termo que parece estar intimamente vinculado com a idéia de “tradição”. Será que só pode ser considerado “indígena” ou “índio” quem estiver comprometido com a manutenção das tradições culturais de seu povo? Em resposta, queremos estabelecer desde o princípio de que tradição e modernidade não são realidades incompatíveis, nem conceitos que se eliminam mutuamente.

Nesse sentido, ser ou não ser indígena está intimamente relacionado à manutenção e a transmissão de valores culturais. Busca-se embasar a afirmação de Melatti (1982, p. 32), ao destacar que:

A palavra índio traz em si uma inconsistência, pois nenhuma relação pode ser feita entre a origem desses povos e os povos de origem no continente indiano, além de ser um termo redutor da diversidade, pois os povos indígenas apresentam-se diferenciados entre si nos aspectos biológicos, lingüísticos e culturais.

Sendo assim, o simples fato de uma sociedade existir, a cultura é imposta com experiências atuais e inovadoras da modernidade, todavia as tradições e memórias não são eliminadas pela consciência étnica herdada através da história de um povo.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não a ausência de uma doença ou enfermidade. No entanto, esse conceito tem sido contínuo a contextos culturais.

Mota (2003, p. 02) observa que:

Uma das características encontradas na maioria das práticas médicas tradicionais indígenas são os chamados rituais de cura, momentos em que os provedores tradicionais de saúde - pajés, rezadeiras, curandeiros - utilizam um conhecimento anterior à inclusão da modernidade em seu meio, manipulando plantas, animais e instrumentos que os ajudam no processo de restabelecimento do bem-estar do paciente e que transforma a experiência da doença em algo comprehensível pelo doente. Ao experimentar a doença no contexto tradicional, isto é, ao compreender a doença de acordo com os postulados antigos, o mesmo doente percebe a cura também da mesma forma, sem, no entanto, deixar de optar pelas medidas profiláticas da medicina moderna. Quanto ao trabalho do curador tradicional, ambos compartilham, com a comunidade inteira, de uma visão da doença que admite e aceita a cura pelos métodos tradicionais.

Na cultura indígena eles utilizam os rituais da pajelança. O pajé (rezador, cantor ou curador) é uma Imagem muito importante dentro da aldeia, pois este é o detentor de vários conhecimentos e é o responsável por passar a cultura da medicina tradicional.

O pajé é considerado pelos indígenas o líder espiritual. Só ele conhece o meio de entrar em contato com os espíritos e os deuses protetores da etnia. Cada etnia indígena tem seus deuses e sua crença e, em algumas etnias, acredita-se que o pajé tem poderes de fazer chover, melhorar a caça e a pesca utilizadas para subsistência do indígena.

A pajelança indígena é o ritual de cura. O termo pajelança é considerado pejorativo quando divulgada em comunidade não indígena. A principal função do pajé é a cura, entretanto, poderá utilizar de seus conhecimentos para esclarecer o presente e o futuro.

Yaguarê Yamâ (2004, p. 45) descreve desta forma a prática da pajelança:

No início da cura mágica, o pajé acende um cigarro *tawary*, extraídos do vegetal do mesmo nome, e aspira-o fortemente inúmeras vezes soprando a fumaça sobre o corpo doente. Terminada essa primeira fase da operação da cura, o pajé, auxiliado por um ajudante que pode ser um aprendiz, começa a entoar os cantos sagrados em exaltação ao Espírito protetor da pessoa, o ajudante por sua vez, agita o seu *maraká* ou *maragká* em Sataré, com toda força do ritmo da musica e dança ao redor da pessoa por muitas vezes. Então o pajé começa a sua reza, pedindo diretamente que o espírito se manifeste e cure o doente.

A palavra *ritual* vem do latim *ritualis*, e pode ser compreendido como sinônimo de cerimônia. Em qualquer lugar, a vida social é marcada por rituais importantes. No dia-a-dia da vida em sociedade a cultura indígena também tem seus rituais que são importantes para os povos indígenas, como por exemplo, o ritual da cura.

Peirano afirma (2003, p. 10):

Esta afirmação pode ser inesperada para muitos, porque tendemos a negar tanto a existência quanto a importância dos rituais na nossa vida cotidiana. Em geral, consideremos que rituais seriam eventos de sociedades históricas, da vida da corte européia, por exemplo, ou, em outro extremo, de sociedades indígenas.

A maior parte dos rituais realizados pelos povos indígenas é considerada ritos de passagem. Os ritos de passagem são fundamentais para o indígena, pois são cerimônias que marcam a mudança de fase, ou seja, é uma cerimônia que marca a passagem da infância para a juventude, ou também cerimônia que busca a cura, mesmo que atingida após a morte. Vale salientar que, para um indígena, a morte nada mais é que o fim do sofrimento nesta vida e o início de uma vida melhor.

Quando o pajé toca o caraça do ritual da saúde, rompe a doença. Mota (2003) relata que perguntou a um pajé da etnia Xavante: “quando um paciente havia falecido, ele passou por um ritual de cura?” A resposta do pajé foi a mais importante de todas: “morreu curado”.

Sobre isto, o clássico Geertz (1989, p. 04) assinala:

Acredito como Marx Weber, que o homem é um animal amarrado a teias de significado que ele mesmo teceu, assume a cultura como sendo essas teias e a sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa à procura de significado.

Apesar do contato com a sociedade dominante que modificou o entendimento sobre doença e bem estar, as práticas herdadas, por meio da história oral, não submergiram por completo. A medicina indígena é tão importante para o seu povo quanto à medicina científica é para sociedade não indígena.

Ruth Bendct Laraira (2005, p. 67): aponta que:

A cultura é como uma lente através da qual o homem vê o mundo. Homens de culturas diferentes usam lentes diversas e, portanto, tem visões desencontradas das coisas. Por exemplo, a floresta amazônica não passa para o antropólogo - desprovido de um amontoado confuso de árvore e arbustos, dos mais diversos tamanhos e com uma imensa variedade de tonalidades verdes. Visão que um índio Tupi tem deste mesmo cenário é totalmente diversa: cada um desses vegetais tem um significado qualitativo e uma referência espacial. Ao invés de dizer como nós: “encontro-lhe na esquina junto ao edifício X, eles freqüentemente usam determinadas árvores como ponto de referência. Assim ao contrário vista como conjunto ordenado, constituído de formas vegetais definidas.

Entender a cultura de um povo, aprender a respeitar e fazer valer o que a lei determina, faz parte do que pode se chamar de desenvolvimento.

2.2 LEI SOBRE A SAÚDE INDÍGENA

Em 31 de agosto de 1999, o Senado Federal aprovou o projeto de autoria do Deputado Federal Arouca, que criou o subsistema de atenção à saúde indígena. Esta política é considerada o marco de atenção à qualidade de vida das populações indígenas do Brasil.

No capítulo V, da Lei 8.090, de 19 de setembro de 1990, estabeleceu-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) teria a responsabilidade de formar toda a estrutura de Estado relacionada ao atendimento à saúde indígena, incluindo as unidades de saúde, os funcionários, as funções de confiança. Os recursos orçamentários são da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Nesse mesmo sentido, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde e a Lei Orgânica da Saúde com as normas programáticas da Constituição Federal vigente, que reconhece aos povos indígenas suas diferenças étnicas e culturais e também estabelece seus direitos sociais.

Esses direitos foram reafirmados pela Convenção 169, ratificada pelo Brasil em 25 de julho de 2003 e aprovado pelo Decreto nº. 50.051, de 19 de abril de 2004. As principais Leis que regem a saúde indígena são a Lei 9836/1999, o Decreto 3156/1999 e as portarias 1163/1999 do Ministério da Saúde.

O artigo 19, da Lei 8.090/1990, afirma que caberá à União, por meio de seus recursos próprios, financiar o subsistema de atenção à saúde indígena, levando em consideração a realidade local e a cultura desses povos, sendo que o modelo a ser adotado para atenção à saúde indígena deve-se pautar em uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

Garante ainda que o subsistema de atenção à saúde indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado, sendo que terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. O SUS servirá de retaguarda e referência ao subsistema de atenção à saúde indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS, nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

O § 3º, do art. 19, da Lei 8090/1990, prevê a garantia das populações indígenas no acesso ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Para o acesso aos programas de proteção à saúde dos povos indígenas, é importante que se garanta antes, a qualidade de vida dessas populações pela educação que possibilite informações sobre higiene, cuidados com os alimentos, entre outros.

A Lei Maior do Brasil é a CRFB de 1988, que traz como um dos seus principais pressupostos a igualdade entre os povos. A seguir, busca-se pontuar breves considerações sobre a Constituição Federal.

2.2.1 Constituição Federal de 1988

A República Federativa do Brasil, ao longo de sua trajetória, conta com a edição de oito Constituições, sendo que quatro dessas Cartas Magnas foram outorgadas, ou seja, impostas.

Esses textos impostos foram os de 1824, outorgada pelo império. A Carta de 1937 foi imposta pelo presidente Getúlio Vargas e inspirada no modelo fascista; a de 1967, que surgiu nos termos do art.1º, § 1º, do AI nº 4/66, foi implantada pelo regime militar e a de 1969, outorgada pelo AI nº 05, pelo golpe militar.

Sobre esta temática Lenza (1999, p. 22) ressalta que:

Outorgadas são as constituições impostas, de maneira unilateral, pelo agente revolucionário (grupo, ou governo), que não recebeu do povo a legitimidade para em nome dele atuar. Em razão do “autoritarismo” implantado pelo Comando Militar da revolução, não possuindo o Congresso Nacional liberdade para alterar substancialmente o novo Estado que se instaurava, preferimos dizer que o texto de 1967 foi outorgado unilateralmente (apesar de formalmente votado, aprovado e “promulgado”) pelo regime ditatorial militar implantado.

Por outro lado, a República Federativa do Brasil possui também quatro Textos Constitucionais que foram promulgados, como por exemplo, as Constituições de 1891, primeira da República, a Carta Magna de 1934, que fora inspirada na Constituição de Weimar, a Magna Carta de 1946, que restabelecia o Estado

Democrático e, finalmente, o texto Constitucional de 1988, um marco na história das Constituições do Brasil que perdura até os dias atuais, entretanto, dentre todas as Leis Maiores do Estado Brasileiro, o texto de 1988 traz em destaque a igualdade dos povos, o que vem assegurar ao povo indígena os mesmos direitos que são destinados a qualquer um dos cidadãos brasileiros, dentre estes o direito à saúde.

Enquadramento nas afirmações de Dallari (1988, p. 57):

O direito à saúde ao apropriar-se da liberdade e da igualdade caracteriza-se pelo equilíbrio instável desses valores. A história da humanidade é farta de exemplos do movimento pendular que ora busca a liberdade, ora a igualdade. Os homens sempre tiveram a consciência de que para nada serve a igualdade sob o jugo do tirano e de que a liberdade só existe entre iguais.

As outras Constituições Federais não dispenderam tratamento do indígena como ser humano titular de direitos. Nesse período, o Código Civil o tratava como silvícolas, relativamente incapazes, devendo ser tutelados.

Assim, os povos indígenas teriam seus direitos preservados somente pela tutela do Estado. No mesmo sentido. Cunha (1990, p.4) afirma que a tutela ocorre:

[...] quando a discussão do Código Civil chega ao Senado que os índios são incluídos como categoria sujeita à capacidade relativa [...] O substitutivo, voltado pelo Senado, que perdurou no Código, reza que ficariam sob a tutela 'os silvícolas', cessando esta à medida da sua adaptação.

A tutela relativa surgiu como garantia que se acreditava dar aos indígenas, em um momento de grandes mudanças. A alteração no tratamento despendido às populações indígenas somente surge com a Lei Régia, de 1988, que estabelece parâmetro que difere das outras leis, pois assegura aos indígenas direitos de brasileiros natos, bem como estabelece política de preservação cultural. A Carta Magna de 1988 garantiu, pela primeira vez, o reconhecimento aos povos indígenas, desses direitos.

O art. 6º da CRFB, garante os direitos sociais à educação, à saúde, à alimentação, ao trabalho, à moradia, ao lazer, à segurança, à previdência social, à proteção à maternidade e à infância e à assistência aos desamparados. Sendo que caberá à União, concluir a demarcação das terras Indígenas no prazo de cinco anos, a partir da promulgação da Constituição.

No art. 196 da Carta Magna, a saúde é prevista como sendo direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Os artigos 231 e 232 tratam, especificamente, sobre os direitos dos povos indígenas, sendo reconhecidas sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, protegê-las e fazer respeitar seus bens. Destaca-se que os indígenas, suas comunidades e organização são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo.

Cabe salientar que todos os direitos são garantidos e assegurados pela Lei Maior que os rege, estando sem fazer diferenciação entre indígena e não indígena, uma vez que todos são igualmente reconhecidos como membros desta nação, seja por raça ou religião, não importa, pois os direitos lhes são assegurados sem que se faça qualquer tipo de distinção.

Os direitos sobre as terras indígenas foi um dos temas mais difíceis na elaboração da CRFB de 1988, que buscou cercar de todas as garantias esse direito fundamental dos indígenas. O mesmo texto constitucional dispõe que sobre as terras ocupadas pelos indígenas incidem os direito de propriedade e os direitos de usufruto, sujeitos a delimitações e vínculos que decorrem de suas normas.

Primeiramente, essas terras são bens da União e no artigo 20, XI, do texto constitucional, tem a previsão de preservação de suas terras, com a finalidade de garanti-las para as comunidades tradicionais.

Sobre isso, Silva (1993) assinala que as terras indígenas são terras da União vinculadas ao cumprimento dos direitos indígenas sobre elas, reconhecidos pela Constituição como direitos originários (art. 231 § 2º CF), quando afirma que: “as terras tradicionalmente ocupadas pelos indígenas destinam-se à sua posse permanente, cabendo-lhes o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes”. Disto também é que deriva o Princípio da Irremovibilidade de suas terras, previsto no parágrafo 5º do artigo já citado, em que só é admitida a remoção por meio de ordem do Congresso Nacional e apenas no caso de catástrofe ou epidemia que ponha em risco sua população, como também no interesse da

soberania do País, após deliberação do Congresso Nacional, garantido, em qualquer hipótese, o retorno imediato logo que cesse o risco.

Conforme a Lei Maior, o artigo 231, parágrafo 6º estabelece que:

São nulos e extintos, não produzindo efeitos jurídicos, os atos que tenham por objeto a ocupação, o domínio e a posse das terras a que se refere este artigo, ou a exploração das riquezas naturais do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes, ressalvado relevante interesse público da União, segundo o que dispuser lei complementar, não gerando a nulidade e a extinção direito a indenização ou a ações contra a União, salvo, na forma da lei, quanto às benfeitorias derivadas da ocupação de boa fé.

Quando a CRFB declara que as terras tradicionalmente ocupadas pelos indígenas se destinam a sua posse permanente, ou seja, eles terão uma garantia para o futuro, no sentido de que essas terras inalienáveis e indisponíveis são destinadas, para sempre, ao seu *habitat*.

O reconhecimento dos direitos dos povos ou comunidades indígenas à posse permanente das terras por eles ocupadas, nos termos do art. 231, parágrafo 2º da CF, independe de sua demarcação, e cabe ser assegurada pelo órgão federal competente, atendendo à situação atual e ao consenso histórico. Uma alavanca na garantia dos direitos destinados aos povos indígenas permeia a Convenção 169, considerada um marco no direito do trabalho que se preocupou com a comunidade indígena, buscando assegura-lhes direitos.

2.2.2 Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT)

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) foi criada no ano de 1919, trazendo consigo uma série de inovações no âmbito do Direito Internacional. Emergiu em um cenário marcado por tensões sociais em meio à Primeira Guerra Mundial. Nesse contexto, a OIT promoveu o debate sobre a justiça social e as relações de trabalho.

Para a comunidade indígena, esse período foi uma alavanca em busca da conquista por seus direitos, pois lutavam, muitas vezes, sem ter perspectivas de êxito, pois viram suas terras tiradas, em número cada vez maior, pelos fazendeiros que também pleiteavam direitos sobre elas.

Pode-se embasar a afirmação de Wenceslau (2005, p. 37) relacionada a:

A instabilidade na política estatal provocava insegurança ao indígena que, ao ficar sem acesso às suas terras, ou quando o tinha era insuficiente ao sustento de toda comunidade. Tal instabilidade o levou à situação de exercer o trabalho como peão nas fazendas próximas, entrando em situação de endividamento com o fazendeiro ou intermediador de mão-de-obra, o que a doutrina chama de *Marchander*, conhecido vulgarmente como *gato* e *turmeiro*. Essa problemática, que não foi identificada somente no Brasil, leva a OIT a se preocupar com o trabalhador indígena disciplinando o assunto em diversas convenções e recomendações. As Convenções da OIT passam a ter grande importância por serem os únicos instrumentos internacionais de proteção à vida digna e de trabalho, em especial, dos indígenas.

Criou-se, então, a Convenção 169 aprovada durante a 76^a Conferência, realizada no ano de 1989. Essa convenção é o instrumento mais antigo que trata dos direitos dos povos indígenas e tribais, vinculado a 178 países ao redor do mundo. Tal instrumento vem, ao longo de aproximadamente vinte anos, possibilitando experiências significativas, tendo como objetivo principal o aprimoramento de seus departamentos com intuito de assim melhorar a convivência desses povos dentro dos seus respectivos países.

Entretanto, como observa Alvarenga (2009, p. 12):

A criação da OIT baseou-se em argumentos humanitários e políticos, que fundamentaram a formação da justiça social no âmbito internacional do trabalho. O argumento humanitário baseou-se nas condições injustas e deploráveis das circunstâncias de trabalho e vida dos trabalhadores durante a Revolução Industrial, que se deu em virtude das mudanças no sistema de produção durante o século XVIII, na Inglaterra.

Nesse mesmo sentido, a OIT tem a participação direta de entidades não-governamentais, sendo que o Brasil, além de ser um Estado membro da OIT, é também um dos dez países que possui cadeira permanente na parte administrativa desse órgão. Contudo, até hoje está tramitando dentro do Congresso o Estatuto dos Povos Indígenas, na luta por aprovação.

2.3 NORMAS INFRACONSTITUCIONAIS

A CRFB, como já mencionado anteriormente, é o principal instrumento que rege um País, pois todas as outras leis devem estar subordinadas a ela, sendo, portanto, a norma fundamental de ordenamento jurídico de um Estado. As leis subordinadas a Carta Magna são denominadas de infraconstitucionais.

Elas nasceram juntamente com o direito e surgem mediante a constatação de sua necessidade pela sociedade. Dentre essas leis encontram-se diversas previsões quanto à saúde indígena no território brasileiro, que dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços de atendimento à saúde.

2.3.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

A saúde é considerada como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. São fatores determinantes e condicionantes para saúde, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Conforme os artigos 2º e 3º da Constituição, os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do Brasil.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é regulado pela Lei 8.080/90, onde em seu parágrafo único do art. 1º, trata da saúde e das ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

O SUS é um órgão do governo que tem sua administração exercida pelo Ministério da Saúde, sendo criado em parceria com diversas instituições dentro da esfera governamental, e subsequente também em parceria com instituições públicas de forma a estabelecer uma única estrutura, fazendo com que o serviço prestado pelo setor privado atue de forma pública quando contratado pelo SUS e assim, se sujeitando às mesmas regras que regem o serviço público.

O SUS detém um vasto leque de funções, conforme artigo 2º da Lei 8.080/90:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Salienta-se que o capítulo V, da lei que regulamenta o SUS, foi incluído especificamente pela Lei nº 9836 de 1999 e trata da atenção à saúde dos povos indígenas. Essa Lei foi criada pelo médico sanitarista Antônio Sérgio da Silva Arouca e dentre outras medidas, a lei transferiu as ações de saúde indígena para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

A Lei 8080/90, em seu art. 19-C destaca que caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o subsistema de atenção à saúde indígena (incluído pela Lei nº 9.836, de 1999). Dever-se-á, obrigatoriamente, levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar em uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá como o SUS, ser descentralizado, hierarquizado e regionalizado, tendo como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

2.3.2 Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)

Com a aprovação da Lei 9.836 de 1996, é garantido aos povos indígenas atenção e acesso à saúde em nível primário, secundário e terciário. Dentro dessa premissa, em 2010, houve a aprovação da Lei nº 12.314/10 que autoriza a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), no âmbito do Ministério da

Saúde. A Lei atende a uma antiga reivindicação dos povos indígenas e foi construída pelo diálogo com as comunidades de todo o Brasil.

Na página eletrônica, o Ministério da Saúde² ressalta que a SESAI surgiu com intuito de coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo território nacional, sendo esta lei específica do indígena. O objetivo da SESAI é a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos, bem como exercer a saúde indígena, orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral. O controle social é totalmente responsabilidade da SESAI, bem como a sua promoção e o seu fortalecimento.

2.3.3 Estatuto da Criança e Adolescente

Em julho de 1990 foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) pela Lei nº 8.069. Com ele pretende-se assegurar os direitos fundamentais de toda criança e adolescente no Brasil. O ECA constitui formalmente uma garantia de direitos inalienáveis de proteção e desenvolvimento das crianças e adolescentes, considerados prioridade no Brasil.

Sendo garantido, portanto, a toda criança e adolescente a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (art. 7º). Nele é dada uma atenção especial ao cuidado das gestantes brasileiras, garantindo-lhes um atendimento pré e peri-natal (art. 8º).

O atendimento à saúde deverá proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente (art. 12).

O SUS promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil, assim como campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos (art. 14). Principalmente, colocando a família como foco central das ações, e assim fazendo valer os direitos destinados a cada indivíduo, sendo estes já garantidos pelos direitos humanos.

² Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1708>. Acesso: 17 jul. 2011.

2.3.4 Tratados Internacionais

Ao se discutir sobre saúde indígena, busca-se pontuar alguns fatores que são específicos dessa cultura e que devem ser respeitados. Nesse sentido, pode-se questionar se os Tratados Internacionais poderiam especificar políticas que visam à garantia do acesso à saúde, considerando as especificidades dos indígenas sul-mato-grossenses.

Os relativistas culturais surgem em oposição ao Direito Internacional. Para Piovesan (2007), o movimento do relativismo cultural considera que o direito deve estar estritamente relacionado ao sistema político, econômico, cultural, social e moral vigente em determinada sociedade. Dentro dessa perspectiva, cada cultura possui seu próprio discurso acerca dos direitos fundamentais, que deverá estar relacionada à cultura e história de cada sociedade.

Muitos dos avanços nas garantias dos Direitos Humanos surgiram apenas em 1945, após as implicações do holocausto e de outras violações de direitos cometidas pelo Nazismo. Nesse sentido, toda nação tem a obrigação de respeitar os direitos sociais fundamentais de seus cidadãos, constituindo assim um sistema internacional de normas e procedimentos desenvolvidos para promover o respeito dos direitos humanos em todos os países.

Nessa perspectiva, foi instituída, com a aprovação unânime de 48 países, em 10 de dezembro de 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos. A Declaração consolida a afirmação de ética universal. Entretanto, ela sofreu e ainda sofre fortes resistências do relativismo cultural, pois, para os relativistas, não há como estabelecer um direito internacional, já que o direito deve estar estritamente ligado à cultura de determinada comunidade.

No artigo 12 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, os Estados reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde, física e mental. Dentro dessa premissa, os Estados devem prover condições por intermédio da criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de doença, o que é assegurado aos indígenas da etnia Terena por meio do SUS.

Ainda, o direito à saúde consta no artigo 10 do protocolo adicional à convenção americana sobre Direitos Humanos em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais (Protocolo de San Salvador), em que os Estados comprometem-

se a reconhecer a saúde como um bem público. Diante disso, os Estados devem promover atendimento primário de saúde colocando esse tipo de atendimento ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade, bem como promover a imunização contra doenças infecciosas, educação sobre prevenção e tratamento dos problemas de saúde e satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco que sejam mais vulneráveis, fatos estes que fazem parte das atribuições dos órgãos de proteção da comunidade indígena, ou seja, é papel dos órgãos destinados a proteção do indígena.

2.4 O PAPEL DOS ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO INDÍGENA

De acordo com a Lei Arouca (Lei nº 9.836/99), o órgão responsável pela proteção e garantia dos direitos à saúde dos indígenas é a Fundação Nacional de Saúde Indígena (FUNASA).

A seguir encontram-se algumas considerações sobre os órgãos de proteção aos indígenas, entre os quais destacou-se o antigo Serviço de Proteção aos Índios (SPI) que mais tarde foi substituído pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e FUNASA.

2.4.1 Serviço de Proteção aos Índios (SPI)

Em 1910, foi criado o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN), pelo Decreto nº 8072, estabelecendo uma política em defesa e integração do índio. O SPILTN já fora determinado em 1906.

O SPI foi criado, pelo Decreto-Lei nº 8.072, de 20 de junho de 1910, com o objetivo de ser o órgão do Governo Federal encarregado de executar a política indigenista. Sua principal finalidade era proteger os índios e, ao mesmo tempo, assegurar a implementação de uma estratégia de ocupação territorial do Brasil.

Tal criação significou para as elites agrárias e as classes dirigentes um meio para extinguir os problemas fundiários e dessa forma os aldeamentos abriam espaços para as frentes nacionais e ao mesmo tempo servia de artifício para atingir os propósitos positivistas: a civilização do indígena.

Por outro lado, representou uma resposta do governo a opinião pública e aos movimentos sociais que lutavam pela causa indígena. Somente a partir de 1918 o SPILTN tornou-se apenas SPI, todavia essa mudança foi apenas de ordem instituição, os objetivos do antigo SPILTN foram mantidos, ou seja, proteger os índios, dando ênfase a sua catequese, era agora um mecanismo utilizado para tentar exercer o controle sobre as sociedades indígenas.

A este processo de implantação do regime tutelar, Lima (*apud* FELZKE, 2007) denominou de “o grande cerco de paz”. Dessa forma, o governo republicano ao utilizar o princípio da integração para as populações indígenas à sociedade envolvente, recorreu a violência simbólica ou psicológica, pois o confronto direto típico das guerras foi substituído pela “[...] técnica militar de pressionamento, e forma de manter vigilância, ao mesmo tempo assédio de um inimigo visando cortar-lhe a liberdade de circulação, os meios de suprimento e a reprodução social independente [...]” (LIMA *apud* FELZKE, p. 19).

Todavia nos fins da década de 1950, as denúncias das violências praticadas contra os povos indígenas, com a convivência dos funcionários do SPI, foram avolumando-se:

Uma série de livros e declarações públicas falavam de cobertores sendo dados aos índios contaminados por varíola e outras doenças; de incidentes onde napalm era atirado de aviões sobre as aldeias indígenas; eram exibidas fotografias de aldeias que haviam sido dizimadas, onde apareciam restos de mulheres e crianças sobre o solo árido e carbonizado. A sentença unânime da Europa era que o Brasil estava pondo em prática uma política de 'genocídio étnico (DAVIS; MENGET *apud* COSTA, 1987, p. 384).

Na década de 60, o SPI foi substituído pela FUNAI que já surgiu marcada por visões antagônicas em relação aos seus objetivos. Se por um lado alguns indígenas a consideram como responsável pela desintegração das comunidades outros a consideram como importante para levar a saúde.

Wenceslau (2005, p. 28) ressalta que:

No Brasil, a Lei Ordinária nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973, publicada no Diário Oficial da União, em 21 de dezembro de 1973, também denominada Estatuto do Índio, foi inspirada na Convenção nº 107 (art. 66 do Estatuto do Índio) e no artigo nº 198 da Carta Magna de 1967 (com as emendas de 1969), encaminhando a intenção de preservação da cultura e integração à sociedade, progressiva e harmoniosamente. Essa lei revogou toda a legislação

indigenista anterior, exceto a lei que instituiu a FUNAI, que está em vigor até os presentes dias.

O Estatuto do Índio surgiu juntamente com o SPI, antes na Lei Maior de 1988, com uma reafirmação sobre a garantia ao confinamento dos territórios indígenas. No entanto, observa-se que a demarcação das terras indígenas ocorre de forma muito lenta enquanto que a invasão se dá de forma violenta. O Estado de Mato Grosso do Sul que é o segundo do país em número de população indígena, viu as terras indígenas serem ocupadas após a guerra do Paraguai (1864-1870). Vale salientar que a guerra se deu no território dos próprios indígenas, pois eles participaram por vontade própria, e em alguns casos, por convocação/acordo com o governo imperial.

Ribeiro (1996 p.32) assinala o impacto sofrido pelos Terenás, afirmando que: “outros, como os Terenás, foram obrigados a afastar-se das terras mais férteis à margem do rio Miranda e a refugiar-se em terrenos áridos, onde se tornou mais difícil sua vida de lavradores”. De outra maneira, a participação dos indígenas durante a guerra é vista como uma defesa do próprio território e que muitas vezes os levaram a participação devido ao valor cultural agregado a terra.

Taunay (1967) ressalta que, em diversos momentos, durante a guerra os indígenas da etnia Terena se apresentavam voluntariamente ao Coronel da expedição para lutar. Essa afirmação evidencia os indígenas dentro da história do Brasil, enquanto agentes construtores, e não apenas como agentes passivos que sofrem ou reagem às políticas indigenistas dos não indígenas.

2.4.2 Fundação Nacional do Índio (FUNAI)

Apesar de vários conflitos e lutas, na década de 60, o SPI foi substituído por um novo órgão. A criação da FUNAI foi influenciada pelo golpe militar de 1964, que ao estruturar o governo, demoliu toda diretoria do SPI.

Dessa maneira Wenceslau (2005, p. 29) aborda que:

Com a política indigenista desenvolvida e a polêmica criada entre acertos e desacertos foi extinto o SPI, editando-se a Lei nº 5.371, de 05 de dezembro de 1967, que dava origem à Fundação Nacional do Índio (FUNAI), sendo criado o Estatuto da Fundação Nacional do

Índio, aprovado pelo Decreto 89.429, em 08 de março de 1984, e alterado pelo Decreto nº 92.470, de 18 de março de 1986.

Vê-se bem claro que, essa transição sofreu diversas mudanças até se chegar ao que se pretendia, contudo ainda não foi o suficiente, posto que esta forma de gestão deixava a desejar, pois foram constatadas diversas irregularidades em sua administração.

A nova diretoria foi acusada de atos gravíssimos, pois os indígenas sofreram maus-tratos, tais como: tortura e massacre, além disso, foram retirados de seus cargos. Entretanto nada comprovava as alegações e todos os arquivos sofreram um incêndio (WENCESLAU, 2005, p.31).

Tais alegações não se confirmaram, mas mesmo assim houve a substituição dos gestores deste órgão. Seguiu-se então a tentativa de se chegar ao ponto pretendido, criando para isso novos mecanismos como a Carta Magna de 1967 e o Ato Institucional nº 1.

Nesse mesmo sentido Wenceslau (2005) aborda que a edição da Constituição Federal, em 1967 e do Ato Institucional nº 1 em 1969, manteve essa política e as terras dos indígenas sofreram várias mudanças, assim sendo passou a considerar propriedade da União. Essas leis influenciaram o nascimento do Estatuto do Índio, Lei nº 6001/73, pois a FUNAI se tornou o único órgão, responsável pelas demarcações de terras indígenas.

No princípio de 1970, surgiram vários acontecimentos sendo que um deles fora a perda dos territórios indígenas. Nesse sentido Carvalho (2003, p. 89) aborda que:

No início da década de 1970, com a expansão dos projetos de ocupação e desenvolvimento do território nacional, acentuou-se a perda dos espaços dos povos indígenas. Muitas terras indígenas tornaram-se, por exemplo, em fundos dos lagos das usinas hidrelétricas. Nas regiões sudeste e nordeste do país, grande parte das terras indígenas foi expropriada; no sul e no centro-oeste, as fazendas transformaram o *habitat* indígena em imensas pastagens. previdenciários vieram somar-se outros direitos sociais expressos no art. 6º deste documento: “a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados”. Além destas funções sociais, o Estado é também o “agente regulador da atividade econômica” (art. 174), com vistas à expansão do capital. Ou seja, mesmo exercendo este último papel, ao Estado compete garantir um número maior de direitos sociais, satisfazendo as necessidades básicas do povo brasileiro.

A direção do novo órgão procurou esclarecer o interesse e a preocupação do Poder Legislativo, para com os indígenas.

Portanto, de acordo com Wenceslau (2005, p. 32):

A FUNAI teve dois períodos de atividades demarcatórias, de 1975 a 1979, e de 1984 a 1985, no qual 30% das terras indígenas passaram pelos novos trâmites da demarcação. Muitas foram demarcadas a partir dos trabalhos do tempo do SPI. Em maio de 1980, 40 indigenistas foram demitidos da FUNAI por criar uma associação que desafiava a política do órgão, cuja administração estava nas mãos dos coronéis ligados ao Conselho de Segurança Nacional. Tudo passa a ser controlado, sendo editado o Decreto 88.118, que retira da FUNAI a prerrogativa de definir áreas indígenas e de demarcá-las administrativamente. O processo passa a ser feito por grupo composto pelos Ministérios de Assuntos Fundiários, do Interior, Planejamento e o Conselho de Segurança Nacional, podendo ser convocados outros órgãos federais ou governos dos Estados-Membros para opinar a respeito da legitimidade da pretensão dos indígenas sobre as terras. 'Os processos de demarcação passam então a demorar e empurrar, na medida em que os interesses antiindígenas são concretizados em interesses fundiários, políticos ou militares'.

É importante destacar, que a FUNAI foi criada juntamente com o Estatuto do Índio. A disposição do governo com os povos indígenas se apontou através do novo "Estatuto do Índio", em 1970 e aprovado com a lei em 1973.

Costa (1987, p. 387) destaca que:

Shelton Davis e Patrick Menget destacam as graves ameaças aos direitos dos índios colocadas nesse estatuto:— a função de tutela do Estado em relação aos índios, cujo destino é externamente imposto e determinado pelo governo nacional;— a instituição da "*renda indígena*" que justifica o uso das riquezas contidas nas terras indígenas para a manutenção da burocracia indígena;— o direito do governo deslocar fisicamente os grupos indígenas por motivos de "*segurança nacional*" ou de "*desenvolvimento nacional*". A FUNAI tornou-se o agente desta política, ligada ao Ministério do Interior; estava sob a mesma lógica dos órgãos desenvolvimentistas e com interesses em contradição com os dos índios, como SUDAM, SUDENE, INCRA. As terras indígenas foram delimitadas de maneira imprecisa, porém não demarcadas, criando conflitos e violência. Além disso, a FUNAI pôde dispor das terras indígenas.

Desta época em diante, os povos indígenas não tiveram mais espaço para garantir a sobrevivência que antes era assegurada por meio da caça e da pesca e começaram a empregar-se nas fazendas de seus arrendatários na intenção de assim garantir os meios de subsistência de sua família, como alimentação,

moradia, lazer, educação e saúde. Porém estes direitos básicos não foram atendidos na íntegra com esse recurso, ficando claro a necessidades de se destinar ao indígena o direito atribuído a todo o cidadão brasileiro, ou seja, o atendimento da população indígena do Brasil.

2.4.3 Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)

Em 1986, houve discussões e debates, que posteriormente pela 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, se iniciou o planejamento de uma alternativa para assistência da população indígena. O Decreto nº. 23 mudou a responsabilidade da saúde do povo indígena para o Ministério da Saúde, mais especificamente na Fundação Nacional de Saúde (MOREIRA, 2002).

Moreira (2002, p. 02) menciona que:

A FUNASA é o resultado da fusão de diversos órgãos, com histórias antigas na área de saúde pública e culturas bastante diferentes. A Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM, por exemplo, iniciada com campanhas de educação do Departamento Nacional de Endemias Rurais - DNRU, tinha uma estrutura criada há sessenta anos, abrangendo toda a história do controle de vetores no Brasil e a Fundação Serviços Especiais de Saúde, criada em 1942, atuava principalmente na organização e segurança de saúde, vigilância biológica e controle de epidemias.

Em, 1991 a FUNASA, realizou o tratamento básico aos indígenas, em meio ao procedimento de redemocratização brasileira.

Teixeira (2004, p.15) aborda sobre essas reformas da seguinte forma:

A reforma do Estado iniciada pelo governo de Fernando Collor; e ii) a redefinição do sistema de saúde a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988. Se a reforma do Estado empreendeu ações no sentido de diminuir a máquina administrativa federal, a implementação do SUS retirou do governo federal a atribuição de execução direta das ações de atenção à saúde, remetendo a Estados e municípios tal responsabilidade. Tais reestruturações já em 1990 haviam engendrado a criação, por medida provisória expedida pelo então presidente Collor, da FNS (a então sigla da Fundação Nacional de Saúde) a partir da transferência de atribuições, acervo e recursos da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) para a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP) e sua renomeação como FNS.

Entretanto, com a implementação e a prática do SUS, a definição das regras de operação e do processo, deu-se ao longo do ano de 1990, tendo em exclusivo o Poder Executivo e não mais o Poder Legislativo.

Teixeira (2004, p. 324) relata em seu texto que:

Contudo sua regulamentação se daria apenas cerca de um ano depois (Decreto n.º 100, 16 / 4 /1991). Embora tenha recebido posteriormente vários programas da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde - SNABS, e da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde - SNPES, do Ministério da Saúde, a estrutura da Funasa foi fruto principalmente da fusão das duas já mencionadas instituições centrais para a saúde pública à época, a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP) e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam).

Este acervo mencionado (oriundo do antigo Departamento Nacional de Endemias Rurais) pertenceu à conhecida instituição Sucam que, tinha sido um dos que deu origem à FUNASA, não podendo ser confundido com esta.

A FUNASA comprehende duas vertentes principais que se desenvolvem mediante a elaboração de planos estratégicos nos segmentos de Saneamento Ambiental e de Atenção Integral à Saúde Indígena. A FUNASA é gestora do Subsistema de Saúde Indígena, na estrutura do SUS.

Contudo, como se pode observar após numerosos programas da Secretaria Nacional de Ação Básica de Saúde (SNABS) e da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES) e do Ministério da Saúde, a estrutura da Funasa foi resultado principalmente da função das principais instituições essenciais para saúde pública do tempo (TEIXEIRA, 2004).

Aparentemente tenta-se fazer a junção desses órgãos visando fortalecer o atendimento oferecido por estes departamentos. Com esta fusão é clara a importância de se atender com qualidade a todos, uma vez que se junta os conhecimentos tornando melhor o resultado a ser obtido. É intenção do governo nessa junção de conhecimento entre órgãos destinados a outro órgão com o intuito de oferecer ao povo indígena uma forma de atendimento com melhor qualidade.

No ano de 1993, ocorreu a 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, a dedicação e o esforço para construir um específico sistema de saúde para os índios. (MOREIRA, 2002). Fato este oriundo da intenção do governante de atender com qualidade este povo, que tem lutado incessantemente para ver seus direitos reconhecidos, luta esta que se estendeu ao longo dos anos onde a população

indígena tem logrado êxito e assim também, buscado requisitos para que a melhoria considerável, mesmo que ainda seja preciso fazer mudanças e aprimoramentos desses órgãos.

A FUNASA passou por uma reforma grande que ocorreu em 1999 com o processo de descentralização dos atos de epidemiologia e controle de doenças (TEIXEIRA, 2004).

Na apresentação do Governo Federal inclui-se a FUNASA, como órgão do Poder Executivo, vinculado ao Ministério da Saúde. É uma das instituições do Governo Federal responsável em promover a inclusão social por meio de ações de saneamento, objetivando a promoção e a proteção à saúde dos povos indígenas.

Desse modo a história é o principal processo mais extenso de estruturação, ou seja, a história da FUNASA é ampla, cheia de informações, conhecimentos e relatos, fatos importantíssimos, pois é um órgão responsável pela população indígena no Brasil.

3 SAÚDE NA ETNIA TERENA

A questão dos fatores de risco à saúde na comunidade Água Bonita foi analisada por meio da pesquisa de campo. Nessa realidade foi levantada e analisada a política pública implementada para atendimento e proteção à saúde dos Terena residentes na aldeia urbana Água Bonita e ao mesmo tempo confrontando com o que reza a Legislação Brasileira.

Pretende-se ainda, analisar as possibilidades de Desenvolvimento Local dentro da comunidade indígena Água Bonita.

3.1 DESENVOLVIMENTO LOCAL: REFLEXÕES E CONCEITOS

Ávila (2005) faz um importante estudo sobre a diferença que se encontram nos termos desenvolvimento local, desenvolvimento no local e desenvolvimento para o local, e menciona também como contextualizar na prática o que é e como se dá o desenvolvimento local. Pode-se embasar a afirmação de Castilho *et al.*, (2010, p. 160), quando assinala que:

Uma das características do Desenvolvimento Local proposta por diversos autores leva a entender que se trata de um processo dinamizador da sociedade para melhorar a qualidade de vida da sua comunidade, contribuindo com a emergência. O desenvolvimento local é um processo de transformação social, cultural, econômico e político em que os maiores beneficiários serão os indivíduos de uma sociedade.

O desenvolvimento no local é uma série de fatos que ocorrem em uma comunidade. Entretanto, esta comunidade ficará passível de transformação, podendo o indivíduo permanecer no local enquanto houver desenvolvimento, e se

neste local não se obtém mais melhorias, ele possivelmente deixará o local (AVILA, 2005).

O mesmo autor destaca que, o termo desenvolvimento para o local é empregado quando as benfeitorias são destinadas para um determinado lugar, como por exemplo, saneamento básico, redes condutoras de águas, de esgoto, de energia elétrica e outras. Contudo, não se pode deixar de mencionar os meios pelos quais se busca aprimorar o conhecimento físico para bem e como aperfeiçoar o já existente a fim de que ocorra a continuidade ao desenvolvimento do local.

Albuquerque (1998, p 15) aponta para a idéia de que "o desenvolvimento local é um fato que coloca em evidência os atores sociais, as redes de cooperação e o sistema institucional que eles conseguem construir e também projetos coletivos".

Nessa perspectiva o desenvolvimento local é um processo que ocorre quando já se tem algum tipo de projeto em processo ou em execução, cita-se aqui como exemplo a realidade dos indígenas que plantam e colhem mandioca e para realizar essa tarefa recebem ajuda de outros como os dos agentes externos que buscam orientá-los, capacitá-los a fim de que eles possam desenvolver seu trabalho e que mesmo após os agentes se retirarem possam dar continuidade ao que aprenderam, possibilitando intercâmbio entre as diferentes culturas, indígenas e não indígenas.

Mas, existem casos em que, a sobrevivência depende da ajuda recebida dos agentes externos, não sendo pautada em conhecimento, mas sim em política assistencialista. Conforme exemplo citado, se os indígenas plantadores de mandioca dando seguimento ao seu negócio depois de ter recebido auxílio, ou seja, se ele após o auxílio do agente continuar com seu trabalho ocorre o que se chama de desenvolvimento local. Não existe regra definida para o desenvolvimento local, e nem receita para os agentes locais, visto que ele é que se adéqua às diferenças.

Castilho *et al.* (2010, p. 169) afirma que os objetivos do desenvolvimento local:

[...] são de melhorar a qualidade de vida de uma comunidade por meio da dinamização dos processos de produção e compartilhamento, levando em consideração a identidade cultural, que está fundamentada nas tradições e valores.

Contudo, se faz necessário uma educação comunitária no conjunto de desenvolvimento local, haja vista ser assunto novo. Há de se debater muito sobre o

fato, bem como também explicar qual é a função dos agentes locais e como estes devem desenvolver seu trabalho dentro de um determinado local.

3.2 DESCRIÇÃO DA “ALDEIA URBANA” ÁGUA BONITA

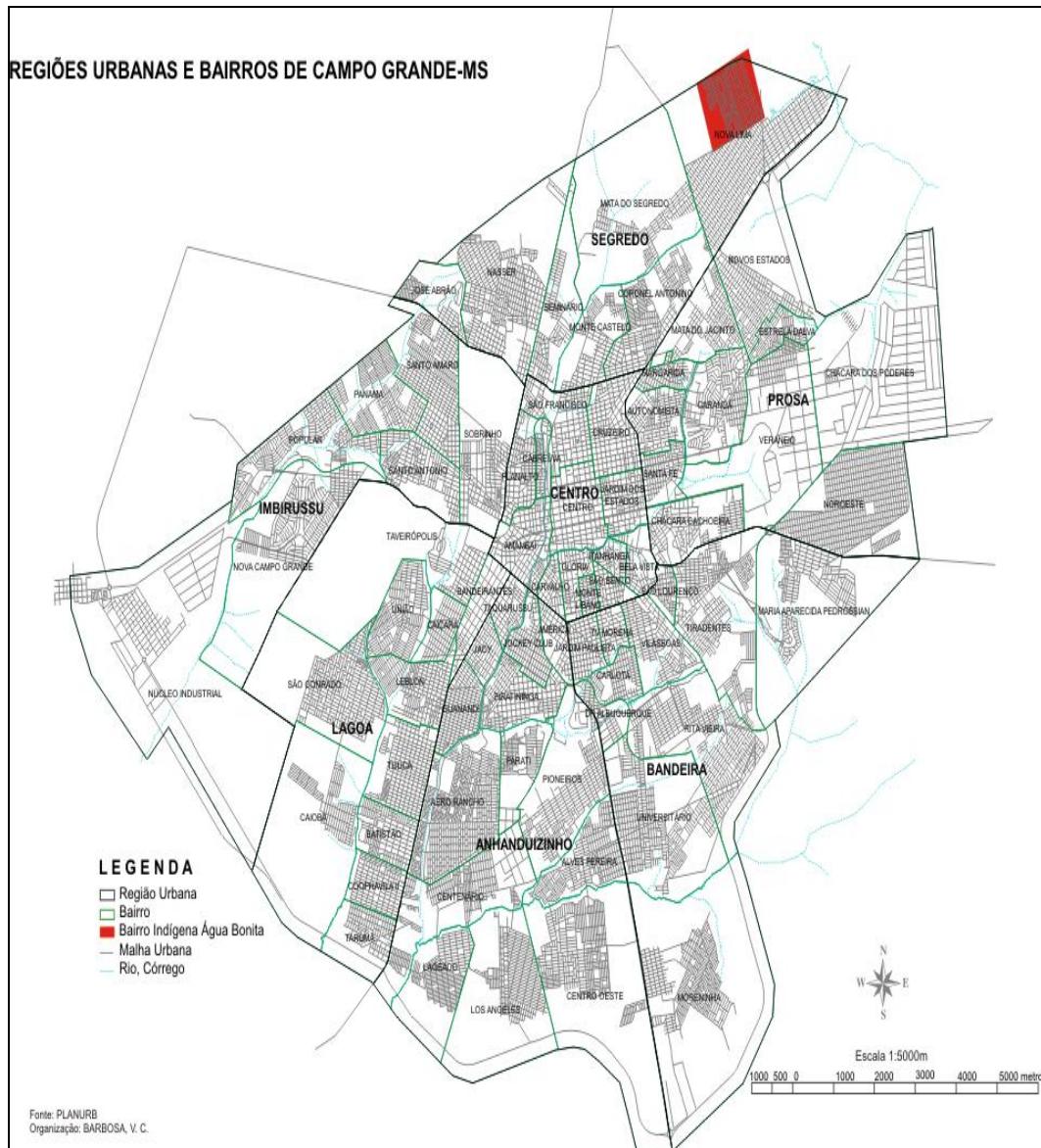
Analisa-se o significado de “aldeia” e “bairro”, ou seja, a diferença entre um e outro. Aldeia vem da língua árabe (ad-Dai'hâ), de acordo com o Dicionário e Enciclopédia em Língua Portuguesa aldeia é estabelecer-se numa região, dividir em aldeias, formar um aldeamento é toda povoação, normalmente rural, com uma pequena numeração, as aldeias podem ser indígenas ou não, normalmente utilizam mais para referir-se às aldeias indígenas. O significado da palavra bairro é de uma comunidade ou região dentro de um Município ou Cidade.

A Aldeia Água Bonita, foi criada a partir de uma iniciativa do governo estadual, é o segundo loteamento que foi construído em Campo Grande (MS), localiza-se na saída para Cuiabá (MT), no final do conjunto habitacional Estrela Dalva, e reúne mais de 60 famílias de três etnias: Guarani, Kadiwéu e Terena, sendo a maioria da etnia Terena.

Pode-se verificar no mapa (ver Imagem 2), a concentração da população indígena, localizada na cidade de Campo Grande (MS), na aldeia indígena Água Bonita. Essa comunidade tenta manter os costumes do indígena camponês, cultivando mandioca, criando galinha para sua sobrevivência e vendendo os excedentes, para suas necessidades básicas.

De acordo com o mapa (Imagem 2) há uma concentração da população no centro na cidade, verificando-se que, a Aldeia Urbana Água Bonita está afastada do centro. Destaca-se que, na capital do Mato Grosso do Sul há uma população de 766.461 habitantes e segundo a FUNASA (2003) o número de indígenas urbanos que residem na cidade de Campo Grande (MS) é de 3.064, número que será atualizado até 2012.

Imagen 2 - Mapa de Campo Grande - MS



Fonte: Instituto Municipal de Planejamento Urbano - PLANURB (www.capital.ms.gov.br/planurb).

Estes indígenas Terenas vivem em casas populares comuns, idealizadas para não indígenas, entretanto, como registro de “pertencimento” mantém decoração com desenhos indígenas, identificados como da etnia Terena (ver Imagens 3 e 4).

Imagen 3 - Casa decorada com desenhos indígenas - Etnia Terena (A)



Fonte: Imagem autorizada pelo indígena Dionedison Candido.

Imagen 4 - Casa decorada com desenhos indígenas - Etnia Terena (B)



Fonte: Imagem autorizada pelo ex-cacique Terena.

Na Aldeia Urbana Água Bonita a liderança é composta por um cacique e vice-cacique que, são escolhidos pelos indígenas por meio do voto direto, com eleição a cada três anos.

Esta aldeia também conta com um tratamento tradicional, uma Imagem muito importante para comunidade, o pajé, o mesmo utiliza de seu conhecimento no tratamento de doenças à base de rituais de cura e medicamentos criados à base de ervas.

Cabe ressaltar que essa pesquisa iniciou com a elaboração do “projeto de pesquisa” no ano 2009/1, quando o Cacique responsável era o Sr. Dionedison Candido. No mês Maio de 2011/1, houve a troca de liderança (por meio de voto) e o cacique atual da aldeia é o Senhor Nito Nilson (Guarani).

Na Aldeia Urbana Água Bonita existe um espaço próprio para realização das reuniões, que acontece em circulo (ver Imagem 5), esses encontros são marcados e realizados pela liderança indígena.

Imagen 5 - Espaço para reuniões em círculos



Fonte: Imagem autorizada pelo Cacique Niton Nilson (Guarani).

Vale salientar que, o cacique atual é um indígena Guarani apesar da maior parte dos habitantes da Aldeia Urbana ser da etnia Terena. Ressalta-se que, o Cacique foi escolhido pela maioria dos membros da comunidade, pelo voto.

Por meio de conversas informais com o Cacique atual que, é um Guarani, e também com o ex-cacique Terena percebe-se uma disputa de poder entre as

lideranças. Sendo observado, informalmente, por um indígena Terena, durante as entrevistas que: “[...] é pouca aldeia para muito Cacique”.

3.3DESAFIO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE TERENA

Dentro de suas aldeias os indígenas utilizam de conhecimentos tradicionais, quando o pajé faz o diagnóstico, decide o tipo de erva e organiza a reza para a cura. Para cada tipo de doença, o pajé sempre encontra e manipula a erva que julga ser eficaz no tratamento baseado, em seu conhecimento empírico.

Mota (1998, p. 3) ressalta que:

Entende-se, portanto, que as práticas médicas dos povos em geral, aqui especificamente dos indígenas, são determinadas por suas concepções e seu imaginário particular sobre doença e saúde. Embora concordemos de inicio que a cultura de um povo exerce papel fundamental sobre o fluxo e refluxo entre estados de saúde - ou bem-estar - e estados de doença - mal-estar - questionamos a determinação das idéias sobre a prática, para que possamos trabalhar com uma compreensão mais profunda sobre como os povos indígenas atuais vivem o processo de saúde e doença.

Contudo, quando os membros deste povo migram para os grandes centros urbanos passam a ter contato com doenças desconhecidas, doenças adquiridas pela própria mudança de hábitos alimentares, ambiente, contato com outras pessoas que antes não era de seu convívio. No desenvolvimento dessa pesquisa foi utilizada uma entrevista semi-estruturada somente com lideranças e com os indígenas Terenas, vale ressaltar que não houve autorização da Secretaria Municipal de Saúde Pública para entrevistar os profissionais da Saúde.

Os Terenas puderam relatar os acertos/desacertos na proteção de sua saúde, em sua comunidade.

De acordo com a pesquisa realizada, no dia 03 de julho de 2011, via questionário, sobre a saúde indígena aplicados aos habitantes da Aldeia Urbana Água Bonita, especificamente ao povo Terena (em entrevista gravada e autorizada pelos indígenas), 12 indígenas aceitaram ser entrevistados, e também o cacique atual e o ex- cacique da aldeia, perfazendo um total de 14 representantes de famílias indígenas.

A escolha dos participantes da entrevista ocorreu da seguinte maneira: solicitou-se ao cacique, representante da Aldeia Urbana no momento do início da pesquisa, autorização para as entrevistas e depois de concedida, os indígenas foram convidados pelo cacique, na língua indígena Aruák, quando foi esclarecido os objetivos do trabalho.

No início das entrevistas, foram lidos e explicados o Termo de Consentimento Livre, procurando-se criar um clima informal para que o entrevistado não sentisse retraído. Os convites foram realizados de forma individual com alguns chefes de famílias, sendo que 20 famílias foram convidadas e destas somente 12 aceitaram a participação.

A maioria dos indígenas Terena manifestou gostar de morar na aldeia Urbana Água Bonita, de acordo com gráfico 1. E a maioria dos entrevistados foram mulheres, conforme gráfico 2.

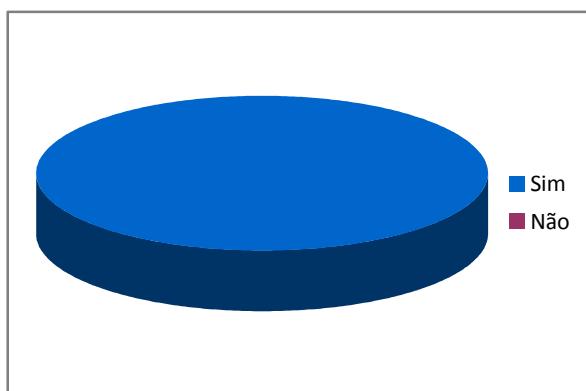


Gráfico 1 - Gostar de morar na aldeia

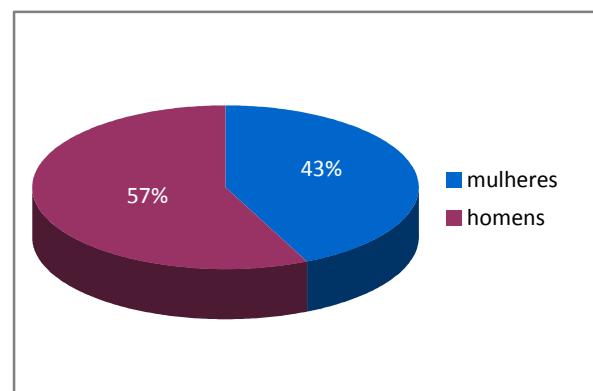


Gráfico 2 - Sexo dos entrevistados

Das entrevistadas, a maior parte trabalha para contribuir nas despesas de casa, ajudando seus esposos, como diaristas ou feirantes. Percebe-se que com o contato com os não indígenas as mulheres Terenas estão cada vez mais participantes na subsistência da família e nas decisões domésticas (ver Imagem 6). Destaca-se que, na história indígena os homens eram os únicos responsáveis pelo provimento familiar.

Imagen 6 - Mulher indígena Terena



Fonte: Imagem autorizada pela senhora Maria Terena.

Todos os indígenas entrevistados procuraram as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) mais próxima da Aldeia Urbana, quando necessitam de cuidados de saúde, além de usarem de conhecimentos tradicionais tais como: uso de ervas para fabricação de chás caseiros.

As UBSF mais próximas da aldeia são denominadas de referência, as quais são: UBSF Nova Lima, UBSF Vida Nova e UBSF Nova Bahia, sendo que somente essa ultima atende 24 horas. As UBSF são a porta de entrada para o atendimento no SUS. Vale ressaltar que, as UBSF citadas acima, são utilizadas pelos indígenas e pela população não indígena (ver Imagens 7, 8 e 9).

Imagen 7 - Posto de saúde São Francisco - atende a aldeia urbana Água Bonita



Imagen 8 - Posto de saúde Nova Lima - atende a Aldeia Água Bonita



Imagen 9 - Posto de saúde Nova Bahia - atende a Aldeia Água Bonita (24 horas)



Não tem na Aldeia Urbana Água Bonita um carro de emergência para atender os indígenas.

Segue relato sobre a situação da saúde na Aldeia Urbana Água Bonita.

Entrevista 1 - (Feminino - 64 anos)

Saúde é muito difícil aqui na aldeia Água Bonita. Quando agente fica doente, procura posto de saúde ou FUNASA, quando agente chama o SAMU, o SAMU não vem, eu tenho uma sobrinha que ficou doente de repente deu derrame nela ai à mãe dela foi lá e a vizinha chamou o SAMU, e cadê o SAMU, nada de SAMU, o SAMU não atendeu, a mãe da minha sobrinha arrumou uma pessoa e levou ela para o hospital, e depois de 8 horas o SAMU veio. Eu vou ao posto de saúde a pé ou de ônibus, tem o carro da FUNASA mais tem que marcar um dia antes, agente não sabe o dia que vamos ficar doente. No caso que eu falei da minha sobrinha que foi derrame a FUNASA não atente só mesmo marcando. (Entrevista realizada em 3 de julho de 2011).

A aldeia possui um enfermeiro remunerado pela FUNASA para atender os indígenas, porém o mesmo atende na sua própria residência fato esse que constrange a população a procurar esse atendimento.

Entrevista 2 - (Feminino - 20 anos)

Vou de ônibus, ou tem que marcar um dia antes na FUNASA (Entrevista realizada em 3 de julho de 2011).

Os indígenas utilizam para o seu deslocamento para consultas médicas ônibus, carona, o carro do ex- cacique ou também carro disponibilizado com agendamento prévio, conforme o relato abaixo:

Entrevista 3 - (Feminino 30 anos)

Não tem nada de lei especial aqui pra gente não, tem o enfermeiro, mas é mesmo coisa de não ter. Eu preciso de um dipirona vou lá no enfermeiro ele não tem, vou no posto não tem também, tenho que comprar as vezes não tenho dinheiro. (Entrevista realizada em 3 de julho de 2011)

A FUNASA disponibiliza um veículo para conduzir os indígenas Terenas para realização de exames e consultas médicas, porém é necessário um prévio agendamento. De acordo com a fala dos Terenas não há um carro disponível para emergência na Aldeia Urbana.

Entrevista 4 - (Feminino - 24 anos)

Quando preciso ir em medico urgente e não da para ir em ônibus, tem que procurar carona pedir ajuda, para ir em posto por que carro de FUNASA tem que agendar e as vezes não da para agendar, por que tem que ser na mesma hora. (Entrevista realizada em 3 de julho de 2011).

De acordo com o ex- cacique da etnia Terena a Aldeia Urbana não tem um carro de emergência para atender os indígenas.

Carro? Não tem carro disponível para aldeia, devido eu ter carro a comunidade me procura, uma hora da manha, 4 horas da manha, não tem hora. O que acontece quando chega no posto de saúde os indígenas tem dificuldade na língua e eu acabo fazendo esse

intérprete e não é da minha função, se eu não fazer quem vai fazer. Semana passada uma mãe índia veio até a minha casa pediu para eu ligar na no SAMU, fiquei meia hora no telefone e o SAMU fez um monte de pergunta, e depois de meia hora disse que não tinha carro, eu tive que levar. Eu qualifico o tratamento da saúde não é diferenciado. A FUNASA é precária, eu tenho carro, e quem não tem. A comunidade me procura devido eu ter carro, e não te hora não, é uma hora da manhã (Entrevista realizada em 3 de julho de 2011).

A declaração acima, prestada pelo ex- Cacique Edson, pertinente ao carro que possui e que muitas vezes é utilizado no transporte de doentes pode ser comprovada pela Imagem 10.

Imagen 10 - Casa do ex-cacique



Fonte: Imagem autorizada por Dionedison Candido

Ainda sobre as dificuldades quanto à locomoção e agendamento do veículo da FUNASA, segue relato do entrevistados:

Entrevista 5 - (Feminino - 30 anos)

Isso que eu to falando a saúde da aldeia é muito precária, tem a FUNASA, mas não é suficiente agente liga mas o carro tem que agendar 1 dia antes, é difícil. (Entrevista realizada em 3 de julho de 2011).

Referente ao atendimento dos profissionais da saúde verificou-se a dificuldade para entender a forma de funcionamento do atendimento. Para os entrevistados, não existe orientação específica e muitas vezes o atendimento é feito no próprio local de forma superficial. Ademais, sentem dificuldades para entender até mesmo a língua falada pelos profissionais de saúde que não são indígenas.

Entrevista 1 - (Feminino - 64 anos)

Tem que melhorar muito, agente chega ao posto tem que pegar o papelzinho para esperar, tem indígena que não sabe e a mulher do posto não fala. E fica esperando depois de muita hora que fica sabendo que tem que pegar o papelzinho do numero. Tem um agente que passa na casa, mas não é sempre não, vez em quando, quando agente pergunta ela orienta.

Na percepção dos indígenas, falta um atendimento mais humano por parte dos profissionais da saúde. Sendo necessários cursos de capacitação para humanização do atendimento.

Entrevista 2 - (Feminino - 20 anos)

O que vejo também que um médico um enfermeiro tem que da uma atenção melhor não só para o indígena e também para o branco, melhora bastante o atendimento, melhora muito, eu nasci aqui em Campo Grande, mas sempre vou na minha aldeia, essas pessoas bem antiga não entende muito. Esses dias minha mãe estava internada no Hospital Regional e as pessoas que estava lá eu não conheço, mas eu fico conversando da atenção sabe, falo Bom Dia, Boa Tarde é uma coisa mínima mas é tão importante pra gente que esta lá no posto ou no hospital, fiquei lá do lado da minha mãe passou um monte de enfermeiro médicos acho que não custa eles chegar em um paciente e falar bom dia, boa tarde eu acho assim se

ele escolheu essa profissão ele tem que da valor naquilo porque você escolheu uma profissão para trabalhar na área da saúde você tem que da atenção por que você vai cuidar de uma pessoa que não está bem está lá porque a saúde está ruim.

Quanto à presença do pajé na aldeia Urbana Água Bonita constata-se que para muitos dos indígenas ele serve como um curador de problemas relacionados à saúde (ver Imagem 11).

É ele quem realiza rituais de cura, e que conhece diversos tipos de doenças. Porém percebe-se que com a aculturação muitos dos rituais indígenas foram se perdendo, o que os leva a procurarem cada vez mais a medicina tradicional para cuidado dos problemas relacionados à saúde. Neste sentido constata-se a necessidade de um olhar mais humano, principalmente para preservação da cultura dos indígenas Terenas. Conforme o relato do Pajé:

Quem tem conhecimento vem me procurar, estar com dor mais o medico não tem solução o indígena e também o não indígena vem me procurar. O pajé tem que saber que tipo de doença para fazer a reza e o ritual, se o pajé fazer a uma reza que não é para uma determinada doença, a pessoa pode até morrer. Tem doença que o medico não cura somente o pajé “ventre virado”. As maiorias dos indígenas deixaram um pouco de sua cultura tradicional e é evangélico. Ritual da Cura_ Cada doença tem um a reza diferente, em nossa aldeia em Dourados temos um altar para fazer esse ritual, já na aldeia água bonita, não temos o altar fazemos a reza. (Entrevista realizada em 3 de julho de 2011).

Imagen 11 - Cacique e pajé da aldeia urbana Água Bonita. Ritual da saúde indígena



Fonte: Imagem autorizada pelo Niton Nilson.

Constatou-se que o pajé atual da aldeia urbana Água Bonita pertence à etnia Guarani. Vale ressaltar que na aldeia residem três etnias: Terena, Kadiewéu e Guarani, sendo que a maior parte são Terena.

Segue relato do pajé:

Sou da etnia Guarani, hoje sou cacique por que a comunidade me escolheu, o mandado dura 3 anos, e esse ano a Comunidade me escolheu para ser cacique através de voto. (Entrevista realizada em 3 de julho de 2011).

Imagen 12 - A reza do pajé - cura



Fonte: Imagem autorizada pelo Niton Nilson

Follér (2009, p. 137) afirma que:

Os conhecimentos médicos dos povos indígenas têm sido tratados como algo não médicos. A prática a experiência da sobrevivência, o xamanismo o uso de plantas medicinais e os conhecimentos das parteiras tem sido desvalorizados em relação aos conhecimentos biomédicos.

Com a mudança para as cidades, este povo que não foi imunizado pelas vacinas, sofre com as diversas doenças, e sem saber ao certo o que está enfrentando, o pajé nem sempre encontra na cidade a erva para usar no tratamento, criando com isso uma necessidade de se procurar auxílio da medicina do não indígena. Nesse caso, passam a tratar-se com os medicamentos desenvolvidos em laboratórios como faz a população dos grandes centros urbanos.

Palavra do ex-cacique:

Lembro que no tempo antigo tinha muitas ervas, e hoje não achamos mais aquelas ervas que os meus pais usavam. (Entrevista realizada em 3 de julho de 2011).

Ao mudar para os centros urbanos o indígena se vê tendo que procurar os meios de tratamento oferecido aos cidadãos na cidade. Estes povos encontram grandes dificuldades para se locomoverem até as Unidades Básicas de Saúde e aos hospitais, pois nem sempre dominam a linguagem não indígena. De acordo com relato abaixo.

Entrevista 9 - (Masculino - 64 anos)

A maior dificuldade é a cultura, a nossa língua é diferente, não falamos direito português, às vezes não entendemos o que o medico fala.

Neste sentido, constatou-se a dificuldade do contato com os não indígenas que atendem no posto de saúde.

Entrevista 2 - (Feminino - 20 anos)

Vamos supor assim lá no posto eles não têm paciência com agente em questão da língua é a maior dificuldade que enfrentamos, meu pai tem que ter uma atenção especial tem que falar com ele bem devagar e com as palavras bem simples e às vezes tem que falar de novo duas ou até quatro vezes para ele poder entender. (Entrevista realizada em 3 de julho de 2011).

A dificuldade de comunicação agrava a situação, principalmente no momento de explicar o que sentem aos funcionários da saúde, pois os mesmos muitas vezes não entendem o que estes falam e em muitos casos os desconsideram.

Entrevista 4 - (Feminino 24 ANOS)

A maior dificuldade é a cultura, a nossa língua é diferente, não falamos direito português, às vezes não entendemos o que o medico fala.

De acordo com o relato abaixo do ex-cacique, o posto de saúde que atente a população indígena Terena, necessita de um intérprete, pois uma das

maiores dificuldades enfrentada é o não entendimento da língua indígena com a não indígena.

Quando chega no posto de saúde os indígenas tem muita dificuldade na língua e eu acabo fazendo esse intérprete, não é minha função, mas se eu ao fazer isso que vai fazer. O posto de saúde precisa sim de um intérprete, urgente.

Ao analisar estes depoimentos, observa-se que mesmo preferindo morar nos centros urbanos, os Terenas passam por grande dificuldade em relação ao atendimento à saúde. Esta situação se agrava pela falta de equipe especializada para atender a população Terena que vive na comunidade Água Bonita.

Dessa forma, é crucial analisar alternativas para a melhora do sistema de saúde, projetando perspectivas de desenvolvimento local. Para isso deve-se tomar conhecimento do território indígena.

Le Bourlegat (2006) afirma que o lugar se apresenta como um mundo individual e particular de quem nele vive e compartilha a vida com outros. Cada lugar é um mundo de existência coletiva e nele se manifesta todas as dimensões da vida. O lugar é espaço percebido pela inteligência intuitiva e colorido por sentimentos nutridos pelos indivíduos e coisas que dele fazem parte.

Para Souza (1995, p. 78) a idéia concebida sobre o território é de ser fundamentalmente um espaço definido e delimitado a partir das relações de poder. Essa relação é refletida no território através de forças dominantes

Bonnemaison (2002, p.129):

A flutuação dos territórios no espaço reflete assim o jogo das forças sociais dominantes. Contudo, espaço e território não podem ser dissociados: o espaço é errância, o território é enraizamento. O território tem necessidade de espaço para adquirir o peso e a extensão, sem os quais ele não pode existir; o espaço tem necessidade de território para se tornar humano. Existe aí uma espécie de relação dialética, pois cada um dos dois termos é, ao mesmo tempo, complemento e portador de significados contrários.

Dessa forma, território e espaço se complementam, o primeiro pela delimitação geofísica e o segundo pela relação social.

A territorialidade pode ser entendida como um “conjunto de relações que se originam num sistema tridimensional sociedade, espaço e tempo em vias de

atingir a maior autonomia possível e compatível com os recursos do sistema" (RAFFESTIN, 1993, p. 160).

Desprovidos da assistência básica os indígenas constroem sua identidade baseada nas suas relações de apropriação do território. Assim, a aldeia passa a ser a sua casa, transformada numa guerra espacial, pela etnia predominante em busca de liderança local. Desta forma, o território é um espaço construído em torno de uma identidade local. Portanto, a comunidade indígena e todos que estão ao seu redor, principalmente os postos de saúde influenciam diretamente no comportamento do indígena.

Por este motivo a territorialidade é incorporada nas políticas públicas brasileiras voltadas para a sustentabilidade com o objetivo de melhorar os níveis de qualidade de vida das pessoas de um determinado local.

Para Rozas (1998) desenvolvimento local é a organização comunitária em torno de um planejamento para o desenvolvimento por uma perspectiva de construção social constituindo assim uma ferramenta fundamental, de caráter orientador e condutor, de superação da pobreza. Um desenvolvimento com bons resultados só serão obtidos se forem trabalhados em conjunto, planejando e construindo uma sociedade que supere a pobreza.

Morin e Kern (1995, p. 74 *apud* BECKER, 2002) afirmam que "a idéia de desenvolvimento continua ainda tragicamente subdesenvolvida porque presa à racionalidade econômica".

Deve-se ter em mente que o desenvolvimento não é só econômico, mas social e cultural. Assim o desenvolvimento local se faz pelos atores locais, no caso em questão, pelos indígenas, através de projetos coletivos que podem incluir os agentes de saúde.

Como propõe Martin (1999, p. 172), o desenvolvimento local proporcional à escala humana deve ser entendido como satisfação das necessidades humanas fundamentais através do "protagonismo real e verdadeiro de cada pessoa". De tal modo que as condições criadas para o desenvolvimento de uma comunidade devem obedecer a realidade local, que muitas vezes não possui cidadania ou identificação sociocultural e territorial. E, para que esse desenvolvimento seja sustentável é preciso a cooperação comunitária crítica e consciente.

Vale ressaltar que a participação comunitária não se deve resumir a envolvimentos esporádicos e parciais de alguns órgãos e instituições de

representação social. Participação é empenho pessoal por um aprendizado difícil das regras e meios de se fazer ouvir, entender e atender (ÁVILA, 1993).

O Desenvolvimento Local tem como base tornar a comunidade agente de seu próprio destino, evitando que se torne passivo em busca do desenvolvimento, seja ele econômico ou social. Nesse contexto, as pessoas da comunidade-localidade passam a ter um papel importantíssimo nesse processo de desenvolvimento local, visto que, a elas caberão as decisões a serem tomadas sobre as suas necessidades, e sobre os seus problemas.

Assim se faz necessário políticas públicas capazes de atender os indígenas com base em suas crenças e pajelanças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No desenvolvimento desta pesquisa buscou-se analisar a política do direito à saúde voltada aos povos indígenas, visando preservar a qualidade de vida destes povos. Essa análise foi realizada na perspectiva do desenvolvimento local.

A escolha desse objeto de estudo decorreu da notada evolução positiva na elaboração das leis brasileiras, que objetivam a preservação da vida digna e respeito à cultura da população indígena. Este avanço pode ser confirmado a partir da Constituição Federal de 1988, que reconhece os indígenas como cidadãos brasileiros, não mais tutelados por órgãos do Estado, e deixando de ser tratados como silvícolas

Com a Lei Arouca (Lei nº 9.836/99), o órgão responsável pela proteção e garantia dos direitos à saúde dos indígenas passou a ser a Fundação Nacional de Saúde Indígena (FUNASA). Entretanto, embora haja previsão legal de proteção à saúde dos povos indígenas, percebe-se que ainda existe uma grande distância entre a lei e a política estatal que possibilitaria acesso à saúde. Mesmo, quando materializado o direito à saúde, o mesmo ocorre sem levar em consideração os valores culturais dos indígenas Terenas.

O Estado tem o dever de garantir ao indígena seus direitos, por meio de políticas públicas que permitam melhorar o convívio dos povos indígenas nos centros urbanos, conforme análise legislativa efetuada no capítulo 02. No entanto, essa é ainda uma realidade a ser conquistada e efetivada.

Para estudar a realidade local, no que se refere à saúde ao indígena algumas técnicas metodológicas foram desenvolvidas, dentre as quais, a entrevista semi-estruturada, que foi aplicada em mulheres (7) e homens (5) indígenas Terena, residentes na Aldeia urbana Água Bonita, localizada em Campo Grande/MS. Essa técnica foi complementada pela pesquisa bibliográfica e pela observação participante. Vale destacar que foi previsto inicialmente, no âmbito deste trabalho,

realização de entrevistas junto aos profissionais da saúde que atendem essa população, porém não houve autorização por parte do órgão gestor.

Com base na análise dos dados levantados nessas etapas metodológicas foi possível delinear aspectos importantes das vivencias dessa população no tocante ao atendimento à saúde, os quais são apresentados na seqüência.

As mulheres Terenas estão cada vez mais participativas. Na trajetória dos povos indígenas verificou-se a predominância do poder e da responsabilidade dos homens no sustento familiar. Na atualidade, porém, é comum a existência da monoparentalidade feminina em parte das famílias da aldeia urbana. Entretanto, ainda necessitam de intérprete, não somente da língua, mas também de seus costumes e tradições. Nessa política de atendimento entende-se que seria necessária a elaboração de políticas públicas de adequação da medicina dos não indígenas com as práticas usadas pelo pajé, respeitando as diversidades culturais, conforme a Lei Maior.

A ausência de meio de transporte, para a locomoção até as UBSF, está entre as principais dificuldades para um atendimento adequado à saúde. Os entrevistados sentem essas dificuldades de locomoção, principalmente em casos de emergência.

Conforme o relato de um indígena, a aldeia urbana não tem um transporte específico para levá-los até o posto de saúde em caso de urgência, a única solução é pedir ajuda ao ex-cacique para que os conduza em seu automóvel até os postos, mas quando o mesmo não se encontra na aldeia urbana, o indígena tem que usar outros meios de locomoção.

Ao fim da experiência foi possível inferir que a população indígena Terena, alvo desse estudo, sofre as mazelas de um sistema de saúde que não respeita os preceitos Constitucionais como política universal básica, que seja, “direito de todos e dever do Estado”. Neste sentido pode se afirmar que existe uma longa caminhada a ser percorrida para melhorar o atendimento a saúde desse segmento populacional.

Supõe-se que a dificuldade que a comunidade Água Bonita enfrenta em relação à validação do direito à saúde é decorrente da predisposição ideológica, daqueles que não conhecem a cultura indígena querendo impor uma forma de viver e de atender os indígenas que não é própria dos mesmos, isso leva os indígenas, neste caso, os Terena, a sofrerem problemas de saúde ainda mais sérios.

Considera-se melhorar a qualidade de vida da população indígena é um desafio para os governantes do Estado, universidades e população em geral, pois no caso estudado - os residentes da comunidade Água Bonita vivem em condições de vulnerabilidade, risco social e expostos a sérios problemas de saúde, o que pode levar à extinção se algo não for feito com urgência.

Deixar a comunidade na situação que está é continuar expondo-a a futura extinção e isso sem dúvidas caracteriza atraso para uma sociedade que luta para a inclusão e desenvolvimento local. Não existe desenvolvimento sem respeito aos povos, bem como à diversidade cultural do País.

Fato este que se apresenta como um desafio para os responsáveis pelo desenvolvimento local, pois uma comunidade sem saúde, e sem condições de acesso aos órgãos de atendimento comunitário não trabalha as potencialidades para o desenvolvimento local. Por isso, este estudo buscou construir subsídios para fundamentar uma ação para a valorização do ser humano como sujeito de seu próprio desenvolvimento, em particular, a população da Aldeia Urbana Água Bonita de Campo Grande (MS).

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, V. *Manual de história oral*. 3.ed. Rio de Janeiro: FGT, 2008.
- ALBUQUERQUE, F. *Desenvolvimento local e distribuição do progresso técnico - uma resposta às exigências do ajuste estrutural*. Fortaleza: Banco do Nordeste, 1998.
- ALVARENGA, R. Z. *A Organização internacional do trabalho e a proteção aos direitos humanos do trabalhador*. 2009. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=2510>. Acesso em: 22 set. 2011.
- AMARAL, C. J.; MENDES, J. D. A. *Terra e trabalho: um estudo junto aos projetos de assentamentos de Itapirema e Pirineus*. Relatório Final de Pesquisa, Ji-Paraná: CEULJI, 2002.
- ARRETCHE, M. A Política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). *Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1, 2005, p. 285-306.
- ÁVILA, V. F. de. *Cultura de subdesenvolvimento e desenvolvimento local*. Sobral: UVA, 2005.
- _____. *Realimentando discussão sobre teoria de Desenvolvimento Local (DL)*. **Revista Internacional de Desenvolvimento Local**. v. 8, n. 13, p. 133-140, Set. 2006. <Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/inter/v8n13/a14v8n13.pdf>> Acesso em: 20 jun. 2010.
- BARDIN, A. *A questão local*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.
- BARROS, Edir Pina de. *Vulnerabilidade social, AIDS e políticas públicas: Uma Contribuição da Antropologia aos Estudos de Saúde Indígena*. **Relatório Final de Pesquisa de Pós - doutoramento em Antropologia Social** USP, São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.edirpina.pro.br/documentos/relatorioPosDoctor.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2009.
- BERNARDI, Bernardo. *Introdução aos estudos etno-antropológicos*. Lisboa: edições 70, 1988.
- BITTENCOURT, L. A. *Algumas considerações sobre o uso da imagem fotográfica na pesquisa antropológica*. In: FELDMAN, B.; MOREIRA, M. L. (Org.). **Desafios da imagem: fotografia, iconografia e vídeo nas ciências sociais**. 2.ed. Campinas, São Paulo: Papirus, 1998.

BOLETIM DO INSTITUTO DE SAÚDE (BIS). **Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena:** desafios. São Paulo. v.12 n. 2. ago. 2010. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-1812201000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2011.

BRAND, Antonio. *Desenvolvimento local em comunidades indígenas no Mato Grosso do Sul*. v. 1, n 2, p. 59-67 Março. 2001. Disponível em: <http://www3.ucdb.br/mestrados/RevistaInteracoes/n6_ieda.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2011.

BRANDÃO. C. R. *Identidade e etnia*. São Paulo; Brasiliense, 1986.

_____. Impor, persuadir, convidar, dialogar: a cultura do outro. In: VV.AA. *Inculturação e libertação*. São Paulo: Paulinas, 1986.

BRASIL. *Constituição da República Federativa*. Brasília: Senado Federal, 2011.

_____. Fundação Nacional de Saúde. *Diretrizes internas para apresentação de relatório técnico-científico*. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2003 Disponível: <http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/biblioteca/eng/eng_relTec.pdf>. Acesso: 10 mar. 2011.

_____. *Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990*. Estatuto da Criança e do Adolescente. <Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm> . Acesso em: 7 jul. 2011.

_____. *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. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislação/110165/decreto-3156-99>>. Acesso em: 7 ago. 2010.

CARVALHO, Ieda Marques de. *Diversidade étnica e educação indígena: políticas públicas no Brasil*. Campo Grande. Revista Internacional de Desenvolvimento Local. v. 4, n. 6, p. 85-93, Mar. 2003. Disponível em: <http://www3.ucdb.br/mestrados/RevistaInteracoes/n6_ieda.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2011.

CASTILHO, M. A; ARENHARDT, M. M; BOURLEGAT, C. A. *Cultura e identidade: Os desafios para o desenvolvimento local no assentamento Aroeira, Chapadão do Sul, MS*. In: **Interações**. Campo Grande, n. 10, p. 159-169, jul-dez/2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/inter/v10n2/v10n2a04.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2011.

CNBB. Conferencia Nacional dos Bispos do Brasil. *Por uma terra sem males*. Fraternidade e povos indígenas: Texto-Base da Campanha da Fraternidade 2002.

COSTA, Dina Czeresnia. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 388-401, out./dez. 1987. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v3n4/v3n4a03.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2011.

CORRÊA, Valmir Batista. *O vôo do cara-cará a questão indígena na formação de fronteira oeste*. Campo Grande, n. 1, p. 27-40, outubro 2001. Disponível em: <ftp://neppi.ucdb.br/pub/tellus/tellus1/TL1_Valmir%20Batista%20Correa.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2011.

CUNHA, Manuela Carneiro da. *Congresso é obrigado a ouvir as comunidades indígenas. Informe Jurídico*, ano II 9 à 13, p. 4, abril a agosto de 1990, Comissão Pró- Índio de São Paulo.

DALLARI, Sueli Gandolfi. *O direito à saúde*. Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v.22, n.1, São Paulo. 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9101988000100008>. Acesso em: 22 ago. 2010.

Dicionário e Enciclopédia em Língua Portuguesa. Disponível em <<http://www.infopedia.pt>>. Acesso em: 28 set. 2011.

FACHIN, P. Bem-Viver: um aprendizado para a humanidade. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos Online**. São Leopoldo-RS. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3449&secao=340>. Acesso em: 18 jun. 2010.

FAUSTO, Boris. *História do Brasil*. São Paulo: EDUSP 2004.

FELZKE, Lediane Fani. *Quando os ouriços começam a cair: a coleta da castanha entre os Gavião de Rondônia*. Dissertação de Mestrado, UNIR: Porto Velho, 2007.

FOLLÉR, M, L, A Zona de contato por povos Indígenas e profissionais da saúde. In: GARNELO, L. *Saúde dos povos indígenas*. Rio de Janeiro, 2009.

GEERTZ. C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1989.

GOMES, Laurentino. *1808: como uma rainha louca, um príncipe medroso e uma corte corrupta enganaram Napoleão e mudaram a história de Portugal e do Brasil*. São Paulo: Planeta do Brasil, 2007. p. 419. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/3326284/Laurentino-Gomes-1808-Illustrdocrev>>. Acesso em: 11 fev. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 31 maio 2010.

LACERDA, L.T. *A mulher Terena em tempos de AIDS*: um estudo de caso da Aldeia Limão Verde, município de Aquidauana (MS). Dourados, MS. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2004.

LARAIA, R. B. *Cultura*: um conceito antropológico. 14.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LE BOURLEGAT, Cleonice Alexandre. *Construção humana de espaço, lugar e território*. Apostilado, fevereiro, 2006.

LEITE, Míriam L. Moreira. *Fotografia, iconografia e vídeo nas ciências sócias*. 5.ed. Campinas, 1998.

LENZA, Pedro. *Direito constitucional esquematizado*. 12.ed. São Paulo: Saraiva 2008.

LOBO, L. F. B. *Direito Indigenista brasileiro: subsídios à sua doutrina*. São Paulo: LTR, 1996.

- LOPES, João T. *Tristes escolas: práticas culturais e estudantis no espaço escolar urbano*. Porto: Afrontamento, 1996.
- MAGNANI, J. G. C. *O (velho e bom) caderno de campo*. São Paulo: USP. **Revista Sexta-feira**, n. 1, maio de 1997.
- MASO, M. D. *Política de colonização e colonização da política*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - São Paulo, 1990.
- MATTA, R.; LARAIA, R. B. *Índios e castanheiros*. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1978.
- MELATTI, J. C. *Índios do Brasil*. 5.ed. Brasília; Hucitec, 1982.
- MESCH, J. *A Gênese e a expansão capitalista em Rondônia: as frentes de migração e formas de propriedades*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, 1984.
- MOREIRA, L. O texto visual e texto verbal. In: BIANCO, F. B.; MOREIRA L. (Org.). *Desafios da imagem. Fotografia, iconografia e vídeo nas ciências sociais*. 2.ed. Campinas, São Paulo: Papirus, 1998.
- MOREIRA, U. P. *A FUNASA e a implementação de distritos sanitários especiais indígenas*. 2002. Disponível em: <<http://www.laced.mn.ufrj.br/pdfs/ubiratan.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2011.
- MOTA, C. N. *Saúde e povos indígenas: tradição e mudança*. 2003. Disponível em: <<http://www.ici.ufba.br>>. Acesso em: 09 fev. 2011.
- BECKER, D.F. Sustentabilidade: um novo (velho) paradigma de desenvolvimento regional. In: BECKER, D.F. (org.). *Desenvolvimento sustentável: necessidade e/ou possibilidade?* Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2002. pp. 31-97.
- NUNES, E. S. *Espaço Ameríndio*. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/EspacoAmerindio>>. Acesso em: 10 maio 2011.
- OLIVEIRA, J, A, B, *Conhecer para conquistar*. Estudo comparativo das conquistas dos Impérios Asteca e Inca. 2007. Disponível em: <<http://www.amerindia.ufc.br/articulos/pdf3/adeildopdf>>. Acesso em: 29 set. 2011.
- PEIRANO, Mariza. *Rituais ontem e hoje*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- PEREIRA, L. M. *Terena de Buriti: formas organizacionais, territorialização e representação identidade ética*. Dourados: UFGD, 2003.
- PIOVESAN, F. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 8.ed. São Paulo: Saraiva, 2007.
- POUTIGNAT, P. *Teorias da etnicidade*. Segundo de Grupos étnicos e suas fronteiras de Fredrik. São Paulo: Fundação Editora UNESP, 1988.
- RAFFESTIN, Claude. *Por uma geografia do poder*. São Paulo: Ática, 1993.

- RÊGO, G. P. *A Incorporação dos direitos humanos no direito constitucional brasileiro*. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/dh/br/pb/dhparaiba/4/constituicao.html>>. Acesso em: 20 jun. 2010.
- RIBEIRO, D. *Os índios e a civilização*. Petrópolis: Vozes, 1982.
- _____. *O processo civilizatório: estudos de antropologia da civilização*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- _____. *Os índios e a civilização. A integração das populações indígenas no Brasil moderno*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- RICARDO, C. A.; et al. *Instituto Socioambiental (ISA)*. Higienópolis - SP. Disponível em: <<http://www.socioambiental.org/>>. Acesso em: 14 jun. 2010.
- RODRIGUES, A. D. I. *Línguas brasileiras: para o conhecimento das línguas indígenas*. 2.ed. São Paulo 1999.
- ROZAS, G. *Pobreza y desarollo local. Excerpta*. Universidade do Chile, 1998.
- SAMPAIO. W. *Os povos indígenas de Rondônia contribuições para a compreensão de sua cultura e de sua história*. Porto Velho: Unir, 1997.
- SÁVIO, R. *Especialistas na migração: Iuteranos na Amazônia, o processo migratório e a formação do Sínodo da Amazônia 1967-1997*. Tese de Doutorado, São Leopoldo: EST/PPG, 2008. 401f. Disponível em: <http://tede.est.edu.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=61>. Acesso em: 6 abr. 2009.
- SEIZER A,C S; et al. *Saúde indígena terena: uma análise através do atendimento no hospital regional Dr. Estácio Muniz. Campo Grande*. 2003. Disponível em: <http://www.rededesaberes.org/3seminario/anais/textos/ARTIGOS%20PDF>. Acesso em: 12 ago. 2011.
- SILVA, A. L.; GRUPIONI, L. D. B. *A temática indígena na escola: novos subsídios para professores de 1º e 2º graus*. Brasília, MEC/Mari/Unesco, 1995.
- SILVA, J. A. Terras tradicionais ocupadas pelos índios. In: SANTILLI, J. *Os direitos indígenas e a constituição*. Porto Alegre: Núcleo de Direito Indígena, 1993.
- SORIANO. R. R. *Manual de pesquisa social*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- SOUZA, M. L. de. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I. E. et al. *Geografia: conceitos e temas*. Rio de Janeiro: Bertrand, 1995.
- STRAUSS, L. C. *Tristes trópicos*. Trad. Rosa Freire d'Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- SUESS, P. *A causa indígena é de todos nós*. Conselho Indigenista Missionário. Brasília-DF. Disponível em: <<http://www.cimi.org.br/?system=news&action>>. Acesso em: 10 jun 2010.
- TAUNAY, V. *A Retirada da Laguna*. Edições Melhoramentos, 1967. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ethn/v12n2/v12n2a03.pdf>> Acesso em: 11 mar. 2011.

TEIXEIRA, C. C. Fundação Nacional de Saúde. A política brasileira de saúde indígena vista através de um museu. **Etnográfica**, n. 12, v. 2, p. 323-351, nov., 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/etn/v12n2/v12n2a03.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2011.

TODOROV, T. Colombo e os índios. In: *A conquista da America: a questão do outro*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2003.

VARGAS, V. L. F. *A construção do território Terena (1870-1966): uma sociedade entre a imposição e a opção*. Dourados, MS: UFMS, 2003.

WENCESLAU, M. E. *Relação de trabalho do indígena: análise material e proposições*. 2005. Tese de doutorado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/SP. São Paulo, 2005.

YAMÃ, Y. *A Religião dos pajés e dos espíritos da selva*. IBRASA, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário sobre a saúde indígena aplicado aos habitantes da Aldeia Água Bonita em Campo Grande/MS

1- Dados de Identificação:

1.1 - Etnia _____

1.2 Sexo: () Masculino () Feminino

1.3 Idade: _____ Quanto tempo você vive fora de sua aldeia?

() Menos de um ano () de 1 até 3 anos () de 4 até 6 anos

() de 6 até 8 anos () de 8 até 10 anos () Acima de 10 anos

2- Opinião dos indígenas sobre a qualidade de atendimento de Saúde Pública.

2.1 - Você gosta de morar na aldeia urbana? () Sim () Não

2.2- Qual a maior dificuldade que você enfrenta na aldeia urbana Água Bonita? Com relação à saúde? Ou qualquer dificuldade?

2.3- Havendo necessidade da comunidade em buscar por atendimento a saúde, onde vocês procuram? _____

2.4- O que você faz, quando está doente?

2.5- O que você toma quando está doente?

2.6- Como são os meios de atendimento a saúde destinados aos indígenas urbanos?

2.7- Na sua opinião, como é o atendimento das instituições de saúde que cuida da população indígena?

2.8- Como vocês se deslocam até os postos de atendimento à saúde? (hospitais, postos de saúde)

2.9- Qual a maior dificuldade que a comunidade enfrenta quando precisa recorrer às instituições de atendimento a saúde.

2.10 - Com que freqüência você busca por atendimento nos postos de saúde.

APÊNDICE B

Questionário sobre a saúde indígena aplicado com o cacique na Aldeia Água Bonita em Campo Grande/MS: opinião do cacique sobre a qualidade de atendimento de saúde pública

1- A quanto tempo é cacique da comunidade Água Bonita.

- () Até 1 ano () 3 anos () 5 anos () Mais de 6 anos
() 2 anos () 4 anos () 6 anos

2- Na sua opinião, qual a maior dificuldade enfrentada por esta comunidade?

3- Quando um índio está doente o que vocês fazem com mais freqüência?

4- Para o tratamento das doenças o que vocês mais utilizam?

5- Qual a doença que mais atinge a comunidade?

6- Como você qualifica o atendimento dos índios pelas instituições de saúde?

7- Na sua opinião qual a maior dificuldade enfrentada pelos índios quando busca por atendimento nos postos de saúde?

8- Qual o meio de transporte que os índios mais utilizam para se deslocar até os postos de atendimento a saúde?

9- Na sua opinião no atendimento a saúde do índio é melhor vivendo onde?

APÊNDICE C

Questionário sobre a saúde indígena na Aldeia Água Bonita em Campo Grande/MS. Órgãos de atendimento à saúde

1-Dados de Identificação:

1.1- Nome da Instituição de Atendimento a Saúde:

1.2 - Tipos de atendimento oferecidos por este órgão à população indígena da comunidade Água Bonita.

2-Quais ações essa instituição tem tomado para melhorar o atendimento à comunidade indígena Água Bonita?

3- Como este órgão qualifica o atendimento feito pelos postos de saúde aos índios da comunidade água bonita.

4- Vocês têm auxílio para os indígenas procurá-los?

5- Como considera a qualidade de atendimento por parte dos profissionais de saúde destinados a população indígena da comunidade Água Bonita?

6- Como tem sido o atendimento deste órgão a comunidade água bonita.

7- Na visão deste órgão como tem sido a atuação do poder público na comunidade água bonita

8- O que se pode fazer para melhorar a vida dos índios que vivem na comunidade água bonita. Existem projetos para serem implantados de auxílio a proteção da saúde do indígena?

09- Como este órgão qualifica a vida dos índios que vivem nos grandes centros urbanos?

APENDICE D

Dados coletados na pesquisa de campo - entrevistas

Neste tópico serão apresentados resultados decorrentes da pesquisa de campo realizada no âmbito deste trabalho, mediante a realização de entrevista semi-estruturada aplicadas às lideranças e indígenas indicados pelo “Cacique” da aldeia Água Bonita, que vivenciam ou conhecem os fatos a serem estudados- o atendimento à saúde da população indígena. A partir desses critérios foram selecionados 12 indígenas da etnia Terena residentes da Aldeia em estudo, sendo 07 (sete) do sexo feminino e 05 (cinco) do sexo masculino. Além dos indígenas Terena, que residem na Aldeia Urbana Água Bonita na Cidade de Campo Grande Mato Grosso do Sul, foi previsto no início desta pesquisa aplicação do questionário para os profissionais da saúde da Secretaria Municipal de Saúde Pública (Apêndice), porém este trabalho não foi autorizado pelo órgão.

A aplicação da pesquisa transcorreu de forma satisfatória, devido ao fato de termos desenvolvidos trabalhos anteriores na aldeia, favorecendo um clima de confiança e de cooperação dos indígenas Terena da Aldeia Urbana Água Bonita.

Após a coleta, organização e tabulação dos dados os mesmos foram analisados, obedecendo à categorização apresentada na seqüência.

TRANSPORTE

Entrevista 1 - (Feminino - 64 anos)

Eu vou ao posto de saúde a pé ou de ônibus, tem o carro da FUNASA/ agendar um dia antes, agente não sabe o dia que vamos ficar doente. No caso que eu falei da minha sublinha que foi derrame a FUNASA não atente só mesmo agendamento.

Entrevista 2 - (Feminino - 20 anos)

Vou de ônibus, ou tem que marcar um dia antes na FUNASA

Entrevista 3 - (Feminino 30 anos)

Eu vou de ônibus, quando é urgente peço carona.

Entrevista 4 - (Feminino - 24 anos)

Quando preciso ir em medico urgente e não da para ir em ônibus, tem que procurar carona pedir ajuda, para ir em posto por que carro de FUNASA tem que agendar e as vezes não da para agendar, por que tem que ser na mesma hora.

Entrevista 5 - (Feminino - 30 anos)

Isso que eu to falando a saúde da aldeia é muito precária, tem a FUNASA mas não é suficiente agente liga mas o carro tem que agendar 1 dia antes, é difícil.
(Entrevista realizada em 03 de julho de 2011).

Entrevista 6 - (Feminino - 42 anos)

Em Água Bonita não tem carro, quando preciso de ir no posto urgente peço carona para o ex- cacique, e ele leva.

Entrevista 7 - (Feminino - 28 anos)

Tem o carro da FUNASA mais só é agendamento, se precisa de ultima hora não tem, meu irmão que levava quando era cacique, o meu irmão não é mais cacique, o cacique é outra indígena, mas mesmo assim a comunidade toda procura meu irmão. Para mim não é muito difícil por que o meu esposo tem carro, mas para quem não tem é complicado, muitos indígena vai até a casa do meu irmão pedi ajuda.

Entrevista 8 - (Masculino - 33 anos)

FUNASA só atende indígena se for agendamento, não tem carro para emergência. Quando indígena precisa de SAMU não vem.

Entrevista 9 - (Masculino - 64 anos)

Sempre vou no posto uma vez por semana, tenho que ir de ônibus mesmo , o ruim quando precisamos de emergência, eu até ligo no SAMU, mas quem diz que eles vem.

Entrevista 10 - (Masculino - 71 anos)

Para falar verdade nunca optei pela FUNASA, eu vejo os indígenas daqui falando que tem que agendar. Vou di pé mesmo ou de carona, tenho pedra na vesícula, semana passada fui de moto taxi até o posto Nova Bahia, cheguei chorando de dor.

Entrevista 11 - (Masculino - 60 anos)

Na verdade a Funasa tem que ligar bem antes.

Entrevista 12 - (Masculino - 32 anos)

Eu vou no posto de ônibus, quando não tenho dinheiro tenho que ir de bicicleta, quando estou muito doente tenho que pedir ajuda para outros indigenas.

SAÚDE PARA OS INDÍGENAS**Entrevista 1 - (Feminino - 64 anos)**

Eu vou ao posto de saúde só no ultimo caso, primeiro eu uso é raizada, pra febre gripe, eu tomo qualquer tipo de raizada algodãozinho casca de laranja. Aqui tem um enfermeiro, para atende agente, ele é da FUNASA, mas ele não atende agente, agente mora aqui na aldeia água bonita dez ano, mas ele nunca vem visitar ninguém.

Entrevista 2 - (Feminino - 20 anos)

A minha mãe faz muito remédio caseiro, na ultima vez eu estava com muita cólica também eu sou teimosa lavo o cabelo tomo terre ré, quando eu estou meio ruim assim a minha mãe faz um remédio caseiro eu fico no meu quarto fecho a janela tranco a porta, ai que eu melhoro e saio pra fora. Se eu fosse para o posto ficaria horas lá. Eu uso mais Ervas.

Entrevista 03 (Feminino 37 anos)

Eu uso muito chá, o que mais uso é chá de laranja, uso só a casca, é muito bom para dor no corpo, eu gosto também de fazer chá para minhas filhas tomar, é bom.

Entrevista 04 - (Feminino - 24 anos)

O chá que eu mais uso é o poejo e casaca de laranja.

Entrevista 05 - (Feminino - 30 anos)

As pessoas mais velhas usam muito chá, muito remédio caseiro, folha de laranja, mel é bom para saúde. Agente procura elas que sabe, quando a minha mãe estava

aqui ela que fazia o remédio para minha filha tomar, mas agora que a minha mãe não está aqui temos que comprar, já fui na FUNASA pegar remédio mas nunca tem. Agente não é ouvido então temos que trabalhar para comprar remédio para filho quando fica doente.

Entrevista 6 (Feminino - 42 anos)

Eu vou no posto só quando a minha filha fica doente, só ultimo caso mesmo, por que ela tem bronquite, as vezes tem que fazer inalação, não é sempre por que eu uso capim gordura que é ótimo para bronquite, tem que ferve ele muito bem.

Entrevista 7 (Feminino - 28 anos)

Ir no posto demora muito, uso mais ervas eu gosto de ervas.

Entrevista 8 (Masculino - 33 anos)

Uso muito planta que plantemos em terreno, planta amarga, guapo.

Entrevista 9 (Masculino - 64 anos)

Quando fico doente tomo raizada, chá de casca de laranja, mel, xarope caseiro e outra raizada.

Entrevista 10 (Masculino - 71 anos)

Eu uso remédio caseiro, eu mesmo faço garrafada.

Entrevista 11 (Masculino - 60 anos)

É bom usar raizada.

Entrevista 12 (Masculino - 32 anos)

Uso remédio caseiro, folha de laranja e guapo, quando não tem mais jeito eu vou no posto.

Ex- Cacique

Alguns indígenas têm plantas medicinais e busca por estas plantas, usamos também o remédio da farmácia.

DIFICULDADE ENFRENTADA PELOS INDÍGENAS TERENA NA ALDEIA URBANA ÁGUA BONITA

Entrevista 1 - (Feminino - 64 anos)

Tem que melhorar muito, agente chega ao posto tem que pegar o papelzinho para esperar, tem indígena que não sabe e a mulher do posto não fala. E fica esperando depois de muita hora que fica sabendo que tem que pegar o papelzinho do numero. Tem um agente que passa na casa, mas não é sempre não, vez em quando, quando agente pergunta ela orienta.

Entrevista 2 - (Feminino - 20 anos)

Vamos supor assim lá no posto eles não têm paciência com agente em questão da língua é a maior dificuldade que enfrentamos, meu pai tem que ter uma atenção especial tem que falar com ele bem devagar e com as palavras bem simples e as vezes tem que falar de novo duas ou até quatro vezes para ele poder entender. E lá no posto nunca é assim.

Entrevista 3 - (Feminino - 37 anos)

O mais difícil é acordar de madrugada para ir no posto, temos que chegar lá 4 hora da manha. Aqui na aldeia água bonita tem um enfermeiro ele é funcionário na FUNSA, mas não adianta nada, ele deveria andar na casa, tem muito idosos com diabete, mas ele não faz nada. Eu sempre preciso de colírio eu vou na farmácia mesmo, é mais rápido no posto demora muita hora. No posto demora muito para nos atender, hoje tive que ir no posto cheguei lá 3.15 e fui atendida as 6.15 da manha, demora muito eu vou no posto só em ultimo caso mesmo. O posto Vida nova é o mais perto da aldeia, mas tem uma medica só para atender toda a população, se você passar lá agora você vai ver tem um papel que diz que eles atende só oito vaga por dia, é só três vaga para aldeia urbana, aqui na aldeia tem quatro etnia Terena, Garani, Kadiweu, Kauã é pouca vaga. Se agente não for 4 hora da manha agente não consegue.

Entrevista 4 - (Feminino - 24 anos)

Lá no posto eles atende quem eles gostam primeiro, é assim se você conhecer o enfermeiro ele atende você primeiro. É muito difícil, um dia fui em posto e quando

cheguei não tinha vaga mais, fiquei muito triste por que eu queria marcar para minha filha, fui bem cedo 7 horas da manha, a mulher falou para mim que não tinha vaga mais para aquele dia, tem um papel na porta que diz que o medico atende só 8 pessoa por dia, e três da aldeia só.

Entrevista 5 - (Feminino - 30 anos)

Isso que eu to falando a saúde da aldeia é muito precária, tem a FUNASA mas não é suficiente agente liga mas o carro tem que agendar 1 dia antes, é difícil.

Não vou dizer que tem uma lei especial, por que não tem. Quando uma pessoa fica doente a maioria tem que pagar outra para levar de carro muitas vezes não tem condição e tem que pedir carona é ruim isso. Deveria ter um carro a disposição ou um posto aqui na aldeia para atender os indígenas, agente precisa de saúde. Isso que eu quero dizer nos somos esquecidos.

O diretor da FUNASA diz que atende nós, está disponível para as aldeias urbana, mas você que está aqui fazendo pesquisa você esta vendo não temos carro, o posto é longe, e o posto tem apenas um medico. Tinha que ter uma ambulância para nois.

Entrevista 6 - (Feminino - 42 anos)

O posto demora muito, tem que ir muito cedo para consegui vaga.

Entrevista 7 - (Feminino - 28 anos)

Eu acho que tem uma toda discriminação contra o indígena, eu que trabalho na vera para ajudar nas despesa da casa, e vejo isso. No posto é a mesma coisa.

Entrevista 8 - (Masculino - 33 anos)

A difícil o acesso a saúde aqui na aldeia, não temos posto só pra gente, temos que ir bem longe, não tem carro para emergência. Eu custumo mais ir no posto vida nova, mas seu agente precisa de um posto de 24 horas é só lá no Nova Bainha, é muito longe.

Entrevista 9 - (Masculino - 64 anos)

A maior dificuldade é a cultura, a nossa língua é diferente, não falamos direito português, as vezes não entendemos o que o medico fala.

Entrevista 10 - (Masculino - 71 anos)

Temos muita dificuldade, quando acontece alguma coisa de urgente, não temos na aldeia um carro de plantão temos que procurar ajuda, mas nessa hora acaba não achando ninguém. Nem sempre temos dinheiro para pagar um carro.

Entrevista 11 - (Masculino - 60 anos)

Na verdade de tudo, a vida na aldeia urbana não é fácil temos que da um jeito para tudo, quando precisamos de ir para o posto de urgente temos que da um jeito, quando chegamos lá no posto tudo é complicado por que nem sempre entendo a língua do enfermeiro que não é indígena.

Entrevista 12 - (Masculino - 32 anos)

Quando levo a minha filha para o posto, tenho que sair 4 horas da manha de bicicleta ou di pé mesmo, quando tenho dinheiro vou de ônibus, mas nem sempre tem dinheiro do ônibus.

O ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Entrevista 1 - (Feminino - 64 anos)

O atendimento não é muito bom né, as vezes eles até atende agente bem.

Entrevista 2 - (Feminino - 20 anos)

O que vejo também que um médico um enfermeiro tem que da uma atenção melhor não só para o indígena e também para o branco, melhora bastante o atendimento, melhora muito, eu nasci aqui em Campo Grande mas sempre vou na minha aldeia, essas pessoas bem antiga não entende muito. Esses dias minha mãe estava internada no Hospital Regional e as pessoas que estava lá eu não conheço, mas eu fico conversando da atenção sabe, falo Bom Dia, Boa Tarde é uma coisa mínima mas é tão importante pra gente que esta lá no posto ou no hospital, fiquei lá do lado da minha mãe passou um monte de enfermeiro médicos acho que não custa eles chegar em um paciente e falar bom dia, boa tarde eu acho assim se ele escolheu essa profissão ele tem que da valor naquilo porque você escolheu uma profissão

para trabalhar na área da saúde você tem que dar atenção por que você vai cuidar de uma pessoa que não está bem está lá porque a saúde está ruim.

Entrevista 3 - (Feminino - 30 anos)

Na verdade é que as enfermeiras não falam nem bom dia, eu acho que elas não gosta de atende agente não, sempre de cara fechada.

Entrevista 4 - (Feminino - 24 anos)

Melhorou muito o atendimento era pior.

Entrevista 5 - (Feminino - 30 anos)

Eles são bons, mas parece que eles estão mal humorados às vezes só, tem dia que eles tratam agente bem só às vezes, as vezes não.

Entrevista 6 - (Feminino - 42 anos)

Não gosto de ir no posto na verdade tudo é ruim, o atendimento as vezes é bom.

Entrevista 7 - (Feminino - 28 anos)

Eu gostaria muito que o medico, o enfermeiro falasse bom dia, se fosse um pouco educados às vezes não.

Entrevista 8 - (Masculino - 33 anos)

Não gosto de ir no posto, ninguém atende agente bem, parece que não gosta de índio.

Entrevista 9 - (Masculino - 64 anos)

Um dia fui no posto, achei estranho por que a enfermeira me atendeu eu bem, perguntou se a menina que estava comigo era minha filha, me ajudou, nunca isso aconteceu comigo, as outras vezes que eu fui com a minha esposa nem olhou em meu rosto. Eu sei que é difícil trabalhar em posto né, mas tem que atender a população não indígena bem e também o indígena, agente espera sempre por um bom atendimento bom.

Entrevista 10 - (Masculino - 71 anos)

É bastante complicado falar do atendimento aqui na aldeia água bonita, agente é esquecido e quando vai no posto, parece que nem somos pessoas, gostaria muito que isso mudasse.

Entrevista 11 - (Masculino - 60 anos)

Bom eu gosto do atendimento, mas poderia ser melhor.

Entrevista 12 - (Masculino - 32 anos)

Eu fui no posto de 24 horas, tive que pedir ajuda e fui no posto, quando cheguei lá eu não entendia como fazer, nunca tinha ido, por isso que eu não sabia como fazer para ser atendido, eu falei para enfermeira, mas ela não olhou p mim e também não olhou para minha esposa, fiquei esperando e depois eu vi as pessoas pegar um papelzinho com o numero, depois de muito tempo eu perguntei para uma não indígena que também estava esperando ser atendida, e ela me falou que tinha que pegar esse papelzinho com o numero, eu esperei muito tempo, as pessoas que chegou depois de mim foi atendido antes de mim, isso é ruim, tinha que ter uma pessoa explicando na verdade não tem né.

AS DOENÇAS MAIS ATINGIDAS NA ALDEIA URBANA ÁGUA BONITA

13- Cacique

Diabete, colesterol alto.

14- Ex- Cacique

Hipertenso,diabete e Colesterol alto.

13- Ex Cacique,

Carro? Não tem carro disponível para aldeia, devido eu ter carro a comunidade me procura, uma hora da manha, 4 horas da manha, não tem hora. O que acontece quando chega no posto de saúde os indígenas tem dificuldade na língua e eu acabo fazendo esse intérprete e não é da minha função, se eu não fazer quem vai fazer. Semana passada uma mãe índia veio até a minha casa pediu para eu ligar na no

SAMU, fiquei meia hora no telefone e o SAMU fez um monte de pergunta, e depois de meia hora disse que não tinha carro, eu tive que levar. Eu qualifico o tratamento da saúde não é diferenciado. A FUNASA é precária, eu tenho carro, e quem não tem. A comunidade me procura devido eu ter carro, e não te hora não, é uma hora da manha (Entrevista realizada em 03 de julho de 2011).

14- Cacique

Carro tem que agendar, carro para emergência não tem na aldeia Água Bonita.

14- A presença do pajé na Aldeia Urbana

Eu sou o cacique e também o pajé da Aldeia Urbana Água Bonita. Quem tem conhecimento vem me procurar, estar com dor mais o medico não tem solução o indígena e também o não indígena vem me procurar. O pajé tem que saber que tipo de doença para fazer a reza e o ritual, se o pajé fazer a uma reza que não é para uma determinada doença, a pessoa pode até morrer. Tem doença que o medico não cura somente o pajé “ventre virado”. As maiorias dos indígenas deixaram um pouco de sua cultura tradicional e é evangélico. Ritual da Cura_ Cada doença tem um a reza diferente, em nossa aldeia em Dourados temos um altar para fazer esse ritual, já na aldeia água bonita, não temos o altar fazemos a reza e o ritual, cada doença tem uma reza.

13- Ex- Cacique

Fui cacique da aldeia já três anos, conheço a realidade da aldeia. O que falta é colocar na prática as políticas públicas. Uma das maiores dificuldade é a qualificação profissional, deveria capacitar o jovem indígena para entrar no mercado de trabalho. Sem capacitação fica complicado conseguir um emprego. Eu qualifico o tratamento da saúde não é diferenciado. A FUNASA é precária, eu tenho carro, e quem não tem. A comunidade me procura devido eu ter carro, e não tem hora não, é uma hora da manha. Quando chega no posto de saúde os indígenas tem muita dificuldade na língua e eu acabo fazendo esse intérprete, não é minha função, mas se eu ao fazer isso que vai fazer.

Semana passada uma mão indígena veio até aqui na minha casa, pediu para ligar no SAMU, fiquei meia hora e depois me disse que não tinha carro, eu tive que levar ela e seu filho no posto e fiquei lá para ajudar.

Na água bonita de um enfermeiro ele é remunerado pela FUNASA, ele atende na casa dele, por ele atender na casa dele as pessoas tem vergonha em procurar. Nós cobramos o chefe da FUNASA. Nos fomos na FUNASA o diretor sabe o que esta acontecendo, mas não resolve. Nos cobramos ele e o chefe da FUNASA eles sabe o que está acontecendo com a saúde da aldeia água bonita mais não resolve nada.

14- Cacique

Eu era vice cacique, hoje sou Cacique, teve uma eleição e ganhei a eleição a aldeia urbana votou em mim. Saúde é precária, não temos carro para emergência.

ANEXOS

ANEXO A

Análise do Comitê de Ética para realização da pesquisa



UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Campo Grande, 26 de abril de 2011

DECLARAÇÃO

Declaramos que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco recebeu para análise o projeto “**A saúde indígena na aldeia urbana água bonita: um desafio para o desenvolvimento local**” sob a responsabilidade de **Rafaela Maia Gomes**, orientação **Profa. Dra. Maurinice Evaristo Wenceslau** tendo sido protocolado sob o nº **011/2011**.

Lucas Fernando Gonçalves
Lucas Fernando Gonçalves
Auxiliar

Universidade Católica Dom Bosco - CEP/UCDB

ANEXO B

Aprovação do Comitê de Ética para realização da pesquisa



Campo Grande, 06 de maio de 2011.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto **“A saúde indígena na aldeia urbana água bonita: um desafio para o desenvolvimento local”** sob a responsabilidade de **Rafaela Maia Gomes**, orientação de **Profa. Dra. Maurinice Evaristo Wenceslau**, protocolo nº **011/11** após análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, foi considerado **aprovado sem restrições**.

Profa. Dra. Susana Elisa Moreira
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Católica Dom Bosco