

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE DIREITO
DEPARTAMENTO DE DIREITO PRIVADO E PROCESSO CIVIL

Dailor Sartori Junior

**Povos Indígenas e Direito à Saúde:
O Reconhecimento das Diferenças como Garantia a uma Atenção Diferenciada**

Porto Alegre
2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE DIREITO
DEPARTAMENTO DE DIREITO PRIVADO E PROCESSO CIVIL

Dailor Sartori Junior

**Povos Indígenas e Direito à Saúde:
O Reconhecimento das Diferenças como Garantia a uma Atenção Diferenciada**

Monografia apresentada ao Departamento de Direito Privado e Processo Civil da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel.

Orientador: Prof. Domingos Sávio Dresch da Silveira

Porto Alegre
2008

“Desterrados en su propia tierra, condenados al éxodo eterno, los indígenas de América Latina fueron empujados hacia las zonas más pobres, las montañas áridas o el fondo de los desiertos, a medida que se extendía la frontera de la civilización dominante. *Los indios han padecido y padecen – síntesis del drama de toda América Latina – la maldición de su propia riqueza.*” (Eduardo Galeano, *Venas Abiertas de América Latina*)

RESUMO

A evolução da legislação brasileira referente aos povos indígenas demonstra uma preocupação crescente em reconhecer seus direitos coletivos, formas de organização social e práticas de saúde diferenciadas, a partir da transição de uma política estatal assimilacionista para outra constitucional de reconhecimento, preservação e promoção cultural.

Nota-se, em relação à atenção à saúde, processo paralelo e similar. A noção indígena de saúde-doença diverge da biomédica ocidental, devido ao seu caráter holístico e à ênfase maior nas relações entre comunidade e natureza. Esta percepção, portanto, insere-se no processo de reconhecimento da diversidade cultural e passa a exigir uma política de saúde que seja integral, permanente e prestada de forma a respeitar as práticas tradicionais.

Tanto as políticas indigenistas, assimilacionista ou de reconhecimento, quanto a atenção à saúde indígena no âmbito do SUS, expõem as interações e os conceitos lançados pelas teorias analisadas: multiculturalismo emancipatório e diálogo intercultural, pluralismo jurídico e redistribuição e reconhecimento, as quais formam um referencial teórico que deve orientar os diversos profissionais que atuam em um contexto intercultural.

ABSTRACT

The evolution of the indigenous law in Brazil shows an increasing concern about recognizing the collective rights, social organization forms and the differentiated health care practices of these groups, from the transition of an assimilation policy to a constitutional one, which intends to recognize, promote and protect different cultures.

The health care policies face a parallel and similar process. The indigenous health-sickness understanding differs from the occidental biomedical, because of its holistic nature and its higher interaction between community and environment. This perception, therefore, introduces itself in the recognizing process of cultural diversity and demands an integral, permanent and aware of the traditional practices health policy.

As much the indigenous policies of assimilation or recognition, as the attention to indigenous health in the context of the public health system (SUS) demonstrate the many interactions and concepts put on view by the analyzed theories: emancipatory multiculturalism and intercultural dialogue, legal pluralism and redistribution and recognition, which formulate a theoretical background that ought to guide the many professionals who act in an intercultural context.

ABREVIATURAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
AIS	Agentes Indígenas de Saúde
Aisan	Agentes Indígenas de Saneamento
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde do Índio
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI	Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena
EVS	Equipes Volantes de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
ISA	Instituto Socioambiental
NDI	Núcleo de Direitos Indígenas
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIDESC	Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
UNI	União das Nações Indígenas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
CAPÍTULO I – EXIGÊNCIAS MULTICULTURAIS PARA AS POLÍTICAS DESTINADAS AOS POVOS INDÍGENAS.....	10
1. Três teorias de reconhecimento das diferenças	11
<i>1.1. Multiculturalismo emancipatório e diálogo intercultural.....</i>	<i>11</i>
<i>1.2. Pluralismo jurídico.....</i>	<i>20</i>
<i>1.3. Políticas de redistribuição e de reconhecimento</i>	<i>25</i>
2. Da integração ao reconhecimento na política indigenista brasileira	30
<i>2.1. Assimilacionismo e política tutelar</i>	<i>30</i>
<i>2.2. Avanços da Constituição Federal de 1988 e a Convenção 169 da OIT.....</i>	<i>35</i>
CAPÍTULO II – O DIREITO FUNDAMENTAL DOS POVOS INDÍGENAS À SAÚDE DIFERENCIADA	42
1. Noções de saúde-doença	43
<i>1.1. Conceito de saúde e sua caracterização como direito fundamental social</i>	<i>43</i>
<i>1.2. Breve noção de saúde-doença na cosmovisão Mbyá-Guarani</i>	<i>50</i>
2. Política de atenção à saúde indígena no Brasil	55
<i>2.1. Histórico da atenção à saúde indígena</i>	<i>55</i>
<i>2.2. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs.....</i>	<i>61</i>
<i>2.3. Articulações entre o SUS e a “atenção diferenciada”</i>	<i>64</i>
CONCLUSÃO.....	75
REFERÊNCIAS.....	77
ANEXO.....	83

INTRODUÇÃO

Abordar o tema da saúde dos povos indígenas, sua vinculação com teorias multiculturais e com conquistas por direitos coletivos e reconhecimento das diferenças culturais, é tarefa que exige incursão em áreas outras que não o Direito apenas. Por esta razão, este trabalho se apropria – de forma breve e limitada, frise-se – de contribuições da antropologia e da epidemiologia, principalmente, para cumprir com seus objetivos: examinar a saúde indígena no contexto de constitucionalização de direitos coletivos, de direitos fundamentais sociais e da evolução no tratamento estatal destinado aos povos indígenas, sempre relacionando com as teorias multiculturais selecionadas.

Tal objetivo poderia levar a outro, referente ao exame da efetividade da estrutura de atenção à saúde indígena no contexto multicultural. Para tanto, poderia ser analisada jurisprudência a respeito, porém casos deste tema levados ao judiciário são escassos. A metodologia mais apropriada para uma pesquisa qualitativa em saúde seria o trabalho de campo. No entanto, este método pressupõe amplo cronograma e conhecimentos pouco difundidos no estudo do Direito. A metodologia aqui utilizada, portanto, é análise teórica de legislação e de doutrina e, por vezes, de processos históricos. Opiniões obtidas a partir de trabalhos de campo são eventualmente citadas.

Apesar destas limitações, a importância do tema é ampla e reside em dois aspectos: na matéria em si, devido à situação precária da saúde indígena e da tímida atuação judicial neste sentido; e na necessidade de aproximação de temas interdisciplinares ao estudo do Direito, cuja limitação muitas vezes se dá pela inércia dos operadores em buscar novos conhecimentos e formas de ver as questões que são jurídicas, mas também antropológicas, psicológicas, sociológicas e sanitárias.

O Capítulo I está dividido em dois pontos. O primeiro apresenta três teorias de reconhecimento das diferenças, a partir de uma ordem específica de atuação: o multiculturalismo emancipatório e diálogo intercultural como teoria ampla e pedagógica, focando, principalmente, nos estudos de Boaventura de Sousa Santos; o pluralismo jurídico

como teoria no âmbito do Direito, reconhecendo processos de juridicidade paralelos ou contra o Direito estatal “oficial”, cuja fonte principal é o trabalho de Antonio Carlos Wolkmer; e redistribuição e reconhecimento como orientação para o tipo de política pública empregada a partir da situação concreta, segundo Nancy Fraser.

Em relação às teorias multiculturais, preferiu-se abordar somente a de cunho emancipatório, pois, tratando-se o trabalho de saúde dos povos indígenas, teorias multiculturais liberais, como a de Will Kymlicka, ou outras que procuram justificar uma igualdade entre culturas sem ressaltar os contextos de subjugação histórica e *epistemicídio*, não teriam o efeito desejado de destacar a necessidade de *empoderamento* e ampliação da cidadania dos povos indígenas, comparados, sob o ponto de vista dos indicadores sociais, às populações mais carentes do país.

Os conceitos e discussões trazidas pelas teorias podem ser observados como atuantes ao longo de todo o trabalho. Entretanto, o segundo ponto deste capítulo discorre sobre a evolução da política indigenista brasileira e as conquistas de direitos coletivos e culturais, garantidos pela Constituição Federal de 1988 e conectados diretamente às teorias tratadas no ponto anterior. Destacam-se aqui os trabalhos de Carlos Frederico Marés de Souza Filho, Manuela Carneiro da Cunha e, mais recentemente, Marcelo Veiga Beckhausen e Antonio Armando Ulian do Lago Albuquerque. Ainda, analisa-se a Convenção 169 da OIT, diante do seu tratamento inovador em relação à busca de autonomia dos povos indígenas e por sua adoção definitiva pelo Direito brasileiro. Nesta questão destacam-se os autores mexicanos Magdalena Gómez, Luis Villoro, Rodolfo Stavenhagen e o espanhol Bartolomé Clavero, os quais possuem amplo trabalho sobre autonomia indígena e direitos coletivos. Isto se deve à dimensão tomada pelas disputas étnicas naquele país, sobretudo pelas lutas indígenas em Chiapas.

O Capítulo II parte para a análise da saúde indígena como um direito fundamental social que deve ser garantido de forma diferenciada. O ponto 1 apresenta o conceito ocidental de saúde e sua caracterização como direito fundamental social, tendo com isto dois objetivos: primeiro, quer-se diferenciar a noção biomédica ocidental da noção indígena de saúde-doença, brevemente analisada no mesmo ponto a partir de referências da Antropologia; segundo, para mostrar a evolução constitucional dos direitos sociais, nos quais justifica-se também a saúde indígena porque inserida na saúde pública de responsabilidade do Estado.

A noção de saúde-doença na cosmovisão Mybá-Guarani, e também colocações acerca do termo cosmovisão, são essenciais para os objetivos traçados, pois demonstram o conteúdo e a dimensão da necessidade de atenção diferenciada, justificando, também, o reconhecimento

dos direitos culturais. Este tópico utiliza contribuições de antropólogos como Eduardo Viveiros de Castro, Esther Jean Langdon e Elizabeth Pissolato.

O ponto seguinte aprofunda a configuração da atenção à saúde indígena. Perante as diferenças de representações culturais constatadas no ponto 1, e compreendendo que se trata também de um direito fundamental social de dever do Estado, analisa-se o histórico da atenção à saúde indígena – que acompanha a evolução da política indigenista em geral –, sua atual configuração em Distritos Sanitários Especiais Indígenas e, por último, algumas características da “atenção diferenciada” e sua articulação com os princípios e diretrizes do SUS, na qual está formalmente inserida. A produção deste tema parece ainda escassa, por isso a grande utilização dos estudos das antropólogas Esther Jean Langdon e Luiza Garnelo. Todavia, a escassez não exime a qualidade e profundidade dos trabalhos destas duas autoras.

Deste modo, a configuração da saúde indígena é aprofundada e analisada de acordo com os conceitos e evoluções anteriormente descritas, procurando ter sempre como norte o diálogo intercultural e o reconhecimento das diferenças culturais – garantia constitucional –, superando políticas assimilacionistas e pautando-se pelo *empoderamento* e alteridade.

CAPÍTULO I

EXIGÊNCIAS MULTICULTURAIS PARA AS POLÍTICAS DESTINADAS AOS POVOS INDÍGENAS

Tensões entre diferença e igualdade, universalismo e particularismo, exigência do reconhecimento das diferenças e de redistribuição que permitem a realização da igualdade substancial são discussões que suscitam termos diversos, como multiculturalismo, justiça multicultural, direitos coletivos e pluralismo. Da mesma forma, há também uma multiplicidade de autores e teorias que procuram esclarecer estas tensões, a partir de pontos de vista tanto conservadores quanto emancipatórios, ou seja, que procuram indicar noções mais inclusivas de cidadania atentas às relações desiguais da sociedade.¹

As três teorias de reconhecimento das diferenças tratadas primeiro ponto, portanto, formam um referencial teórico que permite analisar, a partir de uma ordem de especificidade, a política indigenista brasileira e a atenção à saúde indígena: o multiculturalismo emancipatório e diálogo intercultural como teoria ampla de reconhecimento e de projeto pedagógico para uma nova forma de ver e entender a sociedade;² o pluralismo jurídico tendo o direito como âmbito de luta, onde o monismo dá lugar ao reconhecimento de diferentes formas de juridicidade não-estatais; e redistribuição e reconhecimento como uma orientação de políticas públicas, diante da necessidade específica constatada.

Não obstante o IBGE tenha incluído em seus censos, a partir de 1991, o recorte “indígena” na categoria “cor da pele”, não existe ainda um censo indígena que apresente dados completos sobre os grupos que vivem no Brasil; as contagens se baseiam em fontes heterogêneas que demonstram números variáveis.³

Dados da FUNAI informam existirem hoje no Brasil 215 povos indígenas, constituindo uma população de aproximadamente 345 mil índios (0,2% da população nacional) que, no entanto, representa apenas índios que vivem em aldeias; estima-se a existência de 100 a 190 mil outros vivendo fora de terras indígenas e cerca de 50 grupos

¹ SANTOS, Boaventura de Sousa; NUNES, João Arriscado. Introdução: para ampliar o cânone do reconhecimento, da diferença e da igualdade. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (org.). *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 25.

² *Ibidem*, p. 25.

³ ARAÚJO, Ana Valéria. *Povos indígenas e a lei dos “brancos”: o direito à diferença*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006, p. 23.

isolados da sociedade. Apesar da pequena representatividade populacional, a diversidade cultural entre os diferentes grupos é imensa e pode ser exemplificada pelo conhecimento de cerca de 180 línguas distintas do idioma oficial.⁴

Embora variáveis, comparando-se os dados aproximados atuais com os números da população indígena na época da chegada dos portugueses, são visíveis as conseqüências da exploração que estes povos sofreram e ainda vêm sofrendo diante de políticas excludentes e assimilacionistas, quando não de genocídio e escravidão como as que ocorreram na história do Brasil e em outros países da América Latina.⁵

Como denuncia Carlos Frederico Marés de Souza Filho, essas políticas variaram “de acordo com a violência ou ambição de seu executor. Sincera e preocupada com a salvação da alma e da sociedade guarani com os jesuítas na Bacia do Prata, ou violenta e arrogante com Pizarro e Cortez entre incas e astecas.”⁶

O reconhecimento da diversidade cultural, hoje garantido constitucionalmente e em tratados internacionais através de direitos coletivos, somente foi possível após um processo lento de superação das políticas de assimilação dos povos indígenas à cultura nacional dominante e de integração à sociedade executadas desde a colonização dos países latino-americanos.⁷

Institutos e termos ultrapassados e discriminatórios ainda persistem na legislação referente aos povos indígenas – como ocorre com a política tutelar do ainda não revogado Estatuto do Índio, de 1973 –, porém é possível perceber os avanços obtidos com a Constituição Federal de 1988 e com a adoção tardia da Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho. Esta evolução e os novos direitos de reconhecimento da diversidade cultural são tratados no segundo ponto deste capítulo.

1. Três teorias de reconhecimento das diferenças

1.1. Multiculturalismo emancipatório e diálogo intercultural

⁴ ARAÚJO, *Povos indígenas...*, p. 23.

⁵ SOUZA FILHO, Carlos Frederico Marés de. Multiculturalismo e direitos coletivos. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (org.). *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 74.

⁶ *Ibidem*, p. 77.

⁷ *Ibidem*, p. 74.

O termo cultura deriva do latim *colere*, inicialmente designando o ato de cultivar a terra em uma acepção natural. O uso ao qual se destina hoje, apesar da pluralidade de conceitos, origina-se de uma metáfora – cultivar o espírito – que obrigou o significado anterior a se modificar para permanecer no dicionário, derivando a palavra agricultura.⁸ Resulta que hoje o termo possui diversos conceitos e detém extrema importância para muitas ciências, como a antropologia, a filosofia, a psicologia e a sociologia, consistindo, para algumas, no pilar fundamental de reflexão.⁹

Não obstante a grande relevância da noção de cultura também para o direito, para os objetivos aqui traçados, onde se quer estudar a cultura desde o direito, não este desde aquela, cabe apenas uma definição mais restrita em um primeiro momento, evitando-se passar por noções tão extensas como a da antropologia, para a qual até mesmo o direito seria um conteúdo da cultura.¹⁰

Deste modo, pode-se distinguir para o direito “cultura” e “culturas”. Sendo esta primeira uma concepção mais geral entendida como o conjunto acumulativo de bens e de valores do espírito criados pelo homem através de sua faculdade de simbolização, o direito não apenas atua sobre esta cultura – promovendo-a e garantindo a ela esferas de liberdade –, mas também sobre suas concretas manifestações sócio-históricas.¹¹

Por outro lado, as “culturas”, que expressam um modo de ser determinado de uma comunidade, de um povo ou de uma nação, portadoras de um sistema coeso mas mutável de conteúdos e valores, também são objeto da tutela jurídica, através do reconhecimento, da proteção e da promoção destas diferenças. Portanto, são duas formas que se complementam e igualmente recebem proteção jurídica: uma noção genérica, outra coletiva.¹²

Partindo destes apontamentos gerais, percebe-se que a teoria que aqui se pretende analisar não se esgota em uma tolerância de pluralidade de culturas, pois, como diz Jacques d’Adesky, citado por Antonio Albuquerque, o pluralismo cultural não engloba,

⁸ PRIETO DE PEDRO, Jesus. *Cultura, Culturas y Constitución*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1995, p. 24.

⁹ *Ibidem*, p. 25.

¹⁰ *Ibidem*, p. 35. A cultura como objeto de proteção do direito é vista de forma sucinta adiante, no ponto 2, que trata da evolução da política indigenista brasileira, direitos culturais, direitos coletivos e autodeterminação. Considerações mais próximas da antropologia são apresentadas no Capítulo II, ponto 1.2, quando se analisa a noção de saúde-doença de um grupo indígena e o termo cosmovisão. Aqui, cabem apenas breves apontamentos que se façam suficientes para entender o multiculturalismo como teoria de reconhecimento das diferenças culturais e da necessidade de emancipação dos grupos aos quais estes direitos são limitados.

¹¹ *Ibidem*, p. 36.

¹² *Ibidem*, p. 36.

necessariamente, a “política de tratamento em pé de igualdade das diferentes culturas que se encontram num dado território geográfico.”¹³

O multiculturalismo é então a teoria que ultrapassa a mera aceitação de culturas diferentes em um mesmo território, promovendo um movimento pedagógico e atuante de uma política multicultural pautada pelo reconhecimento. A pluralidade de culturas pode ser inerte; o multiculturalismo pressupõe uma ação política e uma pedagogia.¹⁴

Embora exista esta distinção, a discussão em torno da teoria multicultural não fica isenta de críticas. Somente após a apresentação de importantes reflexões acerca do termo, pode-se entender a forma emancipatória que se atribuir à discussão da saúde indígena diferenciada, e também a qualquer outra discussão que envolva políticas de atenção aos povos indígenas.

Boaventura de Sousa Santos, antes de discorrer sobre o multiculturalismo e o diálogo intercultural, apresenta críticas ao termo e a algumas de suas interpretações. Primeiramente, afirma que o conceito aponta para uma *descrição* e para um *projeto*.¹⁵ Como descrição, pode-se falar de: “1. a existência de uma multiciplidade de culturas no mundo; 2. a co-existência de culturas diversas no espaço de um mesmo Estado-nação; 3. a existência de culturas que se interinfluenciam tanto dentro como além do Estado-nação.”¹⁶

O multiculturalismo como descrição, na medida em que se sobrepõe ao multiculturalismo como projeto, gera inúmeras críticas tanto de setores conservadores como de esquerda. Isso se deve também à diversidade de projetos culturais e políticos que descrevem a si mesmos como multiculturais, muitos dos quais sujeitos às seguintes críticas:

- a) O conceito de multiculturalismo seria um conceito eurocêntrico, criado para descrever a diversidade cultural no quadro dos Estados-nação do hemisfério norte e para lidar com a situação resultante do fluxo de imigrantes vindos do Sul [...]. Trata-se de um conceito que o Norte procura impor aos países do Sul como modo de definir a condição histórica e identidade destes.
- b) Para outros, o multiculturalismo seria a expressão por excelência da lógica cultural do capitalismo multinacional ou global (um capitalismo “sem pátria”, finalmente...) e uma nova forma de racismo [...]
- c) O multiculturalismo tende a ser “descritivo” e “apolítico”, elidindo o problema das relações de poder, da exploração, das desigualdades e exclusões (o modelo “United Colors of Benetton”). O apelo à noção de “tolerância” não exige um envolvimento ativo com os “outros” e reforça o

¹³ d’ADESKY, Jacques. *Pluralismo étnico e multiculturalismo: racismos e anti-racismos no Brasil*. Rio de Janeiro: Pallas, 2001, p. 187-188, *apud* ALBUQUERQUE, Antonio Armando Ulian do Lago. *Multiculturalismo e direito à autodeterminação dos povos indígenas*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2008, p. 75.

¹⁴ ALBUQUERQUE, *Multiculturalismo...*, p. 75

¹⁵ SANTOS; NUNES, *Introdução: para ampliar o cânone...*, p. 28.

¹⁶ *Ibidem*, p. 28.

sentimento de superioridade de quem fala de um autodesignado lugar de universalidade.

[...]

f) Finalmente, é possível questionar a própria pertinência de termos como “cultura” ou “multiculturalismo” para descrever e caracterizar contextos e experiências diferenciados, em que existem formas de visão e de divisão do mundo distintas, para as quais a noção de “cultura” ou a divisão entre o cultural, o econômico, o social, ou o político não é relevante. Esta crítica suscita o problema dos usos “estratégicos” de conceitos hegemônicos [...].¹⁷

Todavia, o multiculturalismo pode ser o termo usado para descrever projetos políticos e culturais emancipatórios e contra-hegemônicos¹⁸ de reconhecimento das diferenças. Para tanto, é importante especificar as condições em que tais projetos podem acontecer.

Alguns defensores do multiculturalismo emancipatório ressaltam que um aspecto importante da cultura “reside no fato dela ser, na era do capitalismo global, o espaço privilegiado de articulação da reprodução das relações sociais capitalistas e do antagonismo a elas.”¹⁹ Esta constatação deve-se à origem destas reivindicações por emancipação e reconhecimento, por novas definições de direitos, de identidades, de justiça e de cidadania: as dinâmicas imperialistas, coloniais e pós-coloniais, bem como a relação do multiculturalismo com as dinâmicas econômicas e políticas da globalização capitalista e da reação a esses processos.²⁰

Conseqüentemente, as tentativas de resistência e de luta contra os reflexos da globalização e do capitalismo levantam a proposta de redefinição da prática como política cultural. Santos e Nunes identificam, assim, dois problemas decorrentes:

Em primeiro lugar, a multidimensionalidade das formas de dominação e de opressão suscita, por sua vez, formas de resistência e de luta que mobilizam atores coletivos, vocabulários e recursos diferentes e nem sempre mutuamente inteligíveis [...]. Em segundo lugar, tendo a maior parte dessas lutas uma origem local, a sua legitimação e a sua eficácia dependem da capacidade de atores coletivos e movimentos sociais de forjar alianças translocais e globais, que também elas pressupõem a inteligibilidade mútua.²¹

A resposta a estes dois problemas passa pelo que chamam de teoria da tradução, a qual seria capaz de permitir a articulação entre lutas derivadas de experiências distintas. Esta teoria

¹⁷ SANTOS; NUNES, *Introdução: para ampliar o cânone...*, p. 31-32.

¹⁸ O adjetivo “contra-hegemônico” é muito usado pelos autores consultados neste primeiro capítulo. Embora nenhum deles delimite seu conteúdo, é possível perceber que se quer enfatizar, de uma maneira genérica, as reivindicações por reconhecimento e garantia de direitos humanos por grupos vulneráveis em face do Estado.

¹⁹ SANTOS; NUNES, *op. cit.*, p. 33.

²⁰ *Ibidem*, p. 34.

²¹ *Ibidem*, p. 40.

manteria intacta a autonomia de cada luta, com intuito de tornar inteligíveis os seus pontos em comum. Poderia, desta forma, aproximar os conceitos e conteúdos de lutas indígenas, feministas ou ecológicas.²²

Joaquín Herrera Flores²³ também apresenta críticas ao multiculturalismo e contribuições para uma prática intercultural que possibilite não uma escolha entre universalidade ou particularidade, mas uma constante tensão entre ambos que evidencie uma racionalidade de resistência.²⁴ Para isso, apresenta três visões a respeito dos direitos humanos, duas das quais, diante do seu caráter individualista e extremado, geram polêmicas quanto à aceitação dos próprios direitos.

A primeira perspectiva se caracteriza por uma visão abstrata, vazia de conteúdo, centrada na concepção ocidental de direito, cuja racionalidade é jurídico-formal e dotada de práticas universalistas.²⁵ A segunda visão seria localista, com racionalidade material ou cultural e de práticas particulares.

Desta forma, diante de sua aparente neutralidade, o direito visa a garantir um marco de convivência comum, sem privilégios de uns sobre outros. A cultura, por sua característica aparentemente localista, “pretende garantir a sobrevivência de símbolos, de uma forma de conhecimento e de valoração que oriente a ação do grupo para fins preferidos por seus membros.”²⁶ Ocorre que a busca deve ser por uma cultura que concilie a universalidade de garantias e o respeito das diferenças, sem posições extremas. Esta seria uma visão complexa dos direitos humanos, com racionalidade de resistência e de prática intelectual.²⁷

Cristoph Eberhard também atenta para o perigo entre estas duas posições antagônicas e auto-excludentes: enquanto que a posição *universalista* ignora o diálogo em nome de um monólogo potencialmente opressivo para aqueles que não compartilham dos mesmos valores e concepções, o *relativismo* absolutiza as diferenças, nega qualquer forma de diálogo e permite no máximo uma coexistência harmoniosa, podendo levar à imposição de valores de uns sobre outros que o aproximaria de um universalismo.²⁸

²² SANTOS; NUNES, *Introdução: para ampliar o cânone...*, p. 40.

²³ FLORES, Joaquín Herrera. Direitos humanos, interculturalidade e racionalidade de resistência. In: WOLKMER, Antonio Carlos (org.). *Direitos Humanos e Filosofia Jurídica na América Latina*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

²⁴ *Ibidem*, p. 377.

²⁵ *Ibidem*, p. 364.

²⁶ *Ibidem*, p. 365.

²⁷ *Ibidem*, p. 365.

²⁸ EBERHARD, Cristoph. Direitos humanos e diálogo intercultural: uma perspectiva antropológica. In: BALDI, César Augusto (org.). *Direitos humanos na sociedade cosmopolita*. Rio de Janeiro: Renovar, 2004, p. 164-165.

A lógica existente entre um suposto fato e a consequência jurídica – silogismo em essência – não é questionada. O que Flores rebate é um formalismo excessivo que ignora o contexto social e práticas culturais particulares.²⁹ O autor questiona, então, se a resposta usualmente dada para o problema, o localismo, seria a solução. Em verdade, essa racionalidade “nativista” igualmente reproduz extremos ou “identidades absolutas” de culturas que não se inter-relacionam: “negritude”, “feminino”, “latino-americano”, por exemplo.³⁰

Esta é uma forma crítica de ver o multiculturalismo, o qual “respeita as diferenças, absolutizando as identidades e esfalecendo as relações hierárquicas – dominados/dominantes – que entre elas ocorrem.”³¹ Assim, existiriam apenas duas concepções de multiculturalismo: a liberal de tendência progressista, que considera todas as culturas iguais, e a conservadora, onde apenas uma cultura pode considerar-se o “padrão ouro do universal”.³²

A proposta de Flores, então, seria uma racionalidade de resistência, a qual acaba por admitir ser um “multiculturalismo crítico ou de resistência”.³³ Assim a explica:

Uma racionalidade que não nega que é possível chegar a uma síntese universal das diferentes posições relativas aos direitos. E tampouco descarta a virtualidade das lutas pelo reconhecimento das diferenças étnicas ou de gênero. O que negamos é considerar o universal como um ponto de partida ou um campo de descontos. Ao universal há de chegar – universalismo de chegada ou de confluência – depois (não antes) de um processo conflitivo, discursivo ou de confrontação [...].³⁴

Joaquín Flores propõe, em vez de uma prática universal ou multicultural, uma racionalidade *intercultural*, onde as potencialidades humanas são desenvolvidas através do conflito que não se limita em aceitar as imposições de culturas dominantes ou de uma apática e acrítica igualdade entre culturas.³⁵ A resposta de Boaventura de Sousa Santos para as críticas que ele próprio enumera, como visto anteriormente, parece configurar-se na mesma proposta de Flores, em que pese o apego deste autor a termos diversos, mas de conteúdo semelhante.

²⁹ FLORES, *Direitos humanos...*, p. 366.

³⁰ *Ibidem*, p. 373.

³¹ *Ibidem*, p. 373.

³² *Ibidem*, p. 374.

³³ *Ibidem*, p. 374.

³⁴ *Ibidem*, p. 375.

³⁵ *Ibidem*, p. 377.

Em trabalho repetidas vezes publicado no Brasil,³⁶ Santos reforça os argumentos em prol de um multiculturalismo emancipatório como contraposição aos reflexos da globalização capitalista, além de lançar as bases, assim como Raimundo Panikkar,³⁷ para a possibilidade de um diálogo intercultural chamado de *hermenêutica diatópica*.

O sociólogo português primeiro apresenta quatro formas de *globalizações*.³⁸ A primeira delas denomina *localismo globalizado*, a qual consiste na globalização com sucesso de determinado fenômeno local, como a atividade das multinacionais ou a transformação da língua inglesa.³⁹ A segunda forma é o *globalismo localizado*, que traduz os impactos de práticas transnacionais nas condições locais, desestruturando-as e reestruturando-as para que respondam a estes imperativos. São exemplos: destruição maciça dos recursos naturais para pagamento da dívida externa e *dumping* ecológico.⁴⁰

Segundo Santos, no padrão de produção internacional de globalização cabe aos países centrais produzir *localismos globalizados*, enquanto que aos periféricos cabe escolher *globalismos localizados*.⁴¹

Em contrapartida, existem interações globais que não se encaixam em nenhuma das duas formas anteriores. A primeira seria o *cosmopolitismo*: conjunto heterogêneo de iniciativas de organizações e movimentos contra exclusão e discriminação social decorrentes dos localismos globalizados e dos globalismos localizados, exemplificado por redes transnacionais de lutas por proteção ecológica, pelos direitos indígenas e pelos direitos humanos em geral.⁴² A segunda forma o autor chama de *patrimônio comum da humanidade*, que trata de temas somente relevantes no seu aspecto global, como a proteção da camada de ozônio e da biodiversidade e a sustentabilidade da vida humana, sempre com o intuito de preservação para gerações presentes e também futuras.⁴³

³⁶ SANTOS, Boaventura de Sousa. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. In: _____ (org.). *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. Publicado também em: BALDI, César Augusto (org.). *Direitos humanos na sociedade cosmopolita*. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

³⁷ PANIKKAR, Raimundo. Seria a noção de direitos humanos um conceito ocidental? In: BALDI, César Augusto (org.). *Direitos humanos na sociedade cosmopolita*. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

³⁸ SANTOS, *Por uma concepção...*, p. 433. “Aquilo que habitualmente chamamos de globalização são, de fato, conjuntos diferenciados de relações sociais; diferentes conjuntos de relações sociais dão origem a diferentes fenômenos de globalização. Nestes termos, não existe estritamente uma entidade única chamada de globalização; existem, em vez disso, globalizações. A rigor, este termo só deveria ser usado no plural.”

³⁹ *Ibidem*, p. 435.

⁴⁰ *Ibidem*, p. 435. O *dumping* ecológico consiste na “‘compra’ pelos países do Terceiro Mundo de lixos tóxicos produzidos nos países capitalistas centrais para gerar divisas externas.”

⁴¹ *Ibidem*, p. 435.

⁴² *Ibidem*, p. 436.

⁴³ *Ibidem*, p. 437.

Neste contexto, sendo os direitos humanos pretensamente universais, tendem a operar como um localismo globalizado. As práticas contra-hegemônicas e de reconhecimento de diferenças, no entanto, buscam transformá-lo em um projeto cosmopolita.

Para tal transformação, Santos enumera algumas premissas, das quais destaca-se a superação do debate sobre universalismo e relativismo cultural, nos moldes da já referida proposta de Eberhard. Como síntese desta superação, tem-se o cuidado de perceber que “todas as culturas são relativas, mas o relativismo cultural como atitude filosófica é incorreto. Todas as culturas aspiram a preocupações e valores universais, mas o universalismo cultural, como atitude filosófica, é incorreto.”⁴⁴

A segunda premissa destacada é que todas as culturas possuem noções de dignidade humana, mas nem todas essas noções materializam-se na forma de direitos humanos.⁴⁵ Assim, deve-se procurar elementos que possuam não o mesmo conceito, mas o preenchimento da mesma necessidade, ou seja, o *equivalente homeomórfico*, como sustenta Panikkar:

Dessa forma, não buscamos transliterar os direitos humanos para outras linguagens culturais, nem devemos procurar simples analogias; tentamos, ao invés disso, buscar o equivalente homeomórfico. Se, por exemplo, os direitos humanos forem considerados como base para exercer e respeitar a dignidade humana, devemos investigar como outra cultura consegue atender a uma necessidade equivalente – o que só pode ser feito uma vez que tenham sido construídas bases comuns (uma linguagem mutuamente compreensível) entre as duas culturas.⁴⁶

A terceira premissa incide em compreender que todas as culturas têm versões de dignidade humana que diferem na sua reciprocidade ou na abertura e aceitação de outras culturas e visões. Escolher a interpretação que garante maior reciprocidade, portanto, facilitará o diálogo intercultural.⁴⁷

Por último, a quarta premissa destacada diz que todas as culturas tendem a sustentar uma dicotomia de princípios competitivos entre as pessoas e os grupos sociais: o princípio da igualdade e o princípio da diferença. Saber quando atuar em prol de uma ou outra luta é tarefa de uma política emancipatória.⁴⁸

⁴⁴ SANTOS, *Por uma concepção...*, p. 441.

⁴⁵ *Ibidem*, p. 442.

⁴⁶ PANIKKAR, *Seria a noção...*, p. 209.

⁴⁷ SANTOS, *op. cit.*, p. 442.

⁴⁸ *Ibidem*, p. 442-443.

Esta transformação em um projeto cosmopolita se dá através de um diálogo intercultural que possibilite não apenas trocas de saberes, mas das próprias culturas como universos de sentido, ou seja, como formas de ver o mundo.⁴⁹

Os universos de sentido são os *topoi*; os lugares comuns retóricos ou elementos mais abrangentes e caracterizadores de determinada cultura.⁵⁰ A hermenêutica diatópica é a técnica que procura guiar o entendimento de uma cultura a partir dos *topoi* de outra, sem que haja imposição destes, pois, por mais forte que sejam estes elementos (*topoi*), “são tão incompletos quanto a própria cultura a que pertencem.”⁵¹ Assim, a condição para um diálogo intercultural é a consciência da incompletude mútua das culturas. Em relação a estes cuidados, afirma Panikkar:

Assim sendo pergunto: é possível ter acesso a outros *topoi*, de modo que tenhamos condições de compreender culturas diferentes a partir delas próprias, ou seja, da forma como elas se entendem? Talvez não sejamos capazes de superar nossas próprias categorias de compreensão, mas pode não ser impossível mantermos um pé em uma cultura e um pé em outra.⁵²

Pode-se exemplificar esta complexa relação de análise de culturas distintas pela visão recíproca entre os direitos humanos individuais e a *umma* árabe, esta como a forma coletiva de ver a salvação a partir do Corão.⁵³ A partir dos *topoi* da *umma*, os direitos humanos individuais são incompletos por não conceberem como essencial o caráter coletivo para a prosperidade da sociedade. Tal afirmação evidencia-se pela dificuldade dos direitos humanos em aceitar direitos coletivos, como os dos povos indígenas.⁵⁴

Por sua vez, a incompletude da *umma*, vista pelos direitos humanos individuais, é a preocupação demasiada por deveres em detrimento de direitos, o que pode justificar desigualdades como entre homens e mulheres, muçulmanos e não-muçulmanos; algo inconcebível na ótica dos direitos humanos.⁵⁵

Apesar das contribuições da hermenêutica diatópica em proporcionar um diálogo a primeira vista impossível, surgem questões importantes indagadas por Santos para que um projeto multicultural não seja, na prática, uma política conservadora:

⁴⁹ SANTOS, *Por uma concepção...*, p. 443.

⁵⁰ *Ibidem*, p. 443.

⁵¹ *Ibidem*, p. 444.

⁵² PANIKKAR, *Seria a noção...*, p. 220.

⁵³ SANTOS, *op. cit.*, p. 446.

⁵⁴ *Ibidem*, p. 446.

⁵⁵ *Ibidem*, p. 446.

Que possibilidades há para um diálogo intercultural quando uma das culturas foi moldada por massivas e continuadas agressões à dignidade humana perpetradas em nome da outra cultura?

[...]

Imperialismo e epistemicídio são parte da trajetória histórica da modernidade ocidental. Após séculos de trocas culturais desiguais, será justo tratar todas as culturas de forma igual?⁵⁶

Portanto, mesmo que o caráter emancipatório da hermenêutica diatópica não esteja garantido *a priori*, dois imperativos são essenciais para que um projeto intercultural seja possível: primeiro, escolher a versão de uma dada cultura que tenha maior reciprocidade e reconhecimento do outro; segundo, em relação à tensão entre igualdade e diferença que ocorre em todas as culturas, deve-se observar que a “hermenêutica diatópica pressupõe a aceitação do seguinte imperativo transcultural: *temos o direito a ser iguais quando a diferença nos inferioriza; temos o direito a ser diferentes quando a igualdade nos descaracteriza.*”⁵⁷

1.2. Pluralismo jurídico

O objetivo de apresentar diferentes teorias que, de maneira conjunta, podem constituir um referencial teórico para orientar a formulação de políticas de atenção à saúde indígena – e de outros direitos fundamentais destes povos – requer a análise do pluralismo jurídico e de sua contribuição para a temática proposta.

Esta pertinência deve-se à própria natureza da teoria, “que questiona a centralidade do direito elaborado pelo Estado e a sua exigência de exclusividade no ordenamento normativo da vida social.”⁵⁸ Por esta razão, o pluralismo jurídico diferencia-se do multiculturalismo – sobretudo pelo âmbito de luta, que é o direito, enquanto que o multiculturalismo é mais vinculado ao problema pedagógico⁵⁹ – e das políticas de redistribuição e reconhecimento, tema do ponto seguinte, somando uma visão diferenciada ao conjunto exemplificativo de teorias apresentadas neste primeiro capítulo.

⁵⁶ SANTOS, *Por uma concepção...*, p. 452.

⁵⁷ *Ibidem*, p. 458.

⁵⁸ RANDERIA, Shalini. Pluralismo jurídico, soberania fraturada e direitos de cidadania diferenciais: instituições internacionais, movimentos sociais e Estado pós-colonial na Índia. Tradução de Ana Cláudia Jorge. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (org.). *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 467.

⁵⁹ ALBUQUERQUE, *Multiculturalismo...*, p. 259.

Da mesma forma que o multiculturalismo é teoria controversa, recebendo diversas críticas conforme suas adjetivações, o pluralismo jurídico também pode ser compreendido por diferentes perspectivas. Shalini Randeria, ao tratar do tema, alerta que não pretende debater o pluralismo jurídico transnacional baseado na “produção autônoma e espontânea de direito por parte de uma pequena elite de árbitros comerciais internacionais e de gigantescas sociedades de advogados”,⁶⁰ mas focado na atuação de ONGs e movimentos sociais em âmbito internacional, portanto, de cunho contra-hegemônico e emancipatório.

Com relação ao histórico dos estudos, Antonio Albuquerque destaca as contribuições de Eugen Ehrlich e Georges Gurvitch.⁶¹ No Brasil, os estudos tomaram força em meados da década de 80, a partir do movimento de crítica jurídica, apesar de, uma década antes, Boaventura de Sousa Santos já ter analisado o assunto em função de pesquisa sobre a organização jurídico-social de uma favela do Rio de Janeiro.⁶²

A partir de sua pesquisa de campo, Boaventura de Sousa Santos pôde concluir que “a concretização do pluralismo jurídico, acontece sempre que no mesmo espaço geo-político vigora (oficialmente ou não) mais de uma ordem jurídica. Esta pluralidade normativa pode ter uma fundamentação econômica, rática, profissional ou outra [...]”,⁶³ o que corresponde a um conceito preliminar.

Entretanto, a maior contribuição acerca do tema veio com a publicação da obra de Antonio Carlos Wolkmer,⁶⁴ a qual examina extensamente o que considera, como diz o subtítulo, uma nova cultura no Direito.

Para o autor, o fenômeno tem por base diversos fatores: crise de valores e desajuste institucional das sociedades periféricas de massa; estruturação das novas formas racionais de legitimação da produção capitalista globalizada; saturamento do modelo liberal de representação política; e esgotamento do instrumental jurídico estatal. Tudo isto legitima a busca por um novo “paradigma de fundamentação para a cultura política e jurídica.”⁶⁵

Neste sentido que se encontra a importância e a justificação da discussão do tema, porque:

⁶⁰ RANDERIA, *Pluralismo jurídico...*, p. 465.

⁶¹ ALBUQUERQUE, *Multiculturalismo...*, p. 260. Ver ainda em: WOLKMER, Antonio Carlos. *Pluralismo Jurídico: fundamentos de uma nova cultura do Direito*. 3ª Ed. São Paulo: Alfa Omega, 2001, p. 195.

⁶² SANTOS, Boaventura de Sousa. Notas sobre a história jurídico-social de Pasárgada. In: SOUZA, José Geraldo de (org.). *O direito achado na rua: curso de extensão universitária à distância*. 1ª reimpressão. Brasília: UNB, 1988.

⁶³ *Ibidem*, p. 46.

⁶⁴ WOLKMER, Antonio Carlos. *Pluralismo Jurídico: fundamentos de uma nova cultura do Direito*. 3ª Ed. São Paulo: Alfa Omega, 2001.

⁶⁵ *Ibidem*, p. 169.

[O] modelo de cientificidade que sustenta o aparato de regulamentação estatal liberal-positivista e a cultura normativa lógico-formal já não desempenha sua função primordial, que é a de recuperar os conflitos do sistema institucionalmente, dando-lhes respostas que restaurem o equilíbrio da ordem estabelecida.⁶⁶

Esse conjunto de fatores da crise do Estado permite o surgimento de grupos organizados em função de necessidades, ou seja, o começo do pluralismo funda-se na exigência – e ausência – de direitos pelos novos atores: os movimentos sociais. Surge, assim, uma racionalidade caracterizada pela coexistência de diferenças e também a diversidade de sistemas jurídicos cercada pela multiplicidade de fontes normativas informais e difusas.⁶⁷

Os grupos sociais heterogêneos, a partir de suas experiências, buscam o reconhecimento de formas próprias de regulamentação que diminuam seus conflitos internos e contribuam para a satisfação de suas necessidades fundamentais.⁶⁸

Jesus Antonio de la Torre Rangel explica o surgimento do pluralismo jurídico da mesma maneira:

Esse pluralismo jurídico, que surge desde os pobres organizados, como novos sujeitos sociais, é uma realidade viva que tem como base de sua construção os direitos humanos da alteridade. Para poder vê-lo, requer-se uma epistemologia jurídica crítica e uma ética que se radique no outro.⁶⁹

Este autor mexicano também se socorre da sociologia jurídica de Jean Carbonnier para explicar as condições do pluralismo jurídico. Segundo o primeiro dos “teoremas fundamentais” do jurista francês, o direito não se esgota em suas fontes formais; ele é mais extenso que a regra de direito e, portanto, a juridicidade não se esgota nas normas. Tampouco o litígio ou o pleito exaurem o direito, porque este ultrapassa a noção de contencioso. Também importante, o segundo teorema sustenta que o direito é menor que o conjunto de relações entre os homens.⁷⁰

Outro autor a se preocupar com o tema, abordando-o com relação intrínseca ao surgimento dos novos movimentos sociais, é Celso Fernandes Campilongo.⁷¹ Para ele, a crise do Estado Social levou ao surgimento do que chama de “Estado pós-social”, devido ao

⁶⁶ WOLKMER, *Pluralismo jurídico...*, p. XVII.

⁶⁷ *Ibidem*, p. 169.

⁶⁸ ALBUQUERQUE, *Multiculturalismo...*, p. 261.

⁶⁹ RANGEL, Jesus Antonio de la Torre. Pluralismo jurídico enquanto fundamentação para a autonomia indígena. In: WOLKMER, Antonio Carlos (org.). *Direitos Humanos e Filosofia Jurídica na América Latina*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004, p. 324.

⁷⁰ *Ibidem*, p. 321-322.

⁷¹ CAMPILONGO, Celso Fernandes. Os desafios do Judiciário: um enquadramento teórico. In: FARIA, José Eduardo (org.). *Direitos humanos, direitos sociais e justiça*. 1ª Ed. 4ª tiragem. São Paulo: Malheiros, 2005.

alargamento da democracia e às reivindicações de movimentos sociais que têm percebido o Judiciário como “locus” de afirmação de direitos.⁷² Assim, mesmo sem referir-se ao termo pluralismo jurídico, dá indícios da sua existência:

No Estado pós-social, a política alarga-se para além do marco do próprio Estado e de sua regulação. Sem abrir mão das conquistas da cidadania regulada, delineia-se um grande campo, não estatal e não mercantil, de respeito às subjetividades, à autonomia, de combate à burocracia e às formas de exclusão social, baseadas no sexo, na raça, na idade, no consumo e na classe. A cidadania pós-social é emancipatória e, por vezes, caminha à margem da regulação estatal: uma cidadania desregulada.⁷³

Ao contrário do que pode parecer, todavia, esses novos atores sociais não requerem “menos Estado”, pois os direitos individuais conquistados no Estado Liberal e os direitos sociais do Estado Social continuam por ser reivindicados.⁷⁴ Prosseguindo sua tarefa de analisar os desafios do Judiciário, Campilongo apresenta as características desse Estado pós-social, onde também se modificam, além dos novos atores sociais, as estruturas normativas e as funções judicantes.

Tem-se, então, um Estado cujo princípio básico é a comunidade, uma concepção de cidadania desregulada e o surgimento de movimentos sociais como atores políticos privilegiados. Com relação às estruturas normativas, tem-se o pluralismo como Teoria do Direito, com ênfase na “desregulação” e a subjetividade como valor jurídico básico. Por fim, sobre as funções judiciais, os interesses difusos constituem a litigiosidade e a ideologia judicial é a desformalização, deslegalização e delegação.⁷⁵

Como se vê, há um consenso acerca dos pontos centrais do pluralismo jurídico: o surgimento de novos atores sociais em busca de regulamentação própria para suprir suas necessidades em um contexto de inoperância das funções lógico-formais da ordem jurídica estatal. Wolkmer apresenta, então, um conceito da teoria:

Sendo assim, há de se designar o *pluralismo jurídico* como a multiplicidade de práticas jurídicas existentes num mesmo espaço sócio-político, interagidas por conflitos ou consensos, podendo ser ou não oficiais e tendo sua razão de ser nas necessidades existenciais, materiais e culturais.⁷⁶

⁷² CAMPILONGO, *Os desafios...*, p. 32.

⁷³ *Ibidem*, p. 33.

⁷⁴ *Ibidem*, p. 33.

⁷⁵ *Ibidem*, p. 33-51.

⁷⁶ WOLKMER, *Pluralismo jurídico...*, p. 219.

De forma genérica, o autor ainda atribui o aparecimento do pluralismo legal – enquanto conceito amplo – em sociedades de capitalismo periférico, agravadas por profundas crises político-institucionais e compostas por espaços sociais conflituosos, quer por lutas de classes, quer por contradições de teor sócio-econômico e político-cultural.⁷⁷

Ocorre que neste momento se poderia pensar no pluralismo apenas como a defesa do Direito não-estatal, diante da crise de legitimidade do Estado. Atento a isto, Wolkmer cita Joaquim de Arruda Falcão, o qual afirma que o pluralismo jurídico é antes o “esforço teórico de explicar a convivência contraditória, por vezes consensual e por vezes conflitante, entre os vários direitos observáveis numa mesma sociedade.”⁷⁸

O pluralismo não prevê apenas práticas independentes e semi-autônomas com relação ao poder estatal, mas a coexistência de ordens jurídicas distintas que definem ou não relações entre si. Muitas das práticas normativas autônomas podem até mesmo ser controladas pelo Estado. Por esta razão que o pluralismo jurídico aqui descrito não é a negação ou a diminuição do poder estatal, mas o reconhecimento por parte deste de outras ordens geradas por distintas forças sociais, as quais subsistem independentemente do controle do Estado.⁷⁹

De fato, há diversas formas de relação entre o poder estatal e a produção de juridicidade de outros grupos sociais, o que permite dizer que as sociedades juridicamente plurais o são de maneiras diferentes. O “grau” de relação dependerá, dentre outros fatores, do alcance e da eficácia do direito estatal; da coexistência ou interpenetração destes ordenamentos; de serem esses grupos comunidades tradicionais paralelas ao Estado ou movimentos revolucionários que entram em choque com este; e do reconhecimento explícito ou mera tolerância do direito não-estatal.⁸⁰

Perante todas as ponderações expostas, Wolkmer parte para a formulação do tipo que considera ideal de pluralismo jurídico, dotado de certos fundamentos: o primeiro caracteriza-se pela busca de novos direitos por parte da atuação dos novos sujeitos coletivos de juridicidade.⁸¹

O segundo, que integra os fundamentos materiais, é a busca pela satisfação das necessidades humanas fundamentais, as quais não foram satisfeitas em nível pessoal ou

⁷⁷ WOLKMER, *Pluralismo jurídico...*, p. 220.

⁷⁸ FALCÃO, Joaquim de Arruda. *Conflito e direito de propriedade – invasões urbanas*. Rio de Janeiro: Forense, 1984, p. 80-83, *apud* WOLKMER, op. cit., p. 217.

⁷⁹ WOLKMER, op. cit., p. 222-223. Esta ponderação assume grande importância para melhor relacionar a teoria com o tema deste trabalho, ou seja, a necessidade de atenção diferenciada à saúde indígena como dever do Estado, e não em substituição a ele.

⁸⁰ RANDERIA, *Pluralismo jurídico...*, p. 471.

⁸¹ WOLKMER, op. cit., p. 235-241.

coletivo.⁸² O terceiro fundamento consiste no reordenamento do espaço público, democratização e descentralização do processo político para que haja maior controle e participação destes grupos⁸³.

O quarto, de caráter formal, reside em uma ética concreta da alteridade, que combate o individualismo irracionalista e egoísta, a perda da identidade cultural e a desumanização das relações sócio-políticas, em função das formas de vida da sociedade contemporânea.⁸⁴ O quinto e último fundamento, também de caráter formal, versa sobre uma racionalidade emancipatória, proveniente da pluralidade das formas de vida cotidiana e concreta, que se redefine como expressão da identidade cultural enquanto exigência e afirmação da liberdade, emancipação e autodeterminação.⁸⁵

Por fim, cabe ressaltar que o pluralismo jurídico progressista e emancipatório, ao fundar-se nos pressupostos acima descritos, relaciona-se – ou mesmo permite – um diálogo acerca da autodeterminação, do empoderamento e dos direitos coletivos destes sujeitos.⁸⁶

Os povos indígenas não são atores sociais que surgem da crise estatal, pois suas formas de organização já eram praticadas antes mesmo da colonização do Estado. É possível, contudo, e diante de certos limites e formas de proteção, estender o pluralismo jurídico progressista e emancipatório aos povos indígenas, reconhecendo sua estrutura normativa interna e regras de convivência como normas jurídicas fora do âmbito estatal.⁸⁷

1.3. Políticas de redistribuição e de reconhecimento

A terceira teoria que forma o conjunto referencial de observância da atenção à saúde indígena emana da contribuição da filósofa estadunidense Nancy Fraser.⁸⁸

Sua teoria coloca o reconhecimento das diferenças como o novo paradigma da justiça social, superando a teorização unicamente por redistribuição de recursos e bens que perdurou

⁸² WOLKMER, *Pluralismo jurídico...*, p. 241-248.

⁸³ *Ibidem*, p. 248-261.

⁸⁴ *Ibidem*, p. 261-273.

⁸⁵ *Ibidem*, p. 273-283.

⁸⁶ Autodeterminação e direitos coletivos dos povos indígenas são tratados no ponto 2 deste capítulo, diante da sua relação com a evolução da política indigenista brasileira.

⁸⁷ ANDRADE, Lédio Rosa de. *O que é Direito Alternativo*. Florianópolis: Obra Jurídica, 1998, p. 56-57, *apud* ALBUQUERQUE, *Multiculturalismo...*, p. 267.

⁸⁸ FRASER, Nancy. Redistribuição, Reconhecimento e Participação: Por uma Concepção Integrada da Justiça. In: SARMENTO, Daniel; IKAWA, Daniela; PIOVESAN, Flávia (coord.). *Igualdade, diferença e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

nos últimos 150 anos. Para a autora, o objetivo destas novas demandas, as quais chama de “políticas de reconhecimento”, é “construir um mundo amigo da diferença, onde a assimilação à maioria ou às normas culturais dominantes não é mais o preço do igual respeito”.⁸⁹ Incluem-se, neste panorama, as particularidades das minorias étnicas e dos povos indígenas.

Por um lado, tem-se a compreensão da injustiça como privação sócio-econômica, exemplificada pela imposição do sub-emprego, pela exploração do trabalho alheio e pela carência de indivíduos ou grupos a um padrão de vida materialmente razoável.⁹⁰ Já o novo paradigma de Fraser atenta para a compreensão de uma injustiça cultural ou simbólica, representada tanto pela dominação cultural quanto pelo não reconhecimento de grupos ou indivíduos como representantes de uma cultura diferente.⁹¹

A importância desta abordagem para os objetivos aqui traçados é demonstrar que tipos diferentes de injustiça social requerem tratamentos diferenciados em sua essência. Com efeito, estando presentes grandes diferenças culturais, o não reconhecimento gera uma forma de exclusão centrada na identidade, podendo estar ou não associada à insuficiência de recursos materiais. Assim, o reconhecimento é o “remédio” para a injustiça cultural, enquanto que a redistribuição é o “remédio” para as injustiças sócio-econômicas.⁹²

A partir desta formulação, Fraser percebe que os discursos estão muitas vezes dissociados, ou seja, alguns defensores da redistribuição consideram as políticas de reconhecimento das diferenças um “obstáculo à busca da justiça social”,⁹³ ao passo que alguns proponentes do reconhecimento rejeitam as políticas de redistribuição, pois estas seriam demasiado materialistas e ocultariam as relações que verdadeiramente produzem as injustiças sociais – relações simbólicas de dominação cultural.

A sua teoria busca, então, a superação do que ela chama de “falsas antíteses”, tais como questões de escolha entre redistribuição ou reconhecimento, política de classe ou política de identidade e multiculturalismo ou democracia social.⁹⁴ Para isso, entende que redistribuição e reconhecimento são “dimensões da justiça que podem permear todos os movimentos sociais”,⁹⁵ pois a redistribuição não se limita às políticas de classe e tampouco o

⁸⁹ FRASER, *Redistribuição...*, p. 167.

⁹⁰ ALBUQUERQUE, *Multiculturalismo...*, p. 129.

⁹¹ *Ibidem*, p. 130.

⁹² *Ibidem*, p. 130.

⁹³ FRASER, *op. cit.*, p. 168.

⁹⁴ *Ibidem*, p. 168.

⁹⁵ *Ibidem*, p. 169.

reconhecimento se limita às políticas de identidade, mesmo que existam coletividades que necessitem de uma forma de política em maior grau que a outra, quando não de ambas.⁹⁶

Neste momento, cabe exemplificar tipos ideais das três formas de coletividades: as que demandam políticas de redistribuição, as que demandam políticas de reconhecimento e as “coletividades bivalentes”, que se orientam por ambas de maneira simultânea.⁹⁷ Os tipos ideais podem ajudar na definição de qual política deve ser priorizada.

Um exemplo do tipo ideal de coletividade que requer políticas de redistribuição, para Fraser, é a classe trabalhadora explorada compreendida pelo marxismo econômico ortodoxo. Os problemas enfrentados por este grupo derivam diretamente da privação de recursos e bens materiais provocados por uma ordem sócio-econômica injusta, onde os operários contribuem com trabalho e não recebem sua parte equivalente de recompensas do sistema. O remédio para combater essa injustiça, portanto, é “reestruturar a política econômica de tal maneira que ponha o proletariado fora de questão como um grupo distinto”,⁹⁸ pois o reconhecimento da sua diferença é algo prejudicial aos seus interesses.

Em relação ao tipo ideal de coletividade que demanda políticas de reconhecimento, há o exemplo de uma sexualidade desprezada na concepção weberiana de status.⁹⁹ A injustiça se reflete a partir dos padrões comportamentais institucionalizados na sociedade referentes ao heterossexual e ao homossexual, sendo o primeiro natural e normativo e o segundo anormal e desviante.

Disto decorrem situações como acesso dificultado ao emprego e à assistência à saúde, estigmatização da mídia e prejuízos de ordem jurídica – como impossibilidade de casamento e direitos decorrentes. Esta situação requer, portanto, o remédio do reconhecimento, pois a “superação da homofobia e do heterossexismo requer uma modificação na ordem do status sexual, desinstitucionalizando os padrões heteronormativos de valor, substituindo-os por padrões que expressem igual respeito para com gays e lésbicas.”¹⁰⁰

No entanto, existem coletividades mais complexas que não permitem uma aproximação somente a um dos dois tipos ideais acima descritos. Estas são as “comunidades

⁹⁶ FRASER, *Redistribuição...*, p. 169. A autora exemplifica orientações centradas em classes sociais como o liberalismo do New Deal e a social democracia ou socialismo. Já a redistribuição englobaria estas concepções e também outras centradas em grupos específicos, como feminismo e anti-racismo, mas que entendem as reformas sócio-econômicas como o remédio para essas injustiças. Como políticas de identidade, cita as em prol de movimentos que buscam revalorizar identidades depreciadas. Entretanto, reconhecimento iria além, acolhendo políticas desconstrutivas, como o feminismo desconstrutivista e a política racial crítica, que propõem, em certas medidas, tanto assimilacionismo quanto segregação.

⁹⁷ *Ibidem*, p. 171.

⁹⁸ *Ibidem*, p. 172.

⁹⁹ *Ibidem*, p. 173.

¹⁰⁰ *Ibidem*, p. 173.

bivalentes”, pautadas simultaneamente na estrutura sócio-econômica da sociedade e nas relações de status, pois “sofrem tanto com a má distribuição quanto com o não-reconhecimento, *de tal forma que nenhuma dessas injustiças é um efeito indireto da outra, mas são ambas primárias e co-originárias.*”¹⁰¹

É neste contexto que Antonio Albuquerque afirma que os povos indígenas fazem parte da classificação de “coletividade bivalente”, pois demandam políticas de redistribuição e de reconhecimento, sem que uma independente da outra seja capaz de resolver os problemas sócio-econômicos e culturais enfrentados por essas comunidades. Para o autor, os povos indígenas são coletividades “oprimidas pelo aparato estatal e subordinadas à hegemonia cultural não-índia.”¹⁰² Em relação à dimensão de classe, os povos indígenas são vistos desde o processo de colonização e escravidão como inertes e preguiçosos, com o intuito de justificar a utilização de sua força de trabalho de forma precária e excluída dos frutos econômicos decorrentes. Sobre a dimensão de status, Nancy Fraser explica de forma clara, embora não se refira especificamente aos povos indígenas:

Na ordem do status, enquanto isso, padrões de valor cultural eurocêntricos privilegiam traços associados à “brancura” (*whiteness*), enquanto estigmatizam tudo que codificam como “negro”, “pardo” e “amarelo”, paradigmaticamente – mas não apenas – pessoas de cor. O efeito é interpretar minorias étnicas, imigrantes raciais, populações nativas, e/ou méis como outros inferiores e degradados, que não podem ser membros plenos da sociedade. Difusamente institucionalizadas, as normas eurocêntricas geram formas racialmente específicas de subordinação de status, incluindo estigmatização, violência, [...] discriminação no acesso à moradia, assistência em saúde e benefícios sociais [...].¹⁰³

Apesar de afirmar que algumas coletividades necessitam tanto de políticas de reconhecimento quanto de redistribuição, não significa que cada uma destas demandas deva ser analisada separadamente, configurando, em contrapartida a um monismo, um “dualismo substantivo”.¹⁰⁴ De acordo com Fraser, mesmo sendo preferível essa abordagem a uma reducionista à classe ou à cultura, ela é ainda inadequada, pois ignora que a economia não é uma zona livre da cultura e a cultura tampouco é independente da economia.

Assim, propõe a abordagem “dualismo de perspectiva”, a partir do qual pode-se “usar a perspectiva do reconhecimento para identificar as dimensões culturais de políticas

¹⁰¹ FRASER, *Redistribuição...*, p. 174.

¹⁰² ALBUQUERQUE, *Multiculturalismo...*, p. 131.

¹⁰³ FRASER, op. cit., p. 176.

¹⁰⁴ *Ibidem*, p. 185.

econômicas, normalmente entendidas como distributivas”,¹⁰⁵ da mesma forma que se pode utilizar o ponto de vista da redistribuição para apreender aspectos econômicos de questões normalmente associadas ao reconhecimento.

Ao se formular uma política pública de atenção à saúde indígena, por exemplo, deve-se avaliar sua justiça perante as duas dimensões de forma conjunta, perguntando se “a prática em questão funciona para assegurar tanto as condições econômicas quanto as condições culturais”¹⁰⁶ ou, dito de outra forma, se “a proposta em questão funciona para solucionar tanto o não-reconhecimento quanto a má-distribuição”.¹⁰⁷

Todavia, uma observação há de ser feita: a formulação de políticas públicas para os povos indígenas parece requerer mais que se determine que tipo de reconhecimento é desejado que a simples diferenciação entre estas políticas e as de redistribuição – também importantes como visto acima. Torna-se importante, aqui, interpretar corretamente o sentido de reconhecimento a que Fraser aduz.

Um reconhecimento das diferenças que objetive integração¹⁰⁸ não deixa de ser uma política de reconhecimento. Além disso, como afirma Albuquerque, o “[r]econhecimento apenas em seu aspecto legal e formal não acarreta conseqüências práticas para o desenvolvimento dos povos ameríndios.”¹⁰⁹

Rodolfo Stavenhagen alerta também para opiniões que se preocupam demasiadamente com a possibilidade de uma efetivação reduzida do reconhecimento cultural dos povos indígenas a partir do sentido dado por Fraser, visto que seria insuficiente do ponto de vista pragmático. Cita o autor que:

Hay quienes afirman que si los pueblos indígenas no disfrutaban plenamente todos sus derechos humanos no es porque requieran derechos especiales, sino porque existen lagunas y deficiencias en la administración de justicia y en la aplicación de los instrumentos jurídicos que consagran sus derechos humanos.¹¹⁰

De fato, Fraser impõe contornos ao que chama de reconhecimento, quando afirma que “a assimilação à maioria ou às normas culturais dominantes não é mais o preço do igual

¹⁰⁵ FRASER, *Redistribuição...*, p. 186.

¹⁰⁶ *Ibidem*, p. 187.

¹⁰⁷ *Ibidem*, p. 188.

¹⁰⁸ A política indigenista brasileira de caráter integracionista é abordada no ponto 2 deste capítulo.

¹⁰⁹ ALBUQUERQUE, *Multiculturalismo...*, p. 74.

¹¹⁰ STAVENHAGEN, Rodolfo. Derecho internacional y derechos indígenas. In: KROTZ, Esteban (org.). *Antropología jurídica: perspectivas socioculturales en el estudio del derecho*. Barcelona: Anthropos; México: Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, 2002, p. 177-178.

respeito”,¹¹¹ além de não limitar o conceito a determinados aspectos, como o jurídico e o formal. Assim, uma correta interpretação do sentido de reconhecimento não ignora a necessidade de efetivação dos direitos consagrados no plano formal, apenas preocupa-se com a essência das políticas que devam ser elaboradas, em detrimento daquelas exclusivamente redistributivas. Parece que as políticas de reconhecimento não estão dissociadas das características do diálogo intercultural de Boaventura de Sousa Santos e dos cuidados em evitar discursos assimiladores ou tutelares.

2. Da integração ao reconhecimento na política indigenista brasileira

2.1. Assimilacionismo e política tutelar

Desde o período colonial o teor da política indigenista brasileira concentra-se nos dispositivos legais, por isso a análise das relações estabelecidas entre o Estado e os grupos indígenas podem ser encontradas expressas na legislação pertinente.¹¹²

Na transição da escravidão indígena, e no bojo das reformas pombalinas implementadas a partir da segunda metade do século XVIII, o tratamento legal dispensado aos povos indígenas foi através da tutela orfanológica, que visava a mudança condição de escravo para o trabalho assalariado, em uma época onde a participação na produção era requisito para a cidadania.¹¹³

Deste modo, de acordo com o Regimento dos Órfãos de 27 de outubro de 1831, os índios foram entregues à administração do Juiz de Órfãos, juntamente com os “rústicos”, os “ignorantes” e os “vadios”. Todavia, dentre os indígenas, aqueles que fossem artesãos e, portanto, de certo modo independentes financeiramente, estavam excluídos desta proteção. Segundo afirma Manuela Carneiro da Cunha, o cargo de Juiz de Órfãos foi usado durante todo o século XIX para tutelar a mão-de-obra considerada rebelde e:

[J]uridicamente, sua atribuição era zelar pelos bens dos seus tutelados e velar sobre os contratos de trabalho e sua remuneração, evitando que os

¹¹¹ FRASER, *Redistribuição...*, p. 167.

¹¹² ALBUQUERQUE, *Multiculturalismo...*, p. 192.

¹¹³ CUNHA, Manuela Carneiro da. *Os direitos do índio: ensaios e documentos*. São Paulo: Brasiliense, 1989, p. 104.

empregados disfarçadamente escravizassem trabalhadores livres. Eram notórios, no entanto, no século XIX, os abusos praticados pelos Juízes de Órfãos, cujo cargo era considerado um dos mais rendosos do Império.¹¹⁴

Apesar da tutela originalmente se destinar apenas aos índios que estivessem fora de seus grupos de origem, não consistindo, portanto, em uma política generalizada, a extinção do cargo de Ouvidor, em 1833, transmitiu a proteção das terras indígenas também ao Juiz de Órfãos. A tutela, portanto, acabou atingindo todos os interesses dos grupos indígenas e perdurou até 1928, quando deveria ter sido apenas transitória.¹¹⁵

Conseqüentemente, nos primeiros anos do século XX, os índios eram vistos como infantis que deveriam ser tutelarmente conduzidos à civilização pela nossa sociedade.¹¹⁶ Evidencia-se esse intuito com a criação, em 1910 e sob inspiração da doutrina positivista, do SPI, Serviço de Proteção ao Índio, órgão estatal tutelar.¹¹⁷

O SPI, ao ser vinculado ao Ministério da Agricultura, denunciava o caráter integracionista da mão-de-obra dos povos indígenas. Consistia em nova tentativa de passar o índio de seu “estágio social” primitivo para a “avançada civilização branca”, caracterizando uma forma de extermínio cultural diante da política estatal republicana de produtividade rural, desenvolvimentismo e evolucionismo.¹¹⁸

Entretanto, Antonio Albuquerque afirma que a política dessa época inovou ao reconhecer o direito dos povos de viver de acordo com suas tradições e costumes sem ter de abandoná-los. A justificativa era dupla: como objetivo imediato, proteger os povos indígenas de lesões econômicas e morais pelo contato com a sociedade nacional; e, como objetivo mediato, tornar compreensível aos índios o funcionamento da sociedade para integrá-los posteriormente.¹¹⁹

A tutela então exercida pelo órgão estatal foi regulada pelo Decreto 5.484 de 27 de junho de 1928. Seu conteúdo classificava e hierarquizava os índios de acordo o grau de integração à sociedade, como nômades ou aldeados, para que as políticas de integração fossem direcionadas e mais eficazes. A estratégia consistia em “atrair e pacificar”, sem destruição.¹²⁰

¹¹⁴ CUNHA, *Os direitos...*, p. 111.

¹¹⁵ *Ibidem*, p. 111.

¹¹⁶ *Ibidem*, p. 114.

¹¹⁷ *Ibidem*, p. 20.

¹¹⁸ BECKHAUSEN, Marcelo. Etnocidadania, direitos originários e a inconstitucionalidade do poder tutelar. In: SARMENTO, Daniel; IKAWA, Daniela; PIOVESAN, Flávia (coords.). *Igualdade, diferença e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008, p. 527.

¹¹⁹ ALBUQUERQUE, *Multiculturalismo...*, p. 203.

¹²⁰ BECKHAUSEN, *op. cit.*, p. 530.

Com relação à capacidade civil, a Lei 3.071, que instituiu o Código Civil de 1916, considerava os índios como relativamente incapazes a certos atos da vida civil, incluindo-os no art. 6º:

Art. 6º São incapazes, relativamente a certos atos (art. 147, I), ou à maneira de os exercer:

I - os maiores de 16 (dezesesseis) e os menores de 21 (vinte e um) anos (arts. 154 a 156);

II - os pródigos;

III - os silvícolas.

Parágrafo único. Os silvícolas ficarão sujeitos ao regime tutelar, estabelecido em leis e regulamentos especiais, o qual cessará à medida que se forem adaptando à civilização do País.

Em verdade, os índios não estavam incluídos nas categorias de relativamente incapazes nas discussões do Código Civil de 1916. Clóvis Bevilacqua, idealizador do projeto, entendia que os índios mereciam legislação especial, pois, diante das suas formas coletivas de relações sociais, não cabia a um código de leis privadas os regular. O próprio jurista escreveu sobre direito nas sociedades indígenas.¹²¹

Somente com a emissão do projeto ao Senado que houve a inclusão nesta categoria, por emenda de Muniz Freire. Avaliando esta mudança de tutela, afirma Carlos Marés de Souza Filho que:

[É] extremamente frágil a solução jurídica, no direito moderno, de oferecer aos índios uma tutela orfanológica, porque, a tutela, desde Roma, passando pelas Ordenações do Reino e chegando ao Código Civil brasileiro, é instrumento de proteção individual, incabível para uma coletividade e, muito menos, para várias coletividades cultural e etnicamente diferenciadas.¹²²

De fato, o caráter coletivo dos bens e relações indígenas sempre foi ignorado pelas políticas indigenistas. Nota-se pelo contexto do Código Civil de 1916: início do século XX, quando havia pouca intervenção e o Estado era ainda liberal. Por este motivo, as regras de relação entre as pessoas e seus bens eram orientadas por uma normatividade privada¹²³. O Código Civil de 2002, Lei 10.406, em contrapartida, reconhece a especialidade da capacidade indígena. Por esta razão determina que o assunto deve ser tratado em lei especial.¹²⁴

¹²¹ CUNHA, *Os direitos...*, p. 116-117.

¹²² SOUZA FILHO, Carlos Frederico Marés. Tutela aos índios: proteção ou opressão? In: SANTILLI, Juliana (coord.). *Os direitos indígenas e a Constituição*. Porto Alegre: Núcleo de Direitos Indígenas/Sergio Antonio Fabris, 1993, p. 302.

¹²³ ALBUQUERQUE, *Multiculturalismo...*, p. 202.

¹²⁴ “Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer: Parágrafo único. A capacidade dos índios será regulada por legislação especial.”

Após 1937, o SPI integrou a Inspetoria Especial de Fronteiras, da qual Cândido Rondon fora chefe até 1930. A intenção, aqui, era a “nacionalização dos silvícolas” para serem “guardas da floresta” e contribuir com o desenvolvimentismo e progresso da região Amazônica¹²⁵. Já no final da década de 60, o órgão enfrentou severas acusações sobre irregularidades administrativas, corrupção, gestão fraudulenta do patrimônio indígena – em especial dos recursos naturais das terras indígenas.¹²⁶

Como conseqüência, o Governo prometeu punir os responsáveis e criar outro órgão de proteção aos índios. Em 1967, então, surge a FUNAI, Fundação Nacional do Índio, que até os dias atuais pratica uma política de representação em vez de assistência. A FUNAI não representou avanços em relação à tutela, tendo até mesmo aproveitado pessoal e estruturas do extinto SPI. Assim, a política indigenista foi sempre desenvolvida através de um órgão indigenista oficial.¹²⁷

As críticas direcionadas à política indigenista também forçaram o governo federal a elaborar nova legislação à respeito. Em 1973, então, promulga-se a Lei 6.001, o Estatuto do Índio,¹²⁸ ainda em vigor.¹²⁹ Logo no art. 1º, o diploma define seu objetivo principal: “integrar os índios à sociedade brasileira, assimilando-os de forma harmoniosa e progressiva”. Além do objetivo de integração, o tema terras indígenas é o que ganha maior destaque.¹³⁰

Embora a tutela exista como forma de assistência, a falta de força política do órgão indigenista, a FUNAI, faz com que interesses conflitantes, especialmente ligados aos territórios tradicionais exploráveis economicamente, sejam postos acima dos interesses e direitos dos povos indígenas; a tutela é usada como coação e substituição da vontade.¹³¹

A tutela poderia cessar por pedido do indígena interessado. O Estatuto enumera, no art. 9º, os requisitos para tanto: idade mínima de 21 anos, conhecimento da língua portuguesa, habilitação para o exercício de atividade útil na comunhão nacional e razoável compreensão dos usos e costumes da comunhão nacional.

Esta possibilidade relaciona-se com outra discussão: a questão relativa ao sujeito de proteção, ou quem é considerado “índio” pelo Estatuto. O art. 3º apresenta classificação dos “tipos” de índios de acordo com o nível de assimilação à sociedade:

¹²⁵ ALBUQUERQUE, *Multiculturalismo...*, p. 204.

¹²⁶ ARAÚJO, *Povos indígenas...*, p. 31.

¹²⁷ ALBUQUERQUE, *op. cit.*, p. 201.

¹²⁸ BRASIL, Estatuto do Índio, Lei 6.001 de 19 de dezembro de 1973, disponível em: <http://www.funai.gov.br/quem/legislacao/estatuto_indio.html> Acesso em: 30.10.2008.

¹²⁹ As necessidades de adoção de novo Estatuto, em função das inovações trazidas pela Constituição Federal de 1988 são analisadas no ponto seguinte.

¹³⁰ ARAÚJO, *op. cit.*, p. 32.

¹³¹ CUNHA, *Os direitos...*, p. 29.

Art.3º Para os efeitos de lei, ficam estabelecidas as definições a seguir discriminadas:

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

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

Portanto, não apenas o termo “silvícola” é discriminatório – nomeia o morador da selva, indicando que o índio morador de cidades deixaria de ser índio –, mas todos os elementos do conceito são contestáveis.

Manuela Carneiro da Cunha identifica estes equívocos. Para ela, a origem pré-colombiana não deve ser entendida como fator genético, visto que a discussão acerca da existência de raças no sentido biológico encontra hoje poucos defensores; talvez mesmo nenhum. Deste modo, o critério deveria ser a consciência de um vínculo histórico transmitido dentro do grupo.¹³²

Em relação ao critério da cultura, o mais correto seria considerá-la como elemento mutável no tempo e pelas relações sociais e biológicas. Assim, a cultura é antes um reflexo ou produto da organização de cada grupo do que condição primária ou pressuposto de identificação, ou seja, mudando a cultura não perdem os índios sua identidade,¹³³

Diante desta mutabilidade, a definição correta seria a hoje aceita pela antropologia, a qual diz que “grupos étnicos são formas de organização social em populações cujos membros se identificam e são identificados como tais pelos outros, constituindo uma categoria distinta de outras categorias da mesma ordem.”¹³⁴

O único critério correto, portanto, é o da auto-identificação: somente a comunidade indígena pode dizer quem é e quem não é seu membro. As definições antropológicamente corretas são as seguintes:

Comunidades indígenas são aquelas que se consideram segmentos distintos da sociedade nacional em virtude da consciência de sua continuidade histórica com sociedades pré-colombianas.

É índio quem se considera pertencente a uma dessas comunidades e é por ela reconhecido como membro.¹³⁵

¹³² CUNHA, *Os direitos...*, p. 23.

¹³³ *Ibidem*, p. 24.

¹³⁴ *Ibidem*, p. 25.

¹³⁵ *Ibidem*, p. 26.

2.2. Avanços da Constituição Federal de 1988 e a Convenção 169 da OIT

A relação do Estado com os povos indígenas, como visto, foi sempre pautada pelo interesse e exploração, através de uma política que pretendia a integração progressiva do “estado primitivo” dos índios à sociedade desenvolvida movida pela lógica individualista. Alguns avanços foram obtidos ao longo do século XX, principalmente em relação ao reconhecimento das terras indígenas e, com o Estatuto do Índio, de alguma necessidade de preservação cultural.

Da mesma forma que a questão indígena passou a ser uma questão militar, quando das ditaduras militares instauradas nos países latino-americanos nas décadas de 60 e 70, a redemocratização da década de 80 teve reflexos também na política indigenista. Intensas mobilizações da sociedade civil e de organizações indígenas ajudaram a reescrever as constituições políticas e a garantir direitos coletivos de acordo com as especificidades culturais de cada país.¹³⁶

O processo não foi diferente no Brasil: as pressões da UNI – União das Nações Indígenas, organização criada em 1980 – através da mobilização “Povos Indígenas na Constituinte”, buscando garantir uma política indigenista não mais de cima para baixo, contribuíram para o reconhecimento constitucional das diferenças e de direitos coletivos.¹³⁷

Como consequência, a Constituição Federal de 1988 trouxe novo paradigma da relação entre Estado, comunidades indígenas e a sociedade, sobretudo por duas vertentes distintas: o reconhecimento de direitos coletivos, não somente em relação aos povos indígenas, mas também ao meio ambiente ecologicamente equilibrado e ao patrimônio cultural, os “direitos difusos”; a segunda vertente aplicável aos povos indígenas, ao reconhecer-lhes o direito à diferença e a titularidade permanente de direitos coletivos, encerrando, ao menos no plano normativo, a política integracionista.¹³⁸

¹³⁶ SOUZA FILHO, *Multiculturalismo...*, p. 93

¹³⁷ NEVES, Lino João de Oliveira. Olhos mágicos do Sul (do Sul): lutas contra-hegemônicas dos povos indígenas no Brasil. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (org.). *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural*, p. 117-119.

¹³⁸ SOUZA FILHO, Carlos Frederico Marés de. As novas questões jurídicas nas relações dos Estados nacionais com os índios. In: LIMA, Antonio Carlos de Souza; BARROSO-HOFFMANN, Maria (orgs.). *Além da tutela: bases para uma nova política indigenista III*. Rio de Janeiro: Contra Capa/LACED, 2002, p. 49-50.

Garantidos estes direitos constitucionalmente, a questão passa de simples *policy*, ou políticas estatais elaboradas por conveniência, para um problema de *law*, ou direito, nos termos usados por Bartolomé Clavero.¹³⁹

Prova do reconhecimento expresso do Estado pluriétnico¹⁴⁰ é a inédita destinação de capítulo exclusivo à proteção dos direitos indígenas: o Capítulo VIII. O art. 231 reconhece “aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam [...]”, cuja posse e proteção são reguladas nos parágrafos correspondentes. A inovação no tratamento das terras indígenas ficou por conta do reconhecimento da plena autonomia sobre elas, diferentemente da mera outorga de direitos, pois a existência dos territórios é anterior ao próprio Estado brasileiro.¹⁴¹

O art. 232 garante legitimidade processual dos índios, comunidades e organizações para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, com a intervenção do Ministério Público em todos os atos do processo. De fato, a partir da Constituição, houve uma implementação progressiva de estruturas para atender às demandas jurídicas das comunidades, para cuja tarefa o Ministério Público Federal designou Procuradores da República em todos os estados.¹⁴²

Ainda, foi-lhes assegurado direito à educação diferenciada, como prevê o parágrafo 2º do art. 210: “O ensino fundamental regular será ministrado em língua portuguesa, assegurada às comunidades indígenas também a utilização de suas línguas maternas e processos próprios de aprendizagem.” Estes direitos culturais, portanto, possuem dupla perspectiva: são direitos de todos, em relação à preservação das culturas, e direito de cada grupo de manifestá-las individualmente. Reconhecer a educação diferenciada como direito significa aceitar que cabe a cada grupo dizer o tipo de educação que deverá receber do Estado, e não este prover o ensino na língua portuguesa obrigatoriamente.¹⁴³

Os direitos coletivos possuem natureza difusa porque sua titularidade não pode ser individualizada. São garantidos a todos os membros do grupo em questão sem se confundirem com os direitos individuais exercidos por todos individualmente.¹⁴⁴

¹³⁹ CLAVERO, Bartolomé. *Derecho indígena y cultura constitucional en América*. Cidade do México: Siglo Veintiuno, 1994, p. 113.

¹⁴⁰ O reconhecimento das formas próprias de organização social nos remete às discussões sobre a teoria do pluralismo jurídico, tema do ponto 1.2 deste capítulo.

¹⁴¹ ALBUQUERQUE, *Multiculturalismo...*, p. 226.

¹⁴² ARAÚJO, *Os direitos...*, p. 39.

¹⁴³ SOUZA FILHO, *As novas questões...*, p. 56.

¹⁴⁴ GÓMEZ, Magdalena. Derecho indígena y constitucionalidad. In: KROTZ, Esteban (org.). *Antropología jurídica: perspectivas socioculturales en el estudio del derecho*. Barcelona: Anthropos; México: Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, 2002, p. 267.

Assim, a garantia de direitos coletivos não inviabiliza o desfrute de direitos humanos individuais;¹⁴⁵ a própria natureza das relações dos povos indígenas permite que os direitos individuais sejam garantidos *através* dos direitos coletivos e não *contra* ou *em lugar* deles. Dentre eles, o fundamental diz respeito ao território, pois é o espaço onde os povos exercem controle político e manifestam sua cultura.¹⁴⁶

Luis Villoro, após afirmar a inexistência de contradição entre o exercício de direitos individuais e coletivos, justifica estes direitos da seguinte maneira:

Se refiere a un sujeto *jurídico* colectivo. En efecto, cuando un conjunto de personas, unidas por una forma de vida y una tradición, se asocian para formar un pueblo, crean instituciones sociales propias y aceptan fines y valores compartidos en un proyecto común, entonces construyen una entidad colectiva que trasciende a cada individuo en particular¹⁴⁷.

A peculiar relação entre direitos coletivos e os povos indígenas é também explicada claramente por Carlos Marés de Souza Filho:

Os direitos coletivos não nascem de uma relação jurídica determinada, mas de uma realidade, como pertencer a uma povo ou formar um grupo que necessita ar puro, água, florestas e marcos culturais preservados, ou ainda garantias para viver em sociedade, como trabalho, moradia e certeza da qualidade dos bens adquiridos. Esta característica os afasta do conceito de direito individual concebido em sua integridade na cultura contratualista ou constitucionalista do século XIX, porque é um direito sem sujeito. Ou, dito de maneira que parece ainda mais confusa para o pensamento individualista, é um direito onde todos são sujeitos. Se todos são sujeitos de um mesmo direito, todos dispõem dele, mas ao mesmo tempo ninguém pode dele dispor, contrariando-o, porque a disposição de um seria a violação do direito de todos os outros.¹⁴⁸

Ressalta o autor, todavia, que as normas constitucionais criadas não são observadas na prática pelos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário: o primeiro, na execução das tarefas administrativas, interpreta-as como se ainda houvesse política de integração; o segundo, falha ao não promover a revisão do Estatuto antigo; e o Judiciário ainda atua sob uma lógica

¹⁴⁵ O segundo capítulo traz algumas considerações entre a indivisibilidade dos direitos humanos individuais e os sociais, podendo ser estendida esta concepção aos direitos coletivos.

¹⁴⁶ GÓMEZ, *Derechos indígenas...*, p. 268.

¹⁴⁷ VILLORO, Luis. Multiculturalismo y derecho. In: KROTZ, Esteban (org.). *Antropología jurídica: perspectivas socioculturales en el estudio del derecho*. Barcelona: Anthropos; México: Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, 2002, p. 223.

¹⁴⁸ SOUZA FILHO, *Multiculturalismo...*, p. 94.

individualista que privilegia a propriedade privada em detrimento da propriedade coletiva das terras indígenas.¹⁴⁹

Com efeito, o reconhecimento de direitos coletivos e o abandono da política tutelar suscitam questões relativas à vigência do Estatuto do Índio de 1973 e da necessidade de um novo diploma que adapte a velha normativa aos avanços da Constituição.

Neste sentido, Marcelo Beckhausen afirma não haver recepção, pela Constituição Federal, da tutela estatal presente no Estatuto do Índio, evidenciando sua inconstitucionalidade. Tampouco a capacidade processual do Estatuto é recepcionada, pois limitada aos grupos indígenas; a Constituição garante também a capacidade individual plena sem mesmo a assistência obrigatória da FUNAI e de qualquer outro órgão. A atuação do Ministério Público Federal nas demandas ocorre em função da relevância pública pela qualidade da parte e não por eventual incapacidade.¹⁵⁰

Com o advento da Constituição ficou evidente a necessidade de reforma do Estatuto do Índio, de seu objetivo de integração dos povos indígenas à comunhão nacional e da tutela estatal exercida neste período de transição. Em 1991, então, foram enviados três projetos ao Congresso Nacional: um de autoria do Poder Executivo; outro por iniciativa do Conselho Indigenista Missionário (CIMI); o terceiro elaborado pelo Núcleo de Direitos Indígenas (NDI), que posteriormente deu origem ao Instituto Socioambiental (ISA).¹⁵¹

No mesmo ano, 111 representantes dos povos indígenas reuniram-se em Brasília para apresentar as suas propostas ao Projeto de Lei. Uma Comissão Especial foi então designada para promover audiências públicas, ouvindo primeiramente as propostas do CIMI, da FUNAI e do NDI; após, fez-se presente a Comissão de Meio Ambiente, Consumidor e Minorias, juntamente com 350 lideranças de várias etnias indígenas. Finalmente, em 1994, veio a ser aprovado um projeto pela Comissão Especial, intitulado “Estatuto das Sociedades Indígenas”. Pretendendo conciliar as diversas propostas, o texto adotou um perfil avançado no tratamento de temas como capacidade civil, proteção dos conhecimentos tradicionais e demarcação de terras. Desde então encontra-se paralisado no Congresso aguardando votação.¹⁵²

Embora a revisão do Estatuto esteja paralisada, outro grande avanço legislativo ocorreu no ano de 2002, com a promulgação pelo Brasil da Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) Sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes. Originalmente de 1989, foi publicada no Diário do Congresso Nacional em 1993, aprovada

¹⁴⁹ SOUZA FILHO, *As novas questões...*, p. 51.

¹⁵⁰ BECKHAUSEN, *Emocidadania...*, p. 540.

¹⁵¹ ARAÚJO, *Os direitos...*, p. 46.

¹⁵² ALBUQUERQUE, *Multiculturalismo...*, p. 233.

pelo Decreto Legislativo 143 em 2002 e, no mesmo ano, ratificada. Somente em 19 de abril de 2004 foi promulgada, através do Decreto de Execução nº 5.051.¹⁵³

Segundo o próprio texto, a adoção se deu em substituição à antiga Convenção 107 da OIT, discutida em 1957, pois:

[A] evolução do direito internacional desde 1957 e as mudanças ocorridas na situação dos povos indígenas e tribais, em todas as regiões do mundo, aconselham a adoção de normas internacionais sobre este assunto, com vistas a extirpar a orientação integracionista das normas anteriores;¹⁵⁴

A superação da política integracionista, portanto, foi o fator principal da adoção da nova Convenção. A anterior, de 1957, estava marcada por um duplo enfoque: *culturalista*, ao hierarquizar culturas, onde a de menor expressão deveria ser integrada à nacional, e *estruturalista*, considerando o “problema indígena” como solucionável pela via econômica, através de obras de desenvolvimento para a integração.¹⁵⁵

Ana Valéria Araújo sistematiza os principais pontos adotados da seguinte maneira:

- A necessidade de adoção do conceito de povos indígenas no âmbito do direito interno.
- O princípio da auto-identificação como critério de determinação da condição de índio.
- O direito de consulta sobre medidas legislativas e administrativas que possam afetar os direitos dos povos indígenas.
- O direito de participação dos povos indígenas, pelo menos na mesma medida assegurada aos demais cidadãos, nas instituições eletivas e nos órgãos administrativos responsáveis por políticas e programas que os afetem.
- O direito dos povos indígenas de decidirem suas próprias prioridades de desenvolvimento, bem como o direito de participarem da formulação, da implementação e da avaliação dos planos e dos programas de desenvolvimento nacional e regional que os afetem diretamente.
- O direito dos povos indígenas de serem beneficiados pela distribuição de terras adicionais, quando as terras de que disponham sejam insuficientes para garantir-lhes o indispensável a uma existência digna ou para fazer frente a seu possível crescimento numérico.
- O direito a terem facilitadas a comunicação e a cooperação entre os povos indígenas através das fronteiras, inclusive por meio de acordos internacionais.¹⁵⁶

¹⁵³ BECKHAUSEN, *Etnocidadania...*, p. 535.

¹⁵⁴ SHIRAISHI NETO, Joaquim (org.). *Direito dos povos e das comunidades tradicionais no Brasil: declarações, convenções internacionais e dispositivos jurídicos definidores de uma política nacional*. Manaus: UEA, 2007, p. 135.

¹⁵⁵ IKAWA, Daniela. Direito dos povos indígenas. In: SARMENTO, Daniel; IKAWA, Daniela; PIOVESAN, Flávia (coords.). *Igualdade, diferença e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008, p. 497.

¹⁵⁶ ARAÚJO, *Os direitos...*, p. 59-60.

Como se vê, o conteúdo da Convenção segue as tendências firmadas pela Constituição Federal de 1988, além de aprofundar temas e trazer conceitos relativos ao *status* de “povos indígenas” e ao direito de autodeterminação.

Embora a própria Convenção afirme que o termo “povos” não “deverá ser interpretado como tendo qualquer implicação com o que se refira a direitos que lhe possam ser atribuídos no direito internacional”,¹⁵⁷ ou seja, sem alcance jurídico, pode-se perceber como uma tentativa de superar denominações que não ressaltam a identidade e a organização social específicas destes grupos étnicos, como *minoría étnica*.

Este termo pressupõe amparo aos indivíduos que pertencem a uma determinada minoria, pois a diferença os descaracteriza e é, portanto, prejudicial. Já *povo* pressupõe reconhecimento das diferenças e, portanto, de sujeitos de direitos especiais. Minoria implica proteção e integração; povo, distinção e autonomia.¹⁵⁸

No que tange ao direito de autodeterminação e à autonomia indígena, Magdalena Gómez propõe discussões avançadas sobre estes conceitos. Conquanto reconheça que a Convenção 169 da OIT não se refira expressamente ao direito de livre determinação, considera que o conteúdo do texto remete a tal interpretação, mesmo porque sua motivação se deu em superar o caráter integracionista da Convenção anterior. Já no preâmbulo a demonstra-se a necessidade de os povos controlarem suas instituições próprias dentro do marco do Estado em que vivem.¹⁵⁹

A partir disso, a autora propõe alguns aspectos centrais da reivindicação dos povos indígenas pelo direito à livre determinação e autonomia dentro dos Estados nacionais:

- a) ejercer el derecho a desarrollar sus formas específicas de organización social, cultural, política y económica;
- b) obtener el reconocimiento de sus sistemas normativos internos para la regulación y sanción en tanto no sean contrarios a las garantías individuales y a los derechos humanos, en particular, los de las mujeres;
- c) acceder de mejor manera a la jurisdicción del Estado;
- d) acceder de manera colectiva al uso y disfrute de los recursos naturales, salvo aquellos cuyo dominio corresponda a la nación;
- e) promover el desarrollo de los diversos componentes de su identidad y patrimonio cultural;
- f) interactuar en los diferentes niveles de representación política, de gobierno y de administración de justicia;
- g) concertar con otras comunidades, de sus pueblos o de otros, la unión de esfuerzos y coordinación de acciones para optimización de sus recursos, el impulso de sus proyectos de desarrollo regional y, en general, para la promoción y defensa de sus intereses;

¹⁵⁷ SHIRAISHI NETO, *Direito dos povos...*, p. 137.

¹⁵⁸ CLAVERO, *Derecho indígena...*, p. 84.

¹⁵⁹ GÓMEZ, *Derecho indígena...*, p. 252.

- h) designar libremente a sus representantes, tanto comunitarios como en los órganos de gobierno municipal, de conformidad con las tradiciones propias de cada pueblo;
- i) promover y desarrollar sus lenguas y culturas, así como sus costumbres y tradiciones tanto políticas como sociales, económicas y culturales.¹⁶⁰

As reivindicações, segundo a autora, demonstram a possibilidade de exercício de autonomia sem que seja afetada a soberania estatal; não implicam necessariamente em separatismo. Apesar disso, os principais argumentos contra o direito indígena destacam a possibilidade de vulneração da integridade do Estado, da unidade da nação e de sua soberania.¹⁶¹

Aqui se encontra a possibilidade de aplicação prática da teoria do pluralismo jurídico tratada anteriormente, pois uma norma internacional lança as bases para que, de fato, seja organizada a autonomia relativa destes povos em âmbito estatal. Todavia, é justamente esta possibilidade que tem sido motivo de uma política de assimilação e limitação de direitos, pois nunca se soube conciliar o direito à diferença e à organização social própria dos povos indígenas com a organização social e normativa dos Estados nacionais.

Em que pese estas dificuldades, viu-se que as contribuições do ponto 1, sejam as discussões teóricas ou os conceitos difundidos – autodeterminação, direitos coletivos, *status* de povos e direitos culturais –, foram recepcionadas pela recente normatividade que trata dos povos indígenas.

Deste modo, percebendo a concretização destas teorias na política indigenista e sua obrigatoriedade para o futuro, tem-se o campo teórico e normativo para análise de aspectos mais específicos dos povos indígenas. É o que se faz no capítulo seguinte, mediante investigação do direito dos povos indígenas a uma saúde diferenciada.

¹⁶⁰ GÓMEZ, *Derecho indígena...*, p. 252-253.

¹⁶¹ *Ibidem*, p. 253.

CAPÍTULO II

O DIREITO FUNDAMENTAL DOS POVOS INDÍGENAS À SAÚDE DIFERENCIADA

O Capítulo I formou um referencial teórico sob o qual deve ser observada de maneira específica a saúde indígena, a qual justificaria a necessidade de uma atenção diferenciada¹⁶² prestada pelo Estado, tanto na formulação de políticas públicas efetivas quanto na execução direta dos serviços por parte dos agentes de saúde.

Para tanto, cabe analisar o conceito de saúde presente na Constituição Federal de 1988 e sua caracterização como direito fundamental social – de forma sucinta, frisa-se –, pois as obrigações de proteção, respeito e promoção da saúde indígena tem seu fundamento também na saúde pública consagrada nos artigos 6º e 196 da Constituição, além da Lei 8.080 de 1990, analisada no ponto 2 deste capítulo.

Igualmente necessário se faz a análise, após o conceito ocidental de saúde, da concepção indígena de saúde-doença, para entender em que medida se justifica a atenção diferenciada defendida, pois a simples afirmação de se tratar de percepção diversa da biomédica ocidental é insuficiente para corroborar essa idéia.

O primeiro ponto deste capítulo trata, portanto, da concepção ocidental de saúde e sua caracterização como direito fundamental social e, também, de aspectos da concepção indígena de saúde-doença.

A Constituição Federal de 1988 reserva um capítulo especial aos direitos indígenas, onde, no art. 231, são reconhecidas as formas de “organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam”.¹⁶³

O direito à saúde é um direito fundamental social *prima facie*, cuja prestação é dever do Estado e os destinatários são todas as pessoas. Está garantido desta forma no art. 196 da Constituição Federal. Além disso, de acordo com a interpretação do parágrafo 1º do art. 5º, possui aplicação imediata e eficácia plena, ao menos quando não existam restrições e sob determinadas obrigações estatais. Ainda, em relação ao seu conteúdo, é processo amplo de completo bem-estar físico, mental e social.¹⁶⁴

¹⁶² Contribuições acerca de um conceito de “atenção diferenciada” são tratadas no ponto 2 deste capítulo.

¹⁶³ Ver capítulo I, 2.2.

¹⁶⁴ Ver, neste capítulo, o ponto 1.1.

A concepção indígena de saúde-doença – exemplificada neste trabalho pelos Mbyá-Guarani – é baseada em fenômenos e relações distintas do conceito biomédico ocidental, demandando atuação do antropólogo como profissional capacitado para traduzir, ao menos em parte e sob limitações, essas complexas diferenças.¹⁶⁵

Portanto, existem as bases normativas e as necessidades fáticas que justificam prestação diferenciada do direito fundamental dos povos indígenas à saúde. O segundo ponto deste capítulo analisa, então, os aspectos principais do histórico da atenção à saúde indígena e sua atual configuração: o subsistema do SUS organizado por DSEIs – Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Ainda, por inserir-se formalmente na estrutura normativa e organizacional do SUS, a atenção à saúde indígena deve ser constituída em harmonia com os princípios e diretrizes deste sistema, fato do qual decorrem articulações e tensões entre a saúde pública e a atenção diferenciada devida aos povos indígenas. Estes aspectos são também objeto do segundo ponto.

1. Noções de saúde-doença

1.1. Conceito de saúde e sua caracterização como direito fundamental social

Os direitos sociais surgem primeiramente em face da precarização das relações de massa, diante dos efeitos da industrialização e das idéias do movimento socialista da segunda metade do século XIX.¹⁶⁶ Este período, que se estende até a II Guerra Mundial, é chamado de primeira fase da internacionalização dos direitos humanos. Neste sentido, houve a preocupação de se garantir direitos aos trabalhadores, em contraposição aos direitos clássicos de liberdade sucedidos da Revolução Francesa – chamados de primeira geração dos direitos humanos – que possuem na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, seu marco referencial.

¹⁶⁵ Ver, também neste capítulo, o ponto 1.2.

¹⁶⁶ COMPARATO, Fabio Konder. *A afirmação histórica dos direitos humanos*. 4ª Ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2005, p. 52.

As Constituições do México, de 1917, e da República de Weimer, de 1919, são as pioneiras em garantir estes direitos sociais.¹⁶⁷ Todavia, os direitos sociais que exigem prestações materiais do Estado, cujo fundamento é assegurar a dignidade da pessoa humana e a busca da qualidade de vida, surgem com força após a II Guerra Mundial, configurando a chamada segunda fase da internacionalização dos direitos humanos.¹⁶⁸

Seu marco referencial é a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, embora, como acusa Boaventura de Sousa Santos, o documento é a “marca ocidental liberal do discurso dominante dos direitos humanos [...] elaborada sem a participação da maioria dos povos do mundo”.¹⁶⁹

Somente com o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), de 1966, que o processo de constitucionalização destes direitos avança.¹⁷⁰

Norberto Bobbio explica a multiplicação dos direitos do homem – ou seja, o surgimento dos direitos sociais, além dos direitos de liberdade – em razão de três fatores: a) o aumento de bens jurídicos merecedores de tutela; b) a extensão de direitos a sujeitos diferentes do homem individual; e c) a visão do homem a partir de suas especificidades e de seu status na sociedade.¹⁷¹

O primeiro processo é relativo à passagem dos direitos de liberdade para os direitos sociais, os quais requerem maior intervenção do Estado. O segundo processo ocorre na extensão de titularidade de direitos para minorias étnicas, para a família e até mesmo para os animais. Com relação ao terceiro processo, o homem passou a ser visto na sua diversidade, na maneira como se encontra na sociedade, como velho, criança, doente, entre outras representações, desencadeando movimentos específicos de proteção da criança e dos deficientes físicos, surgimento do movimento feminista e do movimento negro.¹⁷²

Nesta acepção, os direitos sociais, como a segunda geração de direitos humanos, seriam caracterizados pela necessidade de intervenção estatal, cuja efetivação se daria através do Estado – e não mais apenas contra –, mediante prestações materiais garantidoras do direito à saúde, à educação, à moradia. É a noção de direitos a obrigações positivas em contraste aos

¹⁶⁷ COMPARATO, *A afirmação...*, p. 52-53.

¹⁶⁸ *Ibidem*, p. 55.

¹⁶⁹ SANTOS, *Por uma concepção...*, p. 439.

¹⁷⁰ COMPARATO, *op. cit.*, p. 55.

¹⁷¹ BOBBIO, Norberto. *A Era dos Direitos*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992, p. 68.

¹⁷² *Ibidem*, p. 69.

direitos negativos de liberdade, os quais, oponíveis ao principal violador potencial dos direitos humanos, o Estado, seriam efetivados meramente pela abstenção deste.¹⁷³

Em verdade, tanto os direitos civis e políticos quanto os direitos sociais demandam obrigações negativas e positivas por parte do Estado.¹⁷⁴ Direitos considerados eminentemente negativos exigem uma intensa atividade estatal – com dispêndio de recursos públicos, inclusive – para evitar que outros particulares interfiram nessas liberdades, de modo que são realizadas atividades de polícia, de defesa e de justiça.¹⁷⁵ o direito à saúde, visto como direito positivo, demanda obrigações estatais negativas de não prejudicar a saúde e de não discriminar no atendimento, além de proteger o direito à vida – interesse individual.¹⁷⁶

Esta é a tese de Victor Abramovich e Christian Courtis, apresentada em obra que defende a exigibilidade dos direitos econômicos, sociais e culturais.¹⁷⁷ Assim a sustentam:

En síntesis, la estructura de los derechos civiles y políticos puede ser caracterizada como un complejo de obligaciones negativas y positivas de parte del Estado: obligación de abstenerse de actuar en ciertos ámbitos y de realizar una serie de funciones, a efectos de garantizar el goce de la autonomía individual e impedir su afectación por otros particulares. [...]. Desde esta perspectiva, las diferencias entre derechos civiles y políticos y derechos económicos, sociales y culturales son diferencias de grado, más que diferencias sustanciales. [...]. En suma, los derechos económicos, sociales y culturales también pueden ser caracterizados como un complejo de obligaciones positivas y negativas por parte del Estado, aunque en este caso las obligaciones positivas revistan una importancia simbólica mayor para identificarlos.¹⁷⁸

Como visto, a diferença entre estas categorias de direitos está no contexto histórico em que surgiram e, quanto ao tipo de obrigação que determinam, a diferença consiste em “grau” e não em “substância”: prestações positivas apenas caracterizam os direitos sociais, enquanto que obrigações negativas são o cerne dos direitos civis e políticos, mas sem que sejam esgotados por este tipo de compromisso. A relação de dependência entre ambos é, inclusive,

¹⁷³ ABRAMOVICH, Víctor; COURTIS, Christian. *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Prólogo de Luigi Ferrajoli. 2ª ed. Madrid: Trotta, 2004, p. 21-22.

¹⁷⁴ *Ibidem*, p. 24.

¹⁷⁵ *Ibidem*, p. 24.

¹⁷⁶ *Ibidem*, p. 25.

¹⁷⁷ *Ibidem*, p. 120-121. Abramovich e Courtis usam indistintamente os termos “direitos sociais” e “direitos econômicos, sociais e culturais”, embora alertem para suas diferenças históricas e conceituais: enquanto os direitos econômicos, sociais e culturais são referidos no âmbito do direito internacional dos direitos humanos, tendo o Estado como sujeito obrigado por excelência e possuindo mecanismos de exigibilidade mais frágeis, os direitos sociais são aqueles direitos positivados no direito interno, fruto do processo histórico de constitucionalização sobretudo da segunda metade do século XX, cujas normas obrigam também aos particulares, além de possuir mecanismos processuais que garantem maior exigibilidade que no âmbito internacional.

¹⁷⁸ *Ibidem*, p. 24-25.

um dos elementos da chamada concepção contemporânea de direitos humanos, conforme sustenta Flavia Piovesan:

Indivisibilidade porque a garantia dos direitos civis e políticos é condição para a observância dos direitos sociais, econômicos e culturais e vice-versa. Quando um deles é violado, os demais também o são. Os direitos humanos compõem, assim, uma unidade indivisível, interdependente e inter-relacionada, capaz de conjugar o catálogo de direitos civis e políticos ao catálogo de direitos sociais, econômicos e culturais.¹⁷⁹

A evolução do Estado constitucional, como já referido, acompanha o surgimento das gerações de direitos fundamentais. Seguindo esta tendência, a Constituição Federal de 1988 consagrou o direito à saúde como direito fundamental social, positivando-o no artigo 6º¹⁸⁰ e regulando-o no artigo 196 e seguintes, como parte da seguridade social.

A teoria dos direitos fundamentais elaborada por Robert Alexy qualifica os direitos fundamentais sociais como uma espécie dos direitos prestacionais em sentido amplo, os quais também abrangem os direitos à proteção e os direitos à organização e procedimento.¹⁸¹ Assim, nem todo direito à prestação caracteriza um direito fundamental social. Estes são os direitos que exigem ações positivas fáticas¹⁸² – não meramente normativas – que não se encontram disponíveis no mercado¹⁸³ e são tão importantes que não podem ter sua efetividade condicionada à decisão da maioria parlamentar.¹⁸⁴ É o caso do direito à saúde.

Todavia, o artigo 6º da Constituição suscita divergências em relação à aplicabilidade imediata e eficácia plena destes direitos, já que exigentes de prestações materiais por parte do Estado que demandam dispêndio de verbas públicas.

Alguns autores atribuem caráter programático a estes direitos, outros negam que possam existir como direitos subjetivos,¹⁸⁵ outros, em relação ao direito à saúde, apenas

¹⁷⁹ PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos: desafios da ordem internacional contemporânea. In: _____ (coord.). *Direitos humanos*. Vol. 1. Curitiba: Juruá, 2007, p. 18.

¹⁸⁰ “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer [...]”

¹⁸¹ ALEXY, Robert. *Teoría de los Derechos Fundamentales*. 1ª ed. 3ª reimpressão. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2002, 427.

¹⁸² *Ibidem*, p. 484.

¹⁸³ *Ibidem*, p. 482.

¹⁸⁴ *Ibidem*, p. 494.

¹⁸⁵ A respeito, ver: ATRIA, Fernando. Existem direitos sociais? e BARZOTTO, Luis Fernando. Os direitos humanos como direitos subjetivos: da dogmática jurídica à ética. Ambos os artigos em: MELLO, Cláudio Ari (coord.). *Os Desafios dos Direitos Sociais*. Revista do Ministério Público, nº. 56, set/dez. 2005. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

questionam sua postulação jurídica de forma individual, diante dos possíveis reflexos negativos para a coletividade.¹⁸⁶

O debate da aplicação imediata dos direitos sociais encontra simpatizantes no direito constitucional brasileiro. Ingo Wolfgang Sarlet defende esta tese, ao afirmar que o parágrafo primeiro do art. 5º,¹⁸⁷ que garante aplicação imediata às normas definidoras de direitos fundamentais, estende-se aos direitos sociais, pois estes também se inserem no Título II, que trata dos direitos e garantias fundamentais.¹⁸⁸ Mesmo que não garantam um direito subjetivo ao titular, estes direitos gozarão sempre de certo grau de eficácia e aplicabilidade.¹⁸⁹

Neste mesmo sentido já entendia, em 1967, o constitucionalista José Afonso da Silva:

não incluímos aqui nem o direito à saúde (art. 196) nem o direito à educação (art. 205), porque em ambos os casos a norma instituiu um dever correlato de um sujeito determinado: o Estado – que, por isso, tem a obrigação de satisfazer aquele direito e, se este não é satisfeito, não se trata de programaticidade, mas de desrespeito ao direito, de descumprimento da norma.¹⁹⁰

Outro problema que surge é em relação à justiciabilidade¹⁹¹ destes direitos. O princípio da separação dos poderes e a limitação orçamentária, ou reserva do possível, têm sido os principais argumentos contrários à exigibilidade dos direitos sociais. Deste modo, haveria uma impossibilidade fática – inexistência de recursos – para sua efetivação, além da haver a vedação de ingerência do Poder Judiciário, ao decidir demandas envolvendo prestações materiais, nas atividades do Poder Executivo.¹⁹²

Ocorre que os direitos fundamentais sociais são vistos como direitos *prima facie*, ou seja, somente podem sofrer restrições após uma análise de proporcionalidade que determine que outros princípios apresentam-se como mais importantes no caso concreto.¹⁹³

Ademais, mesmo não se tornando direitos definitivos por restrição de argumentos contrários, existem determinadas obrigações estatais genéricas que são de cumprimento imediato e independem dos problemas de justiciabilidade, como, por exemplo, obrigação de

¹⁸⁶ BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Disponível em: <<http://www.lrbarroso.com.br/pt/noticias/medicamentos.pdf>> Acesso em: 16.10.2008.

¹⁸⁷ “Art. 5º § 1º As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.”

¹⁸⁸ SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1998, p. 237.

¹⁸⁹ *Ibidem*, p. 255.

¹⁹⁰ SILVA, José Afonso. *Aplicabilidade das Normas Constitucionais*. 3ª ed. São Paulo: Malheiros, 1998, 151.

¹⁹¹ LEIVAS, Paulo Gilberto Cogo. *Teoria dos direitos fundamentais sociais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006, p. 91.

¹⁹² *Ibidem*, p. 99.

¹⁹³ *Ibidem*, p. 95.

adotar medidas imediatas, obrigação de garantir níveis essenciais, obrigação de não-discriminação e obrigação de progressividade e proibição do retrocesso.¹⁹⁴

O conceito de saúde, por sua vez, acompanha os processos históricos de evolução dos direitos fundamentais; seu conteúdo depende do que se entende por saúde.¹⁹⁵ A intensa industrialização do Estado Liberal do século XIX leva a saúde a ser entendida como ausência de doenças. Visando o maior lucro obtido pela força de trabalho, o trabalhador doente era considerado uma máquina com defeito e, logo, a concepção de saúde era recolocá-lo na linha de produção. Era uma visão individualista e “curativa”, que se convencionou chamar de aspecto negativo de saúde.¹⁹⁶

Com o advento do Estado Social, após as transformações do pós-guerra e a busca por qualidade de vida, este conteúdo parcial revelou-se insuficiente para satisfazer as necessidades da pessoa humana e para contribuir com a diminuição das desigualdades sociais.¹⁹⁷

Percebeu-se que a saúde era um bem coletivo, para o qual o meio – trabalho, moradia, alimentação, meio ambiente – era determinante tanto na cura de doenças quanto na promoção de bem-estar do indivíduo. A concepção de saúde, por conseguinte, passou a englobar o caráter curativo e o preventivo, como bem analisa Luiz Alberto David Araujo:

Como consequência primeira do direito à saúde (direito de estar são), deve-se agregar o direito à prevenção de doenças (direito de permanecer são). Assim, o Estado é responsável, tanto por manter o indivíduo são, desenvolvendo políticas de saúde, como para evitar que ele se torne doente. O direito à prevenção de doenças é, conseqüentemente, parte do direito à saúde.¹⁹⁸

Neste entendimento, a consagração da perspectiva ampla de saúde teve como marco referencial o preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que em 1946 apresentou o conceito de saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou outros agravos.”¹⁹⁹ Portanto, a OMS seguiu a compreensão de se tratar de fenômeno sociológico-cultural, agregando “a perspectiva

¹⁹⁴ ABRAMOVICH; COURTIS, *Los Derechos sociales...*, p. 79.

¹⁹⁵ WEICHERT, Marlon Alberto. *Saúde e federação na Constituição brasileira*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004, p. 119.

¹⁹⁶ SCHWARTZ, Germano. *Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001, p. 33.

¹⁹⁷ WEICHERT, op. cit., p. 120.

¹⁹⁸ ARAUJO, Luiz Alberto David. *A Proteção Constitucional das Pessoas Portadoras de Deficiência*. Brasília: CORDE, 1997. Disponível em: < <http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/doutrina/id248.htm>> Acesso em: 16.10.2008.

¹⁹⁹ WEICHERT, op. cit., p. 122.

individual de busca de ausência de moléstias e a coletiva de promoção da saúde em comunidade.”²⁰⁰

As Constituições promulgadas sob a égide do Estado Social compreendem este modelo,²⁰¹ incluindo a brasileira de 1988. Contudo, antes mesmo da sua promulgação, já houve manifestação acerca da consagrar a saúde como fenômeno amplo de prevenção e recuperação, com o intuito de, após o período de ditadura militar, erigir o Brasil em um Estado social democrático.²⁰² É o que se depreende da declaração da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986:

3 – Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.²⁰³

Deste modo, a Constituição Federal de 1988, além de incluir o direito à saúde no rol dos direitos sociais, com conteúdo de aplicação imediata, moldou suas características da seguinte maneira:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido 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.

São os termos *promoção*, *proteção* e *recuperação* que evidenciam a concepção ampla de saúde, de acordo com o conceito lançado em 1946 pela OMS. Ainda, de acordo com o *caput* do art. 225²⁰⁴, nota-se a estreita vinculação de uma sadia qualidade de vida como direito de todos com o completo desfrute do direito à saúde. No mesmo sentido, a Lei nº 8.080 de 1990, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) e que, juntamente com a Lei nº 8.142/90, forma a Lei Orgânica da Saúde, referiu o conteúdo no seu artigo 3º, o qual se transcreve:

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, 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; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

²⁰⁰ WEICHERT, *Saúde e federação...*, p. 122.

²⁰¹ *Ibidem*, p. 125. O autor cita, como exemplos, a Constituição da Itália de 1947 (art. 32), de Portugal de 1976 (art. 64) e da Espanha de 1978 (art. 43).

²⁰² *Ibidem*, p. 122.

²⁰³ *Ibidem*, p. 122-123.

²⁰⁴ Art. 225. Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

As considerações feitas, portanto, demonstram o conteúdo da saúde enquanto processo amplo, cuja proteção, promoção e recuperação são deveres do Estado e direito de todos. Configura-se, ainda, em um direito fundamental social, de aplicação imediata - ao menos quando não existam restrições - que demanda obrigações positivas e negativas por parte do Estado e da sociedade civil.

Registre-se que a exigência de atenção à saúde indígena encontra fundamento na mesma obrigatoriedade e universalidade referidas na Constituição Federal, usufruindo do mesmo sistema público, cujas tensões e características se passa a analisar em seguida.

1.2. Breve noção de saúde-doença na cosmovisão Mbyá-Guarani

A tarefa de analisar a noção de saúde-doença de um grupo indígena exige uma incursão em narrativas e termos próprios da antropologia, pois esta é a disciplina das Ciências Sociais que especificamente tem como objeto as “relações sociais”, as quais variam no tempo (história) e no espaço (geografia), e abrangem os assuntos cultura, organização social e natureza humana dos grupos estudados.²⁰⁵

Partindo deste entendimento, portanto, resta oportuno desvendar o conceito de cosmovisão que intitula este tópico, para depois partir para a análise específica de saúde-doença entre os Mbyá-Guarani.²⁰⁶

O termo cosmovisão, ou cosmologia, poderia ser traduzido de maneira geral por cultura: a maneira de cada povo indígena ver e interpretar o mundo. Entretanto, como a concepção de saúde-doença é objeto da antropologia, cabe especificar melhor o termo sob a dinâmica desta disciplina, isto é, sob a relação antropólogo-objeto, para que as posteriores análises sobre saúde-doença sejam compreendidas no seu contexto de pesquisa.

²⁰⁵ VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. *O nativo relativo*. Mana 8 (1). Rio de Janeiro: Museu Nacional/UFRJ, 2002, p. 120.

²⁰⁶ SCHADEN, Egon. *Aspectos fundamentais da cultura guarani*. 3ª Ed. São Paulo: EDUSP, p. 1-3. Esta denominação é em função do idioma Guarani. Já Mbyá refere-se ao grupo ou sub-cultura, com pequenas variações no idioma e na cultura material e não-material. Outros grupos Guarani são: Kaiowa, Nandeva e Ava, espalhados pela Argentina, Brasil, Paraguai e Bolívia.

Eduardo Viveiros de Castro apresenta interessantes ponderações sobre esta relação. Primeiramente, diz que o “antropólogo” é alguém que discorre sobre o discurso de um “nativo”, onde ambos os sujeitos não são obrigatoriamente estereotipados: o primeiro civilizado e moderno; o segundo, selvagem e tradicionalista.²⁰⁷

Tanto o antropólogo quanto o nativo possuem discursos que são quaisquer práticas de sentido que estabelecem uma relação de conhecimento entre si, ou mesmo uma relação social. Todavia, o sujeito (antropólogo) relaciona-se de uma forma com essa relação, enquanto que o objeto (nativo) relaciona-se de maneira diferente. Disto decorre uma relação subjacente a estas duas primeiras, a “relação das relações”, cujo sentido é dominado pelo antropólogo e não pelo nativo, pois o primeiro é o observador e não o observado, ou seja, é o antropólogo quem explica e interpreta, traduz e introduz, textualiza e contextualiza, justifica e significa o sentido do nativo.²⁰⁸

O motivo desta vantagem epistemológica está na relação que cada discurso possui com sua respectiva cultura:

O que faz do nativo um nativo é a pressuposição, por parte do antropólogo, de que a relação do primeiro com sua cultura é natural, isto é, intrínseca e espontânea, e, se possível, não reflexiva; melhor ainda se for inconsciente. O nativo exprime sua cultura em seu discurso; o antropólogo também, mas, se ele pretende ser outra coisa que um nativo, deve poder exprimir sua cultura culturalmente, isto é, reflexiva, condicional e conscientemente.²⁰⁹

Com efeito, o “antropólogo usa necessariamente sua cultura; o nativo é suficientemente usado pela sua.”²¹⁰ Ocorre verdadeiro “epistemicídio”, pois o conhecimento por parte do antropólogo requer o desconhecimento por parte do nativo. Diante disso, o autor quer recusar este “jogo”, mas reconhece as contribuições obtidas a partir desta forma de atuação e a relevância para a questão proposta aqui não requer que se analise o pensamento do autor pormenorizadamente.

A partir destas relações, tem-se a intenção de tomar as idéias por conceitos. Não se trata de entender o modo de pensar – o antropólogo não faz psicologia –, mas os objetos ou eventos intelectuais, não estados ou atributos mentais.²¹¹ Assim explica Viveiros de Castro:

No que me concerne, penso que eles pensam exatamente ‘como nós’; mas penso também que *o que* eles pensam, isto é, os conceitos que eles se dão, as

²⁰⁷ VIVEIROS DE CASTRO, *O nativo...*, p. 113.

²⁰⁸ *Ibidem*, p. 114.

²⁰⁹ *Ibidem*, p. 114.

²¹⁰ *Ibidem*, p. 114.

²¹¹ *Ibidem*, p. 124.

‘descrições’ que eles produzem, são muito diferentes dos nossos — e portanto que o mundo descrito por esses conceitos é muito diverso do nosso. [...]

Meu objeto são os *conceitos* indígenas, os mundos que eles constituem (mundos que assim *os* exprimem), o fundo virtual de onde eles procedem e que eles pressupõem. Os conceitos, ou seja, as idéias e os problemas da ‘razão’ indígena, não suas categorias do ‘entendimento’.²¹²

É neste sentido que o conceito de saúde-doença é apreendido pela antropologia e apresentado nos trabalhos empíricos realizados nas comunidades indígenas, ajudando a compreender o termo cosmovisão não meramente como a idéia genérica de cultura, mas englobando toda a dinâmica dos discursos entre sujeito e objeto e a relação peculiar de cada um com a sua cultura.

Agora, portanto, cabe analisar a percepção de saúde-doença propriamente dita, utilizando o exemplo dos índios Mbyá-Guarani.

Se a leitura equivocada do conceito ocidental de saúde como mera ausência de doenças gera problemas associados a uma incompleta política estatal de atenção à população, a mesma abordagem ocasiona problemas ainda maiores em relação à saúde indígena, pois esta confere maior grau ao espiritual em detrimento de um caráter biomédico e científico. A doença é também um fenômeno social, cuja percepção e tratamentos são definidos de acordo com cada contexto cultural. Assim, pode-se considerar que a saúde e a doença possuem uma realidade simbólica independente da sua realidade biomédica.²¹³

Nesta perspectiva, a concepção indígena de saúde-doença é resumida por Gersem dos Santos Luciano – primeiro indígena Mestre em Antropologia Social no Brasil – como “resultado do tipo de relação individual e coletiva que se estabelece com as demais pessoas e com a natureza”,²¹⁴ o que demonstra a intrínseca relação com o próprio modo de vida Guarani e a inserção em um campo em que se ultrapassam conceitos e definições para compreendermos sentidos e percepções.²¹⁵ Portanto, pode-se dizer que as moléstias têm causas sobrenaturais, espirituais.²¹⁶

Essa relação de harmonia com a natureza é essencial para a manutenção do bem-estar das comunidades; a doença surge quando a harmonia é rompida. Por este motivo que o

²¹² VIVEIROS DE CASTRO, *O nativo...*, p. 124-125.

²¹³ FERREIRA, Flávia da Rosa; SILVEIRA, Elaine da. O processo saúde-doença na cosmovisão Guarani. In: SILVEIRA, Elaine da; OLIVEIRA, Lizete Dias de. *Etnoconhecimento e saúde dos povos indígenas do RS*. Canoas: Ed. ULBRA, 2005, p. 60.

²¹⁴ LUCIANO, Gersem dos Santos. *O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil hoje*. Brasília: LACED/Museu Nacional, 2006, p. 173.

²¹⁵ FERREIRA; SILVEIRA, op. cit., p. 56.

²¹⁶ *Ibidem*, p. 63.

reconhecimento dos direitos originários sobre os territórios originalmente ocupados – e considerados sagrados –, além do usufruto exclusivo dos bens naturais ali presentes assume tamanha importância e detém reconhecimento constitucional.²¹⁷

Como evidencia Elizabeth Pissolato, antropóloga que conviveu por dois anos com índios Mbyá-Guarani nas aldeias de Araponga e Parati Mirim, no Rio de Janeiro, a vida possui para eles um caráter destrutivo e a Terra é imperfeita e repleta de doenças: há sempre potências produtoras de doenças atuando, mesmo que invisíveis, voltando-se os esforços continuamente para a produção de saúde ou de saberes que garantam vida longa.²¹⁸

Para os Mbyá, a ação humana ou é sempre orientada para a produção de benefícios à saúde ou é danosa aos humanos. Assim, tanto a prática de produzir doenças quanto a capacidade de evitá-las são concebidas como uma ciência “boa” ou “má”.²¹⁹

No que tange à instalação de doenças, podem ocorrer de duas maneiras: por via dita “natural”, diante da reação de espíritos da natureza provocados por descuido da pessoa, a qual dá causa à doença, ou por feitiçaria, que consiste na ação de outras pessoas. Entretanto, ambas as formas são processos intencionais de envio de elementos invisíveis na direção da vítima.²²⁰

Existe, também, a diferenciação entre as doenças de guarani – espirituais – e as doenças do “homem branco” – adquiridas pelo contato interétnico –, o que é importante para o correto diagnóstico e tratamento.²²¹

Deste modo, assume grande importância para as comunidades indígenas, não apenas para os Mbyá, a atuação do xamã ou pajé (*karái* para os Mbyá) e a casa de reza (*opy*). O *karái* é o conhecedor da natureza, mantém o equilíbrio no caos natural fazendo a intermediação entre o espiritual e o material²²² e é responsável pela cura das doenças, devido à capacidade de ver o que é invisível para os demais e orientá-los.²²³ A *opy* é o local onde atua o *karái*, espaço onde se realizam os rituais religiosos, além de desempenhar as funções de abrigo, acolhimento, proteção e conforto.²²⁴

²¹⁷ LUCIANO, *O índio...*, p. 176.

²¹⁸ PISSOLATO, Elizabeth. *A duração da pessoa: mobilidade, parentesco e xamanismo mbya (guarani)*. São Paulo: UNESP, 2007, p. 225-226.

²¹⁹ *Ibidem*, p. 231.

²²⁰ *Ibidem*, p. 162.

²²¹ *Ibidem*, p. 235.

²²² LUCIANO, *op. cit.*, p. 174.

²²³ PISSOLATO, *op. cit.*, p. 232.

²²⁴ FERREIRA; SILVEIRA, *Etnoconhecimento...*, p. 63.

Conseqüentemente, aldeias sem *opy* e *karai* estão mais suscetíveis a doenças, mortes e brigas, pois além do caráter espiritual, evitam atividades como os “bailes de branco” e o consumo de álcool.²²⁵

Além destas observações sobre saúde-doença entre os Mbyá, sobretudo em relação ao seu caráter espiritual, Dominique Buchillet²²⁶ sistematiza algumas razões de ordem prática para justificar uma atenção diferenciada em saúde, especialmente de acordo com a interpretação indígena dos sintomas das doenças. Note-se que os grupos indígenas pesquisados pela antropóloga são oriundos da região amazônica do Alto Rio negro, e não Mbyá-Guarani.

1. Falta de correspondência entre as nosologias²²⁷ biomédicas e indígenas: sintomas de uma mesma doença da medicina ocidental podem ser considerados indicativos de doenças diversas para os índios.

2. Concepções divergentes acerca do papel do médico: é comum a prática do autodiagnóstico, com conseqüências para o tratamento pela rede pública de saúde. O doente possui tarefas que na sociedade ocidental são atribuídas ao médico.

3. Alguns termos médicos indicam sintomas de possíveis doenças, enquanto que para o paciente indígena podem corresponder a uma doença específica: “tosse”, para o médico é apenas sintoma; para o paciente designa tuberculose.

4. Os sintomas de transição de um estado de saúde para outro patológico (e o inverso) são diferentes: um paciente indígena poder ser considerado curado pelo médico, mas pode não se considerar curado de acordo com o diagnóstico indígena, pois a causa de sua doença ainda não foi sanada.

5. Conseqüências geradas pelas dimensões semânticas dos termos médicos ocidentais ou nativos para as populações locais: é importante saber quais sentimentos ou reações estão vinculadas ao uso de determinados termos. No passado, ao se diagnosticar *wati poari* (denominação dos índios tukano da tuberculose pulmonar ou laríngea), o doente interpretava

²²⁵ FERREIRA, Luciano. O “fazer antropológico” em ações voltadas para a redução do uso abusivo de bebidas alcoólicas entre os Mbyá-Guarani, no Rio Grande do Sul. In: LANGDON, Esther Jean & GARNELO, Luiza (org.). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa/ABA, 2004, p. 95.

²²⁶ BUCHILLET, Dominique. Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro. In: LANGDON, Esther Jean & GARNELO, Luiza (org.). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa/ABA, 2004, p. 61-64.

²²⁷ MICHAELIS 2000: moderno dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Reader's Digest; São Paulo: Melhoramentos, 2000, 2 v., p. 1464. “1 Descrição, definição e estudo das doenças em todas as suas circunstâncias. 2 Tratado a respeito das doenças.”

como uma sentença de morte, o que provocava terror e fuga de membros de sua família ou da comunidade.

Tanto as observações sobre a concepção de saúde-doença entre os Mbyá quanto as questões práticas levantadas evidenciam a necessidade de uma atenção diferenciada e sensível às particularidades culturais indígenas ao se formular políticas direcionadas, como forma de efetivação do direito fundamental à saúde. É como conclui Dominique Buchillet, ao afirmar que:

[...] parece evidente que, em termos de diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças, é importante conhecer as nosologias indígenas, saber como os índios nomeiam, categorizam os sintomas e os agrupam em entidades patológicas, e não se limitar às definições ocidentais das patologias. Sem um trabalho de esclarecimento desse tipo, medidas de prevenção ou de controle preconizadas pelas profissionais de saúde para um doença específica podem, por exemplo, não se aplicar ou se adequar a todas as “formas” dessa doença reconhecidas pelas populações locais.²²⁸

Como se vê, a noção de saúde-doença indígena envolve complexas relações entre o indivíduo, a comunidade e a natureza, sempre caracterizadas, tanto a produção de doença quanto a cura, por processos não-materiais, o que a diferencia de forma radical da noção ocidental de saúde vista anteriormente.

Logo, esta tarefa deve passar invariavelmente pelo trabalho do antropólogo atuando em conjunto com as equipes de saúde, pois o diagnóstico e o tratamento sensíveis à cosmovisão indígena são garantias de maior eficácia do direito à saúde e de respeito à diversidade cultural destes povos, diretos que são constitucionais.

2. Política de atenção à saúde indígena no Brasil

2.1. Histórico da atenção à saúde indígena

A atenção à saúde indígena está inserida hoje formalmente na saúde pública executada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, o processo que levou a tal positivação deve

²²⁸ BUCHILLET, *Cultura e saúde...*, p. 64-65.

ser compreendido como o resultado de três variáveis independentes:²²⁹ a evolução da política indigenista, a partir do início do século XX;²³⁰ os avanços da Constituição Federal de 1988 em relação ao reconhecimento dos direitos indígenas;²³¹ e a evolução da política de saúde pública e a reforma sanitária iniciada na década de 80. Devido à atenção à saúde indígena inserir-se na reforma sanitária, compartilha dos mesmos princípios e também dos problemas enfrentados por outros grupos da sociedade na atenção básica.²³²

Como expõe Luiza Garnelo, ao contrário de outras políticas setoriais do poder público, como educação e saúde, consideradas deveres do Estado e direito dos cidadãos, a política indigenista no período da transição do SPI para a FUNAI foi marcada pela necessidade de auto-sustentabilidade e de não implicação de ônus ao tesouro nacional. O financiamento dessas políticas por muitas vezes derivou da exploração dos recursos naturais das terras indígenas, impedindo transparência dos gastos e de desenvolvimento sustentável da biodiversidade protegida.²³³

Durante a gestão do SPI, na década de 50, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), “com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígena e rural em áreas de difícil acesso. Essas ações eram essencialmente voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis.”²³⁴

Com a criação da FUNAI, em 1967, as políticas setoriais de saúde aos grupos aldeados eram organizadas pelo órgão indigenista e exercidas através do modelo campanhista, o qual consistia na ação vertical das Equipes Volantes de Saúde (EVS) que, estabelecidas em áreas urbanas, deslocavam-se esporadicamente às aldeias de acordo com a demanda de índios doentes.²³⁵ No entanto, este modelo de assistência mantinha a FUNAI à parte das discussões sobre Atenção Primária à Saúde e a uma prestação eficaz dos cuidados, gerando muitas críticas, como as apresentadas por Garnelo:

As suas práticas não incorporaram nem os avanços representados pelas tecnologias simples, baratas e eficazes de cuidados primários de saúde e nem os novos modelos de assistência, pautados pela prevenção de agravos e

²²⁹ GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luiz Carlos. *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003, p. 36.

²³⁰ A evolução da política indigenista é tratada no capítulo I, 2.1.

²³¹ Os avanços trazidos pela Constituição Federal de 1988 no reconhecimento dos direitos indígenas, além da Convenção 169 da OIT, são tratados no capítulo I, 2.2.

²³² LANGDON, Esther Jean. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: _____; GARNELO, Luiza (orgs.). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa/ABA, 2004, p. 36.

²³³ GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, op. cit., p. 38.

²³⁴ BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

²³⁵ GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, op. cit., p. 39.

organização de sistemas locais de saúde, que podem garantir oferta programada e racionalizar recursos e necessidades sanitárias. Igualmente, a instituição permaneceu ignorando as críticas aos altos custos e à ineficácia do modelo campanhista de assistência, que permaneceu vigente na Funai até a transferência da gestão da saúde indígena para o Ministério da Saúde, em 1999.²³⁶

A evolução para um modelo mais atuante deu-se em consonância com a Reforma Sanitária intensificada na década de 80, a qual culminou com a formação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988 e pela Lei nº 8.080/90. Antes disso, apenas na década de 60 surgiram os primeiros debates sobre a concepção de saúde como serviço público abrangente, diante do processo de urbanização acelerado e concentração da população nas cidades. A centralização autoritária de poderes no Estado com a Ditadura Militar de 1964, portanto, coincide com a implantação de um serviço público de assistência à saúde, inicialmente prestado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), uma autarquia federal.²³⁷

Vinculado à Previdência Social, o INAMPS não atuava pela universalidade do atendimento – apenas os segurados possuíam assistência garantida –, além de, durante os anos subseqüentes a sua criação, prevalecer a opinião de total inoperância, associada ao autoritarismo dos governos militares. É compreensível que com o processo de redemocratização do país buscou-se também uma mudança na prestação dos serviços públicos de saúde.²³⁸

Com efeito, as aspirações resultaram no “Movimento da Reforma Sanitária Brasileira”, constituído primeiramente por profissionais da saúde e das universidades e, posteriormente, por centrais sindicais, movimentos populares de saúde e parlamentares. O objetivo do movimento era a construção de uma nova política de saúde democrática, que considerasse a descentralização, a universalização e a unificação como elementos essenciais.²³⁹

O modelo descentralizado começou a ser desenhado no ano de 1983, quando a União iniciou repasse de suas atividades para alguns estados e municípios através do projeto Ações Integradas de Saúde (AIS). Após, em 1987, é criado o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que daria origem ao atual SUS.

²³⁶ GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, *Os povos...*, p. 39.

²³⁷ WEICHERT, *Saúde e federação...*, p. 143-144.

²³⁸ *Ibidem*, p. 146.

²³⁹ MARTINS, Wal. *Direito à saúde: compêndio*. Prefácio de Silvio Luís Ferreira da Rocha. Belo Horizonte: Fórum, 2008, p. 68.

Marlon Alberto Weichert destaca, neste contexto histórico, a importância da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, “cujas conclusões influenciaram diretamente os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte e, posteriormente, a elaboração da Lei Orgânica da Saúde (1990)”.²⁴⁰ Deste modo, concluiu-se na Conferência que:

1 – A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla reforma sanitária.²⁴¹

Ainda, foi proposta a adoção pelo Sistema de uma série de princípios que, juntamente com o processo de redemocratização e com a experiência da atuação das AIS e do SUDS, viriam a consolidar as bases da saúde pública consagrada na Constituição de 1988. Sobre os princípios, Weichert igualmente os destaca:

Descentralização na gestão dos serviços, a integração das ações preventivas e curativas, a unidade na condução da política, a regionalização e hierarquização dos serviços, a participação da população, o fortalecimento do papel do Município, a universalização dos beneficiários e a equidade no acesso.²⁴²

Como passo inicial para adequação aos princípios da Reforma Sanitária que, posteriormente, culminariam no subsistema de atenção à saúde indígena, Esther Jean Langdon destaca a realização da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, também em 1986, e as seguintes recomendações elaboradas: a) a necessidade de se criar um subsistema específico e uma agência vinculada ao Ministério da Saúde para articular com o sistema nacional; b) garantir ampla participação das nações indígenas em todos os momentos das ações e serviços de saúde; c) assegurar o respeito às especificidades culturais dos povos indígenas pertinentes aos cuidados com saúde; d) garantir parcerias com entidades de pesquisa e ensino em saúde; e) estimular a formação de agentes indígenas de saúde, auxiliares de enfermagem e enfermeiros nas próprias aldeias.²⁴³

A etapa seguinte veio com mudanças administrativas a partir do Decreto nº 23/91, o qual estabeleceu um órgão vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) responsável pela organização dos serviços de saúde indígena, retirando, portanto, a função assistencial de saúde do âmbito da FUNAI.²⁴⁴

²⁴⁰ WEICHERT, *Saúde e federação...*, p. 148.

²⁴¹ *Ibidem*, p. 148.

²⁴² *Ibidem*, p. 148.

²⁴³ LANGDON, *Uma avaliação...*, p. 38.

²⁴⁴ GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, *Os povos...*, p. 40.

O Decreto transferiu a responsabilidade sanitária sobre os povos indígenas para o Ministério da Saúde, que organizou o sistema com base em um critério local através de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). De fato, apenas um distrito foi criado neste período: o Distrito Sanitário Yanomami, no estado de Roraima.²⁴⁵

Em seguida, a realização da II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, em 1992, veio consolidar como política pública o modelo de distritos sanitários como o ideal para atender às necessidades específicas de saúde de cada grupo indígena. Ainda, recomendou a permanência do Ministério da Saúde como responsável pela organização do atendimento, além de ressaltar a importância de se adotar os princípios norteadores da saúde pública: universalidade, equidade, acessibilidade e controle social.²⁴⁶ Deste modo, a organização dos serviços seria configurada em um subsistema do SUS, através do modelo de distritos sanitários definidos por critérios étnicos, demográficos e de ocupação ancestral de terras indígenas.²⁴⁷

A forma de organização em um subsistema do SUS só viria em 1999. Antes disso, para resolver a questão do controle social, onde a participação das comunidades indígenas assume extrema importância para que se tenha uma atenção diferenciada, criou-se a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). Formada por representantes da FUNAI e FUNASA, além de antropólogos, instituições de ensino e pesquisa em saúde e organizações indígenas, objetivou a criação de conselhos locais com atuação constante de membros indígenas, porém poucos foram efetivamente estabelecidos até hoje.²⁴⁸

Impasses gerados pela FUNASA e pela FUNAI resultaram no Decreto Presidencial nº 1.141/94, que transferia a responsabilidade dos serviços de saúde de volta para a FUNAI. Sem conseguir implementar as ações, ocasionando inclusive atrasos na distritalização proposta já em 1991, o órgão indigenista viu sua competência ser transferida novamente para o Ministério da Saúde e para a FUNASA, mediante a Lei nº 9.836 de 1999, a Lei Arouca, que finalmente viabilizou a criação dos demais distritos sanitários e consolidou-os como a política oficial de atendimento à saúde indígena.

A Lei nº 9.836 introduziu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS ao acrescentar o Capítulo V à Lei nº 8.080/90, a qual trata das condições para a

²⁴⁵ GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, *Os povos...*, p. 40.

²⁴⁶ *Ibidem*, p. 40.

²⁴⁷ *Ibidem*, p. 40.

²⁴⁸ LANGDON, *Uma avaliação...*, p. 38-39.

promoção, proteção e recuperação da saúde, além de instituir o Sistema Único de Saúde. Os oito artigos do Capítulo são os seguintes:

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

Art. 19-F. 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 por 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.

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º 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.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso.

Seguindo a afirmação dos princípios constitucionais da saúde pública e da Lei nº 8.080/90, a Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002, aprovou a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. O texto veio a organizar os avanços da distritalização e do atendimento preconizado a partir do Decreto nº 23/91, principalmente em relação à necessidade de atenção diferenciada às especificidades culturais.

Não obstante a implantação dos DSEIs e a organização do Subsistema na esfera do SUS, a situação da saúde indígena continuou precária e com pouco espaço no cenário

nacional das políticas sanitárias: os recursos repassados eram insuficientes; as condições sanitárias continuaram problemáticas; não houve esforço em promover estudos epidemiológicos das necessidades primárias dos grupos indígenas; o controle social foi pouco utilizado; a atuação da CISI foi fraca, devido ao descaso com a saúde indígena em face dos problemas nacionais enfrentados pela CNS considerados de maior relevância.²⁴⁹

As constantes trocas de responsabilidade pela organização do atendimento, além de não atingirem o objetivo de prestar uma atenção sensível às representações de saúde-doença de cada grupo indígena, geraram estruturas burocrático-administrativas confusas, cujos serviços “sofrem, em geral, de problemas organizacionais, conflitos institucionais, falta de recursos humanos e financeiros, ausência de participação da comunidade no planejamento desses serviços e dependência cada vez maior das ONGs para obter atendimento.”²⁵⁰

2.2. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs

O modelo de atendimento baseado em distritos sanitários teve origem, como visto, já no início da década de 90. Entretanto, apenas em 1999 sua implantação foi formalizada, através do Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999 e, posteriormente, pela Lei nº 9.836, também de 1999. A Medida provisória nº 1.911-8/99 devolveu a responsabilização exclusiva pelo atendimento da saúde indígena para a FUNASA.²⁵¹ A partir da formalização do modelo, trinta e quatro DSEIs foram criados.²⁵²

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, ao estabelecer que o modelo de Distritos Sanitários é o que melhor atende aos propósitos do documento – acesso à atenção integral à saúde e respeito às diversidades – define o conceito de Distrito Sanitário da seguinte maneira:

Modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades

²⁴⁹ LANGDON, *Uma avaliação...*, p. 39.

²⁵⁰ *Ibidem*, p. 40.

²⁵¹ *Ibidem*, p. 41.

²⁵² Para visualização do mapa contendo os trinta e quatro distritos sanitários indígenas, ver anexo, p. 83.

administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social.²⁵³

Deste modo, percebe-se que os Distritos têm por objetivo prestar serviços de saúde de acordo com as particularidades político-culturais de cada etnia indígena, obedecendo aos avanços da Constituição Federal no reconhecimento destas diversidades, às discussões estabelecidas na I e II Conferências Nacionais de Saúde Indígena e à concepção de saúde-doença diversa da biomédica ocidental.²⁵⁴

Em relação aos critérios que situam a abrangência territorial dos Distritos, o texto da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas assim os determina:

- população, área geográfica e perfil epidemiológico;
- disponibilidade de serviços, recursos humanos e infra-estrutura;
- vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS;
- relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional;
- distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas.²⁵⁵

Como se depreende dos critérios seguidos, a delimitação dos Distritos não corresponde aos limites municipais e estaduais, ultrapassando-os de fato. Por este motivo, variam significativamente entre si em tamanho e composição étnica. Em verdade, alguns Distritos abrangem diferentes etnias indígenas de práticas culturais e de cuidados de saúde totalmente diversos.²⁵⁶

A organização interna e sistêmica dos Distritos é de complexidade crescente para que o atendimento seja realmente sensível às diversidades culturais. Desta forma, a rede física de assistência compreende níveis diversos de unidades com diferentes atribuições. Todavia, a rede própria dos DSEIs restringe-se à prestação de atenção básica. Quando surgem problemas de média e alta complexidade, a interação com a estrutura e o atendimento específicos do SUS é inevitável: “o paciente indígena deixa de gozar da atenção diferenciada e passa a receber atendimento similar àquele prestado para a população não-indígena.”²⁵⁷

Sobre a atenção básica, têm-se os Postos de Saúde Indígena dos tipos I e II presentes dentro das terras indígenas, que contam com o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS)

²⁵³ BRASIL. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, p. 13.

²⁵⁴ Ver, neste capítulo, o ponto 1.2.

²⁵⁵ BRASIL. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, p. 14.

²⁵⁶ LANGDON, *Uma avaliação...*, p. 41.

²⁵⁷ GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, *Os povos...*, p. 50.

e dos Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan).²⁵⁸ O Posto de tipo I tem atribuições como: acompanhamento de gestantes e desenvolvimento infantil; promoção da saúde e prevenção de doenças de maior prevalência, como diarreia e malária; primeiros socorros; e ações de educação sanitária. Os Postos de tipo II somam às atividades dos Postos tipo I o controle de doenças transmissíveis, coleta de material para exame, melhorias sanitárias domiciliares e vigilância epidemiológica e nutricional.²⁵⁹

O nível seguinte de atendimento é de responsabilidade dos Pólos-Base, nos quais atuam as Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI)²⁶⁰ e se caracterizam por atender a um número definido de aldeias. Podem, em determinados casos, localizarem-se em pequenas cidades, quando a posição for estratégica para melhor atender às aldeias de sua cobertura.²⁶¹

Estas unidades comportam todas as atribuições dos Postos de Saúde, com o acréscimo de, por exemplo: capacitação, reciclagem e supervisão dos agentes indígenas de saúde e auxiliares de enfermagem; esterilização; imunizações de rotina; controle de doenças de maior incidência e prevalência, contemplando diagnóstico, tratamento e distribuição de medicamentos específicos; prevenção de câncer ginecológico.²⁶²

Em se tratando de demandas mais complexas, os pacientes devem ser remetidos às Casas de Saúde Indígena. São unidades sediadas em áreas urbanas e que realizam a intermediação do atendimento local com a rede de referência do SUS,²⁶³ tendo por responsabilidade: recepção, alojamento e alimentação de pacientes e acompanhantes encaminhados pelos DSEIs; estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência com a rede do SUS; auxílio de enfermagem na fase de recuperação; e acompanhamento de pacientes para consultas, exames e internações hospitalares e em ambulatórios.²⁶⁴

Apesar do grau de complexidade do atendimento prestado pelas diversas unidades estruturais, Garnelo salienta que o sistema permanece preso a práticas sanitárias tecnicistas sem o desenvolvimento e ações que busquem a interação setorial. Além disso, a articulação com o SUS é confusa e não são respeitadas as práticas culturais indígenas em relação à saúde, mesmo sendo este o objetivo principal do estabelecimento do modelo distrital de atenção.²⁶⁵

²⁵⁸ LANGDON, Esther Jean; DIEHL, Eliana E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, vol. 16, n° 2, São Paulo, May/Aug., 2007, p. 20.

²⁵⁹ GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, *Os povos...*, p. 51.

²⁶⁰ LANGDON, loc. cit.

²⁶¹ GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, op. cit., p. 49.

²⁶² Ibidem, p. 51-52.

²⁶³ Ibidem, p. 50.

²⁶⁴ Ibidem, p. 52.

²⁶⁵ Ibidem, p. 52.

A antropóloga também ressalta que alguns Distritos englobam áreas grandes demais para que haja um atendimento eficaz, além de outros agregarem “artificialmente grupos étnicos com história de antigas disputas étnicas ou que não mantêm interações tradicionais entre si”.²⁶⁶

Dentre diversos outros problemas avaliados, pode-se concluir, ao menos, que o sistema resultou em avanços que contribuíram significativamente para a melhoria das condições de vida e saúde dos povos indígenas e representou, teoricamente, o reconhecimento pelo poder público da necessidade de concretizar uma política de saúde específica para os povos indígenas.²⁶⁷

2.3. Articulações entre o SUS e “atenção diferenciada”

A Lei Arouca – Lei nº 9.836, de 1999 – acrescentou o Capítulo V à Lei nº 8.080/1990, a qual regulamenta a saúde pública nos moldes estabelecidos pela Constituição Federal e institui o SUS. O Capítulo V, por sua vez, constitui o subsistema de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS, o que significa que obedece às mesmas diretrizes e princípios consagrados pela Lei Orgânica da Saúde e pela Constituição Federal.

Logo no art. 19-A do Capítulo V está a vinculação do subsistema ao que se estabelece na Lei nº 8.080/90, quando assevera que as “ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.”. Em seguida, o art. 19-B afirma que o subsistema criado é componente do SUS, “com o qual funcionará em perfeita integração.”.

Ainda, o art. 19-G atribui ao subsistema os mesmos aspectos caracterizadores do SUS: “O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.”. Pode-se, também, somar a estas características os princípios da universalidade, da igualdade, da gratuidade, da integralidade e da participação ou “controle social”.²⁶⁸

A partir desta constatação, nota-se que toda a concepção indígena de saúde-doença descrita anteriormente não se compatibiliza de forma automática com a estrutura e com os modos de atuação da saúde pública executada pelo SUS. Conseqüentemente, a palavra

²⁶⁶ GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, *Os povos...*, p. 55.

²⁶⁷ *Ibidem*, p. 86.

²⁶⁸ *Ibidem*, p. 40.

“articulação” assume grande relevância para que as exigências do atual modelo de atenção à saúde indígena sejam efetivas²⁶⁹ e, da mesma forma, evidencia a necessidade de uma “atenção diferenciada” que possibilite um diálogo intercultural no âmbito da assistência à saúde.²⁷⁰

A I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, de 1986, já demonstrava a necessidade de haver uma atenção diferenciada e apresentava alguns de seus aspectos essenciais, como visto no ponto 2.1.²⁷¹ Posteriormente, esta exigência foi reiterada no documento da FUNASA, Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, de 2002. O princípio norteador de todas as políticas de saúde é “o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas.”²⁷² Em relação às práticas indígenas de auto-atenção, o texto reconhece “a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura”.²⁷³ Logo adiante, afirma que:

As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde.²⁷⁴

Neste sentido, Eduardo L. Menéndez define a auto-atenção como sendo:

[L]as representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención.²⁷⁵

O autor ainda descreve dois níveis distintos de auto-atenção, um considerado amplo e o outro restrito. O primeiro diz respeito aos processos biossociais de cada grupo, os quais

²⁶⁹ GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, *Os povos...*, p. 45.

²⁷⁰ LANGDON, *Uma avaliação...*, p. 42.

²⁷¹ Ver, neste capítulo, o ponto 2.1, p. 57: a) a necessidade de se criar um subsistema específico e uma agência vinculada ao Ministério da Saúde para articular com o sistema nacional; b) garantir ampla participação das nações indígenas em todos os momentos das ações e serviços de saúde; c) assegurar o respeito às especificidades culturais dos povos indígenas pertinentes aos cuidados com saúde; d) garantir parcerias com entidades de pesquisa e ensino em saúde; e) estimular a formação de agentes indígenas de saúde, auxiliares de enfermagem e enfermeiros nas próprias aldeias.

²⁷² BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002, p. 18.

²⁷³ *Ibidem*, p. 13.

²⁷⁴ *Ibidem*, p. 17.

²⁷⁵ MENÉNDEZ, Eduardo L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 8 (1): 185-20, 2003, p. 198.

incluem práticas culturais de obtenção e preparo de alimentos, higiene pessoal, interação com o ambiente circundante, aprendizagem das relações com a morte, entre outros.²⁷⁶ O nível restrito representa, principalmente, as formas científicas e não-científicas de representação da doença e práticas de cura e cuidados com os enfermos.²⁷⁷

Sendo assim, a auto-atenção deve ser articulada com as atividades biomédicas de atenção primária, visto que “dicha forma de atención puede ser prohibida pero no eliminada, debido a las características descritas previamente, y especialmente al papel que cumple en el proceso de reproducción biosocial”,²⁷⁸ ou seja, “essa interação efetivamente existe e se processa independentemente da vontade e/ou aceitação do modelo médico.”²⁷⁹

Esther Jean Langdon, ao discorrer sobre as características da atenção diferenciada, pondera que, antes de ser conceituada como a incorporação de práticas tradicionais aos serviços de saúde primária, deve ser entendida como a *articulação* entre estes serviços e as práticas de auto-atenção existentes na comunidade particular. Deste modo, o agente de saúde não está obrigado a aprender práticas xamânicas para prestar atenção eficaz, deve apenas compreender que sua atuação é sempre *complementar* – e não substitutiva – às práticas tradicionais, que, como visto, efetivamente se processam.²⁸⁰

Esta interação, à primeira vista, sugere uma tarefa utópica diante das diferenças culturais e das dificuldades em capacitar agentes de saúde para atender de modo culturalmente diferenciado. Entretanto, como salienta Langdon, não há uma competição entre o sistema indígena e o sistema biomédico, pois “[o] resultado do contato interétnico tem demonstrado exatamente o oposto, ou seja, que de fato os índios reinterpretem e se apropriam de aspectos da medicina ocidental.”²⁸¹ As relações, portanto, são mais permeáveis do que dicotômicas, o que acrescenta maior grau de complexidade a elas, mas também torna menores os limites entre a biomedicina e as medicinas tradicionais.²⁸²

Nádia Heusi Silveira²⁸³ apresenta também alguns tópicos relativos às intervenções em saúde que considera essenciais para a configuração da atenção diferenciada. Além da óbvia necessidade de interação entre a biomedicina e a medicina tradicional indígena, considera

²⁷⁶ MENÉNDEZ, *Modelos de atención...*, p. 199.

²⁷⁷ *Ibidem*, p. 199. Também: LANGDON, *Uma avaliação...*, p. 43.

²⁷⁸ *Ibidem*, p. 205.

²⁷⁹ LANGDON, *loc. cit.*

²⁸⁰ BRASIL. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, p. 42.

²⁸¹ LANGDON, *op. cit.*, p. 45.

²⁸² *Ibidem*, p. 45.

²⁸³ SILVEIRA, Nádia Heusi. O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami. In: LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (orgs.). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa/ABA, 2004.

importante a formação de agentes de saúde indígena, pois “o modelo de atenção diferenciada prevê que as ações básicas em saúde sejam prestadas por representantes da comunidade treinados e supervisionados pelos demais profissionais da equipe de saúde”,²⁸⁴ para, assim, facilitar a comunicação e promover o intercâmbio das práticas ocidentais e tradicionais.

O segundo tópico de destaque, o qual já evidencia articulação com o modo de atuar do SUS, refere-se ao incentivo do controle social, como forma de maior participação dos principais interessados na prestação diferenciada do direito à saúde: a comunidade indígena.²⁸⁵

Todas estas ponderações, portanto, demonstram aspectos que devem ser considerados para haver uma atenção diferenciada na prestação dos serviços de saúde, de acordo com as exigências constitucionais, as Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e, mais especificamente, pelas bases da recente Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

No entanto, a interação entre a biomedicina e as práticas tradicionais de auto-atenção não é suficiente para que tal objetivo seja alcançado. Em verdade, a inserção da atenção à saúde indígena no âmbito do SUS ocasiona tensões e interações de ordem diversa, em face da dificuldade de conciliação dos princípios e diretrizes estabelecidos para a saúde pública não-indígena com as características particulares da saúde indígena.

Deste modo, pode-se identificar quatro tensões ou interações entre a saúde indígena – considerando todo o processo de reconhecimento antes descrito – e os princípios e diretrizes do SUS – considerando, também, a já descrita formalização da saúde indígena no âmbito do SUS, através da criação de um subsistema –, quais sejam: a) atenção diferenciada e os princípios da igualdade e universalidade do SUS;²⁸⁶ b) integralidade da assistência e a transição do modelo campanhista para o assistencialista; c) descentralização do SUS e o modelo misto de gestão da atenção à saúde indígena;²⁸⁷ e, por fim, d) princípio da participação social, sua importância no campo da saúde indígena e terceirização dos serviços.²⁸⁸

²⁸⁴ SILVEIRA, *O conceito...*, p. 118.

²⁸⁵ *Ibidem*, p. 125.

²⁸⁶ GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, *Os povos...*, p. 48.

²⁸⁷ *Ibidem*, p. 46.

²⁸⁸ *Ibidem*, p. 78. Também em: SILVEIRA, *op. cit.*, p. 124

O princípio da *universalidade* no acesso às ações e serviços de saúde está previsto no art. 196 da Constituição Federal²⁸⁹ e no inciso I do art. 7º da Lei nº 8.080/90.²⁹⁰ Interligado, está o princípio da *igualdade* nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, previsto também no art. 198 da Constituição e no inciso IV do art. 7º da Lei nº 8.080/90.²⁹¹ Ambos os conceitos, embora com sentidos diversos, são concretizações do princípio maior da *isonomia*, pois referem-se ao amplo acesso aos serviços de saúde pública.²⁹²

Antes do advento do SUS, quando as políticas de saúde eram vinculadas à Previdência Social, apenas os segurados possuíam acesso aos serviços públicos de saúde.²⁹³ Hoje, o princípio da universalidade garante que os serviços sejam destinados a toda a população indistintamente. Não se trata, tampouco, de políticas para a população carente, como uma forma de assistência social. Deste modo, toda a população é destinatária da saúde pública.²⁹⁴

O princípio correlato da igualdade, segundo Weichert, revela duas conotações: uma negativa, na qual é vedada qualquer discriminação na prestação dos serviços, e outra positiva – ou busca pela igualdade material –, na qual há relativização da igualdade formal a partir da priorização de políticas para “os grupos, classes sociais e comunidades mais carentes de ações estatais nessa área.”²⁹⁵

Estes dois princípios interagem com a atenção diferenciada. Nota-se que a atenção à saúde indígena, diante das diferenças culturais nas representações de saúde-doença e nas práticas empregadas, não pode receber as mesmas políticas públicas destinadas às parcelas homogêneas da população, embora utilize, em certos níveis de atendimento, a mesma estrutura do SUS. Deve haver busca pela igualdade de condições de acesso e, portanto, relativização do princípio da igualdade formal, sem esquecer que a universalidade, ao mesmo tempo, garante total direito à proteção, promoção e recuperação da saúde a toda a população.

A segunda interação ocorre entre o princípio da integralidade da assistência e a transição do modelo de atenção à saúde indígena, no bojo das transformações desta política analisadas anteriormente.

²⁸⁹ “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido 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.”

²⁹⁰ “Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”

²⁹¹ “IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”

²⁹² WEICHERT, *Saúde e federação...*, p. 158.

²⁹³ CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90). 3ª Ed. Campinas: UNICAMP, 2002, p. 72.

²⁹⁴ WEICHERT, op. cit., p. 158-159.

²⁹⁵ *Ibidem*, p. 161.

O princípio da integralidade da assistência está expressamente consagrado no art. 198, inciso II, da Constituição Federal de 1988.²⁹⁶ Seu conteúdo, no entanto, é determinado pelo art. 7º da Lei nº 8.080/90 “como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Segundo Weichert, o poder público tem o dever de oferecer serviços de todas as especialidades e complexidades, mesmo quando não sejam rotineiramente prestados ou se destinem aos cuidados de doença rara.²⁹⁷

A interação, portanto, ocorre com a transição do modelo de atendimento à saúde indígena: quando prestado pela FUNAI, o modelo é o chamado campanhista, executado pelas EVS de modo periódico e de acordo com “demanda espontânea de casos em que a doença já está instalada.”²⁹⁸ Com a responsabilidade transferida para o âmbito do Ministério da Saúde, de acordo com as diretrizes e princípios do SUS, o modelo passou a ser o de assistência e exercido através dos DSEIs. A oferta de serviços, portanto, passou a ser ininterrupta e prestada nas próprias aldeias, possibilitando maior contato e interação entre as formas distintas de atenção à saúde – a biomédica e a indígena. Deste modo, o modelo atual obedece, ao menos teoricamente, ao princípio da integralidade da assistência, pois a obrigação de presença permanente de profissionais nas aldeias e a estrutura adotada – Postos de tipo I e II, Pólos-Base e Casas de Saúde do Índio – deve estar preparada para atender qualquer demanda de saúde indígena.²⁹⁹

A terceira interação é, em verdade, uma relativização. O inciso I do art. 198 da Constituição Federal estabelece como princípio fundamental do SUS a descentralização dos serviços e, como regra, a direção única.³⁰⁰ Isto significa que os serviços de saúde devem ser prestados primordialmente pelos municípios, como também prevê o inciso VII, art. 30, da Constituição Federal.³⁰¹

²⁹⁶ “Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;”

²⁹⁷ WEICHERT, *Saúde e federação...*, p. 170-171. Esta interpretação remete a outras discussões, referentes ao chamado fenômeno da judicialização da saúde e à possibilidade de tutela jurídica individual para obtenção gratuita de determinados serviços de saúde, notadamente fornecimento de medicamentos e tratamento de doenças raras. A prioridade em elaborar políticas gerais de saúde e a insuficiência de recursos financeiros estatais para ações individuais são os principais argumentos contrários a estas demandas.

²⁹⁸ GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, *Os povos...*, p. 48.

²⁹⁹ *Ibidem*, p. 49.

³⁰⁰ “Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;”

³⁰¹ “Art. 30. Compete aos Municípios: VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;”

Como percebe Weichert, os entes locais, ao prestarem as ações e serviços próximos da população, “possuem a melhor condição de avaliar as necessidades mais presentes e desenvolver as condutas mais eficazes de prevenção e tratamento.”³⁰² Em outras palavras, Guido Carvalho e Lenir Santos dizem que a “descentralização coloca o responsável pela ação perto do fato”³⁰³ e “permite ao usuário identificar o responsável pela ação, aumentando, assim, o grau de consciência do cidadão e a sua participação no governo.”³⁰⁴

A evolução da política de atenção à saúde indígena entendeu que o modelo distrital era o que melhor atendia à exigência da atenção diferenciada. Deste modo, foram criados trinta e quatro distritos sanitários que não obedecem aos limites políticos municipais e estaduais, pois os critérios utilizados para sua atuação são outros: em geral, as características dos povos indígenas em cada região e seu perfil epidemiológico.³⁰⁵ Nota-se, portanto, a relativização necessária do princípio da descentralização.

Em outro sentido, percebe-se a relativização do princípio pela adoção de um modelo misto de gestão da saúde indígena, o qual compreende atuação do governo federal, através da responsabilidade legal e operacionalização pelo Ministério da Saúde, e a participação de outras entidades, tanto governamentais – como Secretarias Municipais de Saúde – como não-governamentais – Organizações Indígenas e ONGs –, as quais firmam convênios com a FUNASA para atuarem diretamente na prestação dos serviços de saúde.³⁰⁶ O governo federal, portanto, atua mais que apenas na regulação e avaliação, enquanto que os municípios nem sempre são os principais executores das ações de saúde.

Luiza Garnelo cita e analisa recomendação da II Conferência Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, de 1992, que opta pelo modelo misto de gestão por razão ainda diversa:

Manutenção do subsistema no âmbito do governo federal, evitando-se a municipalização. No plano não-indígena do SUS, a descentralização vinha sendo feita mediante o repasse da gestão dos serviços para os sistemas municipais de saúde, porém, a existência de conflitos interétnicos, que se expressam de forma mais vigorosa no espaço municipal, tornava inadequado o repasse das ações de saúde indígena para os municípios. Em função disso, foi adotado um modelo misto, diferenciado em relação ao conjunto do Sistema Único de Saúde, caracterizado pela descentralização de serviços e recursos para os Dsei, que atuam localmente, mas mantendo o comando único da gestão no plano do governo federal, ou seja, no Ministério da Saúde, que, por sua vez, delegou para a Fundação Nacional de

³⁰² WEICHERT, *Saúde e federação...*, p. 166.

³⁰³ CARVALHO; SANTOS, *Sistema Único...*, p. 85.

³⁰⁴ *Ibidem*, p. 85.

³⁰⁵ BRASIL. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, p. 14.

³⁰⁶ GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, *Os povos...*, p. 46.

Saúde/Funasa, seu órgão executivo, a responsabilidade pela implementação da proposta.³⁰⁷

Por fim, merece análise o princípio da participação social – ou controle social – na formulação de políticas de saúde devido à sua importância específica para a saúde indígena.

A participação social é considerada um dos pilares do SUS, prevista no inciso III do art. 198 da Constituição Federal³⁰⁸ e no inciso VIII do art. 7º da Lei nº 8.080/90.³⁰⁹ Configura-se em instrumento de democracia participativa e tem por objetivo impor aos agentes públicos a obrigação de criar mecanismos de participação³¹⁰ da população na formulação, implementação, gestão e controle das políticas públicas, afastando práticas paternalistas e desenvolvendo o senso de responsabilidade comum.³¹¹

A Lei nº 8.142 de 1990 criou duas instâncias em cada nível de governo que institucionalizam a participação da comunidade: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A primeira instância tem por finalidade “avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde” no período subsequente às suas reuniões, as quais ocorrem a cada quatro anos.³¹² O Conselho de Saúde, ao contrário, tem caráter permanente e deliberativo; não se trata de mero órgão consultivo. Esta instância tem “atribuição legal de deliberar sobre a condução do sistema de saúde no âmbito do respectivo ente. As atribuições do Conselho vão desde a formulação de estratégias de atuação até o controle da execução da política na instância correspondente”.³¹³

O correto funcionamento destes órgãos legais, no entanto, encontra diversas dificuldades práticas, tais como estruturação física de sedes, eleições legítimas, capacitação de conselheiros, dentre outras, o que certamente não desmerece a iniciativa de *empoderamento*³¹⁴

³⁰⁷ GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, *Os povos...*, p. 41.

³⁰⁸ “Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: III - participação da comunidade.”

³⁰⁹ “Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: VIII - participação da comunidade;”

³¹⁰ AITH, Fernando. *Curso de Direito Sanitário: A Proteção do Direito à Saúde no Brasil*. São Paulo: Quartier Latin, 2007, p. 357.

³¹¹ WEICHERT, *Saúde e federação...*, p. 171.

³¹² Lei nº 8.142/90, art. 1º, § 1º.

³¹³ WEICHERT, op. cit., p. 172.

³¹⁴ SEN, Amartya. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000. Sen não fala especificamente sobre o termo *empowerment*, mas é reconhecidamente um dos precursores dessa idéia de “empoderamento” como pressuposto de participação social e acesso a bens e recursos. O economista indiano diferencia duas condições dos indivíduos na sociedade relativas à participação: condição de *paciente*, de caráter assistencialista, inerte; condição de *agente*, de caráter participativo e dinâmico. Na obra *Desenvolvimento como Liberdade*, ao tratar do tema “A condição de agente das mulheres e a mudança social”, Sen ressalta a importância de se agregar à noção de “receptoras passivas de auxílio para melhorar seu bem-estar” outra de

da população para deliberar e controlar as políticas de saúde, impedir corrupção e, principalmente, aproximar as discussões e decisões dos administradores aos destinatários dos serviços, possibilitado adequação das políticas às reais necessidades da comunidade.³¹⁵

No âmbito da saúde indígena, este princípio constitucional assume peculiar importância. Como narrado no histórico da atenção à saúde indígena, as Conferências Nacionais de Saúde elaboraram reivindicações que objetivavam a criação de um subsistema no âmbito do SUS, para que a atenção respeitasse as diferenças culturais e fosse aplicada de forma mais eficiente. As deliberações contaram com um expressivo aumento da participação indígena, que, preocupados com a atenção à saúde esporádica que era prestada, representaram o início da participação social no âmbito da saúde indígena.³¹⁶ Hoje, o princípio está previsto na Lei nº 8.080/90³¹⁷ e na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.³¹⁸

A participação, todavia, não ocorre apenas nos períodos de realização das Conferências; existe uma estrutura de controle social permanente, assim como ocorre com a saúde pública não-indígena. O Conselho Nacional de Saúde, principal instância de decisão, possui uma Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), cujas funções são consultivas e não deliberativas. O órgão é responsável pela análise de demandas e pelo auxílio ao Conselho Nacional de Saúde na tomada de decisões.³¹⁹

No âmbito local, o controle é exercido pelo Conselho Distrital e pelos Conselhos Locais de Saúde. O primeiro delibera sobre questões da área de abrangência do respectivo DSEI, definindo prioridades e aprovando os planos distritais. O segundo é formado exclusivamente por usuários e lideranças indígenas, responsáveis pela aproximação das discussões distritais à comunidade indígena, facilitando a execução de políticas locais.³²⁰

Aparte desta estrutura burocrática, outra questão surge relativamente ao controle social: a terceirização dos serviços de saúde para Organizações Indígenas e ONGs. Além de inserirem-se na nova política de atenção à saúde indígena como reflexo do princípio da

“agentes ativos de mudança”, “promotoras dinâmicas de transformações sociais que podem alterar a vida das mulheres e dos homens.” Empoderamento, portanto, é garantir condição de agente aos indivíduos no meio social.

³¹⁵ WEICHERT, *Saúde e federação...*, p. 173.

³¹⁶ GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, *Os povos...*, p. 78.

³¹⁷ “Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso.”

³¹⁸ BRASIL. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, p. 20. “4.9 – Controle Social. A participação indígena deverá ocorrer em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, contemplando expressões formais e informais.”

³¹⁹ GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, op. cit., p. 79.

³²⁰ *Ibidem*, p. 80.

descentralização e com intuito de contribuir para uma atenção diferenciada, denunciam relativa incapacidade da FUNASA em prestar os serviços de forma eficaz.³²¹

A terceirização interage com a atenção diferenciada e com a descentralização. Porém, ao passo em que a FUNASA eximi-se de grande parte dos serviços de sua competência, a manipulação dos recursos públicos e o atendimento a grandes populações resta prejudicada, pois poucas são as ONGs e, principalmente, Organizações Indígenas que dispõem de capacidade técnica e material para substituir o Estado na prestação de serviço público dotado de tanta burocracia. A participação na execução das ações em saúde acaba sendo interpretada como um espaço de poder político por parte das comunidades indígenas, mas pouco contribui para a atenção local e diferenciada.³²²

O tão importante princípio da participação social, embora tenha garantido – através do modelo de distritos sanitários – avanços no reconhecimento estatal da necessidade de atenção diferenciada em saúde indígena, revela diversos problemas, tais como: centralização das decisões por falta de interlocução entre as instâncias de controle social e por descaso à contribuição dos conselheiros indígenas;³²³ falta de capacitação para atuar em contextos multiculturais, gerando tendências de centralização, burocratização e institucionalização;³²⁴ os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) não representam os saberes indígenas e não estão preparados para realizar um papel de mediação, ocupando um papel ambíguo sem reconhecimento como profissional em uma equipe hierarquizada, com tarefas bem definidas entre os membros³²⁵; e, por fim, como alerta Garnelo:

O controle social em saúde indígena enfrenta singulares desafios para a sua efetivação, tanto por razões ligadas às formas próprias de exercício do poder político no mundo indígena, quanto pela dificuldade de apropriação, pelos indígenas, da lógica de funcionamento das instituições de saúde, que moldam e muitas vezes restringem as formas não institucionalizadas de participação.

[...]

No plano interno das culturas, existe uma incongruência entre a noção de representatividade genérica demandada pelo sistema de saúde e os modos tradicionais de legitimidade e representatividade de líderes indígenas.³²⁶

³²¹ GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, *Os povos...*, p. 46.

³²² GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de "fazer ver" e "fazer crer" nas políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 21, nº 4, Rio de Janeiro, July/Aug., 2005, p. 1220.

³²³ LANGDON, Esther Jean; DIEHL, Eliana E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, vol. 16, nº 2, São Paulo, May/Aug., 2007, p. 29.

³²⁴ *Ibidem*, p. 32.

³²⁵ *Ibidem*, p. 32.

³²⁶ GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, *op. cit.*, p. 80.

Estas observações tornam-se até certo ponto curiosas, pois a participação social estruturada para garantir uma política de saúde diferenciada, acaba por ter sua eficácia limitada em função de diferenças culturais de outra ordem: de representação e organização social.

As tensões e interações aqui analisadas, frisa-se, ocorrem primeiramente em um plano teórico; como visto, diversas são as críticas feitas à realidade vivenciada por povos indígenas, antropólogos e agentes de saúde, onde as conquistas e evoluções dos textos legais são vencidas pela inatividade e ineficácia dos órgãos responsáveis pela atenção à saúde indígena. Apesar disso, os conceitos vindos das teorias do capítulo I, os avanços legislativos a respeito dos direitos indígenas e o “saber” trabalhar, legislar e julgar em contextos multiculturais, são aspectos que podem contribuir significativamente para a efetivação dos direitos conquistados e para uma atenção diferenciada em saúde.

CONCLUSÃO

A configuração atual da atenção à saúde indígena incorpora as conquistas por direitos coletivos e reconhecimento cultural da Constituição Federal de 1988, procura aplicar as diretrizes e princípios do SUS para um atendimento integral e diferenciado e demonstra que as teorias multiculturais ajudam a formular políticas sensíveis às diferenças e, deste modo, mais eficazes.

O diálogo intercultural descrito demanda algum esforço na compreensão da incompletude das culturas. Não se trata de tarefa simples: na medida em que as relações em busca de afirmação ou cumprimento de direitos requerem a presença do Estado, seja na não-intervenção ou na prestação direta, a cultura do “branco” estará sempre em primeiro plano, devido ao domínio que possui das instituições que pautam as relações de cidadania. Da mesma forma, a supremacia do Direito estatal de caráter lógico-formal impede que sejam respeitadas e promovidas formas alternativas de juridicidade, comprometendo a busca por autodeterminação dos povos indígenas. Por isso, as teorias analisadas são apenas orientações para as ações envolvendo diferentes necessidades e cosmologias e, de fato, suas idéias são percebidas na evolução da política indigenista e na evolução da atenção à saúde indígena.

Esta interdependência entre os processos descritos é compreendida a partir do exame da evolução da política indigenista: quando assimilacionista, a atenção à saúde era feita de forma esporádica, pois a condição de indígena era considerada passageira; com o reconhecimento do direito de permanecer índio e ter sua cultura preservada, a atenção evolui para reconhecer a necessidade de interação entre as concepções ocidental e indígena de saúde-doença e para garantir atendimento integral e permanente.

Todavia, isto não seria possível enquanto a saúde não fosse considerada um direito fundamental social, dotado de certa eficácia garantida por obrigações estatais, e sua ordenação não tivesse atravessado a reforma sanitária, que, no bojo da redemocratização do país e da constitucionalização de direitos e garantias, viria a instituir o SUS e seus princípios e diretrizes.

Todas estas conquistas, no entanto, são insuficientes diante de relatos de inoperância dos responsáveis por prestar a atenção à saúde indígena, como descrito oportunamente ao longo do texto. O trabalho em contexto multicultural demanda empenho e capacitação que não se percebe ocorrerem pelas análises de quem escreve sobre o tema. Tampouco os recursos materiais necessários para deslocamento às aldeias e atendimento em saúde parecem existir de forma suficiente.

Os problemas são agravados, por vezes, quando a terceirização dos serviços não se justifica: deve-se mantê-la quando esteja funcionando adequadamente, porém muitas ONGs e organizações não estão preparadas para lidar com a saúde indígena; a FUNASA deveria centralizar as ações nos locais onde a atenção resta ineficiente, promovendo, assim, um modelo flexível de gestão. Além disso, a participação social deve ser ampliada e incentivada. A capacitação de agentes indígenas é uma forma de manter as ações adequadas às práticas culturais de saúde destes povos.

Políticas de reconhecimento são, assim, apenas um passo para que o direito fundamental dos povos indígenas à saúde seja respeitado, em um contexto onde a devida prestação enfrenta as mesmas dificuldades da saúde pública não-indígena, como recursos financeiros e materiais escassos e espera excessiva por atendimento, além das questões enfrentadas nos tribunais de eficácia limitada do direito à saúde e da dificuldade do Judiciário em controlar e fiscalizar as políticas públicas e omissões administrativas. Como uma tentativa de combater o problema no âmbito jurídico, espera-se que o Ministério Público possa ser o ator capaz de promover o reconhecimento das diferenças e o direito fundamental social à saúde diferenciada, através de atuação crítica e multidisciplinar do Direito.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVICH, Victor; COURTIS, Christian. *Los Derechos Sociales como Derechos Exigibles*. Prólogo de Luigi Ferrajoli. Madrid: Trotta, 2004.

AITH, Fernando. *Curso de Direito Sanitário: A Proteção do Direito à Saúde no Brasil*. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ALBUQUERQUE, Antonio Armando Ulian do Lago. *Multiculturalismo e direito à autodeterminação dos povos indígenas*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2008.

ALEXY, Robert. *Teoría de los Derechos Fundamentales*. 1ª ed. 3ª reimpressão. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2002.

ARAÚJO, Ana Valéria. *Povos Indígenas e a Lei dos “Branços”*: o direito à diferença. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006.

_____; LEITÃO, Sérgio. Direitos indígenas: avanços e impasses pós-1988. In: LIMA, Antonio Carlos de Souza; BARROSO-HOFFMANN, Maria (orgs.). *Além da tutela: bases para uma nova política indigenista III*. Rio de Janeiro: Contra Capa/LACED, 2002.

ARAÚJO, Luiz Alberto David. A Proteção Constitucional das Pessoas Portadoras de Deficiência. Brasília: CORDE, 1997. Disponível em: <<http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/doutrina/id248.htm>> Acesso em: 16.10.2008.

ATHIAS, Renato; MACHADO, Marina. A saúde indígena no processo de implantação dos distritos sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 425-431, 2001.

BECKHAUSEN, Marcelo. Etnocidadania, direitos originários e a inconstitucionalidade do poder tutelar. In: SARMENTO, Daniel; IKAWA, Daniela; PIOVESAN, Flávia (coords.). *Igualdade, diferença e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

_____. *O reconhecimento constitucional da cultura indígena: os limites de uma hermenêutica constitucional*. 2000. 187 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Coordenação de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre, 2000.

BOBBIO, Norberto. *A Era dos Direitos*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL. Estatuto do Índio, Lei 6.001 de 19 de dezembro de 1973, disponível em: <http://www.funai.gov.br/quem/legislacao/estatuto_indio.html> Acesso em: 30.10.2008.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BUCHILLET, Dominique. Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro. In: LANGDON, Esther Jean & GARNELO, Luiza (org.). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa/ABA, 2004.

CAMPILONGO, Celso Fernandes. Os desafios do Judiciário: um enquadramento teórico. In: FARIA, José Eduardo (org.). *Direitos humanos, direitos sociais e justiça*. 1ª Ed. 4ª tiragem. São Paulo: Malheiros, 2005.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90)*. 3ª Ed. Campinas: UNICAMP, 2002.

CLAVERO, Bartolomé. *Derecho indígena y cultura constitucional en América*. Cidade do México: Siglo Veintiuno, 1994.

COMPARATO, Fabio Konder. *A afirmação histórica dos direitos humanos*. 4ª Ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2005.

CUNHA, Manuela Carneiro da. *Os direitos do índio: ensaios e documentos*. São Paulo: Brasiliense, 1989.

EBERHARD, Cristoph. Direitos humanos e diálogo intercultural: uma perspectiva antropológica. In: BALDI, César Augusto (org.). *Direitos humanos na sociedade cosmopolita*. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

FERREIRA, Flávia da Rosa; SILVEIRA, Elaine da. O processo saúde-doença na cosmovisão Guarani. In: SILVEIRA, Elaine da; OLIVEIRA, Lizete Dias de. *Etnoconhecimento e saúde dos povos indígenas do RS*. Canoas: Ed. ULBRA, 2005.

FERREIRA, Luciano. O “fazer antropológico” em ações voltadas para a redução do uso abusivo de bebidas alcoólicas entre os Mbyá-Guarani, no Rio Grande do Sul. In: LANGDON, Esther Jean & GARNELO, Luiza (org.). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa/ABA, 2004.

FLORES, Joaquín Herrera. Direitos humanos, interculturalidade e racionalidade de resistência. In: WOLKMER, Antonio Carlos (org.). *Direitos Humanos e Filosofia Jurídica na América Latina*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

FRASER, Nancy. Redistribuição, Reconhecimento e Participação: Por uma Concepção Integrada da Justiça. In: SARMENTO, Daniel; IKAWA, Daniela; PIOVESAN, Flávia (coord.). *Igualdade, diferença e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luiz Carlos. *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

_____; SAMPAIO, Sully. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de "fazer ver" e "fazer crer" nas políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 21, nº 4, Rio de Janeiro, July/Aug., 2005.

GÓMEZ, Magdalena. Derecho indígena y constitucionalidad. In: KROTZ, Esteban (org.). *Antropología jurídica: perspectivas socioculturales en el estudio del derecho*. Barcelona: Anthropos; México: Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, 2002.

LANGDON, Esther Jean. *Saúde e Povos Indígenas: Os desafios na virada do século*. Disponível em: <<http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/Margsav.htm>> Acesso em: 15.10.2008.

_____. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (orgs.). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa/ABA, 2004.

_____; DIEHL, Eliana E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde e Sociedade*, vol. 16, n° 2, São Paulo, May/Aug., 2007.

LEIVAS, Paulo Gilberto Cogo. *Teoria dos Direitos Fundamentais Sociais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

LUCIANO, Gersem dos Santos. *O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil hoje*. Brasília: LACED/Museu Nacional, 2006.

MAGALHÃES, Edgard. *O Estado e a saúde indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami*. 2001. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Brasília: UnB, 2001. 187p.

MARTINS, Wal. *Direito à saúde: compêndio*. Prefácio de Silvio Luís Ferreira da Rocha. Belo Horizonte: Fórum, 2008.

MENÉNDEZ, Eduardo L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol 8 (1): 185-20, 2003.

MICHAELIS 2000: moderno dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Reader's Digest; São Paulo: Melhoramentos, 2 v, 2000.

MILLER, David. *Sobre la nacionalidad: autodeterminación y pluralismo cultural*. Barcelona: Paidós, 1997.

PANIKKAR, Raimundo. Seria a noção de direitos humanos um conceito ocidental? In: BALDI, César Augusto (org.). *Direitos humanos na sociedade cosmopolita*. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos: desafios da ordem internacional contemporânea. In: _____ (coord.). *Direitos humanos*. Vol. 1. Curitiba: Juruá, 2007.

PISSOLATO, Elizabeth. *A duração da pessoa: mobilidade, parentesco e xamanismo mbya (guarani)*. São Paulo: UNESP, 2007.

PRIETO DE PEDRO, Jesus. *Cultura, Culturas y Constitución*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1995.

RANDERIA, Shalini. Pluralismo jurídico, soberania fraturada e direitos de cidadania diferenciais: instituições internacionais, movimentos sociais e Estado pós-colonial na Índia. Tradução de Ana Cláudia Jorge. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (org.). *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

RANGEL, Jesus Antonio de la Torre. Pluralismo jurídico enquanto fundamentação para a autonomia indígena. In: WOLKMER, Antonio Carlos (org.). *Direitos Humanos e Filosofia Jurídica na América Latina*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Notas sobre a história jurídico-social de Pasárgada. In: SOUZA, José Geraldo de (org.). *O direito achado na rua: curso de extensão universitária à distância*. 1ª reimpressão. Brasília: UNB, 1988.

_____. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. In: _____ (org.). *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. _____. In: BALDI, César Augusto (org.). *Direitos humanos na sociedade cosmopolita*. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

_____; NUNES, João Arriscado. Introdução: para ampliar o cânone do reconhecimento, da diferença e da igualdade. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (org.). *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1998.

_____. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na constituição de 1988. *Revista Diálogo Jurídico*, Salvador, CAJ - Centro de Atualização Jurídica, nº 10, janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.direitopublico.com.br/pdf_10/DIALOGO-JURIDICO-10-JANEIRO-2002-INGO-WOLFGANG-SARLET.pdf> Acesso em 11.10.2008.

SCHADEN, Egon. *Aspectos fundamentais da cultura guarani*. 3ª Ed. São Paulo: EDUSP, 1974.

SCHWARTZ, Germano. *Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SÉGUN, Elida. *Minorias e grupos vulneráveis: uma abordagem jurídica*. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

SEN, Amartya. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SHIRAIISHI NETO, Joaquim (org.). *Direito dos povos e das comunidades tradicionais no Brasil: declarações, convenções internacionais e dispositivos jurídicos definidores de uma política nacional*. Manaus: UEA, 2007.

STAVENHAGEN, Rodolfo. Derecho internacional y derechos indígenas. In: KROTZ, Esteban (org.). *Antropología jurídica: perspectivas socioculturales en el estudio del derecho*. Barcelona: Anthropos; México: Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, 2002.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. *O nativo relativo*. Mana 8 (1). Rio de Janeiro: Museu Nacional/UFRJ, 2002.

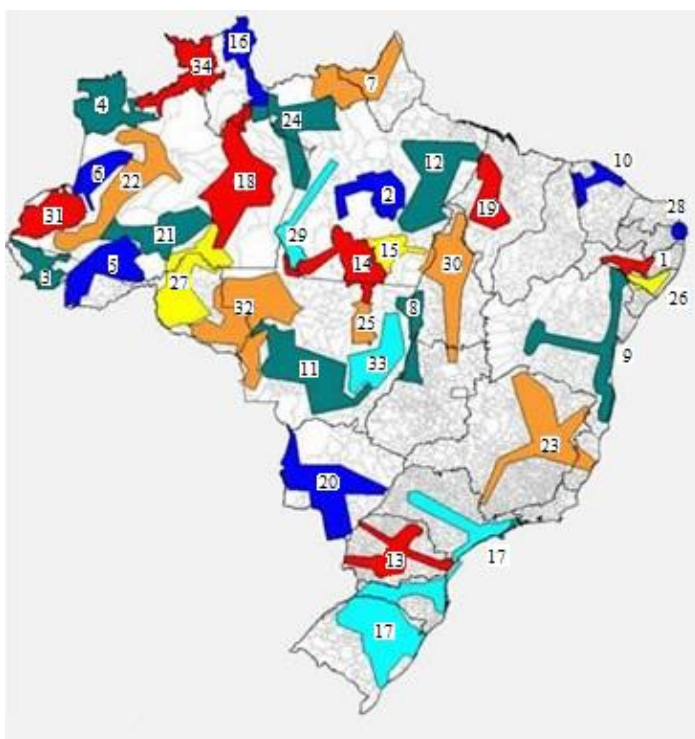
WALZER, Michael. *Las esferas de la justicia: Una defensa del pluralismo y la igualdad*. Tradução de Heriberto Rubio. Cidade do México: Fondo de Cultura Económica, 1993.

WEICHERT, Marlon Alberto. *Saúde e Federação na Constituição Brasileira*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

WOLKMER, Antonio Carlos. *Pluralismo Jurídico: fundamentos de uma nova cultura do Direito*. 3ª Ed. São Paulo: Alfa Omega, 2001.

ANEXO

Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas



- 01 – Alagoas e Sergipe – AL/SE
- 02 – Altamira – PA
- 03 – Alto Rio Juruá – AC
- 04 – Alto Rio Negro – AM
- 05 – Alto Rio Purus – AC/AM/RO
- 06 – Alto Rio Solimões – AM
- 07 – Amapá e Norte do Pará – AM/PA
- 08 – Araguaia – GO/MT/TO
- 09 – Bahia – BA
- 10 – Ceará – CE
- 11 – Cuiabá – MT
- 12 – Guamá – Tocantins – MA/PA
- 13 – Paraná – PR
- 14 – Kaiapó do Mato Grosso – MT/PA
- 15 – Kaiapó do Pará – PA
- 16 – Leste de Roraima – RR
- 17 – Sul – Sudeste – RJ/RS/SC/SP
- 18 – Manaus – AM
- 19 – Maranhão – MA
- 20 – Mato Grosso do Sul – MS
- 21 – Médio Rio Purus – AM
- 22 – Médio Rio Solimões e Afluentes – AM
- 23 – Minas Gerais e Espírito Santo – ES/MG
- 24 – Parintins – AM/PA
- 25 – Parque Indígena do Xingu – MT
- 26 – Pernambuco – PE
- 27 – Porto Velho – AM/MT/RO
- 28 – Potiguara – PB
- 29 – Rio Tapajós – PA
- 30 – Tocantins – PA/TO
- 31 – Vale do Rio Javari – AM
- 32 – Vilhena – MT/RO
- 33 – Xavante – MT
- 34 – Yanomami – AM/RR

Fonte: FUNASA/MS, janeiro de 2007.

Atualizado de acordo com a portaria nº 1810/GM/MS, de 03/08/2006.