

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP
Mestrado em Saúde Pública – Sub-Área de Políticas Públicas

**“A política de Saúde Indígena no Município de Angra dos Reis:
um estudo de caso”**

Por

Maria de Betania Garcia Chaves

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área
de Saúde Pública

Orientadora: Célia Maria de Almeida

Rio de Janeiro, agosto de 2006

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP
Mestrado em Saúde Pública – Sub-Área de Políticas Públicas

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Célia Maria de Almeida

Banca Examinadora:

Prof^o. Dr. Carlos E. A. Coimbra Jr.
Prof^a. Dr^a Regina Maria de Carvalho Herthal

Suplentes:

Prof^a Dr^a. Rosely Magalhães de Oliveira
Prof^a Dr^a. Maria Paula Cerqueira Gomes

Rio de Janeiro, agosto de 2006.

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP
Mestrado em Saúde Pública – Sub-Área de Políticas Públicas

Dedico este trabalho à memória de Mariza Ricardo Sestine, José Jorge Dória, Francisco da Silva, Gilza Betzler de Oliveira Machado, Benedito Alves Brito Filho, Sérgio Arouca, Alice Duddy, Althineu Pires Miguens, Santana Ortega e Jackson Oscar Gonçalves.

AGRADECIMENTOS

Acredito que um dos maiores sentimentos do ser humano seja a gratidão, por isto quero agradecer a vocês que de uma forma ou de outra estiveram comigo durante essa travessia.

Agradeço em primeiro lugar aos índios Guarani de Bracuí, Angra dos Reis, a oportunidade dessa convivência ao longo desses últimos 15 anos.

À minha orientadora, Célia Almeida, que com bastante esforço tem me ajudado a concretizar esse meu projeto pessoal tão importante para mim. Sem a sua ajuda não conseguiria chegar até o final. Fica aqui, o meu mais respeitoso agradecimento.

A todos os entrevistados que contribuíram, substancialmente, para a realização desse projeto: Cibeli Barreto Lins Verani, Simone Gleizer, José Miguel Filho, Joana Azevedo, José Marcos Castilho, Manoel Moraes, João da Silva, Aparício da Silva, Algemiro da Silva, Luiz Eusébio, Zélia Correa Cunha, Luiz Paes Selles, Sheila Guimarães de Sá, Aldo Fernandes, Domingos Venite, Ilson Peixoto Medeiros da Silva, Inês da Cunha Seppi, Uedson Barbosa Meira, Ana Maria Costa, e Sérgio Arouca (in memória)

Aos amigos, Andrey Moreira Cardoso e Simone Gleizer, que sem vocês, penso que a minha tese não sairia.

À minha amiga e comadre Maria Paula Cerqueira Gomes que muito me estimulou para que eu pudesse estar hoje realizando esse projeto, adiado por 10 anos.

Aos professores Adauto Araújo, Carlos Machado e Elizabeth Artmann pela compreensão.

Aos professores Lígia Giovanella, Carlos Coimbra, Ricardo Ventura e Rosely Magalhães pelo apoio.

À amiga Regina Erthal pelo acolhimento e valorização do meu trabalho na Aldeia Sapukai de Bracuí.

À Equipe multidisciplinar de saúde indígena do município de Angra dos Reis pelo nosso trabalho do dia a dia dentro da Aldeia Sapukai de Bracuí: Adílio da Silva, Aldo Fernandes, Ana Paula Ventura Gonzáles, Carla Cordeiro, Cibely Amado Ribeiro, Domingos Venite, Elio Vaz, Eva Benite, Fernanda Maia Braga, João da Silva, Jorge Mendonça Martins, Lúcia Benite, Márcia Marcondes Novaes, Márcia Mendonça, Maria José Cipriano, Nírio da Silva, Orlando Hipólito, Pedro Alves Filho, Pedro Benite, Regina Célia de Oliveira, Vilmar Vilharve,

Aos profissionais do Pólo-base Angra dos Reis pelo apoio logístico no dia a dia de trabalho na Aldeia Sapukai de Bracuí: Amanda Esteves do Nascimento, Elenita Nóbrega, Ernesto da Silva, Gabriel Agostinho Rodrigues, Jorge Luiz Campos Correa, Laurindo Martins da Silva, Márcia Marques, Maria Elita de Jesus, Naélida de Souza Silva, Sérgio Ricardo Campos Correa.

À equipe da Assessoria de Saúde do Índio do Rio de Janeiro pelo incentivo e apoio: Anunciada de Lima, Bernadeth Söhsten, Henrique da Silva Sampaio, Luiza Galvão, Michelli Martins, Paulo Camargo, Sandra Brasil, Zeni Silva.

Às amigas, Cibeli Verani, Diana Pinheiro Marinho, Jane Portella e Graça Serafim por todos esses anos de convivência amizade e carinho.

À Ana Costa pela cessão de documentos relativos ao histórico da saúde indígena no Brasil do seu arquivo particular.

Ao Cristino Aparecido Cabreira Machado e Rosângela Maria Nunes pelo trabalho de campo na Aldeia Sapukai de Bracuí ao longo desses anos.

À Leonildes Vieira da Silva, pela amizade e pelo longo convívio e trabalho na Aldeia Sapukai.

Ao Museu do Índio pela contribuição à minha pesquisa documental: José Carlos Levinho, Rosely Rondinelli e Sheila Guimarães de Sá.

Ao Nelson Mori, que tanto me socorreu nos apuros com o computador.

A Ilson Peixoto, Inês da Cunha Seppi, Maria Aparecida de Oliveira e Teresa Leite pelo apoio durante a execução do projeto de trabalho.

Aos funcionários do Departamento de Ciências/ Departamento de Planejamento da Escola Nacional de Saúde Pública pelo acolhida e ajuda: Fabiano Silva Ribeiro, Carmem Lúcia Coelho, Sônia Batista, Luzimar de Fátima Caetano, Marlene Ribeiro, Wellington Bento de Carvalho.

Ao André Santos da Coordenação de Pós-Graduação da Ensp pela paciência em orientar-me nas minhas dúvidas.

Aos profissionais da Secretaria Acadêmica pelas orientações.

À minha amiga Irânia Maria da Silva Ferreira Marques pelo companheirismo.

A Ruberval Baldini e Cristina Baldini tão presentes na minha vida.

À D. Fernanda Masoni Alves de Brito pelo incentivo no dia a dia.

Aos amigos, Lílian Passini, Marcos Passini, Tânia Freire Cardoso Araújo e Therezinha Freire Cardoso pela acolhida carinhosa nos finais de semana durante a execução do meu projeto.

Ao Everton Almeida de Carvalho pela ajuda no final do projeto.

Ao amigo Haroldo Galvão de Oliveira, pelo apoio e disposição em colaborar com o meu trabalho, sempre que necessário.

Ao Dr. Adilson Bernardo, pela amizade e valorização deste trabalho.

Ao Dr. Amílcar Caldellas pela oportunidade a mim proporcionada para a conclusão deste trabalho.

Um agradecimento especial aos meus pais.

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP
Mestrado em Saúde Pública – Sub-Área de Políticas Públicas

“Quando a substância natural prevalece sobre a cultura, você obtém a grosseria dos rústicos. Quando a cultura prevalece sobre a substância natural, você obtém o pedantismo do escriba. Somente quando a cultura e a substância natural são devidamente combinadas você obtém o verdadeiro cavaleiro.”

Confucius

ÍNDICE	página
LISTA DE SIGLAS	i
RESUMO	iv
INTRODUÇÃO	1
OBJETIVOS	5
REVISÃO DA LITERATURA	6
PERCURSO METODOLÓGICO	23
CAPÍTULO I – A HISTÓRIA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL	28
1. Os índios no Brasil: alguns elementos para reflexão	28
2. A política de atenção à saúde indígena no Brasil: antecedentes históricos	29
2.1. A Tutela da FUNAI	38
3. Implementação da Política Nacional de Saúde Indígena: anos 80	40
3.1 A política de saúde indígena e o Sistema Único de Saúde (SUS)	42
3.2. Diretrizes para organização do Subsistema de Saúde Indígena	51
CAPÍTULO II– O POVO GUARANI E SUA COSMOLOGIA	54
1. Caracterização e migrações do Povo Guarani	54
2. A representação dos Guarani-Mbyá	60
3. A população indígena Guarani no estado do Rio de Janeiro	66
CAPÍTULO III - O DESENVOLVIMENTO DO MUNICÍPIO DE ANGRA DOS REIS, A POLÍTICA DE SAÚDE E A POPULAÇÃO INDÍGENA GUARANI	68
1. Angra dos Reis: um pouco de história	68
2. O desenvolvimento histórico do município de Angra dos Reis	70
3. O deslocamento dos Guarani e sua ocupação no Município	79
4. A interação dos Guarani com as lideranças locais e a luta pelo reconhecimento e demarcação da terra na década de 90	90
5. A Política de Saúde em Angra dos Reis: antecedentes históricos	96
5.1. A Implantação da política de saúde no município: 1989-1999	100
CAPÍTULO IV - DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO MUNICÍPIO DE ANGRA DOS REIS NO PERÍODO 1989-1999	112

1. O Processo de Formulação e Institucionalização da Política de Saúde Indígena no Município de Angra dos Reis	112
2. A Implementação da Política de Saúde Indígena no Município de Angra dos Reis	127
3. O Pólo-Base Angra dos Reis: Entraves e Perspectivas	133
CONSIDERAÇÕES FINAIS	141
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	145
ANEXO	155

LISTA DE SIGLAS

AFAUC	Associação de Familiares, Amigos e Usuários do CAIS
Aids	Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida
AIS	Agentes Indígenas de Saúde
ARENA	Aliança Renovadora Nacional
CAIS	Centro de Atividades Integradas de Saúde mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CASAI	Casas de Saúde do Índio
CDS	Conselhos Distritais de Saúde
CESTEH	Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana
CGSSC	Conselho Gestor de Saúde da Santa Casa
CGUS	Conselhos Gestores de Unidades de Saúde
CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIS	Comissão Intersetorial
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNAAA	Central Nuclear Almirante Álvaro Alberto
CNBB	Confederação Nacional Brasileira dos Bispos
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSI	Conferência Nacional de Saúde do Índio
CNSPI	Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas
COMAM	Conselho Municipal de Associações de Moradores
COSAI	Coordenação de Saúde Indígena
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CSN	Companhia Siderúrgica Nacional
CTI	Centro de Terapia Intensiva Público
DNER	Departamento Nacional de Estradas de Rodagem
DO	Diário Oficial
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DSY	Distrito Sanitário Yanomami
EMATER	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado do Rio de Janeiro
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESAI	Equipe de Saúde do Índio
FAB	Força Área Brasileira
FBC	Fundação Brasil Central
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNSI	Fórum Nacional de Saúde Indígena
FSESP	Fundação Serviços de Saúde Pública
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GERUS	Projeto de Gerenciamento de Unidades de Saúde da FIOCRUZ

IAPETEC	Instituto dos Trabalhadores em Transportes e Cargas
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
IPUB	Instituto de Psiquiatria da UFRJ
ISA	Instituto Sócio Ambiental
ISS	Imposto Sobre Serviços
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MAIC	Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio.
MJ	Ministério da Justiça
MOVA	Movimento de Alfabetização de Adultos
MS	Ministério da Saúde
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.
NESPI	Núcleo de Estudos em Saúde de Populações Indígenas
NISI	Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena
ONGs	Organizações Não Governamentais
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM	Posto de Assistência Médica
PD	Plano Diretor
PIASI	Programa Integral de Assistência
PL	Partido Liberal
PMAR	Prefeitura Municipal de Angra dos Reis
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PPS/RJ	Partido Popular Social
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
SAS/MS	Secretaria de Assistência à Saúde
SASI	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIASI	Sistema de Informação de Saúde Indígena
SMSBES	Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social de Angra dos Reis
SNT	Serviço Nacional de Tuberculose
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SPILTN	Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDAM	Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia
SUDECO	Superintendência de Desenvolvimento do Centro Oeste
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
TEBIG	Terminal da Petrobrás da Baía da Ilha Grande
UAE	Unidade de Atendimento Especial

UFRJ Universidade Federal do Rio de Janeiro
UMPB Unidade Médica Ambulatorial de Praia Brava
VIGISUS Vigilância Epidemiológica do Sistema Único de Saúde

RESUMO

Esta dissertação discute a implantação da Política de Saúde Indígena no município de Angra dos Reis no período 1989-1999; aborda a Política Nacional de Saúde Indígena, formulada na década de 90, como parte da reforma sanitária brasileira, tendo como marco a criação, em 1999, do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Coordenado pelo nível central, sob gestão da FUNASA/Ministério da Saúde, o subsistema exigiu adaptações na organização dos sistemas de serviços de saúde em nível local, formulando-se os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Essa conformação resultou na necessidade de interlocução entre diversas instituições ligadas à questão indígena, gerando conflitos de múltiplas naturezas e dificuldades operacionais. A partir da análise da história da saúde indígena no município de Angra dos Reis e de sua contribuição para a implantação dessa política na realidade local, levantam-se questões acerca de alguns problemas centrais para a consolidação desse modelo de atenção. A análise evidencia também as dificuldades de implementação de uma política de saúde indígena diferenciada, sob a responsabilidade federal, no âmbito do SUS descentralizado, pois a ausência de mecanismos e instrumentos específicos que regulamentem a operacionalização dos serviços em nível local, assim como a supervisão e avaliação de resultados, fazem com que essa atenção diferenciada esteja submetida às vicissitudes ou virtudes da política local.

Palavras-chave: Política Nacional de Saúde Indígena; Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; Angra dos Reis; Guarani; Índios Sul-Americanos.

INTRODUÇÃO

A década de 80 significou um marco importante para o setor saúde no Brasil em decorrência das profundas transformações da política de saúde em âmbito nacional. Onze anos após o estabelecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da legitimação do direito dos povos indígenas à atenção à saúde de forma integral e diferenciada na Constituição Federal de 1988; e nove anos após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, foi formulada a Política Nacional de Saúde Indígena, em 1999, operacionalizada com a Lei Arouca, que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, sob gestão da Fundação Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde¹.

Considerando a diversidade sócio-cultural, geográfica e política dos povos indígenas brasileiros, suas diferentes formas de contato e seus distintos graus de inserção no cotidiano da sociedade, bem como a heterogeneidade da implementação do SUS nas diferentes regiões, estados e municípios, cada contexto local ou regional torna-se experiência singular no processo de implantação do novo Modelo de Atenção à Saúde Indígena.

Este trabalho apresenta uma primeira aproximação à questão da saúde indígena no município de Angra dos Reis, no Rio de Janeiro, no período 1989-1999, portanto, momento prévio e inicial da implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tendo como referência a dinâmica de formulação e implementação da Política Nacional de Saúde Indígena. A partir da análise da história dessa política e do mergulho no universo Guarani, estudei o município de Angra dos Reis e o percurso histórico da implantação dessa política na realidade local, levantando algumas questões acerca de problemas centrais para a consolidação desse modelo de atenção.

Os Guarani pertencem ao tronco lingüístico Tupi e se caracterizam por uma grande mobilidade espacial². Formam um grupo étnico diferenciado internamente e o seu deslocamento para o litoral do país, bem como para os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo, reconstituem historicamente sua migração ao longo destes últimos 170 anos. Constata-se que os primeiros grupos a se deslocar para o litoral vieram do sul e do estado do Mato Grosso, num período em que no estado de São Paulo havia os remanescentes Tupi³. O território Guarani é descontínuo e carece de garantias, uma vez que várias áreas ocupadas por eles não são consideradas reservas indígenas. “A busca da ‘Terra sem Mal’ e de uma ‘terra nova’ estrutura marcadamente seu pensamento e suas vivências; a ‘Terra sem Mal’ é a síntese histórica e prática de uma

economia vivida profeticamente e de uma profecia realista, com os pés no chão (...)” (Meliá, 1989, *apud* Rondinelli³; p. 239).

A população Guarani no Brasil é de aproximadamente 44.000 indivíduos distribuídos pelo estado do Mato Grosso do Sul, litoral dos estados do Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul e há pequenos grupos espalhados pelo estado de Tocantins e Maranhão. A população Guarani que vive no sul fluminense, situada em Angra dos Reis e Parati, é estimada em 555 pessoas⁴. O município de Angra dos Reis localiza-se no litoral Sul do Rio de Janeiro. Sua autonomia política é recente, inclusive em relação às eleições diretas para escolha de seus dirigentes, por ter sido considerado área de segurança nacional até 1981. Em 1989, o segundo prefeito eleito (pertencente ao Partido dos Trabalhadores) teve entre as metas prioritárias de governo a legitimação da participação popular e a implantação do Sistema de Saúde Local, a partir da criação de 5 distritos sanitários, viabilizados com a assinatura do Convênio de Municipalização da Saúde (na época vinculado ao Sistema Unificado Descentralizado de Saúde - SUDS), representando o alicerce para a futura estruturação do SUS no município, em 1990.

A população Guarani residente no município de Angra dos Reis, composta por 311 pessoas, ocupa área demarcada situada na região do Bracuí, inserida no 4º Distrito Sanitário⁴.

No final dos anos 80 e início dos 90, a Lei Orgânica do município contemplou questões relativas à população Guarani residente no seu território⁵. O percurso para esse reconhecimento, entretanto, não foi linear nem isento de conflitos. Ao contrário, a luta dos Guarani pela conquista do direito a permanecer nessa área e ser reconhecidos como cidadãos brasileiros é árdua e permanente, iniciando-se praticamente na segunda metade do século passado, mais especificamente, a partir dos anos 70.

Os movimentos sociais que agitaram a sociedade brasileira nos anos 80, durante a transição política para a democracia, incluíram em suas agendas a questão da reforma sanitária, além de que também houve uma articulação nacional em prol da causa indígena.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), realizada em 1986, foi um evento central para a reformulação da Política Nacional de Saúde, ao aprovar as diretrizes fundamentais da reforma sanitária brasileira a ser implementada com o SUS. Essa conferência foi etapa importante de um processo de articulação nacional, promovido por atores os mais diversos, vinculados ao chamado Movimento pela

Reforma Sanitária Brasileira, iniciado nos anos 70 e que formulou os princípios e diretrizes da reforma setorial no Brasil^{6,7}. Como parte desse movimento, constituiu-se, nos anos 80, o Movimento Sanitário Indigenista, também composto por profissionais de diferentes áreas, que militavam pelos direitos das populações indígenas, entre eles o direito à saúde⁸.

Essa dupla militância – sanitária e indigenista – possibilitou a inclusão da questão da saúde indígena na agenda de reforma, com a realização concomitante à 8ª CNS, da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. A 8ª CNS referendou a recomendação, discutida e aprovada pela Subconferência, de que a atenção sanitária aos índios deveria ser coordenada pelo Ministério da Saúde, através de um subsistema de serviços de saúde vinculado ao SUS. A 9ª CNS (1992) resgatou tal recomendação ao aprovar o Modelo de Atenção à Saúde Indígena diferenciado e ao indicar a realização da II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, que viria a acontecer em 1993⁸.

Entretanto, a municipalização radical das ações de saúde, que foi a tônica das recomendações aprovadas na 9ª Conferência Nacional de Saúde^{7,9}, foi discutida e questionada pelo Movimento Sanitário Indigenista, levando à formulação de uma política específica para essas populações – a Política Nacional de Saúde Indígena –, com uma organização de serviços diferenciada (um subsistema) mas articulada ao SUS, que pudesse “proteger” essas populações das oscilações políticas e diferentes capacidades de implementação em nível local. Para isso, a gestão dessa política deveria ser responsabilidade do nível central. Essa proposta foi referendada pela 10ª CNS (1996), que aprovou a regulamentação e implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas como unidades organizacionais do Subsistema, bem como indicou a realização da III Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, que, entretanto, só foi realizada dez anos depois, em 2003.

As recomendações da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio contribuíram para a transferência, em 1991, da coordenação da saúde indígena da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), do Ministério da Justiça, para a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), do Ministério da Saúde e, posteriormente, para a então recém-criada Fundação Nacional de Saúde (FNS), que passou a ser responsável por essa coordenação.

Historicamente, a relação entre essas instituições sempre foi conflitiva em relação à questão indígena, gerando impasses e atrasos na implementação da nova

política, com marchas e contra-marchas. Paralelamente a esse processo, em curso em meados da década de 90, foi proposta e aprovada a Lei para criação desse Subsistema (Lei Arouca), após cinco anos de tramitação na Câmara dos Deputados⁸. Mesmo assim, o conflito interinstitucional permaneceu e só foi resolvido no final da década, em 1999, com a definição de que a coordenação da saúde indígena seria feita pelo Ministério da Saúde, mais especificamente, pela Fundação Nacional de Saúde, que logo após, ainda em 1999, adotou a sigla FUNASA. O Decreto Presidencial que regulamentou essa transferência da gestão da saúde indígena para a FUNASA, juntamente com a Lei Arouca, levou à atual configuração da Política Nacional de Saúde Indígena, organizada em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

Simultaneamente a essa dinâmica em nível nacional, em 1991, Angra dos Reis realizou sua primeira Conferência Municipal de Saúde, que teve como tema central a discussão dos princípios do SUS, resultando na criação de instâncias de participação e controle social. Essa Conferência, que contou com representação indígena e da FUNAI, apontou também a necessidade da assistência diferenciada à saúde dessa população, viabilizando sua inserção nos conselhos representativos do sistema de saúde local, inclusive em território Guarani, antecipando o movimento nacional de responsabilização do Ministério da Saúde pela saúde indígena.

As precárias condições de saúde dessa população e as dificuldades para que os índios fossem atendidos nas unidades de saúde tradicionais, sobretudo pela discriminação, desconhecimento e desrespeito à sua cultura, tradições e modo de vida, levou os Guarani a se organizar, com o apoio dos “não-indígenas simpáticos” à sua causa, para reivindicar assistência à saúde na aldeia e mudanças significativas no *modus operandi* do sistema de saúde.

Se no início esse processo foi exitoso, permitindo inclusive que Angra dos Reis fosse pioneira na organização da atenção aos povos indígenas residentes no município, paulatinamente também sofreu as vicissitudes das oscilações da política local.

Este trabalho se propõe a contar essa história.

Meu interesse nessa temática remonta a 1990, quando fui aprovada no 1º Concurso Público realizado pela Prefeitura Municipal de Angra dos Reis, para o cargo de psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde. Nessa época, o município encontrava-se em fase inicial de implantação do Sistema Único de Saúde e, como profissional do sistema, fui convocada para trabalhar no 4º Distrito Sanitário do município, onde se localiza a reserva indígena de Bracuí. Como já havia trabalhado com questões indígenas

anteriormente, em Altamira, no Pará^a, fui convidada pelo então secretário de saúde para desenvolver um projeto específico para a comunidade indígena. Ao mesmo tempo, o representante regional da FUNAI solicitou meu auxílio para realizar atividades de prevenção e assistência ao alcoolismo entre os indígenas. Em conversas com as lideranças Guarani, os indígenas afirmaram que ter “saúde é ter terra”. Desde então, aceitei o desafio de apoiar a construção desse novo Subsistema de saúde e me engajei na luta pela conquista dos direitos de cidadania dos Guarani em Angra dos Reis.

Se, por um lado, essa inserção na realidade foi extremamente facilitadora da minha percepção dos problemas que envolviam a questão da atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil, por outro foi bastante complicada para a realização desta pesquisa, uma vez que as mudanças políticas locais, principalmente na própria Secretaria de Saúde, tentaram interferir, em dado momento, de forma contundente neste trabalho, inclusive procurando impedi-lo. Além disso, foi necessário um esforço importante para conseguir algum “distanciamento” desse meu intenso envolvimento, necessário, na medida do possível, para qualquer pesquisador que pretende analisar realidades concretas, ao mesmo tempo em que constrói a sua versão dos fatos, pois o “real” é sempre uma construção teórica fundamentada por determinadas premissas como pontos de partida e ancorada pela metodologia da pesquisa.

O **objetivo geral** desta pesquisa é analisar o processo de implementação da política de saúde indígena no município de Angra dos Reis no período de 1989-1999. Os **objetivos específicos** são:

1. Descrever o processo de ocupação do território Guarani no município de Angra dos Reis.
2. Descrever e analisar o processo de implantação da política de saúde do município de Angra dos Reis no período 1989-1999.
3. Discutir a inserção da população indígena no Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Angra dos Reis e a adaptação do SUS local à especificidade dessa população.
4. Descrever e analisar a implementação da política de saúde indígena no município de Angra dos Reis no período 1989-1999.

^a Em Altamira, em 1984, trabalhei no projeto de integração da saúde na alfabetização de adultos de populações ribeirinhas, nas quais estavam também incluídos os índios que não moravam mais nas aldeias e estavam sob a responsabilidade da FUNAI.

A hipótese da qual se parte neste estudo é que, apesar dos avanços conseguidos na implementação do SUS, não são ainda levadas na devida consideração as especificidades da população indígena, mesmo tendo sido formulada uma política específica para ela.

No primeiro Capítulo, relato a história de formulação da Política Nacional de Saúde Indígena no Brasil. No segundo, apresento a cosmologia e o modo de vida do povo Guarani, resgatando a importância desse universo para a melhor compreensão e enfrentamento dos problemas dessa população. No terceiro, discuto o desenvolvimento histórico do município de Angra dos Reis e do seu sistema de saúde, assim como analiso a relação desse processo com a população indígena. E, no quarto, analiso o primeiro momento de implementação da política de saúde indígena no município. Finalmente, são elaboradas algumas considerações finais.

BREVE REVISÃO DA LITERATURA SOBRE POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA

A revisão da literatura sobre o tema foi realizada por pesquisa bibliográfica eletrônica na base de dados do SciELO, utilizando-se os seguintes descritores: “SAÚDE e GUARANI”; “SAÚDE e INDÍGENAS”; “POLÍTICAS e INDÍGENAS”. Adicionalmente, realizou-se busca de teses e publicações afins em bibliotecas científicas.

A bibliografia disponível sobre a implantação da política de saúde indígena no Brasil, na sua atual configuração, é bastante escassa. Uma explicação possível para isso seria o fato de que essa política só foi institucionalizada a partir de 1999, com a aprovação da Lei Arouca.

Entretanto, desde meados da década de 1980, o debate sobre a questão indígena já era intenso. No que toca à saúde, o levantamento bibliográfico realizado evidencia predominância de estudos voltados para o diagnóstico de saúde das populações indígenas, tratamento e medidas específicas utilizadas em patologias prevalentes, aspectos culturais que interferem com a inserção dessas populações no mundo dos não-índios, incluindo as dificuldades de adesão às práticas de saúde, entre outros.

A partir do ano 2000 é que se observa o aumento na produção científica de estudos voltados para a análise do Subsistema de Saúde Indígena, abordando experiências loco-regionais de implementação desse Subsistema.

Segundo alguns pesquisadores^{10,11}, o processo de colonização do Brasil resultou em profundo impacto sobre o habitat natural dos indígenas, assim como na ocorrência de epidemias de doenças infecciosas que redundaram em drástica redução do contingente populacional indígena ao longo dos últimos cinco séculos. Esse fato teria contribuído para a construção da idéia de que os povos indígenas estavam em vias de extinção. Sendo assim, a dinâmica demográfica dessas populações passou a ser foco de interesse para diversos estudiosos ligados a essa discussão.

Segundo Santos e Pereira¹¹, sempre foi muito difícil investigar a demografia indígena no Brasil, em decorrência das deficiências dos Sistemas Nacionais de Informação em relação aos dados sobre raça e etnia nos censos demográficos. Essa afirmação é corroborada por Coimbra Jr. e Santos¹², quando apontam a necessidade de reverter a invisibilidade demográfica e epidemiológica resultante da falta de informações confiáveis sobre os povos indígenas. O mesmo refere Mello¹³, ao discutir o caso específico da malária nessas populações.

Entretanto, Santos e Pereira¹¹ ressaltam que nos últimos anos do século XX, houve um revigoramento do campo da demografia indígena, impulsionado tanto pela formação do Comitê de Demografia dos Povos Indígenas, na Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), e do Grupo de Trabalho sobre Saúde Indígena, na Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), quanto pela inclusão da categoria indígena nos censos decenais conduzidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir de 1991.

Ao contrário do que se imaginava, os estudos conduzidos têm demonstrado uma verdadeira “revolução demográfica”, pois de um quarto de século para cá, a população indígena vem crescendo a um ritmo superior às médias nacionais. A elevada recuperação demográfica, apontada inicialmente por estudos pontuais, também foi verificada nacionalmente ao se comparar os censos de 1991 (294 mil indígenas) e 2000 (734 mil indígenas), observando-se um significativo aumento no número de pessoas que se autodeclaram indígenas. Os autores apontam ainda para desigualdades interétnicas e inter-regionais na escolaridade, na fecundidade, na mortalidade infantil, ressaltando a expressiva desvantagem dos indígenas em todos esses indicadores¹¹.

Coeficientes de morbi-mortalidade mais altos do que os registrados em nível nacional para a população em geral, existência de fome e desnutrição, riscos ocupacionais e violência social são considerados por Coimbra Jr e Santos¹² como alguns dos reflexos das desigualdades sócio-econômicas sobre a saúde das populações

indígenas. Isso levaria à exclusão, marginalidade e discriminação das minorias étnicas. A melhora das informações demográficas sobre saúde é colocada como fundamental para a identificação dos determinantes das desigualdades e para subsidiar intervenções específicas com vistas à promoção da equidade em saúde.

Na tentativa de enfrentar a escassez e limitações na interpretação das informações sobre a situação de saúde indígena e para caracterizar seu perfil epidemiológico e sociodemográfico, assim como a organização dos serviços de saúde para o atendimento de suas necessidades, Garnelo et al¹⁴ discutem as potencialidades de utilização do Sistema de Informação Geográfica (SIG) para essa análise. Para tal, realizaram o georreferenciamento das notificações de tuberculose, malária e de mortalidade indígena dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas do País, no período de 2000-2002.

Os resultados encontrados evidenciaram que os dados disponíveis são fragmentados, não possibilitando uma visão de conjunto das condições de vida e da situação de saúde dos grupos em questão. Os coeficientes de incidência de tuberculose são superiores em mais de 1.000 vezes àqueles encontrados para a população brasileira em geral. O índice Parasitário Anual médio de malária na população indígena superou em até 10 vezes os valores médios encontrados para a população não-indígena e o Coeficiente de Mortalidade Infantil (74,7/1.000 nascidos vivos em 2000 e 56,5/1.000 em 2001) superou em mais de 100% a média nacional. Os autores concluem que o SIG é uma ferramenta importante para a gestão dos sistemas de saúde, possibilitando análises de situações sanitárias e avaliação de risco populacional em grupos específicos¹⁴.

A mesma metodologia foi utilizada por Hökerberg et al¹⁵, ao analisar o atendimento à saúde dos índios Kaingang do Rio Grande do Sul, embora utilizando outros indicadores. Os óbitos evitáveis na população Kaingang, no período 1985-1995, foram comparados aos óbitos do estado. Para relacionar a distribuição dos óbitos ao grau de acesso aos serviços de saúde foi utilizado o SIG. O que diferenciou as áreas indígenas do restante do estado foi a quantidade de óbitos evitáveis pela assistência básica, tais como aqueles por causas mal definidas, desnutrição, tuberculose e câncer cérvico-uterino.

Os achados alarmantes relativos à tuberculose em povos indígenas, encontrados por Garnelo et al¹⁴, foram particularmente observados por Basta et al¹⁶ entre os Suruí de Rondônia (RO). A análise descritiva do banco de dados do Programa Municipal de

Controle da Tuberculose em Cacoal-RO apontou, no período 1991-2002, um coeficiente de incidência média de tuberculose de 2518,9/100 mil indígenas e uma elevada proporção de casos em menores de 15 anos (45,0%). Apenas 43,2% dos casos notificados tiveram confirmação baciloscópicamente.

Conforme anteriormente referido, o impacto negativo sobre a saúde dos grupos indígenas, advindo do contato com a sociedade dos não-índios, foi claramente evidenciado por Baruzzi et al¹⁷, que estudaram a recente história de interação dos índios Panará (no Pará) com os não-índios, a partir de 1973. Após dois anos de contato, a população indígena foi reduzida de cerca de 400 (ou 500) para 82 indivíduos. O rastreamento de agravos à saúde nesse grupo indígena, em 1998, identificou a existência de 10 casos de tuberculose, sendo implementadas medidas de controle e adotadas estratégias de organização dos serviços locais, incluindo tratamento supervisionado pelos Auxiliares de Enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde, além de definição de fluxos de referência e contra-referência¹⁷.

A estratégia de tratamento ambulatorial assistido à tuberculose, adotada entre os Panará, foi igualmente recomendada por Marques e Cunha¹⁸ como estratégia nacional para atendimento aos indígenas, a partir de estudo realizado entre os Guarani-Kaiowá do Mato Grosso do Sul. Após a implantação da referida estratégia, em 1998, comparou-se sua efetividade em relação ao tratamento hospitalar. O grupo que recebeu assistência ambulatorial assistida, constituído por 303 pessoas, apresentou significativa diminuição na taxa de abandono do tratamento e aumento na taxa de cura em relação ao grupo de 201 pessoas atendido em regime hospitalar.

Em estudo para analisar as condições de vida de sete comunidades ribeirinhas e 6 aldeias indígenas Tikúna, realizado no Alto Solimões, em 1996, realizou-se antropometria, coleta de dados sobre sexo, idade, situação vacinal, período de aleitamento materno e presença de doenças no momento do atendimento a 1.575 crianças de 0 a 12 anos (75% das crianças atendidas pela equipe médica). As proporções de esquema vacinal completo para a idade (Não-Indígena: 77,3%; Tikúna: 58,7%) e de presença de doença manifestada no momento da consulta (Não-Indígena: 95,4%; Tikúna: 90,0%) foram superiores na população não-indígena; enquanto a proporção de aleitamento materno até os 6 meses de idade (Não-Indígena: 95,5%; Tikúna: 98,7%) foi superior nos Tikúna, como mostram os dados. As principais doenças encontradas foram verminoses, infecções de vias aéreas superiores e de pele, principalmente escabiose e impetigo¹⁹.

A avaliação nutricional demonstrou prevalência de baixa estatura para idade (26,5%) e de baixo peso para altura (3,8%) em toda a população, semelhantes ao encontrado, em 1989, para a região norte urbana do país pela Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Foi encontrada ainda diferença estatisticamente significativa nos déficits de crescimento linear entre os Tikúna e os não-índios (43% e 23,5%, respectivamente), o que representou uma chance 2,5 vezes maior dos indígenas serem desnutridos¹⁹.

Os achados de Viera et al¹⁹, embora ressaltem diferenças relativas à lactação em favor dos indígenas, apontam que, de forma geral, eram precárias as condições de saúde e nutrição dos grupos indígenas e não-indígenas no local e período estudados. Os resultados desse estudo confirmam as referidas desigualdades étnicas em saúde, sobretudo quando se analisam os dados nutricionais, conforme demonstram também Pícoli et al²⁰ em estudo realizado entre crianças indígenas Kaiowá e Guarani da Área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul.

O estudo transversal realizado por esses autores utilizou a técnica de entrevista com as mães de 137 crianças de 0 a 59 meses de idade, sobre as condições de saúde materno-infantil, além da avaliação nutricional obtida por antropometria. As prevalências de desnutrição medidas pelos índices peso/idade e altura/idade foram, respectivamente, 18,2% e 34,1%. Não houve diferença estatisticamente significativa para ambos os índices por sexo, faixa etária e escolaridade materna. O pré-natal não foi realizado em 19,7% das mães e 53,3% dos partos foram domiciliares²⁰.

Um estudo sobre os hábitos alimentares e nível de hemoglobina foi realizado em crianças Guarani menores de 5 anos dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro²¹. Os resultados confirmam a má qualidade de vida dessa população, sua precária situação de saúde e os elevados níveis de carência nutricional. A autora sinaliza, além da carência nutricional, outros fatores relevantes para a determinação da situação encontrada, tais como modificação dos hábitos alimentares tradicionais, baixa cobertura dos serviços de atenção primária à saúde, ausência de saneamento ambiental e alta prevalência de parasitoses intestinais.

Apesar dos resultados adversos encontrados na maioria dos estudos revisados, relacionados às precárias condições de vida, ambientais, de saúde e nutrição dos povos indígenas, Coimbra Jr e Santos²² relatam baixas prevalências de parasitoses intestinais entre os índios Zoró, do Mato Grosso. O inquérito parasitológico realizado em 173 indígenas identificou 9 (5,2%) amostras positivas para *Anciolostomtdeos*, 4 (2,3%) para

Trichuris trichiura, 5 (2,9%) para *Hymenolepis nana*, 17 (9,8%) para *Giárdia lamblia*, 5 (2,9%) para *Balantidium coli* e 29 (16,8%) para *Entamoeba histolytica*. Como hipótese explicativa para esses achados, os autores apontam a utilização periódica de anti-helmínticos de amplo espectro para toda a comunidade e sugerem a utilização do “tratamento em massa” como método possível para controlar as parasitoses intestinais em populações indígenas. Os autores alertam também para as implicações epidemiológicas da prática de criar porcos selvagens no peridomicílio, vinculadas à transmissão do *Balantidium Coli*.

Apesar da predominância, seja no Brasil ou em outros países, de estudos sobre doenças transmissíveis nas populações indígenas, mais recentemente tem surgido na literatura estudos sobre doenças crônicas não transmissíveis (tais como obesidade, hipertensão, diabetes mellitus, câncer e enfermidades mentais), fato este esperado quando se observam as transições demográfica e epidemiológica²³.

Cardoso et al²⁴ realizaram um estudo de prevalência de fatores de risco cardiovasculares na população adulta (cerca de 80 pessoas do sexo masculino e 71 do sexo feminino) das aldeias indígenas do estado do Rio de Janeiro (Angra dos Reis e Parati), utilizando entrevistas, avaliações clínicas e bioquímicas. As prevalências em toda a amostra foram: hipertensão arterial (4,8% , 2,6% e 7,4%); sobrepeso (26,7%, 19,5% e 34,8%) e obesidade (4,8%, 3,9% e 5,8%); alterações lípidicas do colesterol total (2,8%, 2,7% e 2,9%) e dos triglicerídios (12,6%, 9,5% e 15,9%). Todas as prevalências foram maiores no sexo feminino e nas pessoas mais velhas. O estudo sugere que a população em questão encontra-se sob risco intermediário para as doenças crônicas, devendo ser empreendidos esforços para controlar os fatores de risco.

Lima et al²⁵ analisaram a distribuição de fatores de risco para câncer de mama em mulheres indígenas Terena no estado do Mato Grosso do Sul, utilizando-se de duas amostras. A primeira, em 1995 (330 mulheres de 10 aldeias de área rural), e a segunda, em 1997 (40 mulheres da Aldeia de Limão Verde não rural). Foram levantados padrões de vida reprodutiva, tais como, dieta, antecedentes patológicos pessoais e familiares e determinação do índice de massa corporal (IMC). Na maior amostra observou-se que a idade média na menarca foi de 12,3 anos; 86% das mulheres tinham antecedentes de uma ou mais gestações (42% com 5 ou mais) e 71% de 3 ou mais gestações na maior amostra; a idade média à primeira gestação foi de 18,9 anos (3,8% com 28 anos ou mais) na maior amostra; o aleitamento tinha duração de 84 meses em média, e 70% das mulheres estavam menopausadas antes dos 50 anos de idade. Na menor amostra, o

padrão de dieta apresentou um elevado consumo de frutas, legumes, raízes e macarrão, mas baixo consumo de carne vermelha e frango, além de que também se observou sobrepeso e obesidade, respectivamente, em 50% (IC 95%: 34.1-65.9) e 27% (IC 95% : 15.1- 44.1) das mulheres.

Apesar desses estudos, de uma maneira geral, pouco se conhece ainda, no Brasil, sobre as questões de saúde das populações indígenas²³ e sabe-se menos ainda sobre a saúde mental dessas populações. Entretanto, alguns estudos têm abordado agravos mentais de relevância epidemiológica em grupos específicos que, por sua magnitude, exigem atenção imediata dos pesquisadores, tais como o alcoolismo e o suicídio.

O Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), da Universidade Federal de São Paulo, constatou que o álcool é a principal causa de internações por transtornos mentais da população brasileira em geral (90% dos casos)²⁶. Embora faltem dados precisos sobre o consumo de bebidas alcoólicas pelas populações indígenas, pode-se observar que isto tem se constituído em um agravo à saúde dessas populações. Doenças como cirrose, diabetes, hipertensão arterial, depressão, entre outras, podem estar relacionadas ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas, bem como atropelamentos, brigas, homicídios e suicídios²⁶. A síndrome fetal alcoólica, decorrente do uso de bebidas alcoólicas durante a gravidez, torna-se uma situação preocupante para alguns grupos indígenas. Muitas crianças apresentam deficiências no crescimento e mesmo comprometimento neurológico²⁶.

O trabalho de Souza et al²⁶ aponta ainda para algumas questões referentes ao uso de bebidas alcoólicas no contexto das sociedades indígenas, a partir de pesquisa realizada entre os Kaingang da Bacia do Rio Tibagi, Paraná. São sugeridas algumas medidas e práticas para facilitar a implantação de programas de redução de danos em relação a esse consumo, tais como: identificar e reconhecer como esses grupos se relacionam com a bebida alcoólica; realizar diagnóstico epidemiológico que possibilite conhecer a situação do consumo de álcool e as características socioeconômicas das famílias dos usuários; envolver a comunidade no controle desses abusos, principalmente os mais jovens, promovendo atividades pedagógicas e desportivas; e, finalmente, estabelecer e organizar o atendimento aos usuários e suas famílias nos centros de atenção psicossocial mais próximos, levando-se em conta a capacitação específica dos profissionais de saúde para esse atendimento, bem como a importância da atuação multidisciplinar.

Ferreira²⁷, em seu estudo com os Guarani-Mbyá do Rio Grande do Sul, propõe uma reflexão sobre o “fazer antropológico” em projetos na área da saúde indígena voltados para a redução do uso abusivo de bebidas alcoólicas. Tendo como objetivo descrever o processo de desenvolvimento de ações direcionadas a esse campo de atuação, a autora realizou Diagnóstico Antropológico Participativo sobre o uso abusivo de bebidas alcoólicas entre as comunidades indígenas no Rio Grande do Sul; reuniões gerais dos Karáí^b, caciques e outras lideranças; e encontros terapêuticos promovidos pelos Xondaro Marãgatu^c. Pôde-se observar que a discussão e a busca de alternativas para o problema da bebida dentro de sua própria cultura produziram um efeito de fortalecimento da tradição Guarani e conseqüente afirmação da identidade psicossocial do grupo.

Assim como verificado por Souza et al²⁶ nos Kaingang, Ferreira²⁷ constatou que a violência doméstica e os atropelamentos freqüentes nas estradas próximas aos acampamentos dos Mbyá são provocados pelo consumo excessivo de bebida alcoólica, principalmente de cachaça, bebida mais ingerida por eles. Dentro da visão cosmológica, os Guarani-Mbyá consideram que a bebida não é um problema apenas para quem bebe, comprometendo as relações desse usuário com a família, com a comunidade e com seu próprio espírito e divindades^{27, 28}. Para eles, o uso de bebidas alcoólicas está associado à não prática de seus rituais, inexistência de Casas de Reza (Opy) e dos Karáí, trabalho assalariado fora da aldeia, proximidade das cidades e escassez e inadequação de terras para a manutenção do seu modo tradicional de viver. O trabalho enfatiza a relevância do conhecimento tradicional e das práticas de auto-atenção para viabilizar a elaboração de planos de ação eficazes direcionados à redução do uso abusivo de bebidas alcoólicas em populações indígenas.

Em outro estudo sobre consumo abusivo de álcool e violência no Alto Rio Negro Amazonas, Souza²⁹ aponta, de forma semelhante aos estudos de Souza et al²⁶, no Paraná, e Ferreira²⁷, no Rio Grande do Sul, que a violência intrafamiliar é o principal problema ocasionado pelo uso de bebidas alcoólicas, além das mortes por acidentes, homicídios, suicídio e estigmatização social. O consumo abusivo dessas bebidas vem provocando dificuldades de implantar projetos de auto-sustentação e interferindo na rotina das escolas indígenas, haja vista que os responsáveis pela condução dos trabalhos muitas vezes encontram-se alcoolizados. Do ponto de vista dessa população, o problema

^b Líder religioso que consegue manter contato direto com Nhanderu (Deus Guarani) realizando curas dentro da tradição Guarani (Meliá, 1988, *apud* Ferreira²⁷; p. 6)

^c São os “mensageiros dos Karáí”, os “guardiões do espírito”, os que levam as “boas palavras” para os Guarani (Clastres, 1978, *apud* Ferreira²⁷; p. 86-87).

da bebida alcoólica é percebido como uma doença ocasionada por feitiçaria xamânica, provenientes de “sopros” em reação a conflitos ancestrais (disputas por status e mulheres). O autor discute a importância de compreender as maneiras que essa população faz uso de bebidas alcoólicas, levando-se em conta a cultura tradicional e as alterações introduzidas a partir do processo de colonização. A epidemiologia e a antropologia devem caminhar juntas, a fim de facilitar a abordagem mais adequada dos problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas nessas populações.

Tanto na pesquisa realizada por Souza et al²⁶ quanto naquela conduzida por Souza²⁹, utilizou-se como instrumento para medir a dependência do álcool o questionário CAGE^d, habitualmente utilizado em populações ocidentais/urbanas. Souza²⁸ refere que apesar das limitações observadas na aplicação do questionário, foi possível apreender em que momento o consumo de bebidas alcoólicas passa a ser percebido pelos indígenas como um problema para a comunidade, permitindo a construção de um instrumento de quantificação de uso de álcool culturalmente adequado.

Em sua experiência com os índios Tikúna do Alto Solimões (Amazonas), Erthal³⁰ busca um entendimento a respeito da ocorrência de suicídios entre eles, apontando, também, para a necessidade de abordagem interdisciplinar. Na base dos confrontos entre diferentes grupos, depara-se com o abandono a que essa população vem sendo submetida pelos órgãos responsáveis pela definição e implementação das políticas públicas voltadas para a população indígena, com especial destaque para a falência do modelo de assistência proposto para a área do Alto Solimões.

Para explicar a “epidemia” de suicídio entre os Guarani-Kaiowá, Mato Grosso do Sul, Morgado³¹ elabora a hipótese do “recoo impossível”, onde se verifica o esgotamento de qualquer possibilidade de manutenção da sua existência, diante do confronto com a sociedade não-indígena. No período 1987-1991 foram registrados 52

^d O questionário CAGE é um instrumento de pesquisa padronizado de mensuração populacional de dependência de bebida alcoólica proposto, em 1970, por Ewing e Rouse e validado, no Brasil, em 1983, por Masur e Monteiro. Desde 1994 tem sido preconizado pelo Ministério da Saúde e é o instrumento de triagem mais utilizado em ambulatórios e hospitais especializados. Este instrumento constitui-se em 4 perguntas: C (CUT-DOWN) - “Alguma vez o Sr. (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?”; A (ANNOYED) - “As pessoas o aborrecem porque criticam (ou censuram) o seu modo de beber?”; G (GUILTY) - “O Sr. (a) se sente culpado pela maneira como costuma beber?”; E (EYE-OPENER) - “O Sr. (a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?”. De acordo com Mansur et al (1985), a primeira e a terceira perguntas traduzem a percepção subjetiva da pessoa de que seu modo de beber não está adequado. A segunda refere-se à percepção negativa que as outras pessoas têm sobre a pessoa que está bebendo, já a quarta corresponde aos indícios de dependência física. Caso duas ou mais respostas sejam afirmativas, o teste é considerado positivo.

casos de suicídio em uma população de aproximadamente 7.500 indígenas; e, num período de duas semanas, registrou-se o suicídio de 6 jovens.

Diferentemente da hipótese apontada por Morgado³¹, Bom Meihy³² e Levcovitz³³, ao estudarem o suicídio Guarani-Kaiowa, utilizaram a observação da ocorrência do evento predominantemente em jovens, para suportar hipóteses relacionadas a questões próprias da cultura do grupo, sobretudo religiosas e míticas, e não aquelas ligadas a fatores determinantes de ordem externa, tais como exploração econômica, interferência de outras religiões, uso de bebidas alcoólicas, desorganização social, etc.

Bom Meihy³², buscando Meliá, propõe que essa questão deva ser mais bem estudada, levando-se em conta tanto os padrões sócio-culturais dos Guarani-Kaiowá como a própria explicação dada por eles sobre o fato. A escuta da comunidade e das famílias dos suicidas evidenciam que esse comportamento auto-agressivo ocorre sempre da mesma maneira, ou seja, pela garganta (enforcamento, asfixia, envenenamento). Aprofundando a compreensão dos aspectos culturais, constata-se “o significado da voz como sinônimo da ‘alma’” para esse grupo³² (p.250), uma vez que o processo de transmissão da sua cultura se dá por meio da palavra falada e a palavra que sai pela garganta passa a ser tudo, a vida (Meliá, 1986, *apud* Bom Meihy³²; p. 248-250). Para o autor, essa seria a explicação para a faixa etária de ocorrência do evento, na qual a voz está mudando e os jovens indígenas estão começando a assumir novos papéis na comunidade.

Levcovitz³³, partindo do conceito durkeimiano de anomia, rejeita a hipótese de que a desorganização aculturativa produzida pelo contato interétnico possa dar conta de explicar a epidemia de suicídio entre algumas sociedades indígenas, pois há populações indígenas com alto grau de contato com a sociedade nacional sem que se observe alta taxa de suicídio. Outro fato que rejeita a referida hipótese é a observação contraditória nos indígenas, em relação àquela constatada por Durkheim, de aumento do risco de comportamento autodestrutivo com a idade, corroborada pelos resultados de estudos recentes em vários países, conforme aponta Levcovitz³³. Em seu levantamento bibliográfico, o autor pôde constatar que a epidemia do suicídio é bastante comum entre vários grupos populacionais nativos da América do Norte (Apaches e Esquimós) e que a população mais jovem é a mais suscetível, tal como observado entre os Guarani-Kaiowa, apontando uma “indicação quase universal de que o suicídio indígena é primariamente um fenômeno do adolescente e do adulto jovem”³³ (p.86). Para

Levcovitz³³, é no espaço mítico Guarani, subjacente à noção de alma, que predomina a religiosidade e a relação com a morte, sendo a partir desse entendimento que se pode compreender o significado que a comunidade confere ao suicídio como uma condução cultural para a morte.

Grubits e Darrault-Harris³⁴ reúnem dados sobre cultura, ambiente e identidade, para reflexões e comparações sobre as comunidades Guarani-Kaiowá e Kadiwéu de Mato Grosso do Sul, com o objetivo de entender a formação da identidade nessas populações infantis indígenas. A Psicosemiótica foi base teórica e técnica de análise da produção artística infantil. Pôde-se observar que o difícil acesso à aldeia, a preservação ambiental e a originalidade das cerâmicas favoreceram maior homogeneidade na expressão e conteúdo dos trabalhos infantis Kadiwéu, com afirmação da identidade étnica e definição clara de papéis de gênero em relação a trabalho e linguagem. Quanto aos Guarani-Kaiowá, mais próximos da cidade, verificaram-se prejuízos ambientais e perda do conhecimento e habilidades para produzir objetos artesanais. Os homens e os meninos buscam trabalho fora da aldeia, querendo ser da cidade, já as mulheres e meninas permanecem no seu local de origem, procurando preservar os hábitos culturais, detectáveis em estudos referentes a gênero, saúde mental e educação dessas comunidades.

Follér³⁵, por sua vez, revisou e avaliou dois projetos de saúde para povos indígenas. Um na Suécia, realizado nas Ilhas Koster (o *Koster Health Project*) e o outro no Peru, entre os indígenas Shipibo-Conibo (*Ametra Project*), enfocando, principalmente, os determinantes de saúde. Ambos os projetos privilegiaram os sentimentos subjetivos individuais sobre a doença em oposição ao conceito de doença objetivamente reconhecido pela biomedicina, traduzidos nos termos “mobilização” e “responsabilidade” pela saúde da própria pessoa. A autora busca na ecologia humana o aporte teórico para analisar a interação entre saúde humana e mudanças ambientais. É enfatizada a necessidade da pesquisa interdisciplinar na avaliação do papel exercido pelos fatores sociais e naturais sobre os seres humanos e a saúde. A ecologia humana é vista como complementar à pesquisa biomédica. Saúde e doença são concebidas como dois pontos em um continuum. Para a autora, numa sociedade pluralista deve-se lutar para avançar rumo ao pólo da saúde.

Partindo da interação entre saúde humana e mudanças ambientais, é possível aproximar-se do entendimento do que seja a “medicina indígena”, ou etnomedicina, e compreendê-la como um instrumento eficaz de cura e cuidado entre os povos nativos,

bem como elemento de interface junto às práticas terapêuticas ocidentais para auxiliar na promoção da saúde indígena. Nessa perspectiva, tem sido cada vez mais necessário o desenvolvimento de estudos que identificam os elementos que caracterizam a medicina tradicional indígena^{2,28,36,37}.

Entre os Guarani-Mbyá, Litaiff² identificou que a religião é um dos importantes fatores de etnicidade do grupo, já que é uma forma de conceber a vida. Para eles, religião e medicina estão interligadas em sua cultura. Muitas doenças surgem da violação das leis do grupo. A utilização de suas ervas medicinais foi aprendida com Pa'í Reté Kuaray (fundador da ciência médica e criador das leis que regem toda organização social interna e conduta moral dos Guarani) (Cadogan, 1949, *apud* Litaiff²; p.26). Assim, ao colherem as ervas para seus rituais de cura, os Guarani devem invocá-lo por meio da reza.

Garnelo e Wright³⁷ se propuseram estudar a correlação entre cosmologia do povo indígena Baniwa do município de São Gabriel da Cachoeira (noroeste amazônico), seu sistema de representações de doenças e práticas de cura e sua dinâmica de transformação em situação de contato interétnico. Para tal, foram levantados os mitos explicativos da origem da doença demonstrando a existência de diferentes categorias de doença que orientam as práticas tradicionais de cura e a assimilação dos saberes biomédicos. A cosmologia opera como sistema de acolhimento das informações de biomedicina, que são incorporadas e ressignificadas de acordo com a lógica do pensamento mítico. Da mesma forma, estratégias cognitivas são utilizadas para a geração de demandas que as lideranças indígenas encaminham aos Conselhos de Saúde e Serviços de Saúde.

O documento elaborado pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para normatizar as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas¹ preconiza que os valores e práticas relativas ao processo saúde-doença específicos de cada povo indígena devam ser valorizados, pois o respeito à diversidade social e cultural, bem como aos seus sistemas tradicionais de saúde, são fundamentais para o planejamento e execução de ações de promoção, prevenção e educação para a saúde, dentro do novo Modelo de Atenção de Saúde Indígena diferenciado.

Foi a partir da publicação desse documento e das profundas mudanças nas leis, na gestão e na execução das políticas públicas voltadas para os povos indígenas, operacionalizadas a partir de 1999, que surgiram, de forma mais sistemática, estudos relativos às questões de educação e de saúde indígenas, sendo estes últimos,

especialmente voltados para a avaliação da implantação do Subsistema de Saúde Indígena.

No documento da FUNASA, no item relativo às responsabilidades institucionais, foi apontada a necessidade de estreita cooperação do Ministério da Educação e das Secretarias Estaduais de Educação para a execução da política de saúde, bem como integração da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas com os currículos básicos das escolas indígenas, oportunizando a garantia do ensino fundamental na formação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS), o envolvimento de universidades nas atividades de pesquisa e extensão, a capacitação dos AIS e profissionais de saúde, bem como o apoio ao desenvolvimento de atividades de educação comunitária culturalmente adequadas¹.

Assim como as ações de saúde indígena, em 1991, foram transferidas da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), (Decreto nº 23/1991)^e, as ações de educação escolar indígena passaram a ser responsabilidade do Ministério da Educação e Cultura (MEC), em articulação com as secretarias estaduais de educação, por meio do Decreto 26/1999. Isto propiciou que o sistema de ensino do país incorporasse as escolas indígenas, possibilitando que os “monitores bilíngues” indígenas passassem a ser respeitados e pudessem ser formados como professores, procurando respeitar suas especificidades culturais, conforme preconizado pela Constituição de 1988 e posteriormente reiterado pela atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional^{38, 39, 40}.

Monte⁴¹ e Grupioni^{38,39,40} fornecem subsídios críticos à educação escolar indígena no país, (aprofundamento do currículo intercultural e formação de professores indígenas), contextualizando a história de projetos de responsabilidade de organizações não-governamentais dedicadas, no final do século XX, à construção de currículos para o magistério e as escolas indígenas com repercussão nas políticas públicas oficiais. Os autores abordam, também, alguns desafios teórico-metodológicos que estão sendo enfrentados pelos educadores não-índios ao desenvolverem os currículos interculturais, com suas inevitáveis implicações sobre a representação das identidades sociais e o uso das línguas indígenas e do português de professores e de alunos indígenas.

Apesar dos percalços observados na implementação das políticas na área de educação indígena em nosso país e sua integração às políticas no campo da saúde, pode-

^e Este Decreto foi revogado em 1994 pelo Decreto nº 1.141, retornando para a FUNAI a coordenação da saúde indígena. Somente em 1999, com a Lei 9.836, é que Ministério da Saúde assumiu definitivamente o a responsabilidade pela gestão da saúde indígena, ficando a cargo da FUNASA gerenciá-la. Ao contrário da Saúde, o Decreto 26/1991, referente à educação, permaneceu em vigor desde a sua publicação.

se dizer que existe, atualmente, um substrato político-ideológico favorável ao desenvolvimento de ações que buscam respeitar a sociodiversidade indígena. Já em outros países, como o México, a educação dos alunos indígenas, em qualquer de suas modalidades, não tem o status de questão importante na sociedade nacional, apesar de ter conquistado espaço na atividade política e cultural. Há uma dificuldade para conectar o desenvolvimento educativo com as reformas políticas e econômicas que dividem profundamente o país⁴². Apesar das referidas reformas, Muñoz Cruz⁴² considera que não tem sido possível visualizar mudanças estruturais coerentes com um Estado que se propõe a assumir sua etnodiversidade.

Mesmo que a partir de 1999 tenham ocorrido mudanças significativas na assistência às populações indígenas no Brasil, com a criação do Subsistema de Saúde Indígena, a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas não ocorreu de maneira uniforme em todo o país. Ressalta-se que, frente à responsabilidade federal pela gestão e execução das ações de saúde indígena e da insuficiência de recursos humanos para tal, foram adotados diversos mecanismos de execução das ações de saúde, seja pelo convênio com prefeituras, ou pela terceirização por organizações não-governamentais indígenas e não indígenas e, mais recentemente, por universidades. Como resultado, alguns estudos têm sido produzidos, em sua maioria no nível local, para compreender os entraves e mecanismos facilitadores da implementação do Subsistema nos diversos modos de execução, bem como os avanços na atenção à saúde indígena.

Garnelo et al⁴³ publicaram uma visão crítica sobre a política de saúde indígena que vem sendo implementada no país, focalizando como atores os indígenas e não-indígenas, bem como as estratégias para sua operacionalização. O texto dá um panorama das populações indígenas no Brasil e suas condições de vida e saúde, descrevendo o processo de implantação do Subsistema de Saúde indígena, analisando o controle social, suas dificuldades e sugerindo algumas propostas para o aprimoramento dessa política de saúde.

No período 2000-2001, Garnelo e Brandão⁴⁴ avaliaram as ações desenvolvidas pelas instituições conveniadas com a FUNASA para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) de Rio Negro, Médio Solimões, Alto Solimões, Manaus, Parintins, Médio Purus e Javari, estado do Amazonas. Os autores analisaram que o processo de distritalização viabilizou uma real extensão de cobertura à saúde dessas populações com um significativo incremento na alocação de recursos humanos e materiais. Houve importante ganho político-gerencial para as organizações indígenas, a partir da parceria

com as instituições governamentais. Entretanto, foram identificadas fragilidades quanto à estruturação e organização dos serviços de saúde, incluindo limitações na integração do Subsistema com outros níveis de referência do SUS e qualidade inadequada do Sistema de Informação de Saúde Indígena. A centralização do poder de decisão e do controle de recursos financeiros no nível federal contribuíram para problemas na execução e acompanhamento técnico das ações terceirizadas.

Em outro estudo, realizado por Garnelo e Sampaio⁴⁵, também para avaliar as ações desenvolvidas pelas organizações indígenas conveniadas com a FUNASA, sob a perspectiva das repercussões etnopolíticas, éticas e sanitárias nos DSEI de Manaus e do Rio Negro, foi discutida a ambigüidade na atuação das organizações indígenas que ao mesmo tempo em que exercem seu papel político, são executoras de uma política de Estado. As autoras apontam para as repercussões dessa atuação na superação do estigma da incapacidade de implementação de ações dessa natureza pelas organizações indígenas. Nesse mesmo sentido, também foi demonstrado o reforço do movimento etnopolítico das organizações gerado pela parceria com o Ministério da Saúde e as contradições oriundas da terceirização das ações de saúde indígena, a partir da discussão das bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena na Região Norte do Brasil⁴⁶.

A partir das experiências vivenciadas na região do Alto Rio Negro (noroeste amazônico, 10% da população indígena do Brasil) e na região Nordeste (estado de Pernambuco, 20.000 indígenas), Athias e Machado⁴⁷ analisaram problemas relativos ao processo de implementação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no que refere à organização dos serviços de saúde segundo a visão dos profissionais de saúde e de antropólogos. Os autores concluem que a prática sanitária desenvolvida nos DSEI tem sido eventual e individualizada, opondo-se ao que preconiza as diretrizes da Política Nacional de Saúde Indígena e dos modelos de atenção à saúde em discussão no país. Para a efetiva atuação na perspectiva da vigilância à saúde os autores consideram, entre outras coisas, a necessidade de maior participação indígena no controle social.

Buchillet⁴⁸, em seu estudo sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro (DSEI-RN), pôde examinar alguns entraves de natureza administrativa e financeira, como atraso no repasse dos recursos financeiros e falta de agilidade na renovação dos contratos da Equipe Multidisciplinar de saúde (EMSI), que produziram impactos negativos na implantação e execução das ações de saúde, levando a priorizar determinadas atividades em detrimento de outras. Isto prejudicou a supervisão e

treinamento em serviço, comprometendo a implementação de programas essenciais preconizados pela própria FUNASA. A autora ressalta a necessidade de conhecer as nosologias indígenas para propor um trabalho de intervenção no campo da prevenção e tratamento das doenças, a fim de evitar deter-se, apenas, nas definições dos não-índios das patologias. Assim como Ferreira²⁷, Buchillet⁴⁸ pontua o aporte antropológico como fundamental para auxiliar na caracterização do perfil epidemiológico, sanitário e na organização dos serviços de saúde de uma população específica, neste caso, a população indígena.

Marques⁴⁹ analisou o processo de implantação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá (DSEI Cuiabá), no período 1999-2002, que se deu via convênio entre FUNASA e Organizações não-governamentais (ONG), identificando obstáculos, resistências e adesões à implementação desse DSEI. Apesar da terceirização da execução das ações de saúde indígena ser considerada por alguns autores como uma possibilidade de desresponsabilização paulatina do Estado⁴⁹, os atores-chaves entrevistados indicaram como vantagens naquela região a agilidade na contratação de recursos humanos e na aquisição de insumos. Os conselheiros indígenas entrevistados também se manifestaram favoráveis às ONGs, reivindicando a participação de ONGs indígenas na gestão do DSEI.

Mesmo que a instituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) tenha sido importante para a melhoria na assistência à saúde das populações indígenas e para o incremento do controle social indígena, a autora aponta como problemas principais do DSEI Cuiabá a mortalidade infantil por causas evitáveis; desarticulação entre o DSEI e o SUS; fragilidade na parceria FUNASA e instituições conveniadas; não definição clara de papéis e funções dentro do DSEI; dificuldade por parte da Coordenação Regional da FUNASA de Mato Grosso em acompanhar os convênios, já que estes são efetivados no nível central; não operacionalização efetiva do Sistema de Informação da Saúde Indígena (SIASI); rotatividade dos profissionais de saúde e conflitos entre estes e os indígenas; desconhecimento das especificidades culturais; grande distância geográfica entre as aldeias e infra-estrutura deficitária; falta de agilidade no repasse financeiro para as ONGs; desinformação dos Conselheiros Locais e Distritais de Saúde Indígena⁴⁹.

Diehl et al⁵⁰ realizaram análise dos repasses financeiros ao Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul, mostrando alguns indicadores de atenção à saúde em parte desse Distrito, especificamente no estado do Rio Grande do Sul. Foram descritas

distintas formas de financiamento da atenção básica, tendo sido observadas discrepâncias no repasse do incentivo financeiro fundo a fundo entre diversos municípios, uma vez que a Portaria 1.163/GM/1999, que dispõe sobre a responsabilidade da assistência à saúde das populações indígenas, não especifica os critérios para definir os valores a serem recebidos por município. As autoras apontam a necessidade de priorizar o controle social, a qualificação dos recursos humanos, a definição clara do papel da FUNASA no que se refere aos mecanismos de avaliação e fiscalização na execução das ações de saúde indígena visando a melhoria na qualidade de serviços. Alertam também para o risco de limitar a comparabilidade de dados epidemiológicos a partir da criação de sistema de informação específico.

As bases teóricas que subsidiam as atuais discussões da implementação da Política Nacional de Saúde Indígena se reportam à história da política indigenista brasileira. Alguns autores publicaram, nas duas últimas décadas do século passado, trabalhos que revisam os períodos históricos, esclarecendo questões fundamentais que possibilitam o entendimento do movimento indígena e indigenista contemporâneos.

Paz⁵¹ discute a assistência médica prestada no Brasil Central por meio dos projetos ligados à Marcha para Oeste, movimento iniciado no Governo Vargas (1943), que criou a Expedição Roncador-Xingu e a Fundação Brasil Central. À frente dessa Expedição, o médico sanitarista e indigenista Noel Nutes, preocupado com elevados índices de tuberculose, propôs a criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), para atender as populações indígenas e sertanejas, considerado por Costa⁵², um dos aspectos pouco conhecidos na história das políticas públicas de saúde no Brasil.

Em meio ao conturbado processo político que transcorreu nas décadas de 60 a 80, caracterizado, sobretudo, pela ditadura militar, as políticas públicas voltadas para os povos indígenas sofreram recorrentes transformações, muitas delas ligadas à extinção de órgãos responsáveis pela assistência indígena e à criação do atual órgão indigenista oficial – a Fundação Nacional do Índio. Durante esse período, surgem as discussões e se estrutura o movimento pela reforma sanitária brasileira. No bojo dessas discussões, frente às limitações do órgão indigenista em garantir aos povos indígenas seus direitos sócio-políticos, constitui-se, nos anos 80, o movimento sanitário indigenista⁸.

Na perspectiva da avaliação da assistência à saúde indígena, em meio à reforma sanitária, Confalonieri^{10,53} discute algumas especificidades relativas à assistência à saúde das populações indígenas com base nas diretrizes e princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS). O autor sugere estratégias a serem implementadas com

o objetivo de se estender a participação do Estado na saúde dos povos indígenas, contribuindo com sugestões para a atual configuração da Política Nacional de Saúde Indígena. Foi apontada a complexidade da organização dessa assistência, decorrente da diferenciação cultural, características epidemiológicas, localização geográfica e sua inserção política minoritária na sociedade não-indígena¹⁰.

Abordando o caso específico da epidemiologia do sarampo em povos indígenas, Coimbra Jr⁵⁴, enfatizou a importância da provisão de serviços básicos de saúde, da formação multidisciplinar para atuação no campo e no planejamento das ações, assim como um maior envolvimento das escolas de saúde pública no atendimento dessas populações.

A breve revisão da literatura sobre a temática indígena relacionada à saúde e à Política de Saúde, realizada nesse trabalho, evidencia que a implementação do Subsistema de saúde indígena nas diversas realidades locais e a avaliação dos serviços de saúde efetivamente prestados a essa população ainda é um território pouco explorado na literatura científica sobre o tema.

PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa se configura como um estudo exploratório, mais precisamente um Estudo de Caso.

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver e esclarecer conceitos e idéias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. O Estudo de Caso é um exemplo de pesquisa exploratória que, habitualmente, envolve levantamento bibliográfico e documental e entrevistas, tendo como objetivo proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato⁵⁵. Esse tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado, como é o caso do objeto de estudo deste trabalho.

Visando alcançar os objetivos propostos, foi adotada nesta dissertação a metodologia de pesquisa exploratória com estudo de caso sobre a Política de Saúde Indígena no município de Angra dos Reis, no período 1989-1999. Para isso, foi realizada pesquisa e análise documental sobre os deslocamentos do povo Guarani na América do Sul e sua história de ocupação territorial no município de Angra dos Reis, buscando conhecer seu movimento território-existencial. As questões pertinentes à

ocupação territorial, seu significado para a população Guarani e a interface com a política de saúde indígena foram complementadas por entrevistas com alguns dos principais atores nacionais e locais envolvidos nesse processo.

Em seguida, foi feito levantamento documental e bibliográfico sobre a formulação e desenvolvimento da política de atenção à saúde indígena no Brasil e no nível local relativos ao período de análise (1989-1999). Por último, foi analisada a implementação da atenção à saúde do povo indígena em Angra dos Reis *vis a vis* o processo de atenção à saúde em geral, identificando entraves e perspectivas para a adequação da política municipal de saúde às especificidades de atenção indígena.

A escolha desse período histórico (1989-1999) se justifica porque corresponde ao momento em que são aprovados os princípios, formulada e implementada a nova Política Nacional de Saúde. É também o período que antecede a implantação do atual Modelo de Atenção à Saúde Indígena. Corresponde, portanto, a uma importante etapa de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Angra dos Reis, que se desenvolveu concomitante à implantação da política de saúde indígena no nível local.

A técnica empregada para levantamento de dados primários foi a de entrevistas com informantes-chave.

A entrevista é a técnica mais comumente utilizada no trabalho de campo para levantamento de dados qualitativos⁵⁶. Há vários tipos de entrevistas que podem ser utilizadas para tal, variando desde uma conversa informal até um questionário padronizado, estruturado ou semi-estruturado, isto é, com perguntas fechadas e abertas, ou ambas. Cada técnica será adequada aos objetivos da pesquisa, sendo primordial, na sua escolha, a consideração das características culturais do grupo estudado. É importante que haja clareza dos objetivos da pesquisa, pois são eles que vão definir a escolha e o número de entrevistados, o conteúdo das entrevistas, o número de entrevistas com cada informante e o tipo de entrevista⁵⁷. Selltiz aponta que “*enquanto técnica de coleta de dados, a entrevista é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes*” (1967, *apud* Gil⁵⁵; p. 117). Além disso, a utilização de entrevistas apresenta as seguintes vantagens: possibilita a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social; é eficiente para a obtenção de informações acerca do comportamento humano; e os dados por elas obtidos são suscetíveis de

classificação e de quantificação. Comparada ao questionário padronizado, alguns tipos de entrevistas não exigem que a pessoa saiba ler e escrever e possibilitam observar a expressão corporal do entrevistado.

Segundo Gil:

*“A entrevista focalizada (...) enfoca um tema bem específico. O entrevistador permite ao entrevistado falar livremente sobre o assunto, mas, quando este se desvia do tema original, esforça-se para a sua retomada. Este tipo de entrevista é bastante empregado em situações experimentais, com o objetivo de explorar a fundo alguma experiência vivida em condições precisas. Também é utilizada com grupos de pessoas que passaram por uma experiência específica (...) Nestes casos, o entrevistador confere ao entrevistado ampla liberdade para expressar-se sobre o assunto. A entrevista focalizada requer grande habilidade do pesquisador, que deve respeitar o foco de interesse temático sem que isso implique conferir-lhe maior estruturação.”*⁵⁵ (p. 120).

Algumas limitações decorrentes dessa técnica, não específicas do tipo de entrevista utilizado, podem resultar em dificuldades na obtenção de respostas completas e claras. Como solução, Gil⁵⁵ sugere que o entrevistador utilize técnicas de estímulo ao entrevistado, para que este forneça a resposta de forma mais precisa.

Sendo assim, a opção por realizar entrevistas com informantes-chave, no caso atores sociais escolhidos, nacionais e locais, derivou da experiência e vivência que essas pessoas tiveram no processo de construção da Política Nacional de Saúde Indígena, isto é, eles foram selecionados por terem participado direta ou indiretamente na construção dessa política em nível nacional e local, como também na política de saúde do município de Angra dos Reis. Alguns desses informantes não-índios, em nível local, foram testemunhas do processo de chegada dos Guarani ao município e de sua luta pelos direitos à terra e à saúde. Além destes, outros informantes-chave privilegiados neste trabalho foram os próprios indígenas que residem na área desde o início de todo esse processo e foram ativos participantes dessa luta. Ao todo foram entrevistadas 19 pessoas, sendo 14 não-indígenas (dois atores em nível nacional e onze locais) e 5 indígenas.

A escolha da realização de entrevistas focalizadas se justifica pelo fato de que, apesar da grande vivência e participação no processo de construção da política de saúde indígena no município, os entrevistados indígenas e parte dos não-indígenas das comunidades adjacentes, não dominavam plenamente a língua portuguesa. Desta forma, foram feitas perguntas norteadoras, específicas para cada grupo de entrevistados, sendo dada liberdade para que os informantes-chave expusessem os seus conhecimentos e

percepções sobre as questões abordadas. O roteiro das entrevistas e perguntas norteadoras está em anexo.

As possíveis dificuldades dessa técnica não se constituíram em empecilho ao desenvolvimento do presente trabalho, dado o envolvimento dos atores escolhidos com a temática sob estudo e seu interesse em relatar a luta dos Guarani pelos seus direitos.

Foram analisadas também as entrevistas realizadas com índios de Angra dos Reis, em 1990, pelos técnicos do Museu do Índio do Rio de Janeiro, quando levantaram dados para reconhecimento da área indígena no município, visando à futura demarcação de suas terras. Essas entrevistas serviram de base para orientar a complementação das informações necessárias à realização deste trabalho.

Também foram utilizados dados recolhidos a partir de conversas informais feitas com os próprios indígenas, no período de 1991 a 1999, sobre sua história e todas as atividades relacionadas com saúde realizados na aldeia Sapucaí, em Angra dos Reis. Essas informações se referem à percepção dos indígenas sobre esse tema e à vinculação das questões de saúde com sua história de vida e foram organizadas como “história oral”, em um diário de campo, cuja elaboração se iniciou previamente à realização dessa pesquisa, mas que foi mantido atualizado até o final dos anos 90.

Finalmente, foram analisadas todas as atas do Conselho Gestor de Saúde do Bracuí e das reuniões da Associação de Moradores dos Guarani, no período 1991 a 1999.

Para validação das informações coletadas foram utilizadas técnicas de triangulação⁵⁸, seja a partir da manutenção das mesmas perguntas para diferentes informantes, comparando as respostas, seja contrapondo os dados informados com os documentos oficiais existentes, atas de reuniões e a bibliografia publicada e analisada sobre o tema.

No presente trabalho foram seguidos todos os procedimentos éticos padronizados para realização de pesquisas envolvendo seres humanos. Por ter sido desenvolvido com população indígena, além do projeto ter sido submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Osvaldo Cruz (CEP-ENSP/FIOCRUZ), como de praxe, foi também analisado pelo Comitê Nacional de Ética (CONEP), assim como pela Coordenadoria Geral de Estudos e Pesquisas da Fundação Nacional do Índio (CGEP/FUNAI) e do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq). A realização da pesquisa foi autorizada por

todas estas instâncias. Foram obtidas, conforme previsto na legislação, autorizações das comunidades e dos indivíduos entrevistados por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CAPÍTULO I – A HISTÓRIA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

1. Os índios no Brasil: alguns elementos para reflexão

A maioria dos grupos indígenas brasileiros tem sofrido um processo acelerado de transformação sócio-econômica e cultural. O contato interétnico e a transformação dos ecossistemas interferem nos aspectos mais diversos da vida indígena e têm gerado escassez dos recursos naturais, habitualmente utilizados pelos índios como meio de subsistência, além de conflitos sócio-culturais, religiosos e políticos, propiciando o desenvolvimento de agravos à saúde, como já ocorreu em alguns grupos com estilo de vida tradicional em outros países⁵⁹.

No século XVI, quando os colonizadores portugueses chegaram ao Brasil estimava-se uma população indígena de cinco milhões de pessoas, comparável numericamente à da Europa¹. O processo de colonização essencialmente escravagista, as mudanças drásticas ocorridas no habitat natural dos povos indígenas e as epidemias de doenças infecciosas trazidas pelos colonizadores, levaram a uma depopulação desses grupos, bem como à extinção de muitas etnias ao longo dos séculos seguintes. Calcula-se que a partir de 1900, aproximadamente 90 grupos indígenas tenham sido extintos⁶⁰.

A população indígena representa 0,2% da população nacional, sendo estimada em 350 mil indivíduos¹. Contrapondo-se ao senso comum de homogeneidade, a população indígena no Brasil é constituída de 210 povos falantes de mais de 170 línguas¹, refletindo grande diversidade de organização sócio-político-econômica, cultural, étnica e lingüística⁵². Além disso, observam-se variados grau e tempo de contato com a sociedade não indígena como, por exemplo, a população Tupiniquim, Guarani e Potiguara que têm suas histórias de contato ligadas aos primórdios da colonização do Brasil; e aproximadamente 55 grupos indígenas que, ainda hoje, são considerados isolados¹.

Esses povos vivem em 567 terras indígenas espalhadas pelos estados brasileiros (a exceção do Piauí e Rio Grande do Norte), embora se estime que mais de vinte mil indígenas vivam desaldeados. Nas regiões Centro-Oeste e Norte estão localizadas 98,7% dessas terras, nas quais vivem 60% da população indígena. O restante das terras indígenas (1,3%) e da população (40%) distribuem-se nas localidades mais populosas do Nordeste, Leste e Sul do país. Apesar de 12% do território nacional estar reservado aos povos indígenas, a maior parte dessas terras ainda não foi regularizada¹.

2. A política de atenção à saúde indígena no Brasil: antecedentes históricos

Desde o início da colonização portuguesa a relação do colonizador com os povos indígenas foi bastante conflituosa e desrespeitosa. Os índios eram vistos como pertencentes a uma sociedade primitiva que necessitava aprender as “boas maneiras” de uma sociedade civilizada, tais como se vestir, comer, falar e se relacionar. Por serem considerados pelos missionários religiosos como “seres sem alma”, sob o pretexto de salvá-los, os indígenas foram submetidos a um intolerante processo de catequese que resultou, junto à colonização, em alterações significativas na crença de seus valores, costumes e tradições, levando, inclusive, ao extermínio de muitas tribos⁵², principalmente pelas epidemias de doenças infecciosas¹.

Se, por um lado, os religiosos foram um dos responsáveis pela transmissão de doenças junto à população indígena, como no caso dos padres jesuítas José de Anchieta e Manoel da Nóbrega, que eram tuberculosos, transmitindo a doença e provocando um grande número de óbitos entre os índios⁵¹, por outro, as missões religiosas tornaram-se, associadas ao processo de pacificação, as principais responsáveis pelos cuidados com a assistência médico-sanitária dos povos indígenas, desde o século XVI até o início do século XX⁵³.

No início do século XX, a expansão econômica para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferroviárias, visando integrar o país, acarretaram contatos conflituosos e violentos com os povos nativos, ocasionando massacres e disseminação de doenças transmissíveis, resultando em elevado índice de mortalidade indígena¹.

Diante dessa situação, a questão indígena tornou-se assunto de interesse no cenário brasileiro, trazendo discussões acirradas e divergentes, relacionadas ao processo expansionista. Herman Von Ihering, cientista alemão e diretor do Museu Paulista, fazia parte do grupo que considerava o índio como um entrave ao progresso do país, uma vez que não significava força de trabalho e representava um obstáculo à ocupação dos sertões brasileiros. Portanto, deveria ser exterminado^{51,52}. O Coronel Cândido Rondon, que fazia parte do grupo influenciado pelos ideais positivistas, via o índio como um indivíduo que estava num estágio infantil do desenvolvimento humano, necessitando de proteção e cuidados especiais por parte do Estado para sua evolução e integração à sociedade nacional^{1,51}.

Em 1907, Rondon foi designado pelo Governo Federal para ligar, através de linhas telegráficas, a capital aos territórios do Mato Grosso e Amazonas. Este trabalho o

levou a entrar em contato com os índios e a interagir pacificamente com eles, adotando o famoso lema: “Morrer, se necessário for; matar nunca”⁵¹. Ele pôde ver de perto os maus tratos e exploração a que eram submetidos os povos indígenas. Pela sua influência pessoal conseguiu que o então Presidente da República, Nilo Peçanha (1909-1910), reconhecesse a necessidade de um serviço de âmbito nacional que prestasse assistência ao índio, garantisse a posse da terra e o protegesse da escravidão.

Após três anos, foi instituído o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN), sob a direção do Coronel Rondon (Decreto nº 8.072/1910), ligado ao recém-criado Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio (MAIC) (Decreto nº 7.727/1909). Esse serviço passou a ser designado Serviço de Proteção aos Índios (SPI), a partir de 1918⁶¹. Assim, o SPI tornou-se um marco importante para a política indigenista inspirada nos pressupostos positivistas, pois, pela primeira vez, um outro órgão oficial, que não a Igreja, se responsabilizava pela assistência às populações indígenas⁵².

Ainda que o SPI tenha sido instituído para atender aos índios, foram objeto de um outro Decreto (nº 9.214/1911) as diretrizes de seu funcionamento⁵¹, visando a garantia do respeito ao modo de viver, às crenças e costumes indígenas; da proteção do índio em seu território; da proibição de separar os filhos dos pais com o pretexto de catequese e educação; e da posse das terras onde viviam.

Rondon, contando com seu prestígio pessoal, conseguiu dar consistência ao SPI, constituir uma equipe de trabalho, em sua maioria composta por oficiais e intelectuais, oriundos do período da instalação das linhas telegráficas⁵² (p. 390). Contudo, como agência governamental, o SPI também ficou vulnerável aos encaminhamentos da política nacional e de seus governantes. Por exemplo, pelo fato de Rondon não ter participado da Revolução de 1930, o Presidente Getúlio Vargas (1930–1934) cortou as verbas e deixou de apoiar o órgão, como represália, voltando a prestigiá-lo em 1934, quando o próprio Rondon aceitou o convite do governo para uma missão diplomática na Amazônia⁵¹.

Criado também para mediar o contato dos índios hostis com o grupo de expansão econômica, o SPI estava imbuído de uma ideologia protecionista que o transformou em um verdadeiro aparelho do poder tutelar ao longo dos anos, respaldado pela idéia da incapacidade civil relativa dos índios, (tal como registrado no Código Civil Brasileiro de 1917)⁶¹:

“... Se a literatura especializada tem apontado a relação entre Estado nacional e expansão da cidadania - notadamente sob os aspectos de um acesso mais amplo por parte de certas classes e frações de classe aos direitos civis (sobretudo os sociais) e uma suposta maior participação política – a forma como é concebida a inserção dos indígenas na ‘comunidade política brasileira’ aponta em direção muito distinta e oposta. A possibilidade de ter acesso a direitos básicos, como o do reconhecimento das terras que ocupam, e a uma assistência diferenciada passa por serem definidos enquanto atores políticos dotados de uma relativa incapacidade, assim fazendo-se necessária a presença de um aparelho que os represente politicamente. A um tempo produzem-se as condições de uma interação triádica e as de emergência de um certo ‘clientelismo de Estado’. O melhor produto da dinâmica tutelar seria, talvez, a figura das reservas indígenas, i.é., porções de terra reconhecidas pela administração pública através de seus diversos aparelhos como sendo de posse de índios e atribuídas, por meios jurídicos, para o estabelecimento e a manutenção de povos indígenas específicos. Territórios definidos às custas de um processo de alienação de dinâmicas internas às comunidades étnicas nativas compõem parte de um sistema estatizado de controle e apropriação fundiária que se procura construir como de abrangência nacional. Sua finalidade é disciplinar o acesso e utilização das terras, ao mesmo tempo mediando sua mercantilização, aplicando-lhes sistemas de registro e cadastramento (procedimento que não se impõe sem conflitos entre os inúmeros aparelhos de poder estatizados), às diversas unidades sociais surgidas historicamente da (s) conquista (s)...”⁶¹ (p. 75-77).

A atuação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) nas primeiras décadas de sua existência levou à criação de 67 postos administrativos do órgão espalhados por várias áreas do interior do país. Após a pacificação dos índios, imensas regiões, tradicionalmente ocupadas por eles, foram apropriadas pela frente de expansão econômica. Mesmo tendo evitado a extinção de muitas etnias, o SPI não conseguiu evitar as constantes invasões dentro das áreas indígenas. O Estado Brasileiro não legitimou os direitos legais dos índios por não oferecer apoio efetivo em relação à posse das terras indígenas:...”*o processo de pacificação das tribos hostis ocasionou a disseminação da fome, de doenças, da desintegração tornando os índios parte do grupo mais miserável dos segmentos marginais da sociedade*”⁵² (p. 391).

Em decorrência das modificações administrativas ocorridas no país após a Revolução de 1930, o SPI foi submetido a várias mudanças de vínculos institucionais, bem como de focos de atuação, congruentes com as transformações da visão dos governantes sobre o papel dos indígenas na sociedade nacional.

Assim, em 1930, as atribuições da indústria, comércio e imigração-colonização do Ministério da Agricultura foram transferidas para o recém-criado Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) (Decreto nº19.433/1930). Conseqüentemente, o

SPI passou a integrar o Departamento de Povoamento do MTIC, perdendo a sua condição de serviço independente⁶¹. Em 1934, o SPI foi subordinado à Inspetoria Especial de Fronteiras do Ministério da Guerra (Decreto nº 24.700/1934). E, dois anos mais tarde, em 1936, com a suspensão do regulamento da Inspetoria, o SPI foi vinculado diretamente ao Estado-Maior do Exército (Decreto nº911/1936), onde se vislumbrava a potencialidade militar do índio. A *“nacionalização passava a ser um termo acoplado ao de incorporação dos índios à sociedade, encimando as tarefas de proteção e assistência, movendo-se sobre o solo de representações pretéritas acerca do índio e suas possibilidades, isto é, a de guarda de fronteiras”*⁶¹ (p. 266).

Em 1939, o SPI retornou ao Ministério da Agricultura (Decreto nº 1736/1939), pela possibilidade dos indígenas se constituírem em força de trabalho em atividades agrícolas: *“... o problema da proteção aos índios se acha intimamente ligado à questão da colonização, pois se trata, no ponto de vista material, de orientar e interessar os indígenas no cultivo do solo, para que se tornem úteis ao país e possam colaborar com as populações civilizadas que se dedicam às atividades agrícolas”*⁵¹ (p. 41).

Ainda em 1939, foi criado o Conselho Nacional de Proteção aos Índios (Decreto nº 1794/1939), com relativa autonomia, sendo composto pelo Diretor do SPI, pelos representantes do Serviço Florestal, do Museu Nacional e de quatro membros indicados diretamente pelo Presidente da República, visando estudar *“as questões que se relacionam com a assistência e proteção aos silvícolas, seus costumes e línguas”*⁵¹ (p. 43).

Mesmo tendo entre suas atribuições a assistência médico-sanitária às populações indígenas, o SPI não possuía um programa estruturado de ações de saúde e tampouco uma equipe própria de profissionais. Dessa forma, sua atuação concentrava-se no atendimento às emergências no caso de epidemias de doenças transmissíveis ocasionadas pelos contatos dos índios com os não índios^{10,53}.

Durante a II Guerra Mundial, o Governo de Getúlio Vargas (1937–1945) iniciou um movimento chamado Marcha para Oeste que visava garantir a integridade e soberania nacional, na tentativa de evitar a exploração do território brasileiro por estrangeiros. Esse movimento pautou-se por questões políticas (ocupação e proteção do Brasil Central; interiorização da capital; construção de rotas aéreas pelo interior ligando o sul e o norte do país; acesso rodoviário ao Amazonas; e reorganização agrária) e econômicas (busca de novos recursos agrícolas e industriais; integração do Brasil

Central aos meios de produção; fixação da mão-de-obra proveniente da cultura cafeeira; e alternativa de novas áreas para cultivo)⁵¹.

Para legitimar o movimento foram criadas a Expedição Roncador-Xingu (Portaria nº 77/1943) e a Fundação Brasil Central (FBC) (Decreto-Lei nº 5.878/1943), em 1943. Esta última, chefiada pelo Ministro João Alberto Lima de Barros, era subordinada diretamente à Presidência da República e possuía relativa autonomia, com subvenções particulares para realizar abertura de estradas, colonização organizada do solo e povoamento das áreas do Brasil Central e Ocidental. A Expedição Roncador-Xingu, chefiada pelo Coronel Flaviano de Matos Vanique, era administrativamente subordinada à FBC, tendo o objetivo de mapear as regiões do Rio Xingu e seus afluentes⁵¹.

Alguns dos enfoques da política de povoamento dos sertões adotados pela Fundação Brasil Central eram a preocupação com a assistência médica, educação e melhores condições de moradia dos sertanejos, como um artifício para atraí-los e fixá-los na região. Com isto, forneciam-se casas, energia elétrica e água potável. Além disso, a Fundação possuía um Departamento Médico-Sanitário com o objetivo de realizar um minucioso estudo sobre as situações sanitárias das populações sertanejas. As ações preventivas voltavam-se, prioritariamente, para o controle da malária, verminoses, leishimaniose e desnutrição⁵¹.

Ainda em 1943, o médico sanitário Noel Nutels foi contratado pela Fundação Brasil Central para trabalhar no tratamento e profilaxia da malária, enquanto os irmãos Cláudio, Orlando e Leonardo Villas Bôas foram contratados pela Expedição Roncador-Xingu. Pela primeira vez, Nutels entrou em contato com os grupos indígenas do Alto Xingu e do Araguaia⁵² (p. 392) e pôde observar, no período 1947-1951, que os problemas relativos à saúde dos índios se agravava, não havendo uma política de saúde sistematizada e organizada por parte do órgão oficialmente responsável pelas populações indígenas. As principais doenças transmissíveis encontradas nos indígenas do Alto Xingu foram a malária e a gripe. A malária deveria ter sido transmitida através da expedição de Kark von den Steinen (1884-1887); e a gripe, trazida por contatos com a frente de expansão, evoluía para complicações pulmonares e conseqüente morte⁵¹. Já no Araguaia, entre os Karajá, Nutels deparou-se com a tuberculose: “... [tratava-se], então, de algumas dezenas de milhares de guerreiros fortes, aguerridos e saudáveis. Estão reduzidos, hoje, a cerca de 1.800 pessoas. E narram os mais velhos, com

lágrimas nos olhos, que o seu povo vem sendo liquidado por doença estranha, que emagrece e faz cuspir sangue”(grifo do autor)⁵¹ (p. 108).

Impressionado com a alta mortalidade causada pela tuberculose entre os índios, Noel Nutels saiu da Fundação Brasil Central e foi trabalhar no SPI. Com o intuito de aprimorar-se foi fazer o Curso de Tisiologia Sanitária e Social no Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) no Rio de Janeiro. Após o curso, em 1952, apresentou o trabalho “Plano para uma campanha de defesa do índio contra a tuberculose”^{51,52}, que propunha implantar unidades volantes para a assistência à saúde das populações indígenas e sertanejas próximas às aldeias, através de um serviço organizado e sistematizado, priorizando as ações preventivas em relação às doenças infecciosas⁵¹.

Nutels, conseguindo sensibilizar profissionais de saúde, formou uma equipe que prestou atendimento (abreugrafias e vacinações) no Alto Xingu e Araguaia fazendo algumas viagens de caráter voluntário (1952-1956), sendo a infra-estrutura necessária conseguida pelo seu prestígio pessoal⁵². Estas viagens confirmaram, para Noel Nutels, a importância de manter os índios afastados dos considerados civilizados, de assegurar as terras indígenas como meio de sobrevivência e de criar um serviço aéreo de assistência às populações indígenas e sertanejas⁵¹. Se, por um lado, a tuberculose não foi constatada nos índios do Alto Xingu, por outro lado, já entre aqueles que haviam tido contato com a civilização, como no caso dos índios Karajá do Araguaia, foi constatada alta prevalência de tuberculose e desorganização sócio-cultural⁵². Esses fatos contribuíram para reforçar a luta de Noel Nutels (assim como a dos irmãos Villas Bôas) para a oficialização do Parque Nacional do Xingu, que existia desde 1884, e cuja responsabilidade, a partir de 1952, foi atribuída ao SPI, no Governo Vargas⁵¹ (p.115).

Em 1955, o SPI ficou submetido ao interesse político partidário, sendo conduzido pelo Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), criado por Getúlio Vargas, até 1957, quando, por pressão dos próprios funcionários, conseguiu livrar-se dessa influência. Contudo, a sua direção permaneceu com os militares por ser considerado “órgão de interesse militar”⁵¹.

No Governo Kubitschek (1956-1961), o Ministro da Saúde, Maurício Medeiros, médico e jornalista sensibilizado com o projeto de Noel Nutels criou, em 1956, o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) (1956-1967), ligado ao Serviço Nacional de Tuberculose, para prestar assistência à saúde dos povos indígenas e sertanejos do Brasil Central⁵¹. A portaria ministerial que criou o SUSA previa solicitação de recursos humanos mediante necessidade, a qualquer outro setor do

Ministério da Saúde, além de parceria com outros órgãos, como o Correio Aéreo Sanitário da Força Área Brasileira (FAB), para transportar material e as equipes de saúde⁵². Em 1958, o SUSA passou a contar com a sua própria equipe, composta de médicos, odontólogos e operadores de RX, estendendo a assistência às populações indígenas do Sul de Mato Grosso, área do Rio Negro, na Amazônia, e populações rurais de difícil acesso, desenvolvendo ações de vacinação (inclusive BCG oral), testes tuberculínicos, cadastro torácico, extrações de dentes, atendimento de clínica médica, inquéritos epidemiológicos e tratamento de parasitoses, além de educação sanitária. Mais tarde (1965), por convênio com o SPI, o SUSA foi ampliado para todas as aldeias da região com a contratação de mais profissionais de saúde, capacitados pelos padrões técnicos da Campanha Nacional de Controle da Tuberculose⁵². Esse serviço constituiu-se, efetivamente, no primeiro serviço público de assistência à saúde indígena do país ligado ao Ministério da Saúde⁵².

Embora as Constituições brasileiras de 1934, 1937 e 1946 garantissem aos índios a posse da terra, efetivamente, o SPI não conseguiu assegurar-lhes esse direito⁴⁰. Na década de 60, os índios vivenciaram uma nova invasão em suas terras pelos projetos de construção de estradas, como foi o caso da estrada que ligava as bacias do Tocantins, Xingu e Tapajós, atingindo as áreas dos Gotire, Caiapó, Asurini, Parakanã, Suruí e Mundurukú, desencadeando, de novo, focos de doenças infecciosas e desorganização sócio-cultural⁵¹.

Em relação à construção da estrada Brasília-Acre, o Departamento Nacional de Estradas e Rodagem (DNER) entrou em contato com o SPI, solicitando-lhe apoio para atrair e pacificar os índios Pacaá Novo, Suruí, Quara e Nambiquara⁵¹. Em 1962, quando Noel Nutels chegou à aldeia dos Pacaá Novo, deparou-se com uma situação deplorável de miséria e fome, onde 21% da população estava com lesões pulmonares, em estágios avançados da tuberculose. Foi necessário entrar em contato com o Departamento Nacional da Criança e o Fundo Internacional de Socorro Infantil para prover a aldeia de alimentação⁵¹.

Por pressões de alguns defensores da causa indígena, entre eles, Noel Nutels e os irmãos Villas Bôas, o Presidente Jânio Quadros (janeiro a agosto 1961) oficializou, em 1961, após nove anos de tramitação no Congresso Nacional, o Parque Nacional do Xingu (Decreto nº 50.455/1961), ligado à Presidência da República, compreendendo uma área de 22.000 quilômetros quadrados. O Parque teve como finalidade a preservação natural e a proteção aos índios (posse das terras, assistência médica, social

e educacional)⁵¹. Em 1965, o seu Diretor, Orlando Villas Bôas, assinou um convênio com a Escola Paulista de Medicina para a provisão de assistência à saúde no local⁵¹. Contudo, em decorrência da construção da Rodovia Brasília–Manaus, em 1968, o Presidente Costa e Silva (1967-1969) assinou um decreto desmembrando 8.300 km² ao norte do Parque e acrescentando uma área ao sul, ocupada por latifundiários, resultando numa nova extensão de 26.000 km⁵¹. Posteriormente, em 1973 (referendado pelo Estatuto do Índio), o Parque Nacional do Xingu, como área especificamente indígena, viria a ser denominado Parque Nacional Indígena do Xingu⁶¹.

Em 1963, Noel Nutels foi convidado pelo então Chefe da Casa Civil, Darcy Ribeiro, para dirigir o Serviço de Proteção aos Índios (SPI)⁵¹. O SPI estava em decadência e passando por sucessivas denúncias de corrupção. Após estudos preliminares, Nutels constatou que o órgão necessitava de uma reestruturação geral e sugeriu um profundo e amplo debate na sociedade sobre a questão da política indigenista, envolvendo profissionais de saúde, indigenistas, universidades e antropólogos⁵². Pela inoperância da instituição em relação ao seu principal objetivo - defender os povos indígenas – Nutels chegou a propor a extinção do SPI, a partir elaboração de um processo entregue, em 1964, ao Ministro da Justiça, denunciando os massacres recentes contra os Canela, Pacaá Novo e os Cinta Larga e exigindo punição. Todavia, com o golpe militar de 64 e a conseqüente queda de João Goulart (1961-1964), o processo não foi adiante, sendo também interrompida a gestão de Noel Nutes à frente do SPI⁵¹. A partir daí, o Órgão foi envolvido em inúmeros escândalos que incluíram assassinatos de índios, venda ilegal de terras, roubo de 300 mil dólares dos seus cofres e denúncias de profissionais que provocavam a disseminação de doenças transmissíveis como gripe, varíola, sarampo e tuberculose junto às populações indígenas⁵¹.

A alta prevalência da tuberculose entre os índios Kaiowá, Terena, Kadiweu (Sul de Mato Grosso) levou o SPI a assinar, em 1965, um Termo de Cooperação com o Serviço Nacional de Tuberculose, para que o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) pudesse atuar e combater a doença nessas populações. Com o intuito de impedir a proliferação da tuberculose na área, o SUSA tornou-se inovador, pela experiência de vacinar os índios do Xingu com BCG intradérmico, ainda não disponível no país⁵¹.

No ano de 1967 foi promulgada uma nova Constituição brasileira, que respaldou a eleição indireta para Presidente da República e a Reforma Administrativa, que reestruturava o funcionamento dos ministérios, entre eles, o Ministério da Saúde⁵¹.

Mediante essa reestruturação, o SUSA passou a ser denominado Unidade de Atendimento Especial (UAE), subordinada diretamente ao Ministério da Saúde e dirigida por Noel Nutels no período 1967-1973⁵².

Segundo o Dr. José Antônio Nunes de Miranda^f, a UAE foi uma estratégia adotada pelo Serviço Nacional de Tuberculose, em conjunto com Noel Nutels, para dar continuidade ao trabalho de combate à tuberculose desenvolvido pelo SUSA⁵¹.

Com as reformulações administrativas, ainda nesse mesmo ano, o Governo Federal extinguiu a Fundação Brasil Central (Lei nº 5.365/1967) e criou a Superintendência de Desenvolvimento do Centro Oeste (SUDECO)⁵¹.

Em relação ao Serviço de Proteção aos Índios, as denúncias contra o órgão continuaram cada vez mais graves:

*“Uma série de livros e declarações públicas falavam de cobertores sendo dados aos índios contaminados por varíola e outras doenças; de incidentes onde napalm era atirado de aviões sobre as aldeias indígenas; eram exibidas fotografias de aldeias que haviam sido dizimadas, onde apareciam restos de mulheres e crianças sobre o solo árido e carbonizado. A sentença unânime da Europa era que o Brasil estava pondo em prática uma política de ‘genocídio étnico’”*⁵²(p. 394).

Diante de todas essas irregularidades, o Ministro do Interior, General Albuquerque Lima, nomeou uma comissão em 1967 com o objetivo de instaurar um inquérito para averiguar as denúncias contra o órgão governamental de proteção aos índios. À frente desta comissão foi colocado o Procurador-Geral da República, Jader de Figueiredo. A comissão percorreu 16.000 km, visitando 130 postos indígenas, e esse trabalho resultou num relatório denominado “Relatório Figueiredo”, com vinte volumes e um total de 5.115 páginas. Parte desse relatório foi divulgada em 1968 e referia que 134 dos 700 funcionários do SPI eram acusados de crimes, 200 deles haviam sido demitidos e 38 tinham sido afastados por contratação irregular⁵¹ (p.152).

Em conseqüência do resultado do trabalho dessa comissão, o SPI foi extinto em 1967 e, em seu lugar, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) (Lei nº 5.371/1967), subordinada ao Ministério do Interior (mais tarde transferida ao Ministério da Justiça, na década de 80)⁵¹. Visando a estruturação do novo órgão, o Ministro Albuquerque Lima nomeou uma comissão composta por antropólogos, indigenistas e profissionais do SUSA/UAE. Inicialmente, a FUNAI foi dirigida por um advogado e

^f Dr. José Antônio Nunes de Miranda foi diretor da UAE após a morte de Noel Nutels, em 1973, até a sua extinção na década de 80. Esse depoimento foi colhido pela antropóloga da FUNAI, Ana Costa, durante uma palestra, em 1996, na sede da FUNASA, em Brasília.

um conselho diretor formado por indigenistas que haviam contribuído para sua formação. Entretanto, a partir de 1969, a política indigenista, mais uma vez, sofreu transformações marcantes. Com a substituição do Ministro Albuquerque Lima pelo Coronel Costa Cavalcanti, o Presidente da FUNAI e o conselho diretor foram substituídos por militares⁵².

Coube ao novo órgão oficial da política indigenista, entre outras funções, garantir a posse das terras indígenas, a especificidade sócio-cultural dos povos indígenas, assegurar a assistência à saúde e educação e o exercício do poder de polícia nos casos onde as terras e os direitos dos índios fossem usurpados⁵¹. No campo da saúde, a FUNAI, com o apoio do UAE, criou a Divisão de Saúde no nível central e as Equipes Volantes de Saúde (EVS) em cada Delegacia Regional, compostas de um médico, um odontólogo, uma enfermeira e um bioquímico que realizavam visitas periódicas às áreas indígenas⁵². Além disso, foram construídas, em todo o país, 32 Unidades Diferenciadas de Saúde Indígena, mais conhecidas como “Casas do Índio”, com o objetivo de assistir aos indígenas quando necessitavam vir às cidades para tratamento de saúde⁵³.

Em 1973, através de convênio, as ações de saúde indígena foram divididas entre a Divisão de Saúde da FUNAI e a Unidade de Atendimento Especial (UAE), ficando, a primeira, responsável pela execução de várias ações de saúde e, a segunda, pelo controle da tuberculose, incluindo o treinamento das atendedoras de enfermagem e supervisão do nível Central da Divisão de Saúde⁵². A partir daí, as Delegacias Regionais começaram a notificar os casos de tuberculose e enviá-los para a UAE. Os registros das informações e notificações eram mais confiáveis onde havia uma supervisão direta por parte da UAE⁵².

Nesse período, o país estava em plena ditadura militar no Governo Médici (1969-1974) durante a qual a sociedade vivenciou a repressão política, com prisões, torturas e mortes de muitos líderes considerados subversivos, bem como a cassação de artistas, políticos, professores e cientistas. No campo econômico vivia a era do “milagre”⁵¹.

2.1. A Tutela da FUNAI

Após três anos de tramitação no Congresso Nacional, o Estatuto do Índio foi instituído, em 1973 (Lei nº 6.001/1973). Entre outras questões, o Estatuto referendou o poder tutelar do Estado sobre os índios e a institucionalização da “renda indígena”, que faculta o uso das riquezas do subsolo das áreas indígenas para interesse de

desenvolvimento nacional e deliberou sobre o direito de retirada dos índios de suas terras mediante situação de epidemia e segurança nacional⁵². Com isto, a FUNAI pôde dispor das terras indígenas, quando lhe convinha, como foi o caso das terras dos Kadiweu, que passaram a ser arrendadas pela própria FUNAI. O pagamento das terras indígenas arrendadas vai para a sede em Brasília, sendo utilizado para manutenção da infra-estrutura administrativa do órgão. Desde então, esse fato vem gerando uma desorganização sócio-cultural nas áreas indígenas arrendadas, pois os índios passaram a ser empregados dos arrendatários, deixando de caçar e pescar para sua subsistência, como tradicionalmente⁵².

Nos anos 70, o empenho governamental no “desenvolvimento e integração nacional” trouxe novamente à cena a condição de ser o índio um empecilho para o crescimento e desenvolvimento do país⁵². A construção da Transamazônica representou, na época, um marco da violência contra os índios da região, onde muitos tiveram contato com a civilização de forma muito rápida, brusca e violenta. O próprio Presidente Médici (1970) assinou o convênio entre a FUNAI e a Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM), onde a primeira teria a função de pacificar cerca de 30 grupos indígenas ao longo da Transamazônica, impedindo ataques aos operários da obra e facilitando a ocupação da Amazônia. O mesmo aconteceu no Parque Nacional Indígena do Xingu, durante a construção das Rodovias Cuiabá-Santarém e BR-080 (Brasília - Manaus)⁵¹. Frente aos protestos nacionais e internacionais, ocorridos em 1971, o então Presidente da FUNAI, General Bandeira, fez um pronunciamento oficial dizendo que o Parque era “*uma falsa experiência*” que “*bloqueava o progresso e desenvolvimento do Brasil*” e que, por sua vez, a BR-080 significava “*um elo terrestre vital para o desenvolvimento e a segurança do país*” e ainda “*levaria os índios a uma participação mais intensa na economia nacional*”⁵¹ (p. 157).

Portanto, nesse contexto político desfavorável às populações indígenas, a Divisão de Saúde da FUNAI passou a ter cada vez menos recursos orçamentários para a assistência à saúde. A maior parte desses recursos era destinada ao pagamento de pessoal, transporte, diárias, remoção de pacientes e internações hospitalares. As Equipes Volantes de Saúde permaneciam cada vez mais nas Delegacias Regionais, indo esporadicamente às áreas indígenas para atuar de forma emergencial e assistencialista⁵². Com a transferência da FUNAI do Ministério do Interior para o Ministério da Justiça, no início dos anos 80⁸, agravaram-se as dificuldades para a manutenção do quadro de servidores, ocorrendo redução progressiva de investimento na sua qualificação¹.

A década de 70 trouxe, também, dificuldades para a execução das atividades da Unidade de Atendimento Especial (UAE). Para o Dr. José Antônio Nunes de Miranda, a UAE não acabou em decorrência da falta do prestígio de Noel Nutels, mas, efetivamente, após a sua morte em 1973, foi perdendo autonomia, sendo extinta na década de 80. Da mesma forma, as verbas do Serviço Nacional de Tuberculose foram sendo paulatinamente reduzidas.

Em relação à assistência à saúde no Parque Nacional Indígena do Xingu, o Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina, chefiado pelo Dr. Roberto Baruzzi, conseguiu, entre 1965 e 1980, realizar um trabalho integrado à UAE e FUNAI, promovendo quatro visitas anuais ao Parque, levando vacinas e medicamentos. De 1982 a 1988, com a extinção da UAE e a desestruturação da Divisão de Saúde da FUNAI, a equipe da Escola Paulista de Medicina passou a visitar o Parque somente em situações especiais, como na vigência de epidemias. Em 1988, com o financiamento internacional da *Fundação Kellog's* e, posteriormente, da *Rain Forest Foundation*, a Escola Paulista de Medicina criou a Unidade de Saúde e Meio Ambiente no Departamento de Medicina Preventiva, conseguindo fixar profissionais de saúde no Parque, onde realizavam assistência e capacitação de agentes de saúde, permanecendo de dois a três meses na área e voltando a São Paulo para reciclagem⁵¹ (p. 161-162).

3. Implementação da Política Nacional de Saúde Indígena a partir dos anos 80

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) realizada, em Brasília, em 1986, e coordenada pelo Dr. Sérgio Arouca, então Presidente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), foi um evento fundamental para a reformulação da Política Nacional de Saúde, ao aprovar as diretrizes básicas da reforma sanitária brasileira a ser implementada com o SUS. Essa conferência foi uma etapa importante de um processo de articulação nacional, promovido por atores os mais diversos, vinculados ao chamado Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, iniciado nos anos 70 e que formulou os princípios e diretrizes da reforma setorial no Brasil^{6,7}. Como parte desse movimento, constituiu-se, nos anos 80, o Movimento Sanitário Indigenista, também composto por profissionais de diferentes áreas, que militavam pelos direitos das populações indígenas, entre eles o direito à saúde⁸.

Essa dupla militância - sanitária e indigenista - possibilitou a inclusão da questão da saúde indígena na agenda de reforma, com a realização concomitante à 8ª CNS, da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (I CNSPI) (26-29 de novembro de 1986), aglutinando, pela primeira vez, representantes indígenas, indigenistas,

antropólogos, organizações governamentais e não-governamentais¹⁰ §. A 8ª. CNS referendou a recomendação, discutida e aprovada pela Subconferência sobre a saúde indígena, de que esta deveria ser coordenada pelo Ministério da Saúde, por meio de um subsistema de serviços de saúde vinculado ao SUS⁸.

As discussões desta I Conferência pautaram-se na crítica à política de saúde da FUNAI, decorrente de sua falência administrativa. Outro problema debatido foi a falta de agilidade dessa instituição na demarcação das terras indígenas, que ocasionava sucessivos conflitos entre os índios e não índios^{8,62}. Assim, o grupo de trabalho reunido nessa Conferência constatou que o órgão oficial de assistência aos povos indígenas não tinha condições de garantir-lhes a integridade física. Como alternativa para resolução desses problemas, apontou-se a necessidade da demarcação das terras, garantindo bem-estar bio-psico-social dessa população e a integração da saúde indígena ao Sistema Único de Saúde (SUS), que vinha sendo discutida pelo movimento da Reforma Sanitária e delineado dentro da própria 8ª Conferência Nacional de Saúde^{10,53,62}.

Como um dos princípios básicos do SUS é a descentralização da execução das ações de saúde para os municípios, a municipalização radical^{7,9} das ações de saúde poderia colocar os povos indígenas à mercê das oscilações políticas locais^{10,53}, na medida que era notório o preconceito e não aceitação da população indígena por parte de muitos municípios. Dessa forma, seria muito difícil que o governo local investisse na atenção à saúde dessa população, mesmo que esta, em alguns municípios, fosse maior que a população não indígena¹.

§ Durante a realização da 8ª. Conferência Nacional de Saúde aconteceram várias subconferências de saúde. Uma delas foi a subconferência da Saúde da Mulher organizada pela antropóloga Ana Maria Costa que, na época, trabalhava na Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde. Anteriormente, Ana Costa pertencia à FUNAI e havia sido afastada, no período da ditadura, pelo Ministro do Interior Mário Andreazza. Ligada ao “Movimento Sanitário Indigenista”, Ana Costa foi um dos elos entre o Ministério da Saúde e a saúde indígena, tendo reivindicado a realização, pela primeira vez, de uma conferência de saúde para as populações indígenas, durante a 8ª CNS. Para isso foi formada uma comissão para organizar essa Subconferência, tendo como coordenador geral, o Dr. José Antônio Nunes de Miranda, diretor da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária do Ministério da Saúde e a própria Ana Costa como coordenadora da comissão executiva. A Subconferência foi realizada com a participação de mais ou menos 500 pessoas, contando com as representações de organizações governamentais tais como: a Divisão de Saúde da FUNAI; a Escola Paulista de Medicina; o Centro de Estudos de Saúde de Populações Indígenas da FIOCRUZ (mais tarde, Núcleo de Estudos de Saúde de Populações Indígenas/NESPI), de organizações não-governamentais tais como o Conselho Indigenista Missionário (CIMI), ligado à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); o Centro Ecumênico de Documentação sobre a saúde indígena de Roraima (CEDI) e o Centro de Trabalho Indigenista (CTI), os índios Ailton Krenak (da União das Nações Indígenas/UNI, primeira organização não-governamental indígena com representatividade em nível nacional), Marcos Terena, Jorge Terena; Raoni e os Kaiapó. (Cibeli Barreto Lins Verani, mestre em Antropologia Social, pesquisadora do NESPI-ENSP /FIOCRUZ, entrevista em 20/03/03, na sede do NESPI, Rio de Janeiro).

Sendo os Distritos Sanitários a base funcional da organização dos sistemas locais de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)⁶³, a “Distritalização Diferenciada” foi pensada e proposta pelo movimento sanitário-indigenista como solução ao dilema da “descentralização sem municipalização” da saúde indígena^{10,53}, por meio da criação de “Distritos Sanitários Especiais Indígenas” (DSEI). Os DSEI compreenderiam exclusivamente as áreas indígenas, ultrapassando muitas vezes os limites geográficos de municípios, diferenciando-se dos distritos comuns do SUS. Esses distritos, portanto, deveriam ser criados mediante critérios geográficos, demográficos e culturais atendendo à especificidade dos povos indígenas e, para tal, deveriam disponibilizar recursos humanos capacitados para trabalhar com essa particularidade.

Diante desse contexto, a I CNSPI propôs a criação de um Subsistema de Saúde Indígena para atender às especificidades etnoculturais, com representação indígena que pudesse participar da formulação da política de saúde para essa população, bem como do planejamento, da implantação, execução e avaliação das ações e serviços de saúde a ela prestados. Foi também apontada pela Conferência a importância da criação de uma agência específica para a saúde indígena, que se constituiria numa Secretaria Técnica de Saúde Indígena vinculada à estrutura central de gestão do SUS, tendo como objetivo coordenar as ações de saúde indígena em âmbito nacional^{10,62}. Essa estruturação foi pensada para “proteger” essas populações das diferentes capacidades de implementação em nível local

3.1 A política de saúde indígena e o Sistema Único de Saúde (SUS)

A Constituição Federal de 1988 define que saúde “é um direito de todos e dever do Estado”. A Carta Constitucional estabeleceu os princípios do SUS e aprovou capítulo inovador que reconhece e garante proteção aos povos indígenas e suas organizações sociais, costumes, crenças e tradições, devendo o Ministério Público intervir em favor dos direitos indígenas. Esse capítulo permitiu legitimar o direito à atenção integral e diferenciada à saúde dos povos indígenas, contrapondo-se à tutela instituída pelo Estatuto do Índio⁶⁴.

A partir das recomendações da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNSPI), o Movimento Sanitário Indigenista manteve-se atento às discussões em torno da elaboração da nova Constituição e da implantação do SUS no país, com a finalidade de garantir que tais recomendações fossem contempladas. Durante uma das sessões do Congresso Nacional cuja pauta era a aprovação da nova Constituição, um representante da União das Nações Indígenas (Ailton Krenak) proferiu discurso

emocionado ao acusar os parlamentares de não darem importância à questão indígena. Ele defendia o fim da tutela e da política de assimilação e aculturação da FUNAI, solicitando ao Estado Nacional maior responsabilidade para com os povos indígenas. Esse fato causou grande impacto que, aliado à participação da antropóloga Manuela Carneiro da Cunha, da Universidade de São Paulo (USP), nas negociações relativas ao tema, contribuiu para a inserção do capítulo sobre os povos indígenas na Constituição^h. Contudo, apesar desse avanço, os direitos indígenas não foram assegurados na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), promulgada em 1990¹.

Assim, as pressões dos movimentos indígenas e indigenistas nacionais e internacionais⁸ contribuíram para a promulgação do Decreto Presidencial nº 23 (1991) pelo Presidente Collor (1990-1992), que dispunha sobre as condições para a prestação de assistência à saúde às populações indígenas. Esse Decreto transferiu a responsabilidade da saúde indígena da FUNAI, do Ministério da Justiça, para a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), do Ministério da Saúde, e definiu o modelo de organização dos serviços de saúde indígena sob a forma de “Distritos Sanitários de Natureza Especial”¹, com base nas recomendações da I CNSPI. A FSESP passaria a ter a função de coordenar, elaborar e executar as ações de saúde indígena, de forma articulada à FUNAI e às outras instituições ligadas à questão indígena.

A atuação rotineira do Ministério da Saúde na atenção à saúde indígena foi iniciada em 1991, a partir do Decreto nº 23, pois antes dele, esse Ministério só atuava em situações emergenciais, como nos casos do suicídio Kaiowá, do cólera nos Tikúna e da malária nos Yanomami¹⁰. As precárias condições de vida e saúde observadas no povo Yanomami no início da década de 90 repercutiram internacionalmente, já que as atenções dos ecologistas estavam voltadas para o Brasil, em decorrência da Conferência Mundial do Meio Ambiente a ser realizada no Rio de Janeiro, em 1992. Tais repercussões levaram à assinatura da Portaria Interministerial nº 316/1991 pelos Ministros da Saúde (Alceni Guerra) e da Justiça (Jarbas Passarinho), criando o Distrito Sanitário Yanomami (DSY), nos estados de Roraima e Amazonas, constituindo-se no primeiro Distrito Sanitário Especial Indígena do país. Contudo, o DSY vivenciou dificuldades operacionais imediatas decorrentes de limitações relativas à contratação de recursos humanos por tempo limitado a seis meses e à disponibilidade de recursos financeiros. Essas dificuldades foram agravadas pelos conflitos aflorados entre a

^h Cibeli Barreto Lins Verani, mestre em Antropologia Social, pesquisadora do NESPI-ENSP /FIOCRUZ, entrevista em 20/03/03, no NESPI, Rio de Janeiro.

FUNAI e o novo órgão gestor da saúde indígena e por interferências dos governos locais, que tinham restrições aos índios⁸.

Ainda em 1991, foi criada a Fundação Nacional de Saúde (FNS), a partir da fusão da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) (Decreto Presidencial nº 100/1991)⁶⁵, conforme previsto no cenário das reformas administrativas em nível nacional. A FNS passou a assumir, entre outras funções, a gestão da saúde indígena, por meio da Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), criada no âmbito do Departamento de Operações da FNS¹, substituindo a proposta de criação da Secretaria Técnica de Saúde indígena⁵². Como, nesse momento, a Fundação Nacional de Saúde estava sendo descentralizada nos estados, foram criadas Equipes de Saúde do Índio (ESAI) na estrutura das Coordenações Regionais dos estados onde havia população indígena⁸. Apesar da COSAI ter sido criada em 1991, só obteve seu orçamento próprio em 1992, fato que dificultou a operacionalização das ações de saúde junto às populações indígenas, até mesmo as de caráter emergencial⁸.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), fundamentado no seu Regimento Interno e na Lei Orgânica da Saúde Lei nº 8.080/1990 e na Lei nº 8.142/1990, criou as Comissões Intersetoriais, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil, com a finalidade de promover a articulação e a intercomplementariedade de políticas, programas e ações, no que concerne ao interesse da saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito específico do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre essas Comissões, foi instituída, em 1991, a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), com o objetivo de assessorar o CNS na formulação de princípios e diretrizes voltadas para a Política Nacional de Saúde Indígena¹.

A criação da CISI representou um avanço para a política de saúde das populações indígenas, apesar do atraso para seu efetivo funcionamento, iniciado em 1992¹⁰. A primeira composição da CISI contava com representação da FNS, da FUNAI, de instituições de pesquisa e ensino e organizações não-governamentais (ONGs), sem a participação indígena. Entretanto, a própria CISI reviu posteriormente sua composição, inserindo ainda em 1992, 4 vagas para os representantes das organizações indígenas entre os 11 membros da Comissão¹.

Uma vez que o Estatuto do Índio, promulgado em 1973, tornou-se obsoleto com a homologação da Constituição Federal de 1988, a articulação política dos movimentos

índigenaⁱ e indigenista provocou o encaminhamento de um novo Projeto de Lei nº 2.057/91 no Congresso Nacional, em 1991, ainda em tramitação, que pretende substituir o Estatuto do Índio¹⁰.

Em 1992, foi realizada a 9ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília. O movimento Sanitário Indigenista e representantes indígenas fizeram-se representar em vários grupos de trabalho dessa conferência, conseguindo que a plenária final aprovasse o Modelo de Atenção à Saúde Indígena diferenciado, a Moção de apoio à Criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e a indicação para a realização da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas⁶⁶ (p. 23).

Desde a promulgação do Decreto nº 23, em 1991, que regulamentava as condições para a prestação dos serviços de saúde às populações indígenas ficou nítida a relação conflituosa entre Fundação Nacional de Saúde (FNS) e a Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Enquanto a FNS tentava administrar internamente as dificuldades criadas pela fusão, a FUNAI enfrentava escassez de recursos financeiros e humanos. Em relação à questão indígena, enquanto a primeira possuía um corpo técnico preparado para trabalhar com as questões de saúde pública, não tinha a experiência que a segunda possuía para trabalhar com a complexidade da saúde indígena⁸.

Face ao cenário político conflituoso e à proposta de definição urgente das responsabilidades dos órgãos oficiais pela saúde indígena, surgida no IV Curso de Antropologia Médica da Escola Paulista de Medicina, foi realizado o I Fórum Nacional de Saúde Indígena (I FNSI) em Brasília, em 1993, com o objetivo de propor e subsidiar a definição de diretrizes para uma política de saúde indígena a ser desenvolvida de forma integrada pela FNS e pela FUNAI e com a participação de representações indígenas⁶⁷.

Para garantir a articulação interinstitucional em torno das ações de saúde a essas populações no âmbito dos estados e com a finalidade de implantar os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, a CISI recomendou a criação dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISIs), o que ocorreu em 1993, pela Portaria nº 540, assinada pelo Presidente da Fundação Nacional de Saúde (D.O., nº 108, 9/06/03). Os NISIs chegaram a funcionar apenas nos estados de Roraima e Mato Grosso e passaram por um processo de desarticulação, culminando com sua extinção.⁸

ⁱ O movimento indígena é constituído apenas de representantes indígenas, enquanto o movimento indigenista é formado por várias representações não-indígenas.

Apesar da falta de incentivo do Ministério da Saúde, ainda em 1993, com o apoio da Organização Mundial de Saúde, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI), em Luziânia, Goiás. A conferência foi viabilizada pela articulação da CISI, junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), em consonância com a recomendação da 9ª. Conferência Nacional de Saúde, pela obstinação do Movimento Sanitário Indigenista e também das organizações indígenas, sendo coordenada pelo Dr. Istvan Vargas, médico sanitarista da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo⁶⁸. Embora fossem contínuos os conflitos entre FNS e FUNAI, o evento foi marcado pelo caráter democrático e legítimo na escolha dos 200 delegados indígenas e não indígenas, por meio de realização de conferências locais, estaduais e macro-regionais, onde se discutiu exaustivamente o conceito de Distrito Sanitário Especial Indígena.

A II CNSPI teve como objetivo definir as diretrizes da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, a atualização das recomendações da I CNSPI e o delineamento do Subsistema Diferenciado de Saúde Indígena centrado nos Distritos Sanitários e no controle social, por meio dos Conselhos Distritais e Locais de saúde indígena⁶⁸. Como resultado das discussões da Conferência, foram aprovadas as seguintes recomendações:

“(...) O modelo de atenção à saúde indígena deve se pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando a assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras e integração institucional (...), tendo como base organizacional o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), e ter a gestão da esfera federal, ao se considerar que (...) O caráter descentralizado do SUS, conformado pelo processo de municipalização, deve ser concebido, no caso das populações indígenas, de acordo com os preceitos constitucionais relativos aos direitos indígenas, que definem a responsabilidade indelegável da União na sua assistência”⁶⁸ (p. 1-3).

A aparente contradição que se expressa na definição do modelo de atenção à saúde indígena – pautado por uma abordagem **diferenciada** e **global** – marca a necessária especificidade da atenção à saúde dessas populações, ou seja, ao mesmo tempo em que deveria obedecer a diretrizes gerais e universais para o todo o país, definidas e viabilizadas pelo nível federal, centralmente, deveria também respeitar a realidade cívica – cultural, étnica, social e sanitária – de cada população indígena em cada distrito particular. Nessa perspectiva, não é diferente da proposta teórica de organização descentralizada do SUS, inclusive incorporando o conceito ampliado de direito à saúde. A diferença está, entretanto, na defesa da gestão federal do subsistema,

em franca oposição à linha municipalista da descentralização do SUS, então reinante. Vale observar que essa dialética entre centralização/descentralização, desejada também na implementação do SUS, ganha aqui especial importância, uma vez que se trata de populações francamente carentes e historicamente relegadas a um status “secundário” em termos de cidadania.

A permanência dos conflitos interinstitucionais entre FNS e FUNAI levou, em 1994, a substituição do Decreto nº 23/1991 pelo Decreto Presidencial nº 1.141/1994, assinado pelo Presidente Itamar Franco (1992-1994), retornando a coordenação da saúde indígena para o Ministério da Justiça (FUNAI), contrariando as recomendações das Conferências Nacionais de Saúde Indígena e o próprio processo de construção da política de saúde indígena no âmbito do SUS. Nesse mesmo Decreto foi criada uma Comissão Intersetorial (CIS), formada por representantes de diversos Ministérios, entre eles os da Saúde e da Justiça, ficando a coordenação da CIS sob responsabilidade da FUNAI^j.

O Presidente da CIS, através da Resolução nº 2, aprovou o “Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio”, tendo “*como orientação básica a compreensão de que o processo saúde-doença dos povos indígenas é o resultado de determinantes sócio-econômicos e étnicos-culturais que vão desde a integridade territorial e a preservação do meio ambiente até a preservação dos sistemas médicos tradicionais*”. (D.O., Nº 209, Seção I, 4/11/1994). Para viabilizar a implantação desse modelo, foi criado o Programa Integral de Assistência Indígena (PIASI), que assegurava a organização do controle social por meio da criação dos Conselhos Locais de Saúde Indígena, avançando, com isto, na direção da organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, mesmo sem mencioná-los^{1,8}.

O PIASI definiu as atribuições dos órgãos responsáveis pela Política de Saúde Indígena:

“(...) ao Ministério da Justiça, através da Fundação Nacional do Índio, cabe realizar a assistência à saúde em áreas indígenas e em Casas do Índio, assim como articular o atendimento em outros níveis. Ao Ministério da Saúde, através da Fundação Nacional de Saúde, cabe executar ações de prevenção em saúde, controle de endemias, vigilância epidemiológica, saneamento básico, capacitação de recursos humanos e imunização, além de outros programas do Ministério da Saúde como os de controle do DST/AIDS, da tuberculose, do cólera e outros em forma diferenciada” (D.O., Nº 209, Seção I, 04/11/1994).

^j D.O.; Seção I, nº 95, 20/05/1994

Entretanto, após dois anos de criação dos Conselhos Locais de Saúde Indígena pelo PIASI, haviam sido efetivamente implementados apenas nos Estados do Mato Grosso, Roraima e Amazonas⁸.

Paralelamente ao processo de reorganização da Política Nacional de Saúde Indígena, ainda em 1994, o Movimento Sanitário Indigenista, tendo como alguns de seus representantes a antropóloga Ana Costa, então funcionária da FUNAI, e Dr. Ulisses Confalonieri (NESPI-ENSP/FIOCRUZ), presidente da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, encaminhou ao Deputado Federal pelo Rio de Janeiro, do Partido Popular Social (PPS), Sérgio Arouca, o documento final da II CNSPI, solicitando a elaboração de um projeto de lei para criação do Subsistema Diferenciado de Saúde Indígena^{8 k}. Assim, o Projeto de Lei nº 4.681/1994 que dispõe sobre as condições e funcionamento de serviços de saúde para as populações indígenas, foi encaminhado, nesse mesmo ano, às Comissões de Defesa do Consumidor, Meio ambiente e Minorias, de Seguridade Social e Família, de Finanças e Tributação e de Constituição e Justiça e de Redação, visando sanar a omissão das questões referentes à saúde das populações indígenas na Lei Orgânica da Saúde^l.

Apesar da Lei Orgânica da Saúde não ter contemplado a saúde das populações Indígenas, a Norma Operacional Básica (NOB), publicada em 1996, como mecanismo de regulação de descentralização do SUS, de reorientação do modelo de atenção à saúde, tornou-se instrumento de referência para a gestão da saúde indígena, ao definir o papel do gestor federal na promoção da atenção à saúde das populações indígenas, devendo, para tal, realizar as articulações intra e intersetorial necessárias⁶⁹.

Ainda nesse mesmo ano, 1996, foi realizada a 10ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília. A Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), com base nas discussões anteriores sobre o modelo de atenção à essas populações, conseguiu inserir nessa Conferência uma mesa redonda sobre o tema e, apesar da pequena participação dos movimentos indígena e indigenista, com delegados eleitos em Conferências Estaduais de Saúde, foi possível aprovar na plenária final, a Política de Atenção Integral à Saúde dos Povos Indígenas e a indicação para a realização da III Conferência Nacional de Saúde para as Populações Indígenas⁸, que, entretanto, só veio a ser realizada em 2003.

^k Cibeli Barreto Lins Verani, entrevista em 20/03/03.

^l Projeto de Lei nº 4.681/1994, Câmara dos Deputados, 29/06/1994.

No relatório final da 10ª. CNS foi recomendado que:

“(...) os gestores do SUS devem definir e implantar, com o acompanhamento e deliberação dos Conselhos de Saúde, uma Política de Atenção Integral à Saúde dos Povos Indígenas, que atenda todas as comunidades indígenas do Brasil, que considere e respeite suas especificidades culturais e variedade de costumes e que inclua trabalhadores com formação específica”, (...) o Ministério da Saúde deve regulamentar e implantar os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, de acordo com o modelo apresentado na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (...) os Conselhos Estaduais de Saúde e os Conselhos Municipais, onde existirem áreas indígenas, devem criar Comissões Especiais para o acompanhamento das ações de saúde dos povos indígenas”⁷⁰.

No ano seguinte, 1997, o Projeto de Lei nº 4.681/1994 foi encaminhado ao Senado Federal, como Projeto de Lei da Câmara nº 63/1997 e distribuído à Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, tendo como relator o Senador Roberto Freire do PPS. Em 1998, foi dado parecer favorável ao Projeto, que foi encaminhado por essa Comissão à apreciação da Comissão de Assuntos Sociais, sob a relatoria do Senador Tião Viana do PT (Câmara dos Deputados, 1997). No segundo semestre de 1999, o Parecer nº 582/1999, relativo à redação final desse Projeto, foi apresentado pela Comissão Diretora presidida pelo Senador Antonio Carlos Magalhães do Partido da Frente Liberal (PFL), incluindo anexo que propunha acrescentar capítulo relativo ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena à Lei nº 8.080^m.

O Projeto de Lei nº63/1997 foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), constituindo-se na Lei nº 9.836/1999, conhecida como Lei Arouca, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tendo como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas^{1 n}.

Durante o período de tramitação do Projeto que deu origem à Lei Arouca, o conflito permaneceu e, em 1998, a Procuradoria Geral da República considerou inconstitucional a coordenação da saúde indígena pelo Ministério da Justiça / FUNAI. Apesar da FNS ainda não estar oficialmente definida como órgão gestor da saúde indígena, os recursos materiais e humanos da FUNAI destinados para esse fim, foram

^m D.O. do Senado Federal, 09/1999.

ⁿ D.O., nº 184, Seção 1, 24/09/99.

transferidos para a Fundação Nacional de Saúde^o, que em 1999 adotou a sigla FUNASA.

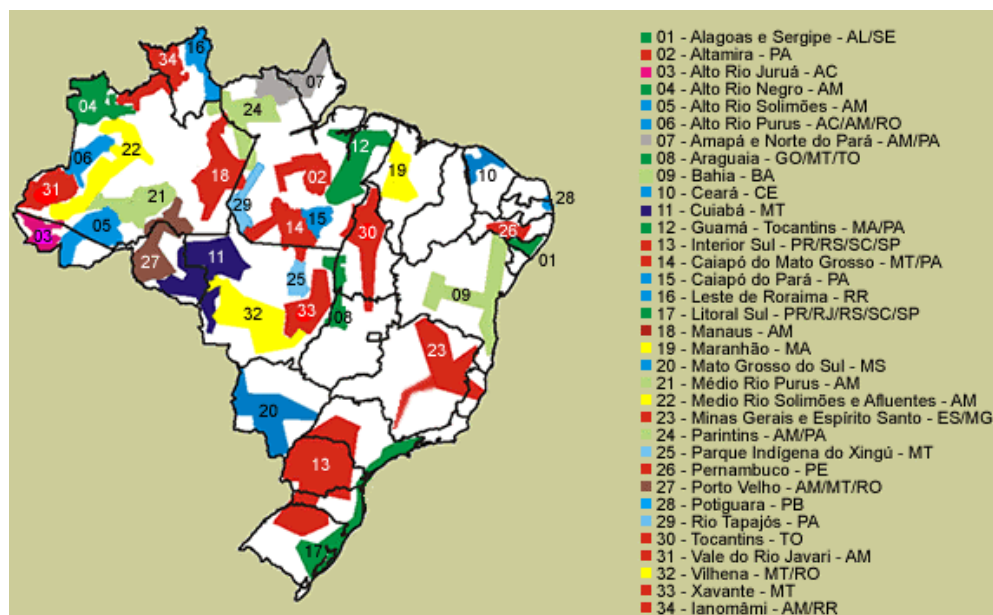
Somente após a assinatura do Decreto Presidencial nº 3.156/1999, a Saúde Indígena foi, finalmente, transferida para a FUNASA. Para viabilizar essa gestão, foi atribuída à instituição a responsabilidade pela execução da atenção à saúde indígena em estreita articulação com a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), em parceria com estados e municípios, buscando garantir acesso das comunidades indígenas ao SUS; e foram definidos incentivos de atenção básica, hospitalar e de apoio diagnóstico para essas populações (Portaria nº 1163/1999)^p. A partir desse momento, paulatinamente, foram criados os Distritos Sanitários, que totalizam hoje 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas articulados à rede local de saúde em quase todo o território nacional, exceto nos estados do Piauí e do Rio Grande do Norte. Foi estabelecida a forma de organização do controle social nesses Distritos (Portaria nº 852/1999); e oficializadas as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (Portaria nº 48/1999). O Decreto e essas portarias, juntamente com a Lei Arouca, levaram à atual configuração da Política Nacional de Saúde Indígena ¹.

No processo de organização do novo Modelo de Atenção à Saúde Indígena, a assistência em nível local passou a ser viabilizada pela elaboração de convênios entre a FUNASA e os municípios, organizações não-governamentais (ONGs) indígenas e não indígenas e universidades. Apesar das mudanças implementadas com base nas discussões ocorridas nas conferências de saúde indígena, a Secretaria Técnica de Saúde Indígena, mais uma vez, não foi criada e, em seu lugar, surgiu o Departamento de Saúde Indígena (DESAI), substituindo a Coordenação de Saúde Indígena (COSAI). O DESAI passou a desempenhar a função de normatização e coordenação em nível nacional das ações de saúde nos distritos ¹ (Figura 1).

^o Medida Provisória Nº 1.911-8/1999.

^p D.O., nº177, Seção I, 15/09/03.

FIGURA 1 - Mapa do Brasil com os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas.



Fonte: http://www.funasa.gov.br/sitefunasa/ind/ind_mapa.htm

3.2. Diretrizes para organização do Subsistema de Saúde Indígena

O conceito de Distrito Sanitário Especial Indígena foi definido como um espaço étnico-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que não guarda relação direta com os limites dos estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas. Visa promover a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolver atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência com controle social. Os DSEI devem prestar atenção básica à população indígena aldeada, mediante atuação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), nos moldes do Programa da Saúde da Família (PSF), compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde (AIS), podendo contar com a participação de outros especialistas e técnicos considerados necessários¹.

Esses serviços devem ser integrados e articulados à rede do SUS, de forma hierarquizada. A atenção à saúde, no primeiro nível, inicia-se nos postos de saúde da aldeia. No segundo nível de atenção, estão os pólos-base localizados nas comunidades indígenas ou num município de referência, sendo que, neste último caso correspondem, em geral, a uma unidade básica de saúde já existente na rede de serviços daquele município. Cada pólo-base engloba um conjunto de aldeias e sua EMSI, além de prestar assistência à saúde, realiza a capacitação dos AIS. No terceiro nível de atenção estão os hospitais e unidades especializadas (públicos ou privados) que, por meio de convênios

ou contratação de serviços, prestam assistência às populações indígenas. Os hospitais conveniados recebem um incentivo financeiro para esse fim, pago pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) ¹.

Além das unidades de referência do SUS, também fazem parte do Subsistema de Saúde Indígena (SASI) as Casas de Saúde do Índio (CASAI), localizadas em municípios de referência, em geral nas capitais dos estados, para receber e abrigar pacientes indígenas e seus acompanhantes, durante o período de tratamento fora da aldeia, devendo ainda, prestar assistência de enfermagem, marcar consultas e exames complementares, referenciar pacientes para internação hospitalar e realizar o acompanhamento dos pacientes durante a internação e no seu retorno às comunidades de origem ¹ (p.14) (Figura 2).

FIGURA 2 - Estrutura Organizacional do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).



Fonte: <http://www.funasa.gov.br/sitefunasa/ind/fluxo.htm>

O financiamento desses distritos é majoritariamente público, composto por recursos orçamentários do MS/FUNASA e, complementarmente, pelos dos estados e municípios que têm populações indígenas, mas recebe também contribuições de organizações de cooperação mútua internacional e da iniciativa privada. A distribuição desses recursos é feita segundo critérios populacionais, perfil epidemiológico e características geográficas. ¹.

O Projeto de Vigilância do Sistema Único de Saúde (VIGISUS), financiado pelo Banco Mundial, tem como meta apoiar a consolidação dos setores de Vigilância Epidemiológica nas esferas nacional, estaduais e municipais dentro do SUS. Devido à articulação do Movimento Sanitário Indigenista, esse projeto passou a contemplar a

saúde indígena, constituindo-se, hoje, em um importante agente financiador da implementação do Subsistema de Saúde Indígena¹.

As ações de atenção à saúde das populações indígenas podem ser executadas de forma direta, pelos municípios, ou indireta, por organizações não-governamentais, de acordo com a realidade da região onde estão inseridas às áreas indígenas¹. Grande parte dos convênios para a implementação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas foi realizada com organizações não-governamentais, o que paulatinamente pode levar à terceirização da saúde indígena^{46,49}.

O controle social no Subsistema de Saúde Indígena, em nível nacional, é viabilizado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena que tem função consultiva. No nível local, esse controle é exercido pelos Conselhos Distritais e Locais de Saúde Indígena (Portaria 852/1999). Os Conselhos Distritais, de caráter deliberativo, têm composição paritária de usuários, prestadores de serviço e trabalhadores de saúde; possuem como atribuições aprovar o plano distrital, avaliar a execução das ações e apreciar a prestação de contas dos órgãos executores. Os Conselhos Locais, de caráter consultivo, são compostos apenas por representantes indígenas nos Pólos-base, tendo como atribuições avaliar as ações e serviços de saúde, indicar conselheiros para o Conselho Distrital de Saúde Indígena e para os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, e articular com os gestores locais, possibilitando a assistência à saúde¹.

CAPÍTULO II – O POVO GUARANI E SUA COSMOLOGIA

1. Caracterização e migrações do Povo Guarani

Os Guarani pertencem ao tronco lingüístico Tupi e se caracterizam por uma grande mobilidade espacial. O Tupi- *Guarani* “*como língua e como cultura é um ramo do tronco Tupi mais antigo, a partir do qual toma características próprias e diferenciadoras, provavelmente a partir do primeiro milênio antes de Cristo, uns 2500 a 3.000 anos atrás*” (Meliá, 1989, *apud* Litaiff²; p.249) A denominação Guarani que quer dizer guerreiros, segundo Schaden, foi dada pelos padres jesuítas a um determinado número de tribos da região platina (Schaden, 1989, *apud* Litaiff²; p.22).

Antes do processo de colonização por parte dos europeus, a grande família Guarani-Tupi, como era conhecida, “*ocupava uma vasta região que, de maneira descontínua descia pelas costas do Oceano Atlântico desde a desembocadura do Amazonas até os contrafortes andinos, especialmente em volta dos rios. A família Guarani- Tupi habitava, pois, grande parte dos atuais territórios do Brasil, Paraguai, Argentina, Uruguai, Guiana, Bolívia, Peru e Equador. O núcleo guarani propriamente dito se centrava entre os rios Paraná e Paraguai com certas prolongações; pode-se dizer que os Guarani habitavam a atual região oriental do Paraguai, o estado de Mato Grosso e parte da Costa Atlântica, no Brasil, e a província de Misiones na Argentina, com algumas fixações em território boliviano pelo noroeste e Uruguai pelo Sudeste*” (Seguier, 1980, *apud* Rondinelli³).

A partir da segunda metade do séc. XVIII, os Guarani foram se deslocando para outras regiões brasileiras. O território Guarani é descontínuo e carece de garantias, uma vez que várias áreas ocupadas por eles não são consideradas reservas indígenas³.

Há registros da história do povo Guarani desde o século XVI, deixados pelos Jesuítas e, contemporaneamente, pelos estudos lingüísticos, etnohistóricos e antropológicos. No final do ano 1500, com a chegada dos jesuítas na região platina, os guarani passaram a viver nas missões ou reduções, sendo catequizados pelos missionários que lhes impunham uma rígida disciplina. Com o início do ciclo do bandeirantismo paulista, estes “Guarani das Missões” foram levados, na sua grande maioria, para a Capitania de São Vicente, no Estado de São Paulo, para o trabalho escravo³.

Após o Tratado de Madri, acordado entre Portugal e Espanha, em 1750, que redefinia os limites das possessões de ambos países e a expulsão dos jesuítas em 1769

pelos portugueses, a situação dos “Guarani das Missões” tornou-se muito mais difícil, levando a uma rebelião e conseqüentemente, a uma guerra que durou três anos, denominada de “Guerra Guaranítica”, na qual os índios acabaram sendo vencidos e dominados à força “*A partir desses eventos os Guarani tiveram duas opções: ou se submetiam aos ditames dos colonizadores, convertendo-se em mão de obra, ou fugiam para outras regiões*” (Demarquet, 1982 *apud* Rondinelli³).

Mesmo tendo sido subjugados, perseguidos e escravizados pelos colonizadores que, de maneira significativa terminaram por interferir no seu modo peculiar de organização comunitária, os guarani conseguiram resistir ao longo dos séculos conservando os traços marcantes de sua cultura: sua língua, religião, a norma de vida, comportamento e costumes. Enfim, seu modo de ser foi preservado⁷¹.

Os Guarani formam um grupo étnico diferenciado internamente e o seu deslocamento para o litoral bem como para os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo reconstituem historicamente sua migração ao longo destes últimos 170 anos. Constata-se que os primeiros grupos a se deslocar para o litoral vieram do sul do estado de Mato Grosso, num período em que no estado de São Paulo havia os remanescentes Tupi. Os relatos mais antigos remetem essa mudança a 1830, onde foram encontrados Guarani perto da localidade de Iguape, em São Paulo. Há indícios também de que os grupos que se deslocaram para a costa leste, no início do século XX, sejam descendentes dos Guarani que foram aldeados nas missões dos jesuítas desativadas no século XVIII³.

“A busca da ‘terra sem mal’ e de uma ‘terra nova’ estrutura marcadamente seu pensamento e suas vivências; a ‘terra sem mal’ é a síntese histórica e prática de uma economia vivida profeticamente e de uma profecia realista, com os pés no chão. Animicamente, o Guarani é um povo em êxodo, embora não desenraizado, pois a terra que procura é a que lhe servirá de base ecológica, amanhã como em tempos passados. Durante os últimos 1500 anos – período em que as tribos Guarani podem se considerar formadas com suas características próprias – os Guarani se mostraram fiéis à sua ecologia tradicional, não por inércia, mas pelo trabalho ativo que supõe a recriação e a busca das condições ambientais mais adequadas para o desenvolvimento de seu modo de ser. A tradição, nesse caso, é a profecia viva. A busca da ‘terra sem mal’, como estrutura do modo de pensar do Guarani, dá forma ao dinamismo econômico e à vivência religiosa, que lhe são tão próprios” (Meliá, 1989, *apud* Rondinelli³; p.293).

O movimento migratório guarani sempre no sentido do Oeste para o Leste atende à profecia do fim do mundo⁹. Segundo a tradição, os Guarani são conduzidos

⁹ O fato dos Guarani migrarem sempre para o leste baseia-se na convicção de que a destruição do mundo se dará pelo oeste⁷² (p. 9).

pelos Karáí na busca da Terra Sem Mal localizada a leste, além do mar (Oceano Atlântico): “*Nesse lugar, as plantas nascem por si próprias, corre o mel em abundância e todos os que a alcançam usufruem a felicidade*” (Metraux, 1997, *apud* Rondinelli³; p.177).

Segundo Lilia Valle, os Guaraní “*acreditam que a terra foi feita por ‘Deus’ para todos os vivos, e que as terras do litoral leste foram habitadas por seus antepassados. Encontram sinais dessa ocupação tanto na toponímia regional como nas ruínas de antigas igrejas de jesuítas, ‘semelhantes’ às que existem na região do alto Uruguai. Os jesuítas foram incorporados como um antepassado mítico pelos Guaraní. É preciso notar que a identidade étnica desses Guaraní foi forjada num período concebido por nós como histórico (os últimos dois, três séculos), mas que não é vivido por eles enquanto tal*” (Ladeira, 1993, *apud* Rondinelli³; p. 48-49).

A partir da década de 50, Egon Schaden³ baseado nas especificidades culturais e lingüísticas dos Guaraní, propôs a classificação em 3 subgrupos, de acordo com as diferenças de costumes e de práticas rituais, que são: Nhandeva, Mbyá e Kaiowá.

Os Nhandeva localizam-se no Mato Grosso do Sul em grupos dispersos no litoral paulista (aldeias do Rio Silveira, Itarirí e Bananal), no interior do estado de São Paulo no Posto Indígena de Araribá, no Paraná e no Paraguai. Nhandeva significa “Nós”, “Nossa gente” e é, muitas vezes, uma autodenominação usada por outro subgrupo, denominado Xiripá³.

Os Mbyá são encontrados no interior e litoral do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná; litoral de São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo, próximos à Mata Atlântica; leste do Paraguai, norte da Argentina e Uruguai. Pode-se, entretanto, encontrar alguns aldeamentos no Maranhão (reservas Guajajara), Tocantins (aldeia Karajá do Norte em Xambicá) e no Posto Indígena Xerente em Tocantínia ³. “*A escassez de notícias dos Mbyá em território brasileiro deve-se em grande parte às imprecisões daqueles que entraram em contato com os grupos guarani no século passado [século XIX], notadamente no estado do Paraná, englobando todos os grupos como ‘Guarani’ e sem especificar diferenças dialetais não diferenciavam os Mbyá dos outros subgrupos Guaraní*” (Ladeira e Aranha, 1987, *apud* Rondinelli³; p.16-17). Atualmente, a maior parte da população guarani do litoral é constituída pelos Guaraní Mbyá⁷¹.

Por fim, os Kaiowá estão concentrados no Mato Grosso do Sul e Paraguai. Há registros de uma família que morou durante alguns anos no litoral do Espírito Santo, na

Aldeia Boa Esperança. Diferente dos outros subgrupos, os Kaiowá não se autodenominam Guarani, optando por se apresentar apenas como Kaiowá³.

Para Ladeira⁷¹, dos três subgrupos guarani, os Mbyá são os mais arredios em relação ao contato com os não índios, recusando-se a falar o português e a se miscigenar, e pode-se observar “*as pequenas roças dos Mbyá em contraste com o artesanato bem desenvolvido e produzido em grande escala, os assentamentos em diversos pontos e (...) num movimento e trânsito inaceitável pelos Nhandeva*” (Ladeira, 1992, *apud* verani⁷²; p.9). De acordo com um mito paraguaio, a origem dos Mbyá se deu no centro da terra na localidade de Caaguazú, no meio da floresta. Neste local houve a união do deus Nhande Jaryi com uma bela jovem. Desta união nasceu o pai do povo GuaraniMbyá, Pai Reté Kuaray (Cadogan, 1960, *apud* Ltaiff²; p.32). Para os Mbyá foi por intermédio desta divindade que receberam os conhecimentos sobre a medicina tradicional guarani, bem como as leis e normas que são transmitidas de geração em geração regendo toda a organização social interna e sua conduta moral (Cadogan, 1949, *apud* Litaiff²; p.92).

Os Guarani Mbyá se identificam como um grupo diferenciado que mantém uma unidade cultural e lingüística, mesmo vivendo em áreas dispersas geograficamente pela América do Sul. Os estudos recentes sobre os Mbyá, embora passíveis de discussão, enfatizam que este subgrupo é descendente daqueles Guarani que não se sujeitaram aos encomenderos espanhóis e nem aos jesuítas, fugindo para as matas subtropicais da área do Guaira paraguaio e dos Sete Povos³. Segundo Cadogan, a partir do século XIX surgem com o nome genérico de Caingúá ou Kayguá que vem de Ka'agüygua que significa “habitantes da mata”³. Já para Hélène Clastres, os três subgrupos descendem dos caingúá (Kayguá) que habitavam, por volta de 1800, as “nascentes do Rio Iguatemi, estendendo-se para o norte até a cordilheira de São José, perto das nascentes do Ypané” (Clastres, 1978, *apud* Rondinelli³; p.10)

O termo Mbyá pode ser traduzido como “muita gente num só lugar”³. Para Ladeira, Mbyá vem de “estrangeiro, estranho, aquele que vem de fora, de longe”³. Segundo, o Cacique José Fernandes, Mbyá quer dizer “gente diferente, que vem de longe, que é nova no lugar e, portanto, estranha”³.

Os Guarani Mbyá possuem a referência sobre si mesmos como seres especiais originados como os primogênitos de Nhanderu (Deus) reivindicando, assim, a condição de índios puros, não aceitando se misturar e, por isso, devem, enquanto almas oriundas

das regiões celestes devem através de suas caminhadas (guata), ir em busca constante de seus verdadeiros lugares.

“Além do motivo comum – a busca da terra sem mal (yvy maraey), da terra perfeita (yvyju mirĩ), o paraíso, aonde para se chegar é preciso atravessar a ‘grande água’, o modo como os grupos familiares traçam sua história através das caminhadas, recriando e recuperando sua tradição num ‘novo’ lugar, faz com que sejam portadores de uma experiência de vida e de sobrevivência também comuns. Devido às migrações e à mobilidade entre as aldeias, os Mbyá vivem em contínuo processo de reorganização social. E sob o determinador da busca de localização num espaço que facilite o acesso à terra perfeita, dão forma e estrutura à sua movimentação. Desse modo, e sob a observância severa das regras, esses índios conseguem, tão criativamente, torná-las maleáveis o suficiente para que, sem transgredi-las possam se reproduzir cumprindo seu projeto”. (Ladeira, 1989, apud Rondinelli³; p.56).

A maior parte das aldeias dos Guarani Mbyá do litoral estão localizados em serras com vistas para o mar, o que permite que vejam a chegada de estranhos sem serem vistos e estão mais perto do céu (ara ovy) e do local do nascer do sol (nhanderenondére), enfim mais próximos de seu destino, já que a travessia em direção à terra sem mal (yvy marey) é pelo mar dentro do apyka (espécie de barco) flutuando pelo ar. Para esses Guarani as serras onde moram são importantes pois lhes possibilitam antever a próxima e eventual inundação, embora haja a previsão da destruição do mundo pelo fogo³.

Como mencionado, os grandes deslocamentos, liderados por líderes espirituais, se deram em decorrência da crença no fim do mundo e pela busca do paraíso mítico dos Guarani, a Terra Sem Mal. Entretanto, outras migrações estão vinculadas à manutenção e sobrevivência da comunidade como desmembramento da aldeia em decorrência de acusações de feitiçaria, mortes inesperadas, casamentos⁷² (p.11) e fuga dos não-índios ocasionada por conflitos de terra, tendo estes últimos caracterizado o deslocamento dos Guarani do litoral³.

Quando há conflitos pela posse da terra e os Guarani perdem a terra, a tendência é a dispersão do grupo, o que os leva a procurar outras aldeias para morar ou se tornarem errantes, buscando trabalhos esporádicos. Os lugares considerados “seguros” são identificados pelo líder espiritual e, posteriormente, são comunicados aos outros grupos familiares^{2,3}. Atualmente, portanto, é comum vê-los se deslocando pelas rodovias do estado do Mato Grosso do Sul, sul e sudeste do país. Pode-se dizer que, hoje, os maiores problemas enfrentados pelos Guarani são a falta da terra e a saúde (acentuada desnutrição, principalmente infantil, alcoolismo, etc) sendo esta última

estritamente ligada à primeira. Para o Cacique Vera Mirĩ, *da Aldeia Sapukai de Bracuí, Angra dos Reis*, “*com uma boa terra pode plantar, caçar, pegar remédio no mato, ninguém fica doente*”² (p.33).

Dos subgrupos Guarani, os Mbyá são os que continuam sempre se deslocando em direção à Serra do Mar procurando cumprir seu ideal religioso, mesmo que os locais por eles ocupados sejam desfavoráveis à sua subsistência³. Nimuendajú, em seus relatórios desde o início do século XX constatou a persistência destes Guarani em caminhar pelo litoral. Os Tupi, desde então, já atribuíam à Serra do Mar a denominação de Paranapiacaba, que quer dizer “lugar de onde se vê o mar” (Nimuendajú, 1987, apud Rondinelli³; p.98-99). Assim, os Mbyá, dentro de sua perspectiva de atingir a terra perfeita (yvyju miri) sempre associam a Serra do Mar ao mar. É, portanto, um ‘dique do mar’(yvy paráy jokoá) que os protege do mar. “*O mar, no pensamento e cosmologia Guarani-Mbyá, ocupa um lugar ambíguo: ao mesmo tempo, obstáculo a transpor para se atingir o paraíso e ponto de chegada, pois é ali, nas suas proximidades, que o seu destino pode se realizar*”³ †.

Portanto, o mar, a Serra do Mar e a Mata Atlântica representam para os Mbyá o seu ideal religioso de vida como transição. “*As espécies vegetais, animais, a hidrografia, o relevo que compõem a Mata Atlântica fazem parte do universo material e espiritual Guarani. Quando eles partem em busca de seus verdadeiros lugares, a orientação divina para o assentamento das famílias se dá em consonância também, embora não de forma exclusiva, com recursos naturais existentes, e as condições para o sustento do grupo. Por isso as matas, cada vez mais raras vão se tornando mais significativas para os Mbyá*” (Ladeira, 1990, apud Rondinelli³; p.63). Do mar, para seu sustento, os guarani-Mbyá aproveitam muito pouco. Consomem apenas algumas espécies de peixes consideradas como criação de Nhanderu. “*... Os Guarani têm como base de subsistência, o mato. Portanto, estabelecer suas aldeias à beira do oceano, e nas próprias matas, se constitui num ideal concretizado...*” (Ladeira, 1990, apud Rondinelli³; p.65).

Na atualidade, dos estados que possuem população Guarani-Mbyá, o estado do Rio Grande do Sul apresenta uma particularidade que é intensa e constante a mobilidade espacial desses Guarani. Observa-se que os Mbyá, por exemplo, de algumas aldeias de

† Para o Cacique Vera Mirĩ, *da Aldeia Sapukai de Bracuí, Angra dos Reis*, o mar “*é uma coisa muito importante pra nós, porque sendo nós meio fraco, nós vão tomar banho lá, mas com respeito, a água salgada não é pra beber*”. Vera Mirĩ é cacique da Aldeia Sapukai, Bracuí, Angra dos Reis. Foi entrevistado em 1995, na Aldeia Sapukai.

São Paulo (Barragem, Ubatuba) e do litoral sul do estado do Rio de Janeiro (como o caso da Aldeia de Bracuí em Angra dos Reis) têm procurado fixar-se mais, organizando-se melhor enquanto grupo, para reivindicar junto ao órgão oficial indigenista (FUNAI) e outras instituições ou autoridades a regularização e segurança das áreas escolhidas como boas para viver, estabelecendo uma atitude de enfrentamento em relação àqueles que lhes querem tirar a terra, (Almeida, 1985, *apud* Rondinelli³; p.40).

2. A representação dos Guarani Mbyá

Para ser um Mbyá é preciso nascer e viver dentro de uma aldeia Mbyá; casar com pessoa pertencente à família guarani (endogamia); falar e ter a religião guarani; preservar as leis e regras sociais de sua cultura; participar diariamente dos rituais noturnos; não praticar violência contra parente e estranhos; ser enterrado no próprio cemitério da aldeia; preferencialmente alimentar-se dos alimentos do mato, evitando os industrializados; não ingerir bebida alcoólica; preservar a terra e seus recursos naturais e não explorá-la comercialmente².

O meio de sobrevivência deste povo está ligado à pequena lavoura de subsistência (mel do mato, palmito, banana, mandioca, milho, feijão e erva-mate), a caça e a exploração dos recursos da mata e, algumas vezes trabalham em sítios, construções, além de vender artesanatos que anteriormente eram utilizados exclusivamente como utensílios domésticos e agora, tornam-se a principal fonte de renda. Contudo, as vendas são irregulares, melhorando no verão com a vinda de turistas para o litoral. A aposentadoria rural e o auxílio maternidade têm, também, constituído alternativas para o aumento da renda familiar⁷² (p.13) ^s. Devido à escassez da caça, que tradicionalmente predominava na cultura Guarani Mbyá, a agricultura vem ocupando espaço cada vez maior junto a estas comunidades, assim como a criação de galinhas, patos, gansos e porcos⁷².

É interessante observar que a religiosidade Mbyá é um fator preponderante sobre a economia tradicional. A colheita de suas plantações, principalmente a do milho é seguida de danças e rezas⁷² (p.13). As sementes do milho cultivadas pelos Guarani são repassadas de geração para geração. Para eles, este alimento é considerado sagrado uma vez que foi uma doação de Nhanderu diretamente ao Povo Guarani. Associado à erva

^s A aposentadoria rural foi concedida aos índios, na década de 80, com a ajuda da FUNAI e o auxílio maternidade se deu a partir da década de 90, como para os não-índigenas.

mate, tabaco e a água misturada ao mel (hidromel), o milho é essencial durante o batismo das crianças.

Durante o “batismo do milho” por revelação divina, as crianças recebem seus nomes-almas, que serão as suas almas e irão determinar suas qualidades e funções sociais dentro da comunidade, que podem estar ligadas à agricultura, artesanato, liderança espiritual, etc^{72 t}. Como os nomes são revelados pelo líder espiritual (yvyráija), as crianças passam, daí em diante, a chamá-lo de “meu avô” ou “minha avó”⁷¹ (p.144). A palavra que as nomeia indica ainda a sua procedência celeste e a qual filho de Nhanderu estariam ligadas⁷². Assim, os casamentos, a formação e a conservação de uma aldeia são orientados a partir dos nomes-almas dos seus integrantes.

O espaço cosmológico Guarani se divide em cinco partes⁷². Uma delas constitui-se na morada de Nhanderu ete, as outras correspondem a seus filhos Kuaray ou Nhamandu (Sol no zênite), Jakairá (Primavera), Tupã (Chuva) e Karáí (Fogo) que dão origem aos nomes-almas. Em cada uma destas partes divinas há o correspondente feminino. Nhanderu dominando um destes espaços, que é o do sol nascente, “*cujo brilho e calor é a expressão de sua luz interior, presente em seu peito, intensa e difícil de ser vista pelos mortais*”⁷².

Segundo Leon Cadogan, os Guarani acreditam na dualidade da alma. Para os Guarani Mbyá, quando a criança nasce lhe são incorporadas duas almas: uma de origem divina e outra de origem telúrica⁷². A primeira seria responsável pelos sentimentos e atitudes nobres da pessoa e, como detentora da fala, teria a função de permitir a esta pessoa o dom da linguagem por meio da reza. Porahêi (reza, em guarani) é a palavra sagrada que liga o Guarani a Nhanderu. Após a morte, esta alma retorna a Nhanderu⁷². A “segunda alma” está ligada aos desejos mais instintivos, constituindo-se na porção terrena da pessoa. Após a morte, essa alma telúrica permanece vagando na terra até transformar-se em fantasma que ocasiona muitas doenças.

“Há várias espécies de males motivados pelo tipo de contato entre vivos e mortos: um simples esbarrão, sua visão, seu toque e seu abraço, que faria a pessoa viva sentir seu ‘frio’ intenso. A identificação entre frio e morte remete à dicotomia frio x quente na etiologia etnomédica Guarani, e opõe-se à relação estabelecida entre Sol (calor) e Nhanderu. Não obstante, um

^t “Dependendo de onde o nome-alma vem, que é descoberto pelo pajé no batismo do milho, a pessoa terá características próprias aos indivíduos que têm aquele nome: teriam qualidades de bons agricultores; caçadores; ou sendo mulheres, aquelas de quem se espera sejam responsáveis pela confecção das refeições coletivas; ou que teriam um papel social e religioso tão importante, que não deveriam deixar a aldeia para fazerem visitas etc”⁷² (p.14).

‘vento quente’ também pode ascender da terra e causar doenças. Entretanto, longe de ser um espírito mau, é considerado muito infeliz”⁷².

Cadogan aponta Mbaé Pochy (Mbaé = mal; Pochy = raiva, cólera) como responsável pelas doenças espirituais, doenças consideradas mais severas (Cadogan, 1949, *apud* Verani⁷²; p.21). Na concepção guarani, a pessoa é boa ou má por natureza, não havendo livre arbítrio, onde as *“qualidades inatas obrigam o indivíduo a agir de determinada forma ou recompensa”* (Schaden, 1974, *apud* Verani⁷²; p.104).

Na visão Guarani, quando um adulto morre, ele nunca renasce, mas, quando uma criança morre, ela pode reencarnar através da mesma mãe, logo após a sua morte ou mais tarde, por meio de sonhos ou danças religiosas, sem necessidade de haver relações sexuais para ser concebida⁷².

Para os Guarani Mbyá não há uma relação direta entre concepção e relações sexuais. A concepção ocorre por intermédio de revelações em sonhos, recebidas pelo pai, que comunica à mãe e esta engravida. Durante a gravidez⁷¹ (p.97), os pais da criança devem tomar alguns cuidados, tanto antes, como após seu nascimento. Por exemplo, durante a gestação a mãe *“deve atender à vontade do filho na escolha da alimentação”*, não devendo executar atividades que exijam muito esforço. Os pais não devem ter relações sexuais extra conjugais, pois estas relações com outros parceiros podem provocar o nascimento de gêmeos, prejudicando a alma da criança que está para nascer. Os Guarani acreditam que, caso haja relação sexual com outros parceiros, estes influenciam na formação da criança e, para garantir a sua integridade física e espiritual, ela deve ter apenas um pai e uma mãe.

Enquanto o espaço sagrado (Terra Sem Males) é representado por Nhanderu associado ao Sol, calor e luz, o espaço terrestre é representado pela preponderância de seres sobrenaturais que dominam as pedras, árvores, caminhos das matas etc. Neste espaço há também um ser responsável pela criação de várias coisas, que é Anhã, traduzido equivocadamente como diabo. Assim, para os Guarani, tudo aquilo que não foi criado por Nhanderu ou por seus filhos gêmeos Kuaray (Sol) e Jaxy (lua) torná-se imperfeito. Por isso, alguns alimentos como certos peixes coloridos e animais da mata atlântica, considerados criação de Anhã, são proibidos para o consumo⁷².

Em geral, o movimento de ocupação das aldeias guarani se dá dentro de um contexto político, onde há, apenas, um líder religioso agregando uma família extensa³. Um líder religioso e uma Kunhã Karáí (que expressa *“a grande mãe”*) juntos representam a possibilidade de conduzir o grupo até a terra perfeita⁷¹ (p.85). Cabe a esse

líder religioso, também, entre outras, a função de verificar, dentro da Aldeia, as crianças do sexo masculino que estarão aptas a serem os futuros guias em busca de lugares que atendam as necessidades do modo de ser Guarani (denominado Teko), como locais próximos a curso d'água; com mata, taquara, barro e palmito (Ebling, 1981, *apud* Rondinelli³; p.11).

Quando os Guarani ocupam um local, formam ali a sua aldeia e começam a contar a história de sua criação, enquanto espaço social³ e projeto de reconstrução coletiva do mundo original Mbya⁷¹, transformando esse local em lugar ideal criado por Nhanderu, de onde será possível chegar `a Terra Sem Mal.

O Tekoa (aldeia) “*com toda a sua materialidade terrena é sobretudo uma interação de espaços culturais, econômicos, sociais, religiosos e políticos*” constituindo-se num local onde se torna possível concretizar o Teko⁷¹ (p.86).

As aldeias Guarani, diferentes das de outras etnias, caracterizam-se por uma aparente desordem espacial com um aglomerado de casas (Oo) distribuídas de forma aleatória, sem ter um eixo que as ordene⁷² (p.10). As casas são pequenas e construídas com troncos ou bambus, fincados no chão e amarrados com cipó guaembé a uma travessa horizontal. O teto é feito com travessas de bambu ou madeira envoltos em folhas de palmeira (pindó) ou guaricanga. As casas possuem duas portas, uma em cada extremidade, mas sem janelas, e dentro delas, a cama (tupá) é feita de troncos de palmeira (pindó). Na maioria destas construções há uma divisória que separa a área social da casa (área maior) da restrita aos moradores² (p.42). As aldeias possuem um local estratégico como centro simbólico, religioso, político e social que é a Casa de Reza (Opy). Construída toda envolta em barro, para evitar a entrada da luz, não possui janelas e a única porta (da frente) é voltada para o nascente. Dentro da Opy existe um “altar” com instrumentos rítmicos e de corda, situado em posição relacionada com o poente. É dentro dela que o ritual da reza (porahêi) acontece todas as noites, propiciando o fortalecimento da identidade étnica e coesão social interna da Aldeia⁷². Segundo Mota, o ritual da reza representa a sobreposição do coletivo sobre o individual, o que constitui a essência mística do povo guarani. É durante a reza que o pajé realiza a cura das doenças, utilizando-se de plantas e remédios caseiros conforme o caso. Pode-se observar que há sinais de conflitos internos numa aldeia, quando seus membros se recusam a participar desses rituais coletivos⁷².

Nas aldeias Guarani há o convívio bastante estreito da família extensa que é composta por filhos, genros, netos e parentes de um homem em posição de pai ou sogro.

Entretanto, há uma autonomia das famílias nucleares que moram em casas cuja distância entre elas depende do grau de parentesco da família conjugal e seus afins. Isto também está relacionado com a autonomia econômica decorrente, atualmente, da confecção e comercialização dos artesanatos ^u.

Assim, a organização social tradicional guarani é preservada pelos Joapyguá (unidade socioeconômica básica com autonomia política e geralmente com território próprio) formados por “pequenos núcleos de casas, estruturados a partir da família extensa. A composição da residência consiste na família extensa, cujo esquema caracteriza-se pelo ‘serviço da noiva’. O genro deve ‘pagar’ por um determinado tempo, ao pai da noiva, os serviços sexuais e culinários prestados por esta; enquanto isso, o genro mora na casa do sogro até o nascimento do primeiro filho, quando então estará livre para decidir seu destino residencial, podendo permanecer próximo ao sogro ou retornar à sua aldeia de origem. No caso dos chefes, tal ‘serviço’ estaria de certo modo compensado pelo seu próprio prestígio” ⁷² (p.11-12).

Em determinadas circunstâncias, por períodos longos ou não, a aldeia (Tekoa) pode sofrer um esvaziamento ocasionado pelo deslocamento de alguns grupos familiares para outras aldeias. Entretanto, é raro os Mbyá deixarem um local antes que se tenha cumprido o período previsto por Nhanderu para a construção ou recuperação do Tekoa. Este período coincide com o plantio do milho tradicional guarani e sua colheita, que é comemorado, com o “batismo do milho” ⁷¹ (p.84).

Para os Guarani, as aldeias, os caminhos, os núcleos urbanos próximos ou que fazem parte da Mata Atlântica são extensões do seu território original deixado a eles pelo Nhanderu ete onde vivem e se relacionam de maneira tradicional, de acordo com seus princípios religiosos. Assim, mesmo que seu território tradicional tenha diminuído substancialmente, os Guarani continuam identificando lugares para serem ocupados tomando por base os limites geográficos pré-estabelecidos por seus antepassados míticos, desde a colonização. Isto tem suscitado por parte da sociedade não indígena questionamentos em relação à questão da legalidade da ocupação guarani nesses territórios³.

^u “*Outrora os Nhandeva e os Mbyá viveram em moradias mais amplas que abrigavam a família extensa, contudo é importante atentar ao fato de que a adoção de um tipo pequeno de moradia obedece às necessidades impostas por uma nova relação econômica, que atende a um processo de individualização em atividades extrativas e produtivas regionais, no qual a família nuclear torna-se a unidade fundamental de produção e consumo*” ⁷².

Devido à crença de que os índios da costa Atlântica brasileira teriam sido dizimados, integrados à população não indígena ou fugido para o interior em consequência do processo de colonização, é comum, na atualidade, os não índios acreditarem que as aldeias Guarani do litoral não correspondam ao território histórico Guarani, e que a direção e sentido de suas migrações são meras coincidências sem relação com o passado³.

Se por um lado, o Guarani é considerado nacionalmente como o símbolo do índio brasileiro retratado na literatura (O Guarani, de José de Alencar), bem como em ópera (O Guarani, de Carlos Gomes), por outro lado é visto, ainda, pela sociedade em geral, como índio civilizado, que usa roupas, fala português, bebe, anda sujo e, acima de tudo, é preguiçoso, portanto, sem qualquer direito de reivindicação⁷³.

Segundo Litaiff², pelo fato da nudez ser considerada atraso cultural, as vestimentas para os Guarani lhes dão segurança e maior capacidade de auto-afirmarem-se diante dos “civilizados” e, com isto, podem, vestidos, “agradar” o não índio, conservando, assim, seus valores culturais (Egon Schaden, 1974, *apud* Verani⁷²; p. 31). Contudo, a utilização dessas roupas se faz de acordo com seus conceitos adequados ao seu habitat natural, onde a terra, a poeira e a fumaça integradas não representam para eles sujeira, daí o aspecto anti-higiênico segundo os parâmetros da sociedade não indígena.

Por sua vez, os Mbyá definem os homens brancos em geral como juruá, que quer dizer “boca com cabelo”, fazendo uma alusão à barba e ao bigode dos colonizadores portugueses e espanhóis³. No universo Guarani, o termo Juruá passou a representar, ao longo dos anos, ameaça, perigo e invasão⁷¹ (p.25). Embora seja comum, atualmente usar o termo para designar os não índios, segundo o Cacique Vera Miri, “*o negro não é juruá, ele é como parente, que sofreu que nem nós, e até mais do que nós índio. Naquela época, como o índio já morava, aqui, no Brasil, nós conhecia o Brasil e fugiu para dentro das matas, mas o negro não, ele veio trazido lá da África e não conhecia nada, aí ele não conseguiu fugir do juruá e virou escravo*”^v.

Por questões religiosas e éticas, os Guarani não brigam pela posse da terra e a questão da demarcação não faz parte de seu modo de viver. Entretanto, nos dias atuais, torna-se fundamental a demarcação das terras guarani ao longo do litoral, tendo em vista as constantes invasões e especulações imobiliárias que ocorrem há várias décadas³.

^v Vera Miri, Entrevista realizada em 1995, na própria Aldeia Sapukai, Angra dos Reis, Rio de Janeiro.

3. A população indígena Guarani no estado do Rio de Janeiro

No século XVI, o estado do Rio de Janeiro era povoado por nações indígenas que falavam mais de 20 línguas diferentes. Dentre as etnias, os Tupinambá localizavam-se ao longo de todo o litoral; os Goitacá no norte fluminense; os Guarulho ocupavam a Serra dos Órgãos; os Puri, Coroado e Coropó viviam espalhados pela Serra do Mar e Vale do Rio Paraíba e afluentes; os Goianá eram encontrados na Ilha Grande em Angra dos Reis e Parati. Caracterizavam-se por serem alegres, pelo gosto pela música e danças, pela confecção de cerâmicas e demais artesanatos, bem como pelos conhecimentos sobre astronomia, ecologia, medicina, farmácia e agricultura⁷⁴.

A partir do século XX, entre a década de 30 e final da década de 40⁷⁴, a população indígena, novamente, começou a ocupar o litoral sul do estado do Rio de Janeiro, na área cortada pelo rio Parati-Mirim, no alto da Serra da Bocaina^w. Entretanto, há relatos da migração dos Guarani para o litoral fluminense desde o século XIX⁷⁵ (p.3). Com a abertura da Rodovia Rio Santos (BR 101), esta população, proveniente do vale do rio Paraná foi “descoberta” pela sociedade não indígena, na década de 70³.

Atualmente, os Guarani, considerados Mbyá, que vive no litoral sul fluminense são estimados em 555 pessoas, distribuídos nos Municípios de Angra dos Reis (311 pessoas) e de Parati (244 pessoas)⁴. Em Angra dos Reis encontra-se apenas uma Aldeia, a de Sapukai, enquanto em Parati há duas Aldeias. Uma na localidade de Parati-Mirim (Aldeia de Itatiim, com 173 pessoas)^x e outra em Patrimônio (Aldeia Araponga, com 43 pessoas)^y, além de um grupo familiar (29 pessoas) que reside em um sítio denominado Rio Pequeno. Este sítio foi uma doação particular a este grupo de Guarani, que não mora nas Aldeias⁴.

^w Cacique Vera Miri, *entrevista em 1995*.

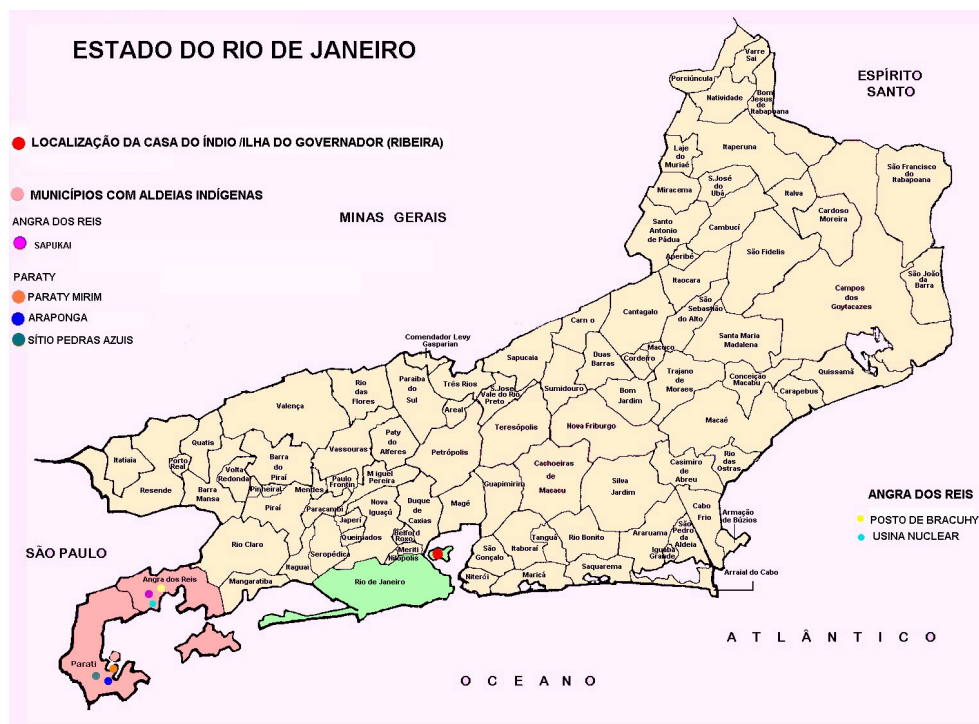
^x A Aldeia de Itatiim (Pedra Branca) com uma área de 79ha e 200m acima do nível do mar localiza-se no Distrito de Parati-Mirim, município de Parati, ficando a 4,5 Km da BR 101 e 20 Km do centro da cidade. Com a desapropriação da área que englobava as fazendas Paratimirim e Independência, pelo governo estadual, com o objetivo de realizar a reforma agrária, os Guarani conseguiram permanecer em sua reserva. Esta comunidade possui um documento datado de 1964, que lhes assegura a posse da sua terra, documento, este, assinado pelo padre Antônio Costa Carvalho responsável, na época pelo Plano de Aproveitamento de Terras Devolutas. A Aldeia é cortada por uma estrada de terra que dá acesso a uma praia bastante visitada por turistas expondo a privacidade da comunidade. A área da aldeia encontra-se numa região de Mata Atlântica bastante devastada⁷⁴ (p.15)

^y A Aldeia de Araponga com uma área de 223ha e a 600m acima do mar, tendo como referência os morros do Cuscuzeiro e a Forquilha localiza-se na região de Patrimônio, no município de Parati. Fica a 25 Km do centro da cidade e a 7 Km da BR 101. A Aldeia é cortada pelo rio Parati-Mirim e está inserida totalmente dentro do Parque Nacional da Bocaina, parque, este, criado em 1971 sob a administração do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e Recursos Renováveis (IBAMA). Dentro da reserva há árvores de grande porte (jacarandá, cedro, canela, oiti, peroba, louro e uma diversidade bastante rica de palmeiras), além de alguns animais ameaçados de extinção (muriqui, macucu, jacutinga, gavião-pega-macaco, veado-mateiro e catingueiro)⁷⁴ (p.15).

A Aldeia Sapukai (que significa ajuda, socorro, antiga Aldeia de Itatinga) com 2.128ha localiza-se no 4º Distrito Sanitário de Angra dos Reis, no alto do Bico da Arraia⁷⁴, Sertão do Bracuí, Serra da Bocaina. Fica a 6 Km da BR 101 (antigo Km 114), 22 Km da Usina Nuclear e 25 Km do centro da cidade de Angra dos Reis. A Aldeia é cortada pelo rio Itatinga e faz divisa com São Paulo através do Rio Parado. A reserva não é adequada ao plantio devido a baixa qualidade da terra, por ficar em uma altitude que varia de 300 a 1.300m dentro da região da Mata Atlântica, com um clima subtropical úmido².

Além dessas três aldeias, no município do Rio de Janeiro há a Casa de Saúde do Índio (CASAI) inaugurada em 22 de novembro de 1968⁷⁶, referência em nível nacional para pacientes indígenas que necessitam de tratamento especializado no Rio de Janeiro (Figura 3).

FIGURA 3 - Localização das aldeias Guarani no Estado do Rio de Janeiro.



Fonte: Coordenação Regional do Rio de Janeiro/FUNASA, 1999.

CAPÍTULO III - O DESENVOLVIMENTO DO MUNICÍPIO DE ANGRA DOS REIS, A POLÍTICA DE SAÚDE E A POPULAÇÃO INDÍGENA GUARANI

1. Angra dos Reis: um pouco de história

Angra dos Reis foi descoberta por André Gonçalves em 6 de janeiro de 1502, dois anos após o descobrimento do Brasil e é, portanto, um dos municípios mais antigos do país. Sendo bastante interessante por sua especificidade histórica, cultural, política e geográfica. Pelo local ser uma angra, uma enseada, e o dia ser de Reis Magos, ficou assim denominada⁷⁷. Tem em sua história, como muitas outras cidades brasileiras, as marcas dos ciclos da economia e desenvolvimento do país: o ciclo do ouro, da cana de açúcar, do café, do estaleiro Verolme, da Petrobrás e do “urânio”: Usina Nuclear.

Junto com o município de Parati, faz parte da chamada Região da Baía da Ilha Grande. Está situado no litoral sul do estado do Rio de Janeiro, tem 816 Km² e ocupa uma faixa continental de 90 km de extensão entre a Serra do Mar, a Bocaina e o litoral, possuindo ainda em sua geografia, 365 ilhas⁷⁸.

Angra dos Reis era habitada pelos índios Goianá, liderados pelo ardiloso e temido Tupinambá Cacique Cunhambebe, que significa “fala mansa”, sendo considerado um grande estrategista por ter liderado a Confederação dos Tamoios, unindo-se aos franceses contra os portugueses e fazendo Hans Staden como prisioneiro em suas terras⁷⁷. Angra dos Reis é também a terra dos Caiçaras, dos remanescentes dos quilombos, de Raul Pompéia e Lopes Trovão.

Os colonizadores chegaram na região, em 1556, fixando-se numa enseada. Esta vila foi denominada, mais tarde, de Vila Velha e originando o primeiro povoado, chamado de Vila dos Reis Magos da Ilha Grande. Em 1617, o pároco do vilarejo, Luiz dos Santos Figueira, foi assassinado, em consequência de seu romance com D. Maria Vitória casada com Manuel Antunes, que veio para o Brasil caçar índios. Por esse fato o lugarejo foi amaldiçoado, o que determinou a mudança da Vila para onde é hoje o centro da cidade de Angra dos Reis. A localidade foi escolhida em virtude da possibilidade de ter a assistência dos frades carmelitas e dos beneditinos, cujos conventos haviam sido ali instalados para enfrentar, entre outras questões, os diversos conflitos com os índios. Assim, a Vila dos Santos Reis Magos foi definitivamente criada e oficialmente aprovada em 13 de fevereiro de 1625 e elevada à cidade de Angra dos Reis em 1853. Naquela época, foi uma das primeiras vilas projetadas do Brasil colônia⁷⁷.

Falar da história de Angra dos Reis, segundo José Miguel Filho^z, Zequinha Miguel, é comentar a riqueza guardada no seu brasão: as três coroas significam os três reis magos; as cruces de malta representam os navegadores portugueses que ali chegaram; a flor de Liz é o oráculo de nossa senhora da Conceição, padroeira da cidade; os dois fortes são o de São Bento e do Carmo; e tem também o Cocar de Cunhambebe, símbolo da resistência. Circundando ainda o brasão, há a representação dos ciclos da economia, como a cana de açúcar e a banana.

A luta da Confederação dos Tamoios durou mais de 20 anos, abrangendo a região que hoje vai de Bertioga, no município de São Paulo, até a divisa do Espírito Santo, e só terminou com a vitória dos portugueses após aliarem-se ao índio Araribóia da região onde é hoje Niterói.

Para o professor Zequinha Miguel, a cidade começou sua “era rebelde” e revolucionária com Cunhambebe. Já no século XVIII, a fundação da irmandade do Glorioso São Benedito comprava carta de alforria pra libertar os escravos, tornando-se uma das primeiras agremiações abolicionistas. Angra dos Reis, para a época, tinha uma ambientação muito rica, com um porto cosmopolita onde se exportava ouro e cana de açúcar, além do movimentado porto de Mambucaba^{aa}, onde havia rica troca de informações e pirataria. Por exemplo, na Ilha Grande, até o século XVIII, era proibido construir casa de alvenaria, por determinação do Pirata espanhol Juan Lourenço que dominava as terras da região.

Angra dos Reis também se destacava no cenário do país no campo das artes, com 4 teatros funcionando já no século XIX, que traziam companhias italianas e francesas; na literatura, o angrense Raul Pompéia, considerado por José Saramago o maior escritor de língua portuguesa, ganhou notoriedade com seu livro “O Atheneu” (1888), sendo um dos primeiros escritores brasileiros a tratar a questão da homossexualidade..

Politicamente, Angra dos Reis também se projetava. Em 1822, o angrense Brigadeiro Nóbrega destacou-se como um dos principais atores da independência do Brasil, tendo sido ministro da Guerra no governo do I Império; na proclamação da República, Lopes Trovão, outro conterrâneo famoso, foi um dos grandes articuladores republicanos, inclusive, propondo o voto da mulher e do analfabeto, em 1898, na

^z José Miguel Filho, conhecido como Zequinha Miguel, professor da rede pública municipal, faz parte do grupo de teatro Revolucionária e foi secretário municipal de cultura de Angra dos Reis no período 1989-1997, entrevista em 14/01/2003 em Angra dos Reis.

^{aa} Localidade do município de Angra dos Reis, cerca de 45 km do centro.

primeira Constituição da República. A maioria analfabeta era composta pelos negros que Lopes Trovão, como médico, consultava quando ia à região. E quando houve a revolta da Armada em 1893, Júlia Cunha, diretora do Correio e Telégrafo, passou a mensagem de que a cidade estava sendo invadida, ganhando o título de “Heroína da República”, outorgado pelo então Presidente da República Floriano Peixoto (1891-1894)

2. O desenvolvimento histórico do município de Angra dos Reis

O desenvolvimento do município acompanha o do Brasil desde a colonização. Angra dos Reis construiu um dos primeiros estaleiros da Coroa na praia de São Bento já em 1666, devido à existência de imbaúba em grande quantidade, uma árvore usada para fazer canoas na região do Ariró, território de domínio do Cacique Cunhambebe.^{bb} Como região de fácil navegação, o que marcava positivamente a sua economia no século XVIII, o seu porto, junto com o da cidade de Parati, foi um dos principais responsáveis pelo escoamento do ouro de Minas Gerais, e até mais da metade do século XIX foi considerado o segundo porto mais importante do Brasil⁷⁹ (p.9). Esse porto também se transformou num grande exportador de produtos agrícolas, devido à proximidade de Minas Gerais e São Paulo.

Angra dos Reis assumiu um papel de destaque na produção de aguardente, registrando 15 engenhos e 91 engenhocas durante o ciclo da cana de açúcar, em 1749. Com a queda desta lavoura e a ascensão do café, na primeira metade do século XIX, o município chegou a ser responsável por 5 a 10% da produção nacional de café⁵.

Da segunda metade do século XIX até o início do século XX, Angra sofreu um forte impacto em sua economia, o que levou ao êxodo de grande parte de sua população para outros municípios, em busca de melhores condições de vida. Isso se deve a fatores tais como: decadência do ciclo cafeeiro; abolição da escravidão e construção da estrada de ferro Pedro II, em 1877, ligando o eixo Rio-São Paulo pelo Vale do Paraíba, interrompendo a usual comunicação com o Porto de Angra dos Reis⁷⁹.

O município voltou a inserir-se, na economia nacional, após dez anos de estagnação, com a conclusão do ramal ferroviário em 1931 e a reconstrução do porto em 1932.

Na década de 1920, vindo do litoral paulista, a banana tornou-se, e se mantém até hoje, como o principal produto agrícola da região, com cultivo iniciado por ex-

^{bb} José Miguel Filho, Zequinha Miguel, entrevista em 14/01/2003.

escravos e remanescentes das fazendas abandonadas, em substituição ao ciclo do café⁵ (p.34). A situação fundiária dessas terras abandonadas permaneceu irregular, por muitas décadas gerando grandes conflitos com relação à posse de terra na região.

No primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1934), com base na política de desenvolvimento industrial do país, o município conseguiu que parte da produção da Companhia Siderúrgica Nacional de Barra Mansa fosse escoada pelo seu porto. Com a economia novamente estabilizada, houve aumento populacional, acrescido dos primeiros loteamentos no centro e nos morros da cidade⁷⁹.

Se no continente vingavam as plantações de banana, na área marítima Angra destacou-se como o principal pólo pesqueiro do estado do Rio de Janeiro, durante a década de 1940. A pesca, como tradição dos caiçaras, sempre ocupou um importante papel na economia da região. Tanto é que o prato típico da localidade é o peixe com banana. A industrialização do pescado com a instalação de várias fábricas de conservas na Ilha Grande teve seu apogeu na década de 1960, sofrendo decadência a partir dos anos 70^{5,79}.

Acompanhando o período desenvolvimentista nacional, e como parte do plano de metas do governo, Juscelino Kubitschek (1956-1961), no final dos anos 50, Angra dos Reis sofreu uma grande descaracterização arquitetônica no seu centro urbano. Por sua localização próxima aos maiores centros econômicos do país e as condições propícias de seu “litoral baía”, foi instalada no município a indústria naval, com o maior estaleiro da América Latina, o Estaleiro Verolme Reunidos, com capital holandês. Este empreendimento, sediado no distrito da Jacuecanga, que originariamente era região rural (plantação de banana), passou por um processo de urbanização, o que provocou a diminuição da área destinada à agropecuária de 45.244 ha em 1950, para 39.162 ha em 1960 e 28.013ha em 1970. Essa nova modalidade econômica trouxe uma desestabilização da economia tradicional, como a pesca, agricultura e comércio, embora empregasse considerável mão-de-obra local e vizinha (2 mil trabalhadores na fase inicial e posteriormente 6 mil)⁵.

A partir de 1964, com a ditadura instaurada no país, Angra sofreu, assim como outras cidades brasileiras, os reflexos dos governos militares e foi transformada em área de segurança nacional^{cc}, sendo o seu prefeito escolhido entre os militares da reserva da Marinha de Guerra e nomeado pelo Presidente da República. O município viveu então o período do “milagre brasileiro” e foi palco de grandes empreendimentos nacionais no

^{cc} Decreto-lei nº672 de julho de 1962.

final da década de 60 e início dos anos 70, com a construção da Central Nuclear, do Terminal da Petrobrás da Baía da Ilha Grande (TEBIG) e da Rodovia Federal Rio-Santos (BR101). De 1969 a 1981, os prefeitos nomeados não eram angrenses, causando ao longo dos anos descontentamento na população como um todo, o que levou à nomeação do civil angrense João Luis Gibrail Rocha (1983-1985), que contou tanto com o apoio das elites quanto dos movimentos culturais locais⁵.

Na década de 70, a implantação dos projetos nacionais no município trouxe um contingente significativo de pessoas para a região, o que levou Angra dos Reis a sofrer, novamente, um forte impacto sócio-econômico e ambiental. Até então, apesar dos investimentos mencionados, o município caracterizava-se por ser essencialmente agrícola, centrado na produção de banana. Com os novos empreendimentos os jovens abandonaram as plantações nas áreas rurais e migraram para o centro urbano, em busca de oportunidade de trabalho na construção civil, provocando um êxodo rural. Ao mesmo tempo, o município recebeu também muitos trabalhadores de outras regiões. Na década de 1980, com o término desses projetos, os trabalhadores e suas famílias não retornaram para seus lugares de origem e Angra dos Reis deparou-se com um cenário urbano difícil, enfrentando um processo de favelização e desemprego. Nesse período (1970-80) teve uma das maiores taxas de crescimento populacional, principalmente das camadas mais pobres, sendo que os números contabilizados pelo município eram maiores do que os do censo oficial⁵.

Esse crescimento populacional não foi acompanhado de melhorias na infraestrutura urbana, que só existiam nas vilas residenciais criadas pela Usina Nuclear e pela Petrobrás. Como consequência, houve uma ocupação desordenada do solo com construções de baixa qualidade, aumento da marginalidade e déficit de unidades de saúde e escolas, além da escassez de outros serviços para atender às diversas demandas da população: *“os benefícios que poderiam ser gerados para a cidade por este empreendimento (Usina Nuclear), como o incremento da receita a partir do aumento da arrecadação do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) e do Imposto sobre Serviço (ISS), não se verificaram, em função da isenção dada pelo Governo Federal.”*⁵ (p.39).

Embora tanto a Usina Nuclear de Angra^{dd} quanto o terminal petrolífero^{ee} tenham trazido impactos marcantes para a localidade, foi a construção da Rodovia Rio-

^{dd} A Usina Nuclear de Angra I foi construída entre 1972 e 1980 e está localizada na praia de Itaorna, 4º Distrito Sanitário de Angra dos Reis.

Santos (BR101) o que mais transformou o município, tanto em nível sócio-econômico quanto ambiental⁵. Sediado entre o mar e a montanha e predominantemente rural, o município de Angra dos Reis foi cortado em toda a sua extensão pela rodovia, sendo “descoberto” como um pólo turístico “de elite”. As áreas localizadas próximas ao mar ao longo da rodovia começaram a ser cobiçadas por empresários para desenvolver projetos de turismo com a criação de hotéis 5 estrelas e condomínios fechados de luxo. Esse processo terminou por desencadear conflitos com os moradores da região, que eram essencialmente agricultores e pescadores. Estes, na sua grande maioria, foram literalmente expulsos de suas terras, sendo obrigados a ocupar os mangues e os morros do centro da cidade, ocasionando, mais tarde, sérios problemas de contaminação da água devido à instalação dessas moradias acima da fonte de captação e de desabamentos nos períodos das chuvas.

O conflito se estendeu também aos moradores das ilhas, atingindo principalmente a pesca artesanal. As praias foram aos poucos sendo “privatizadas” e algumas ilhas compradas. Como muitas dessas áreas tinham sido abandonadas, em decorrência do declínio da cultura da cana de açúcar e do café, e ocupadas pelos remanescentes de escravos e caiçaras, a maioria das terras de Angra dos Reis não era regularizada (como até hoje ainda não é).

Havendo a necessidade da regularização fundiária para a implantação do projeto turístico, o município foi declarado Área Prioritária para fins de Reforma Agrária^{ff} e, no ano seguinte, considerado Zona Prioritária de Interesse Turístico⁵ (p.40) ^{gg}. Longe de auxiliar na regularização fundiária para os seus moradores, essa legislação favoreceu que, em 1980, a concentração de terras ficasse na mão de 7 grandes proprietários, que possuíam 72% das terras do município⁵ (p.42). Os conflitos de terra foram tão intensos que nessa época chegaram a representar um quarto do total dessas disputas no estado do Rio de Janeiro. Entre outros exemplos, cita-se a expulsão à força de mais de 60 famílias da antiga Fazenda Santa Rita, na região do Bracuí, 4º Distrito Sanitário de Angra dos Reis, que deu origem ao que é hoje o Condomínio do Bracuhy. A origem desta fazenda data do século XIX, sendo seu proprietário José de Souza Breves, dono de inúmeras terras e senhor de escravos no estado do Rio de Janeiro⁵.

^{cc}O terminal petrolífero foi construído entre 1974 e 1979 e está localizado na região da Caputera, 3º Distrito Sanitário de Angra dos Reis.

^{ff} Decreto nº70. 986 de 16/8/1972

^{gg} Resolução nº 413 de 13/2/1973 e Decreto nº71.791/1973.

A família Breves se instalara na região fluminense e era considerada um dos maiores produtores de café do país – os “Reis do Café”. Prevendo a decadência de suas terras com a queda do café, e não tendo filhos, José de Souza Breves deixou um testamento, em 1877, doando as terras para seus escravos e demais empregados. O fato gerou espanto na família, que pediu uma junta médica, vinda do Rio de Janeiro, para examiná-lo. Constatando sua sanidade mental, nada se pôde fazer contra sua vontade e, com a sua morte, o testamento foi aberto em 1879. Contudo, o procurador do testamento, Tenente Honório Lima, passou parte das terras para seu nome, dando seqüência a sucessivos conflitos na região. Já no início século XX (1904-1905), parte dos remanescentes dos escravos e descendentes dos empregados da Fazenda que haviam recebido a herança foram levados a assinar documentos repassando as terras para o mesmo procurador e, após mais de cinquenta anos, em torno de 1956, os descendentes de Honório Lima chegaram à região com o objetivo de resgatá-las⁸⁰.

Em 1960, parte dos lavradores filiou-se a uma Sociedade de Proteção aos Lavradores visando regularizar juridicamente suas terras. Decorridos dois anos sem que qualquer título houvesse sido regularizado, os lavradores, já mais conscientes e esclarecidos, formaram a Associação de Lavradores da Santa Rita do Bracuí, com objetivo de implementar uma Reforma Agrária. Essa associação foi destituída, porém, com o golpe militar. Diante da fragilidade dos lavradores e da impossibilidade de legalização de suas terras, a empresa Bracuhy Administrações apresentou, em 1975, uma escritura registrada em seu nome e começou a pressionar para que os posseiros se retirassem. As ameaças e os atos de represália eram constantes, com queima e derrubadas de casas. Os lavradores buscaram ajuda jurídica do governo municipal, mas, por não conseguirem provar sua descendência, assim como a propriedade das terras, em 1980 foi dada sentença favorável à empresa. De todos os lavradores, apenas 5 conseguiram comprovar sua descendência como os herdeiros do Comendador Breves⁸⁰. Foi o caso de D. Joana Azevedo, 87 anos, parteira, líder comunitária, que nasceu e se criou na terra doada a seu avô. Ela foi ameaçada de ter sua casa derrubada, mas como tinha o documento de posse, o suposto proprietário, que era um advogado, não conseguiu tirá-la de sua propriedade. D. Joana foi, praticamente, uma das poucas pessoas que resistiram, pois os demais posseiros terminaram, posteriormente, por vender ou trocar suas terras^{hh}. Como parteira mais antiga da região, D. Joana sempre esteve preocupada também com os problemas de saúde da localidade, tanto é que foi

^{hh} D. Joana Azevedo, líder comunitária e parteira, foi entrevistada no dia 10/02/2003, no Bracuí, Angra dos Reis.

graças a ela que o Bracuí, no final da década de 70 conseguiu seu primeiro posto de saúde municipal.

Como esses trabalhadores não encontravam apoio no poder público local, recorreram à orientação da Igreja Católica que, naquela época, ajudou na formação do sindicato dos trabalhadores rurais, instalado inicialmente no Bracuí, como forma de aumentar o poder de resistência. Paralelamente, estava sendo criada a diocese no município de Itaguaí, Rio de Janeiro, com o Bispo D. Vital e, já no final da década de 70, a partir desse trabalho com o sindicato, surgiu a Comissão da Pastoral da Terra do estado do Rio de Janeiroⁱⁱ.

A Pastoral da Terra foi criada em 1977, em nível nacional, pela Confederação Nacional Brasileira dos Bispos (CNBB) e, em 1979, chegou no litoral do Rio de Janeiro, especificamente em Angra dos Reis e Parati e, também, na região serrana do estado. Em Angra dos Reis, a Pastoral da Terra nasceu no Bracuí, por intermédio de um dos remanescentes dos escravos da Fazenda Santa Rita, Sr. Manoel Moraes (74 anos, negro, analfabeto) que, nos conflitos anteriores, no início dos anos 70, perdeu sua terra e, com ajuda da Igreja, conseguiu retornar ao seu local de origem, aglutinando os trabalhadores rurais em prol da luta pela posse de suas terras^{jj}.

Em 1980, numa de suas viagens como representante da Pastoral, o Sr. Manoel Moraes, em Goiânia, levou para discussão os problemas relativos à expulsão dos lavradores em Angra dos Reis. Foi então orientado que para defender melhor os trabalhadores rurais, seria importante fundar um partido político em prol dos seus interesses. Um trabalhador de Magé, Sr. Manuel Ferreira Lima, se ofereceu para ajudá-lo a formar em Angra dos Reis o Partido dos Trabalhadores (PT). Nessa época, o Sr. Manoel Moraes era do partido político Aliança Renovadora Nacional (ARENA), pois acreditava que estando no mesmo partido do governo federal poderia ser mais fácil receber ajuda. Contudo, ao longo dos anos de permanentes conflitos, *“percebeu que estava equivocado”*. Assim, no dia 13 de julho de 1981, em sua casa no Bracuí, às 6:00 da manhã, com a ajuda do seu amigo, assinou a ata de fundação do Partido dos Trabalhadores de Angra dos Reis. Simbolicamente, segundo o Sr. Moraes, quis assinar apenas nesse horário para que *“o raiar do sol fosse testemunha dessa nova luta”*. Após

ⁱⁱ José Marcos Castilho foi da Pastoral da Terra, do grupo de teatro Revolucena, da Organização não-governamental, Sapê e prefeito de Angra dos Reis pelo Partido dos Trabalhadores, no período de 1997-2000. Foi entrevistado em 10/03/2003, em Angra dos Reis.

^{jj} Sr. Manoel Moraes, líder comunitário do Bracuí foi o primeiro presidente da Associação de Moradores do Bracuí e do Partido dos Trabalhadores de Angra dos Reis. Foi entrevistado em 19/01/2003, no Bracuí, Angra dos Reis.

a assinatura da Ata, saiu pelo Bracuí esclarecendo os trabalhadores rurais e filiando-os (eram os mesmos remanescentes dos escravos que há décadas lutavam por seus direitos). Aos poucos, trabalhadores de vários setores, estudantes, parte do movimento popular e cultural do município foi se filiando ao novo partido. O Sr. Moraes foi o primeiro presidente do PT em Angra dos Reis, pois, como trabalhador rural autônomo, não corria riscos de ser demitido devido à repressão que ainda vigorava no município^{kk}.

Os conflitos sobre a posse da terra também se estenderam para a área urbana, começando principalmente na Japuíba, bairro localizado na periferia da cidade, a 5 Km do centro, e habitado, em sua maioria, pelos operários que trabalhavam na construção da Usina Nuclear e ficaram, posteriormente, morando na cidade. O auge desse conflito foi em 1981 quando a Empresa Barbará conseguiu uma ação de despejo contra centenas de famílias. Esse episódio terminou por chamar a atenção da opinião pública e, conseqüentemente do poder público. Em função disto, nesta localidade foi formada a primeira Associação de Moradores bastante atuante no município, onde os trabalhadores e a população mais pobre puderam se organizar para defender suas propriedades. A partir daí, outras associações foram se formando. Em 1984 foi criado o Conselho Municipal de Associação de Moradores (COMAM) que, inicialmente, tinha como objetivo prioritário a luta pela posse da terra, ampliando a sua atuação, posteriormente, para as questões relativas à saúde, educação, saneamento e transporte^{ll}.

Paralelo a esse movimento popular destacavam-se em Angra dos Reis os movimentos culturais (música, artes plásticas e principalmente teatro), além do ambientalista. Todos esses movimentos tiveram papel importante no processo de luta pela terra e pela democracia, questionando o período histórico do regime militar. Dentre estes grupos, tiveram especial atuação o Revolucena e a Sapê. Revolucena significa revolução da cena e é um grupo de teatro criado em 1978 pelo professor Zequinha Miguel, que trabalhava com a concepção de Paulo Freire e Augusto Boal, onde todas as peças eram de criação coletiva cujos conteúdos fortes retratavam essa realidade^{mmm}. E a Sapê é a Sociedade Angrense de Proteção Ambiental, criada na década de 80, com o objetivo de defender o ambiente natural do município, como mangues e praias, bem como lutar contra a degradação resultante das ocupações desordenadas de terras e construção de novas usinas nucleares. Essa sociedade teve vital importância na reivindicação, junto ao governo federal, sobre a necessidade de um Plano de

^{kk} Manoel Moraes, entrevista em 19/01/2003, Bracuí, Angra dos Reis.

^{ll} José Marcos Castilho, em 10/03/2003, Angra dos Reis.

^{mmm} José Miguel Filho, Zequinha Miguel, entrevista em 14/01/2003, Angra dos Reis.

Emergência realmente eficaz em caso de acidente nuclear para evacuação e proteção da população de Angra dos Reis⁵.

Acompanhando a redemocratização do país e as reivindicações pelas diretas já, após 16 anos, em 1985, Angra dos Reis elegeu seu prefeito. Foi eleito, com apoio das forças progressistas do município, o secretário de obras do governo anterior, José Luís Reseck do Partido da Frente Liberal (PFL), que concorreu com o candidato do PT, o médico Luís Paes Selles. Este último se elegeu deputado estadual pelo Rio de Janeiro em 1986⁵.

Em 1988, ano da nova Constituição Federal, considerada como a “constituição cidadã”, foi eleito prefeito, pelo PT, o dentista e ecologista Neurobis Nagae, descendente da antiga colônia japonesa existente na Ilha Grande. Disputaram junto com ele, o ex-prefeito, durante o período militar de 1983 a 1985, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) João Luís Gibrail Rocha; e Fernando Jordão, do Partido Liberal (PL), ambos provenientes de famílias tradicionais do município. Quando terminou seu mandato no final de 1992, Neurobis tinha 90% de aprovação popular e em 1994 se elegeu deputado estadual pelo estado do Rio de Janeiro⁵.

Fundamentada na nova Constituição Federal, Angra dos Reis deu um importante passo promulgando, em 5 de abril de 1990, a Lei Orgânica Municipal^{5,81} e baseando-se nesta foram definidos como área urbana todas as ilhas do município. A partir daí o governo municipal passou a cobrar, pela primeira vez, o (Imposto Predial e Territorial Urbano) IPTU das propriedades nelas existentes. A cobrança dos impostos atualizados causou forte reação dos proprietários de terra, provocando a solicitação de *impeachment* do prefeito e do vice-prefeito pela Câmara de Vereadores. Contudo, a manifestação popular de apoio ao governo foi mais forte, desestimulando essa iniciativa⁵.

Ainda, atendendo à exigência da nova Constituição, de se fazer um Plano Diretor das cidades com mais de 20.000 habitantes, e tendo Angra dos Reis, em 1991, uma população de aproximadamente 85.220 habitantes, o governo municipal promoveu um grande debate entre os vários segmentos da sociedade organizada (tais como associações de moradores e entidades empresariais) com a finalidade de elaborar o Plano Diretor da cidade, que culminou com um Fórum norteado pelo conceito básico de que *“uma cidade deve existir para todos os seus moradores, sejam ricos ou pobres, e a todos deve oferecer possibilidades de vida decente, o que só seria possível se os poderes públicos assumissem a idéia da responsabilidade social da propriedade*

privada”⁵ (p. 10). Assim, em 12 de dezembro de 1991, foi criado o Plano Diretor^{nm} de Angra dos Reis, aprovado pela Câmara Municipal e sancionado pelo Executivo. O seu objetivo fundamental foi dotar o município de regras e critérios de desenvolvimento, ocupação e uso do solo, atendendo aos princípios de realização de funções sociais, já que Angra dos Reis, até então, enfrentava muitas dificuldades em relação à exploração imobiliária, privatização das praias pelos condomínios, conflitos pela posse da terra, etc. Dentre os principais avanços desse Plano Diretor está o de garantir o acesso público às praias^{5,82}.

Politicamente, a década de 90 foi marcada, em Angra dos Reis, pelas sucessivas gestões do PT, vencendo muitos preconceitos e colocando à frente da prefeitura, em 1993, o metalúrgico Luiz Sérgio Nóbrega de Oliveira, posteriormente, deputado federal pelo estado do Rio de Janeiro nas eleições de 1998 e, em 1997, o negro José Marcos Castilho.

Os anos 90 foram caracterizados, também, por um significativo impulso no turismo local, levando Angra dos Reis a ser considerada um dos mais importantes pólos turísticos do estado do Rio de Janeiro, com uma rede hoteleira de 199 estabelecimentos⁸³ (p.26). Por outro lado, foi a década onde, mais uma vez, se registrou um acentuado aumento da população do município, que vinha crescendo desde a década de 1980 a partir de um patamar de cerca de 58 mil habitantes, com a vinda dos trabalhadores trazidos pelas empreiteiras em decorrência da retomada, em 1991, das obras de construção da Central Nuclear de Angra II⁸³. Em 1999, Angra dos Reis fechava o milênio com aproximadamente 100.000 habitantes, superando as expectativas da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Paralelamente, e em consequência da crise nacional do setor naval, Angra dos Reis sofreu o impacto do desemprego, com a paralisação do Estaleiro Verolme, a partir de 1990, uma vez que essa empresa era responsável por 8 mil empregos diretos e 20 mil indiretos. No ano de 1999, com o término de seu último navio, passou a empregar apenas 400 pessoas. Isto refletiu na arrecadação municipal, pois quando de seu funcionamento normal, a Verolme contribuía com 80% da arrecadação do município, bem como para o comércio local⁸³.

^{nm} Lei Nº 162/LO/1991.

3. O deslocamento dos Guarani e sua ocupação no município de Angra dos Reis

Ainda nos dias atuais a sociedade em geral se surpreende ao tomar conhecimento de que há uma população indígena Guarani em Angra dos Reis. É comum, pelo desconhecimento da história dos Guarani, principalmente entre a elite angrense, muitas pessoas que residem no município acharem que os índios vieram trazidos por Leonel Brizola, na década de 80, quando este foi governador do estado do Rio de Janeiro.

Na história mais recente dos deslocamentos dos Guarani para o litoral fluminense em direção à Angra dos Reis encontra-se relatos de que, provavelmente, a partir da década de 50, líderes religiosos seguidos de grupos familiares migraram do litoral norte de São Paulo para o litoral sul do Rio de Janeiro. Como não obtiveram êxito para sua permanência, deslocaram-se para o Espírito Santo, nas proximidades do município de Caeira Velha, encontrando apoio dos índios remanescentes dos Tupiniquim para seu estabelecimento^{3,75} (p. 3).

A partir daí, novamente, algumas famílias, aproximadamente em 1957^{3,75} (p. 4), voltaram para o Litoral fluminense e formaram a Aldeia de Itatiim^{3,74} (p. 15), no município de Parati. Esta aldeia, aos poucos foi recebendo Guarani dos estados de São Paulo e do Sul.

Em torno de 1966, devido a fortes pressões dos posseiros locais, os Guarani deslocaram-se para o alto da Serra da Bocaina, formando a Aldeia de Itatinga, posteriormente denominada Sapukai, no município de Angra dos Reis, na região de Bracuí, e passaram a receber também famílias Guarani provenientes do oeste do Paraná. Mais tarde, em 1977, em decorrência de conflitos internos, o Cacique Alcides e mais duas famílias saíram dessa Aldeia e formaram a Aldeia de Araonga no município de Parati^{3,75} (p. 3-4).

Em 1987, um grupo de aproximadamente 200 pessoas liderados pelo líder religioso Cacique Vera Miri *veio para a Aldeia Sapukai oriundos da Ilha da Cotinga*, no Paraná, sendo que, anteriormente, haviam se deslocado da região de Chapecó, em Santa Catarina para aquela Ilha devido a conflitos com os índios Kaingang⁷² ^{oo}. Este grupo conferiu à Aldeia um caráter de maior permanência, pois, até a sua chegada, esta reserva contava apenas com duas famílias^{3,75} (p.5).

^{oo} Cacique Vera Miri, entrevista em 1995

Quando o grupo Guarani liderado pelo Cacique Karay Tataindê ou Argemiro da Silva^{3,75} (p. 5) originários da Aldeia de Palmeirinha no Paraná chegaram a Bracuí, na década de 50, não havia, ainda, a Rodovia Rio-Santos, nem os empreendimentos imobiliários e nem a Usina Nuclear. Esses Guarani vieram para o litoral sul fluminense expulsos de suas terras, tendo passado pelas Aldeias de Barragem, em São Paulo, e Parati-Mirim, no Rio de Janeiro³ pp.

A região do Bracuí, na época do deslocamento dos Guarani, nos anos 50 era pouco povoada, e a maioria de sua população era constituída por descendentes de escravos que lutavam pelo reconhecimento de suas terras. Muitos desses moradores presenciaram a chegada do grupo familiar do Cacique Argemiro da Silva e alguns deles estabeleceram relações próximas com o grupo, como foi o caso do Sr. Manoel Moraes da Silva (1928); Sra. Maria Francisca Azevedo da Silva (1919); Sra. Joana Azevedo dos Santos (1915) e Sra. Zélia Corrêa Cunha (1947)³.

Sr. Manoel Moraes da Silva, referindo-se aos Guarani como “família indígena”, conheceu o Cacique Argemiro em Santos, por volta de 1955. Treze anos mais tarde, eles se reencontraram quando o Cacique e sua mulher, D. Teresa, foram morar no sertão do Bracuí, na terra cedida pelo Sr. Francisco Ferraz marido de D. Maria Francisca Azevedo da Silva^{9q}, uma vez que naquela ocasião, ainda sem a Rodovia Rio-Santos, “*a terra não tinha muito valor e todo mundo usava, não tinha problema. Agora, hoje a terra tá com muito valor*”^{rr}. As relações entre os moradores locais e os Guarani, foram tão próximas naquela ocasião que D. Joana, então parteira da localidade, foi convidada a batizar um de seus filhos. As crianças Guarani costumavam freqüentar a casa da professora da escola do Bracuí, Zélia Corrêa Cunha que ficava próxima do litoral, enquanto os índios viviam no interior, no meio da mata. Desse contato, o filho de oito anos do Cacique Argemiro, Aparício, foi estudar nessa escola. Na realidade, a motivação principal era que nessa localidade havia um bananal e um rio onde se podia pescar, o que propiciava levar estes alimentos para a Aldeia. Inicialmente, “*o Aparício não sabia falar muito bem português e na escola, ele brincava sozinho, pois os outros alunos tinham medo dele, que andava sempre com uma flecha. (...) eles foram ficando amigos e passaram a respeitar os índios*”^{ss}.

^{pp} Aparício da Silva, R’okadju, 46 anos, foi cacique da Aldeia Sapukai de Bracuí em Angra dos Reis, de 1984 a 1987. Foi entrevistado em 18/02/03 na Aldeia Sapukai, Bracuí, Angra dos Reis.

^{9q} Maria Francisca Azevedo da Silva, moradora do Bracuí, entrevista concedida ao Museu do Índio em 1990, in Rondinelli³.

^{rr} Manoel Moraes da Silva, entrevista em 1995, no Bracuí, Angra dos Reis.

^{ss} Zélia Correa Cunha, moradora do Bracuí, entrevista em 21/01/1995, no Bracuí, Angra dos Reis.

Após quatro anos, o proprietário das terras, Francisco Ferraz não quis que os Guarani permanecessem ali, com medo de perder a terra. Mesmo assim, o Cacique Argemiro não quis voltar para o Paraná, resolvendo ir morar no alto do morro, dentro da Mata Atlântica. Logo depois, foram chegando outros Guarani, mas com a construção da Rodovia Rio-Santos e da Usina Nuclear, no período, 1970-1980, muitos foram embora, ficando aproximadamente 28 Guarani nessa área^{3 tt}.

Como antes da década de 1970, ainda, não havia a Rodovia Rio-Santos no município de Angra dos Reis, ficava difícil para os Guarani se deslocarem até o centro da cidade, e sendo assim, saíam apenas para pescar nas redondezas do Bracuí, daí a maioria da população angrense, durante anos, não ter tomado conhecimento de que havia índios ali. Na realidade, somente a partir de 1972 é que tanto o município quanto o estado do Rio de Janeiro certificaram-se da existência dos Guarani, após reportagem do Jornal O Globo, que publicou matéria registrando a presença de um grupo de cem pessoas³.

A partir daí os movimentos sociais, culturais e ecológicos da cidade passaram a apoiar os Guarani. No período 1981-1982, a Sapê, o Revolucionária e a Pastoral da Terra promoveram, no Convento do Carmo, exposições no Dia do Índio, contando a história do povo indígena do Bracuí. Além disso organizaram uma semana de debates sobre a questão indígena de Angra dos Reis. Foi um período intenso contanto com a participação do Aparício, que expunha a preocupação de sua comunidade com o fato de morar numa área que tinha muitos posseiros, ocasionando conflitos. Por outro lado, afirmava ele, era importante os Guarani estarem unidos com esses posseiros na defesa da terra, uma vez que a sua área ainda não era reconhecida como indígena^{uu}.

Paralelamente, os Guarani começaram a ser contactados por pessoas do estado do Rio de Janeiro interessadas em ajudá-los, como foi o caso do indigenista Luis Felipe de Figueiredo^{vv}, o Sipré, Coordenador do Projeto Guarani do Comitê de Apoio e Defesa dos Indígenas do estado do Rio de Janeiro (CADIRJ)³. Para Aparício, Sipré foi muito importante durante o processo de reconhecimento e delimitação da área indígena, uma vez que na região não havia, ainda, representação da FUNAI. Ele foi o primeiro a

^{tt} Aparício da Silva, entrevista em 18/03/2003, na Aldeia Sapukai, Bracuí, Angra dos Reis.

^{uu} José Marcos Castilho, entrevista em 10/03/2003, em Angra dos Reis.

^{vv} Antes de entrar em contato com os Guarani de Bracuí, Luiz Felipe de Figueiredo havia trabalhado na FUNAI, de 1975 a 1980.

orientar o líder do grupo em relação aos trâmites burocráticos necessários, levando-o ao Rio de Janeiro e à Brasília e encaminhando documentos para as esferas competentes^{ww}.

Com essa mobilização, a Associação Nacional de Apoio ao Índio (ANAÍ), solicitou à FUNAI em 19 de abril de 1982, o parecer de um antropólogo para proceder ao “*levantamento das condições gerais de vida e do espaço territorial suficiente para a sobrevivência dos indígenas de Bracuí*” que resultou na confirmação do registro da existência dos Guarani na região do Bracuí, no município de Angra dos Reis, desde a década de 60, conservando seus hábitos etnoculturais^{xx}. Ainda em 1982, a área Guarani de Bracuí, foi reconhecida e delimitada pelo Órgão Indigenista Oficial^{3 yy}.

Em 1983, a Divisão de Identificação e Delimitação da FUNAI incluiu na agenda do Departamento Geral do Patrimônio Indígena, os trabalhos de identificação e delimitação da área Guarani de Bracuí. A partir daí foi criado o Grupo de Trabalho interministerial encarregado de identificar as terras Guarani dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, inclusive as de Bracuí. Logo em seguida foi determinado que esse grupo realizasse o levantamento fundiário da área indígena de Bracuí, que apurou a ocupação de posseiros e ocupações com e sem benfeitorias^{zz}. Como consequência desse estudo, essa área indígena foi delimitada com 700 ha³.

Concomitante a esses encaminhamentos pela FUNAI, a comunidade indígena de Bracuí, representada pelo Cacique Argemiro, Karaí Tatainde, mediante recibo e testemunhas (Sipré e Aparício da Silva, R´ocadju) pagou a Afrânio Benedito do Rosário e Manoel Aparecido do Rosário o valor de CR\$184.000,00 (cento e oitenta e quatro mil cruzeiros), para a transferência do direito de posse de uma área próxima à Aldeia Indígena, com 2.800 pés de banana (prata, nanica e ouro). Entretanto, esse valor foi ressarcido aos índios por um Comandante da Aeronáutica do Rio de Janeiro que ao visitar Angra dos Reis soube da situação e quis ajudá-los. Posteriormente, essa área foi incorporada à terra indígena^{3 aaa}.

Já nessa época, havia muitos problemas relacionados ao alcoolismo entre os índios. Os Guarani encontravam-se em grande dificuldade, pois viviam basicamente do artesanato vendido na Rodovia Rio-Santos, nas imediações do Bracuí. Muitas vezes, ao invés de voltarem para a reserva, acabavam dormindo pela estrada. Foi numa dessas

^{ww} Aparício da Silva, entrevista em 18/03/2003, na Aldeia Sapukai, Angra dos Reis.

^{xx} A Associação Nacional de Apoio ao Índio (ANAÍ) foi fundada na década de 80, no Rio de Janeiro.

^{yy} Processo FUNAI BSB/ 3360/1982, em nível estadual encontrado com a referência SEAF 061/16826/B3

^{zz} Portaria N° 1559/E/FUNAI

^{aaa} Aparício da Silva, entrevista em 18/03/03, na Aldeia Sapukai, Bracuí, Angra dos Reis.

vezes, que o Cacique Argemiro que vendia artesanato, alcoolizado, atravessou a rodovia e foi atropelado, vindo a falecer em 1984. Tanto para a liberação do corpo, quanto para o enterro, a família contou com a ajuda da Igreja Católica e do grupo Revolucionária^{bbb}.

A morte súbita do Cacique gerou uma crise na Aldeia e Aparício, sendo o filho mais velho, com apenas 15 anos, o substituiu na liderança do grupo e começou a buscar apoio para a sua sobrevivência, continuando a luta pela posse da terra e pela assistência à saúde^{ccc}. A partir de 1985, a Pastoral da Terra e da Saúde, o Grupo Revolucionária e a Sapé intensificaram seu apoio na defesa dos direitos indígenas, em Angra dos Reis. Ao mesmo tempo, Aparício também foi buscar entrosamento com a Secretaria Municipal de Agricultura e a Casa de Cultura, onde conheceu Herval Vicente da Silva, que representou um forte apoio institucional à luta indígena no município de Angra dos Reis. Foi pela Casa de Cultura que Aparício, como cacique, preocupado com a Usina Nuclear, encaminhou uma carta ao então Presidente da República José Sarney (1985-1989), questionando esse empreendimento.

Acompanhado por Sipré, Aparício foi ao Museu do Índio, sediado na cidade do Rio de Janeiro, buscar apoio para o seu trabalho. Pelo fato de até o final da década de 80, as Aldeias do estado do Rio de Janeiro não terem uma representação da FUNAI no local, sendo que o contato mais próximo com a instituição estava em Bauru (São Paulo), os Guarani passaram a identificar o Museu como um interlocutor importantíssimo para viabilizar a demarcação e homologação da terra indígena de Bracuí. Os Técnicos do Museu do Índio, por meio de identificação do local como área indígena, coletaram informações com todos os dados registrados no município, como a Lei Orgânica (1990) e Plano Diretor (1991), depoimentos de testemunhas sobre a ocupação dos Guarani na área de Angra dos Reis, bem como dados obtidos a partir da tese de Mestrado da antropóloga Maria Inês Ladeira sobre a ocupação dos Guarani-Mbyá do litoral, que constituiu-se em um material relevante para deslançar o processo de demarcação dessa área^{ddd}. Esse contato direto dos índios com o Museu foi se consolidando cada vez mais e, mesmo tendo a FUNAI indicado o indigenista Francisco Witt para assumir o Posto Indígena criado em 1990, no município de Angra dos Reis, esse vínculo não se desfez. Contudo, a presença mais direta desse indigenista foi fundamental para solidificar as

^{bbb} Luiz Paes Selles, médico e deputado estadual pelo Partido dos Trabalhadores no período 1987- 1990, entrevista em 10/04/2003, Niterói, Rio de Janeiro.

^{ccc} José Marcos Castilho, 10/03/2003, Angra dos Reis.

^{ddd} “O Caminhar sob a Luz: O Território Mbyá a Beira do Oceano”, 1992.

alianças entre a comunidade indígena e a local, uma vez que ele passou a morar na própria região do Bracuí^{ccc}.

Aparício também foi buscar auxílio com o Sr. Manoel Moraes, antigo amigo de seus pais e bem mais experiente que ele, para orientá-lo na condução desse trabalho. Juntos, fizeram algumas viagens para reuniões dos Sem Terra em São Paulo, com o apoio da Pastoral da Terra. Num desses encontros, Aparício solicitou o conselho de Sr. Manoel para um assunto que estava sendo discutido na sua comunidade. Relatou que algumas pessoas lhe haviam sugerido que “mudasse” de naturalidade e passasse a ser branco, para garantir seus direitos e conseqüentemente sua terra. A esse questionamento o Sr. Manoel respondeu: *“O que eu acho é o seguinte: vocês não devem deixar de ser índio, porque se vocês deixar de ser índio pra ser branco, não vai adiantar nada pra vocês, primeiro porque dentro de vocês vão continuar sendo índio e por fora os outros vão ver que vocês não são branco, que são diferentes e também não é mudando que vocês vão ter garantia da terra, pois tem muita gente que não é índio e também, ainda, não tem garantia da terra. Aí acho melhor vocês continuar a ser índio e lutar como índio pelo que é de direito de vocês”*^{fff}.

O grupo de apoio ao Guarani foi se fortalecendo e ganhando espaço nas esferas de articulação política, tanto em nível estadual, como federal. O Comitê de Apoio e de Defesa dos Indígenas do estado do Rio de Janeiro, coordenado pelo Sipré foi um ator fundamental para o encaminhamento do processo de delimitação e demarcação dessa terra indígena do estado do Rio de Janeiro.

Assim, em 1985, a Secretaria de Justiça e do Interior do estado do Rio de Janeiro encaminhou um documento à Presidência da FUNAI manifestando o interesse do governo Leonel Brizola na regularização da terra indígena de Bracuí, bem como oferecendo apoio em relação aos recursos humanos e materiais necessários e, para tal, propunha marcar reunião entre o governo do estado e o Órgão Indigenista Oficial³.

Por outro lado, a Assembléia Legislativa do estado do Rio de Janeiro (ALERJ), por intermédio do Deputado Alexandre Farah, solicitou apoio em relação à demarcação da área indígena Guarani de Bracuí ao Procurador da República encarregado do Setor

^{ccc} Sheila Guimarães de Sá, antropóloga do Museu do Índio. Foi uma das pessoas chaves no processo de identificação, reconhecimento, demarcação e homologação da Terra Indígena Guarani de Bracuí. Durante todo o processo também esteve em contato constante com as pessoas ligadas aos movimentos sociais de Angra dos Reis que apoiavam a luta dos Guarani. Entrevistada em 13/03/2003, no Museu do Índio, no Rio de Janeiro.

^{fff} Manoel Moraes, entrevista em 19/01/2005, Bracuí, Angra dos Reis.

de Direitos Humanos da Procuradoria da República no Rio de Janeiro, Dr. João Pedro de Sabóia Bandeira de Mello Filho. Argumentava-se que desde 1983, o processo de demarcação estava tramitando na FUNAI e até aquele momento, essa área não havia sido contemplada com a demarcação, o que representava um atentado aos Direitos Humanos³.

Ainda em 1985, Sipré entregou, em mãos, a esse Procurador, uma declaração por escrito sobre a situação dos Guarani no estado do Rio de Janeiro, traçando o histórico dessa população em Angra dos Reis e relatando a morosidade do processo de regularização de suas terras, solicitando que pudesse intermediar uma audiência dos representantes Guarani com o Presidente da República, a fim de expor seus problemas, bem como intervir junto aos órgãos competentes para a agilização do processo de demarcação dessa área³. Aparício da Silva, presente na reunião com o Procurador, apresentou-se como Cacique da Aldeia Guarani de Bracuí e solicitou que as autoridades dessem solução urgente ao problema de demarcação de sua área, antes que o grupo se dissolvesse e não existissem mais índios em território fluminense, pois estavam permanentemente ameaçados por grileiros. Solicitou, também, que durante o processo de demarcação pudessem ser afixadas placas nas redondezas, esclarecendo-se tratar de área indígena e proibindo a entrada de pessoas não autorizadas, além de pedir para fiscalizar as “biroscas” da região para não venderem bebidas alcoólicas aos Guarani, como vinha acontecendo³.

Mediante o exposto, o Procurador Geral da República encaminhou o relatório ao Ministro do Interior solicitando providências em caráter de urgência em relação à demarcação da terra Guarani de Bracuí³.

Enfim, no dia 11 de novembro de 1986, o então governador do estado do Rio de Janeiro, Leonel de Moura Brizola, declarou de utilidade pública, para fins de desapropriação, a terra indígena Guarani de Bracuí, Angra dos Reis, Rio de Janeiro. “*Considerando a necessidade e o direito que a comunidade Guarani tem à fixação definitiva nas terras que ocupa, o que impedirá o processo de extinção da última comunidade indígena que vive nesse Estado*” (Decreto Estadual Nº 9347/1986). A área desapropriada foi de 700 ha³ e, a partir desse Decreto, Sipré solicitou à Superintendência de Assuntos Fundiários da FUNAI, em 1987, que agilizasse os trâmites necessários para a aprovação definitiva da demarcação da Reserva Indígena Guarani de Bracuí³.

Em 1987, O Globo registrou a presença do Cacique Aparício na Assembléia Legislativa do estado do Rio de Janeiro (ALERJ), acompanhado de técnicos do Museu do Índio, reivindicando aos Deputados, apoio no sentido de pressionar o governo para regularizar a área, considerada de alto valor imobiliário. Nesse mesmo encontro, os Deputados cogitaram inserir na Constituição Estadual salvaguardas para a defesa dos interesses da terra e cultura indígena Guarani fluminense. Na ocasião, os Deputados petistas Carlos Minc e Lúcia Arruda ressaltaram que no Sul do estado estavam localizados os mais graves conflitos de terra. Ambos comprometeram-se com os Guarani a reunirem-se com o Deputado Federal do PMDB de São Paulo, Fábio Feldman, considerado grande defensor da causa indígena, com o objetivo de encontrar alternativas de como a ALERJ poderia auxiliar no encaminhamento do processo de demarcação da área indígena de Bracuí³.

Paralelamente a esse fato, o então Presidente da FUNAI, Romero Jucá Filho, e o então governador do estado do Rio de Janeiro, Wellington Moreira Franco, celebraram o Convênio de regularização fundiária da área indígena Guarani de Bracuí. A cargo do governo do estado ficaram as seguintes obrigações: avaliar, pela Procuradoria e Secretaria Extraordinária de Assuntos Fundiários e Assentamentos Humanos, os custos da desapropriação dos imóveis e benfeitorias dos não-indígenas situados na Reserva Indígena de Bracuí; demarcar as terras, de acordo com as normas técnicas da FUNAI e em conformidade com os limites estabelecidos pelo Decreto Estadual Nº 9347/86; pagar as benfeitorias incidentes na Reserva; registrar a área da Reserva Indígena estabelecida no Cartório de Imóveis da Comarca de Angra dos Reis de acordo com os mapas e memorial descritivo fornecidos pela FUNAI; propor ação judicial e providências de ordem administrativa visando a sua regularização. A FUNAI, por sua vez, ficou com as seguintes obrigações: repassar ao governo estadual os recursos financeiros destinados ao pagamento das indenizações das benfeitorias incidentes nessa área, o valor de NCR\$ 29.401, 32 (vinte e nove mil, quatrocentos e um cruzados novos e trinta e dois centavos)³.

Em 1987, Luiz Paes Selles foi eleito Deputado Estadual pelo Partido dos Trabalhadores (1987-1990). A prioridade de seu mandato era a saúde e a luta pelo direito à terra no qual as terras indígenas estavam incluídas. Nessa ocasião, a Procuradoria do Estado possuía um Núcleo de Terras e, por ser deputado, Paes Selles integrou-se a esse núcleo, trabalhando em conjunto com o advogado Miguel Baldeis, que vinha já há algum tempo ajudando na questão relativa a terra indígena, desde as

primeiras desapropriações. Especificamente na causa indígena, o deputado passou a trabalhar também com o Museu do Índio, o Programa de Estudos em Terras Indígenas da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PETTI/UFRJ) e a Secretaria Extraordinária de Assuntos Fundiários e Assentamentos Humanos, onde havia espaço para discutir, com os Guarani, o que deveria ser feito para priorizar as fontes de produção para a sua subsistência. O gabinete do Deputado Paes Selles passou, então, a aglutinar, no estado, pessoas envolvidas com a problemática indígena, servindo de espaço físico para as reuniões, além de auxiliar no pagamento de passagens para o deslocamento dos Guarani que precisavam ir ao Rio ou à Brasília para tratar de assuntos relativos à demarcação da terra.^{egg}.

No contexto nacional, estava sendo discutida a elaboração da nova Constituição Federal. Luiz Paes Selles propiciou então, debates com vários grupos, inclusive os de apoio à causa indígena, acerca da importância de aproveitar o momento para debater sobre a elaboração da Constituição Estadual, bem como das Leis Orgânicas Municipais. Especificamente, em Angra dos Reis, com o apoio de Baldeis, Paes Selles conseguiu influenciar diretamente para que a Lei Orgânica Municipal contemplasse a população Guarani residente no município. Posteriormente, a Reserva Indígena Guarani de Bracuí, com a Lei Orgânica de 1990^{hhh} e o Plano Diretor de 1991ⁱⁱⁱ, foi reconhecida como Reserva Indígena Guarani, conforme Constituição Estadual e Federal, sendo a mesma delimitada no mapa de zoneamento do município e o uso exclusivo dos Guarani foi definido junto das outras zonas de divisão territorial da cidade.

Para garantir a política de demarcação e posse da terra, Aparício pediu reforço aos índios Guarani do Sul, solicitando que viessem ocupar a reserva, pois, nessa época, havia apenas cerca de 30 pessoas na reserva, ou seja, praticamente a sua família.

Inicialmente, o Cacique Vera Mirã *veio acompanhado de alguns Guarani para conhecerem a região e a identificou como uma terra boa para morar, como uma terra próxima à “Terra Sem Mal”*. Logo após, em 1987, tendo consciência de que a Serra do Mar era uma das últimas áreas disponíveis para morar e viver, trouxe consigo, um grupo de aproximadamente 200 pessoas oriundos da Ilha da Cotinga, no Paraná⁷² ^{jjj}. A área foi então dividida com estes novos Guarani que ocuparam a maior parte da reserva. Em Santa Catarina eles viviam da venda do milho e do feijão. A chegada desse grupo

^{egg} Sheila Guimarães de Sá, entrevista em 13/03/2003, no Museu do Índio, Rio de Janeiro.

^{hhh} Lei Orgânica, 1990: Título IV, Capítulo VII, art. 271

ⁱⁱⁱ Plano Diretor, 1991: Título VI, Capítulo II, sub-seção V

^{jjj} Cacique Vera Mirã, entrevista em 1995, na Aldeia Sapukai, Bracuí, Angra dos Reis.

conferiu à Aldeia um caráter de maior permanência ao longo dos anos³. A migração dos Guarani de Santa Catarina para Angra dos Reis foi também motivada, segundo relato do agente de saúde indígena Aldo Fernandes, pelas dificuldades de morar na Ilha da Cotonga, uma vez que como não possuíam barco, não tinham como ir para o continente a qualquer hora, e só conseguiam se deslocar, quando havia material para ser transportado. Depois de muitas reuniões com o Cacique Vera Mirĩ *resolveram que o melhor era mesmo mudar para Angra dos Reis*^{kkk}.

Entretanto, o Cacique Vera Mirĩ *justificou o deslocamento para Angra dos Reis, mais precisamente para o Bracuí, pela vontade de estar próximo à antiga Aldeia ocupada pelos seus antepassados localizada na Ilha Grande*³. Segundo ele^{lll}, as ruínas que encontrou no Condomínio Porto Bracuhy, no Bracuí, perto da Aldeia de Itatinga são provas da presença dos Guarani na região desde a época da colonização.

“Antigamente, nas praias existia muita tava (na nossa língua), desde Paranaguá. Nossos avós trabalhavam muito com jesuíta. Aqui no Bracuí tem, Angra tem, aqui no Ariró tem. Hoje o Juruá (branco) consertou um pouco e chamam de ruínas. Foram feitas pelos índios. O velhinho que mataram contava que o pai dele já dizia que havia muitos índios em Bracuí faz mais de 300 anos. Em Ilha Grande onde teve Aldeia Guarani ‘Kunhangue’ (todas as nossas mulheres) também tem tava”. No universo mítico dos Guarani, as ruínas existentes no litoral sul do estado do Rio de Janeiro são representações das reduções, onde viveram seus antepassados. Essas construções, denominadas por tava, seriam para eles, as antigas casas de reza (*Opy guaxu*) dadas aos Mbyá por Nhanderu. Assim, esses lugares significavam a possibilidade de encontrar o Tekoa Mbyá³.

O Vice-Cacique Luiz Euzébio descreveu seu deslocamento até a Aldeia localizada em Bracuí, Angra dos Reis, relatando sua origem e destacando a convivência no Paraná com os índios Kaingang:

“O Guarani tem também o costume de ficar na aldeia da mulher, porque pegar, casar e já levar para longe da família assim pra nós já fica ruim, não faz. Mas não dava pra ficar perto do Kaingang, ele é diferente, ele civiliza muito, é muito civilizado, é mais de deixar sistema que Guarani. Essa é a diferença que tem. A língua é diferente, não dá pra entender. Do Xiripá dá, Kaingang não. O Xiripá é hoje quase tudo caboclo. A diferença é que o Guarani quer segurar o sistema, os jovens também. O Kaingang não, Xiripá também, o Mbyá é diferente. A reza deles é diferente também. Não dá pra ficar junto deles, tem que ficar perto do parente, não pode misturar, assim

^{kkk} Aldo Fernandes, agente indígena de saneamento, entrevista em 19/02/03, na Aldeia Sapukai, Bracuí, Angra dos Reis.

^{lll} Entrevista do Cacique Vera Miri ao Museu do Índio em dezembro de 1992, Laudo Antropológico³.

acaba nossa nação. Então ficamos viajando, procurando. Depois de Ibirama passei pra Cottinga, Ibirama tinha muita briga, bebedeira, outro índio e branco perto, não dava quase pra rezar de noite. Ibirama é reserva de Botocudo (Xokleng), índio bravo. Em Cottinga não nascia planta, tinha pescador muito perto, saía briga. Depois passamos pra cá (Bracuí). Lá na Cottinga o que faltava era água, ilha muito pequena, só dava mandioca e batata-doce, a terra não era boa. Aqui é melhor, terra só do Mbyá, dá pra rezar sossegado, outro não aparece, só o crente e católico, mas pouco. Dois anos e pouco estou morando aqui, é bem calmo. Todo mundo trata bem o índio, terra boa, nasce plantinha, tem que botar mais adubo, então não falta comida. Nós já tamos fazendo plano de fazer plantação melhor. Tem estrada e material pra artesanato. Aqui estou satisfeito.”² (p.125).

Domingos Venite ou Karaí Tataendy Yapuá, que é Guarani, auxiliar de enfermagem, deu seu depoimento sobre a sua vinda para a Aldeia de Bracuí em Angra dos Reis no final da década de 80, descrevendo que sempre gostou de estudar, desde quando residia no Paraná. Com o falecimento de seu pai, tinha que sustentar a família e considerando que os familiares de sua esposa moravam no Bracuí, decidiu se deslocar para Angra dos Reis.

“Eu tinha que sustentar a minha irmã mais nova que tava com oito, nove anos. Nisso, eu morava em Santa Catarina e depois não dava mais acesso legal pra mim. Aí eu procurei sair de lá, porque minha terra não é de lá, mas inclusive a minha família já foram daqui, do Bracuí, desse litoral. Falecido meu pai, meu irmão são primo-irmão do falecido Cacique que faleceu aqui, no Bracuí, que morreu acidentado na rodovia. Mas eu fiquei uns vinte anos trabalhando, assim com os fazendeiros, mas sofrendo mesmo. Só trabalhando em troca de comida, mas não saía da minha cabeça como eu poderia chegar, chegar nesse ponto como eu estou agora (...). Aí eu soube que meu parente faleceu, que a família dele estava sozinha, aí um grupo vieram aqui pro Bracuí e eu continuei lá morando. Aí um primo meu foi daqui e disse ‘Domingo, você podia ir pra lá, porque lá tem acesso mais melhor e lá nós estamos sozinho, sem família. Agora tem Sr. João (Cacique Vera Miri) que foi pra lá, mas a gente precisa de mais gente pra poder conseguir mais algumas coisas e a terra mesmo, que em primeiro lugar é a terra que é a vida do povo’. E pra mim, porque quem ta, aqui, no mundo merece ter um pedacinho de terra pra ele. Como os trabalhadores sem terra também ta vivendo as mesmas coisas que a comunidade indígena. Veja só o massacre contra os trabalhadores sem terra no Pará, no primeiro semestre de 1996. Os índios estão sem terra e os outros povo de branco estão, tem muita gente sem terra na mesma situação indígena”^{mmm}.

Enfim, assim que esse grupo chegou à região, Aparício foi procurar o grupo Revolucena, a Casa da Cultura para pedir ajuda para o seu povo. Envolvendo boa parte dos movimentos sociais, a comunidade recebeu mantimentos, roupas e medicamentos.

^{mmm} Domingos Venite, auxiliar de enfermagem, entrevista em 1995, na Aldeia Sapukai, Bracuí, Angra dos Reis.

Com o intuito de conscientizar a sociedade, o Revolucionário fez uma peça, especificamente, sobre Guarani de Angra dos Reis^{nmn}.

Pouco depois de sua chegada, Vera Mirĩ, *por ser mais velho* que seu sobrinho Aparício, o substituiu na liderança do grupo. Por sua vez, Aparício, dizendo que estava com saudade de sua mãe, que havia se mudado para Ubatuba, logo após a morte do Cacique Argemiro, mudou-se da Aldeia: “*índio Guarani é assim mesmo, fica um tempo numa Aldeia, vai e volta. Depois dá uma saudade de uma pessoa lá que é parente dele, um irmão, mãe, pai, aí vai pra lá, fica lá um, dois meses, fica até um ano, depois ele volta pro lugar dele de novo (...)*”^{ooo}.

A partir de 1988, a Aldeia Itatinga passou a ser chamada pelo Cacique Vera Mirĩ *de Sapukai, que em português, quer dizer socorro*. Isto se deu, porque nesta época houve o problema do disparo acidental do alarme da Usina Nuclear, provocado por um raio, deixando a comunidade desse local em estado de choque, gerando muito pânico. Pelo fato dos índios morarem dentro da mata, só ficaram sabendo do ocorrido um dia depois. Isto trouxe apreensão por parte da comunidade indígena, uma vez que ouviam dizer que a Usina era perigosa e podia “explodir”. Por outro lado acreditavam que nada podia acontecer por causa de Nhanderu (Deus do povo Guarani). Ele nunca permitiria que a Usina “explodisse”. Daí o nome de Sapukai na tentativa de pedir socorro para as autoridades locais caso aconteça um vazamento na Usina.

Segundo o Cacique Vera Mirĩ, *atualmente, em suas rezas incluem a Usina Nuclear e pedem a Nhanderu para que não saia “fogo dela”*. Para os Guarani é necessário que todos rezem muito para o mundo não acabar. O mundo terminará em fogo se o homem branco (Juruá) não ajudá-los a rezar.

4. A interação dos Guarani com as lideranças locais e a luta pelo reconhecimento e demarcação da terra na década de 90

Como relatado, aos poucos o novo grupo Guarani passou a interagir com a comunidade local. Antes de ir embora, Aparício passou todos os seus contatos ao Cacique Vera Mirĩ, *que junto com seu sobrinho Domingos Venite e o marido de sua*

^{nmn} José Miguel Filho, Zequinha Miguel, entrevista em 14/01/2003, em Angra dos Reis, Angra dos Reis.

^{ooo} Aparício da Silva, entrevista em 1990³.

sobrinha Luiz Eusébio^{PPP}, então Vice-Cacique da Aldeia, constituíram-se nos principais atores para dar continuidade à luta pela posse da terra. Juntos buscaram o apoio do então Secretário de Cultura, Zequinha Miguel, e de seu assessor Herval Vicente da Silva, que passaram a acompanhá-los ao Rio de Janeiro para contactar o Museu do Índio, o Gabinete do Deputado Luiz Paes Selles e a Secretaria de Assuntos Fundiários do Estado, aonde acompanhavam o encaminhamento do processo de demarcação da Reserva Guarani de Bracuí^{qqq}.

Na região do Bracuí, o Sr. Manoel Moraes, na época Presidente da Associação dos Moradores do Bracuí, foi uma figura muito importante para os Guarani, no sentido de levá-los a participar dos principais fóruns sociais do município. As lideranças indígenas passaram a acompanhá-lo nas reuniões que havia pelas regiões e, com isto, foram sendo conhecidos e reconhecidos. Destes encontros, foi sugerido pelo Sr. Manoel Moraes que formassem uma Associação de Moradores Indígena ligada ao Conselho Municipal de Associações de Moradores de Angra dos Reis (COMAM), com o objetivo de fortalecer a luta pela demarcação de sua terra, bem como legitimar os seus direitos^{rrr}.

Assim, no dia 14 de novembro de 1991 foi fundada a primeira Associação Comunitária Indígena de Bracuí (ACIBRA)^{sss}, tendo como seu primeiro Presidente Domingos Venite, Karáí Tataendy Yapua^{84,85}.

Como Presidente da Associação Comunitária Indígena de Bracuí (ACIBRA) Domingos Venite, recuperou os contatos que Aparício havia realizado, tanto no município de Angra dos Reis, como Rio de Janeiro de Janeiro^{ttt}. Essa primeira experiência como Presidente foi um grande desafio, pois não dominava os encaminhamentos burocráticos que precisava acompanhar, mas contava com o apoio dos antigos aliados, como o do amigo Manoel Moraes.

^{PPP} Luiz Eusébio, Vice-Cacique da Aldeia Sapukai, no período 1988-2001, entrevista em 1995, Aldeia Sapukai, Bracuí, Angra dos Reis.

^{qqq} José Miguel Filho, Zequinha Miguel, entrevista em 19/01/2003, em Angra dos Reis.

^{rrr} Cacique Vera Mirĩ, *entrevista em 1995, na Aldeia Sapukai; Manoel Moraes, entrevista em 1995, em Angra dos Reis.*

^{sss} Esta Associação foi registrada no Cartório de Angra dos Reis no dia 30/03/1992

^{ttt} Em 25 de agosto de 1986 Luis Felipe de Figueiredo, Sipré, coordenador do Projeto Guarani, vinculado ao Comitê de Apoio e Defesa dos Indígenas do Rio de Janeiro (CADIRJ) encaminhou o Ofício 13/PG/CADIRJ ao então presidente da FUNAI, Octávio Ferreira Lima, um abaixo assinado contendo 7.060 assinaturas da população do estado do Rio de Janeiro em apoio à demarcação e garantia da terra indígena Guarani de Bracuí. Posteriormente este documento foi anexado ao processo FUNAI/BSB/3360/82³.

Como o processo oficial de demarcação^{uuu} vinha demorando muito, pessoalmente, os Guarani decidiram demarcar suas próprias terras, reunindo também Guarani de outros locais, inclusive da Argentina, para aumentar seu poder de pressão³
vvv.

Para viabilizar esse processo de autodemarcação, Domingos Venite, como Presidente da ACIBRA, encaminhou vários documentos de reivindicação pela demarcação dessa terra Guarani, às autoridades competentes^{www}.

Concomitante à essas reivindicações dos Guarani, o Instituto Estadual do Patrimônio Cultural notificou o Tombamento Provisório da Reserva Indígena Guarani de Bracuí^{xxx}, com área de aproximadamente 700 ha, localizada no Parque Nacional da Bocaina³.

Com o intuito de prosseguir no processo de demarcação, a FUNAI criou, em 1992, um Grupo Técnico Interinstitucional coordenado pela antropóloga Maria Inês Ladeira, do Centro de Trabalho Indigenista (CTI), com o propósito de identificar e delimitar as áreas indígenas de Bracuí (Angra dos Reis); Aguapeú (São Paulo); Parati-Mirim e Araponga (Parati). No ano seguinte, foi criado outro Grupo Técnico, coordenado pelo antropólogo Celso Lourenço Moreira Corrêa, com o objetivo de complementar os trabalhos realizados sobre a identificação e delimitação dessas áreas³.

Domingos Venite encaminhou ao Presidente da FUNAI, em 1993, um documento solicitando a sua “compreensão” e que a demarcação da terra de Bracuí fosse feita de acordo com a proposta da comunidade indígena, indicando as áreas mais planas e adequadas para o plantio. E finalizava, convidando o Presidente para visitar a Aldeia Sapukai de Bracuí^{3,86}.

Seis meses depois, Domingos Venite encaminhou documento ao então Ministro da Justiça, Maurício Corrêa, relatando o histórico da luta pela demarcação, os trabalhos de identificação realizados pela FUNAI no ano anterior, mostrando a importância da demarcação da terra para os Guarani e questionando o porquê da demora do processo.

^{uuu} Segundo Lilia Valle, “o processo de regulamentação fundiária e demarcação de reservas indígenas é lento, complicado, caro, e muitas vezes se opõe a poderosos interesses privados. A instância que decide sobre o assunto, desde 1993, é o Grupo de Trabalho Interministerial formado por um representante de cada um dos seguintes órgãos governamentais: MINTER, FUNAI, MIRAD e CSN. As decisões do ‘Grupão’ ainda precisam ser referendadas pela Presidência da República, através da publicação de decretos e portarias”³.

^{vvv} Domingos Venite, Luiz Eusébio entrevistados em 1995, Aldeia Sapukai, Bracuí, Angra dos Reis.

^{www} Manoel Moraes, entrevista em 19/02/03, em Angra dos Reis; Domingos Venite, Luiz Eusébio, entrevista em 1995, Aldeia Sapukai, Bracuí, Angra dos Reis.

^{xxx} Decreto nº 5.808/1992

Encerrou a correspondência com uma mensagem em guarani “*há-e vymã Nhanderu Tanemonbaraeté tomo éxakã rembacapoa javaré*” que se traduz como: “Deus lhe dará força e iluminação em todas as suas realizações”⁸⁶.

No dia 22 de outubro de 1993, uma nova solicitação da Associação Comunitária Indígena de Bracuí (ACIBRA) foi recebida pela Presidência da FUNAI, listando as inúmeras viagens já feitas a Brasília e a ausência de resultados concretos para o pleito dos Guarani: “*Tendo acabado o prazo dado pela Constituição para demarcar todas as terras indígenas do Brasil, a nossa terra juntas com outras centenas de terra indígenas não foram demarcadas e cansados de esperar por tantos anos decidimos até o dia 5 de novembro de 1993 dar mais um prazo para que o Governo faça a Demarcação das nossas terras, caso contrário tomaremos providências. Comunidade Indígena Sapukai, Bracuí, Município de Angra dos Reis, 20 de outubro de 1993*”^{3,86}.

No período de 25 a 27 de outubro de 1993, Domingos Venite esteve presente na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas em Luziânia (GO) como delegado pelo estado do Rio de Janeiro, representando a população Guarani⁶⁸. Durante os trabalhos de grupo houve a discussão em torno das demarcações das terras indígenas em todo território nacional. Os representantes indígenas mostravam-se indignados em relação ao descaso do governo federal quanto a essa questão. Segundo esses representantes, o governo havia dado uma data limite para a demarcação e homologação das terras indígenas até o dia 5 de outubro de 1993, o que não ocorreu.

Como a terra para a população indígena é fator primordial para a manutenção da sua cultura e aproveitando a oportunidade da presença do, então, Presidente da FUNAI, Dinarte Nobre de Madeiro, Domingos Venite questionou o porquê da demora em demarcar as terras indígenas, e recebeu a resposta de que era “uma questão de vontade política”. Domingos permaneceu calado e quando chegou à Aldeia Sapukai, como Presidente da ACIBRA, reuniu-se com as principais lideranças, expondo o ocorrido e, como a comunidade já estava articulando um plano de autodemarcação, concluíram que era o momento de realizar essa “ação política”^{yyy}.

Assim, em 7 de novembro de 1993, Domingos Venite enviou outro documento ao Ministro da Justiça:

“Sr. Ministro da Justiça. Nós da comunidade indígena Sapukai de Bracuí, Angra dos Reis enviamos uma carta em 20/10/2003 falando sobre a demarcação de nossa terra e até o prazo que nós demos, 5 de novembro,

^{yyy} Domingos Venite, entrevista em 1995, Aldeia Sapukaí, Bracuí, Angra dos Reis.

não foi tomada nenhuma providência. Agora, a comunidade tomará as providências.

Recebemos uma cópia do ofício 245 que foi enviado ao Prefeito de Angra pela FUNAI, mas nós não aceitamos esse ofício porque já foram feitos 2 laudos antropológicos, então nós resolvemos a autodemarcação conforme o último laudo da portaria 1669 que foi firmado e aceito pela comunidade. Exigimos que a FUNAI regularize a demarcação que nós estaremos realizando, a partir de 09/11/93”^{3,86}.

No dia 09/11/1993, os Guarani, conforme prometido e independentemente do reconhecimento oficial da FUNAI e do Ministério da Justiça, iniciaram o processo de autodemarcação de suas terras contanto com o auxílio de lideranças Guarani de Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Sul, e da Prefeitura Municipal de Angra dos Reis, que solicitou a presença do Ministério Público Federal e da FUNAI no município. Três dias depois houve uma reunião no gabinete do então Prefeito Luiz Sérgio Nóbrega de Oliveira (1993-1996), contando com a presença de várias autoridades, representantes indígenas e entidades não-governamentais^{zzz}.

Mesmo tendo sido alegado que a autodemarcação era oficialmente ilegal e perigosa devido aos possíveis conflitos com os posseiros, os Guarani mantiveram-se irredutíveis em relação à continuidade do seu trabalho. Frente ao impasse que se criou, como resultado dessa reunião ficou acertado que a FUNAI se comprometeria em acelerar o procedimento de demarcação da Área Indígena Sapukai. A prefeitura e o estado apoiariam a Comunidade Indígena, buscando, para tal, recursos próprios com a finalidade de auxiliar a demarcação física da área e, por sua vez, a Procuradoria da República iria atuar em caráter preventivo para evitar conflitos entre os Guarani e os posseiros, recorrendo ao apoio policial caso houvesse riscos à integridade física e cultural dos índios durante o processo de autodemarcação³.

Filiada ao Conselho Municipal de Associações de Moradores de Angra dos Reis, a Associação Comunitária Indígena de Bracuí (ACIBRA), conseguiu grande apoio a esse movimento de autodemarcação, por parte de segmentos sociais organizados do estado do Rio de Janeiro, inclusive Angra dos Reis, que encaminharam documentos à FUNAI, cobrando agilidade no processo de regularização da Terra Indígena Guarani de Bracuí, lembrando que o ano de 1993 era o Ano Internacional dos Povos Indígenas e

^{zzz} Participaram dessa reunião o Procurador da República Dr. Aurélio Virgílio Veiga Rios (Brasília); o Procurador em exercício, no estado do Rio de Janeiro, Gustavo Tepedino; o Deputado Estadual Paulo Banana; os antropólogos responsáveis pelo processo de Identificação da Área Indígena de Bracuí, Maria Inês Ladeira e Celso Lourenço Moreira Corrêa; o Presidente da ACIBRA, Domingos Venite e demais representantes indígenas; o representante da FUNAI Rômulo Siqueira de Sá; entidades não-governamentais e demais autoridades locais³.

que o prazo determinado pela Constituição Federal, para regularizar todas as áreas indígenas havia se esgotado^{aaaa}.

Dada essa situação, a Diretora de Assuntos Fundiários da FUNAI, Isa Maria Rogedo encaminhou, em 1993, ao Diretor do Museu do Índio, no Rio de Janeiro, José Carlos Levinho, uma solicitação de análise em caráter de urgência devido à tensão na área provocada pela iniciativa dos Guarani de realizar a autodemarcação³. Em 1994, a antropóloga do Museu do Índio, Sheila Guimarães de Sá, encaminhou parecer ao Diretor do Museu, propondo o aproveitamento dos estudos realizados e conseqüente recomendação pela aprovação da demarcação pelo Presidente da FUNAI e envio do Processo ao Ministro da Justiça, o que foi, posteriormente, encaminhado à Direção de Assuntos Fundiários da FUNAI³.

Assim, nesse mesmo ano, a terra indígena de Sapukai foi demarcada oficialmente pelo Ministro da Justiça em 30/03/1994. E, em setembro de 1994, houve a V Assembléia Nacional da Ñemboaty Guasu Guarani realizada, pela primeira vez, na Aldeia Sapukai de Bracuí que teve, entre outros objetivos, a comemoração da vitória Guarani em relação à demarcação da Aldeia Sapukai^{3,87} ^{bbbb}. A Assembléia discutiu a situação da saúde e educação nas áreas indígenas, bem como o momento eleitoral do país e a relevância disso para todos os brasileiros, incluindo os povos indígenas do Brasil. Colocou a necessidade de todos eleitores optarem pelos candidatos que tivessem um projeto compatível com os interesses populares.

No ano seguinte, em 03/07/1995, o então Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso (1985-2002) homologou a Demarcação Administrativa da Terra Indígena Guarani de Bracuí, localizada no município de Angra dos Reis, estado do Rio

^{aaaa} Tais segmentos, entre outros, foram: o Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Angra dos Reis (SINSPMAR); do Sindicato dos Empregados dos Estabelecimentos Bancários de Angra dos Reis; o Conselho Municipal de Associação de Moradores de Angra dos Reis (COMAM) e a Organização não-Governamental Defensores da Terra³. Domingos Venite, entrevista em 1995, na Aldeia Sapukai, Bracuí, Angra dos Reis.

^{bbbb} Nessa Assembléia participaram 50 representantes de 26 comunidades Guarani, incluindo os 7 estados brasileiros, Argentina, Paraguai, Uruguai e a própria comunidade Guarani de Sapukai. Durante a reunião foi denunciada a situação dramática em que os Guarani e os outros povos indígenas se encontravam devido ao descaso das autoridades em relação à demarcação de suas terras⁸⁷. Embora a Constituição Federal de 1988 garantisse os direitos indígenas, as oitenta e nove terras indígenas Guarani, até aquela data (1994), encontravam-se assim: 2 Terras Guarani delimitadas; 8 Terras Guarani demarcadas; 11 Terras Guarani homologadas; 15 Terras Guarani identificadas; 15 Terras Guarani regularizadas⁸⁷. Diante desse quadro, os representantes fizeram um documento para ser entregue ao Presidente da FUNAI, Dinarte Nobre de Madeiro, que estaria presente no último dia da Assembléia para as comemorações da demarcação da área de Sapukai, exigindo que todas as terras indígenas fossem demarcadas conforme o previsto em lei⁸⁷. Foi ressaltada, também, a importância da união entre as comunidades indígenas, principalmente as do Sul do país e da América Latina para buscar o fortalecimento da luta pela demarcação de todas as terras indígenas³.

de Janeiro, “*caracterizada de posse tradicional e permanente do Grupo Indígena Guarani-Mbyá*”, com superfície aproximada de 2.128 ha^{3 cccc}.

Finalmente, em setembro de 1995, os Guarani da Aldeia Sapukai de Bracuí conseguiram o Registro de Imóvel “Terra Indígena de Bracuí”, no Cartório 1º Ofício de Angra dos Reis.

5. A Política de Saúde em Angra dos Reis: antecedentes históricos

A primeira referência sobre serviços de saúde no município de Angra dos Reis data de 1º de junho de 1824, quando o cirurgião Manoel Pereira de Abreu Guimarães encaminhou ao Governo Imperial o pedido de criação de um hospital na vila, uma vez que os doentes, principalmente em períodos de epidemias, eram isolados nos conventos da cidade ou nas ilhas. Doze anos depois, foi fundada a irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Angra dos Reis com auxílio de doações e de subvenção da Província e da Câmara Municipal, que posteriormente deixaram de contribuir por questões políticas. Em 1838, com uma enfermaria improvisada, foi dado início aos primeiros atendimentos. Cerca de 50 anos mais tarde, na Praia do Abraão, na Ilha Grande, foi inaugurado o Lazareto, um serviço para abrigar as pessoas portadoras de hanseníase, espaço que funcionou de 1886 a 1913⁸⁸.

Em meados de 1902, a Santa Casa foi fechada, devido à falta de recursos financeiros, e só voltou a ser reaberta em 9 de dezembro de 1918, com ajuda de alguns médicos da cidade e da Escola de Aprendizes de Marinheiros (atualmente Colégio Naval). Em 18 de julho de 1926, as freiras da Congregação das Pequenas Irmãs da Divina Providência assumiram a direção da Santa Casa⁸⁸.

No final de 1933, com o surto de febre tifóide no município, houve uma intervenção estadual na área de saúde, que culminou com a criação de um Posto de Higiene com a finalidade de combater a epidemia, alcançada cinco anos depois⁸⁸.

A partir dessa época, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia voltou a receber subvenções do nível federal e estadual, além de doações, e passou a firmar convênios com os Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM) e dos Trabalhadores em Transportes e Cargas (IAPETEC). Nos anos 50, com apoio do Colégio Naval, os serviços de laboratório de análises clínicas e de radiologia foram instalados na Santa Casa de Misericórdia⁸⁸.

^{cccc} D.O.U. , 07/04/95.

Em 1954, por meio de um convênio entre o estado do Rio de Janeiro e prefeitura de Angra dos Reis, foi inaugurado um posto de saúde no Abraão (Ilha Grande), que contava com visitas médicas semanais. Em 1970, em área cedida pela Prefeitura, foi construído o Posto Estadual de Saúde Lauro Travassos, no centro da cidade que, em 1989, foi absorvido pelo município. De âmbito federal, o primeiro posto de atendimento médico no município foi na Colônia de Pescadores⁸⁸.

O convênio com o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1967, favoreceu uma melhora na arrecadação financeira da Santa Casa, a partir do aumento dos contribuintes que buscavam atendimentos, mas, por outro lado, houve uma diminuição dos atendimentos gratuitos. Nessa mesma época a Santa Casa começou a atender pacientes trabalhadores da iniciativa privada. Em 7 de setembro de 1978, no governo do Prefeito Jair Carneiro Toscano de Brito, foi inaugurado o Pronto Socorro conveniado com a Santa Casa e, mais tarde, no governo do prefeito José Luiz Ribeiro Reseck, em 10 de maio de 1986, este serviço foi municipalizado.

Ainda em 1975, foi construído o Hospital de Praia Brava da Central Nuclear^{dddd}, pertencente a Furnas Centrais Elétricas com a finalidade de atender as famílias dos seus funcionários que vieram morar na Vila Residencial, localizada na Praia Brava. Em 1979, pelo convênio-empresa com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), esse hospital passou a atender também a comunidade adjacente, pelo cartão de Unidade Médica Ambulatorial de Praia Brava (UMPB) possibilitando o atendimento a emergências e à internação⁸⁹.

Até a década de 80, praticamente todas as ações de saúde, no município de Angra dos Reis, eram de responsabilidade da Secretaria Estadual da Saúde^{eeee}. Durante os anos 70, profissionais do Posto de Saúde do estado e voluntários, criaram o serviço volante de atendimento médico-odontológico nas comunidades mais distantes, principalmente nas áreas rurais. Essa primeira equipe era composta pela médica Dra Úrsula Azajenski, pelo dentista Dr. Cory Cavernaz Guimarães, pela auxiliar de serviços médicos Domingas Maria Vidal Pereira, pelo dentista voluntário Dr. Neirobis Nagae, e posteriormente, pela dentista Dra. Maria Ribeiro. Em 1975, integrou a equipe a enfermeira norte-americana D. Mary Alice Duddy, da organização internacional não-governamental Movimento do Graal no Brasil^{ffff}, que ficou responsável pelas

^{dddd} Localizado no 4º Distrito Sanitário de Angra dos Reis.

^{eeee} Luis Paes Selles, entrevista em 10/04/03, Niterói, Rio de Janeiro.

^{ffff} Organização ecumênica internacional de mulheres fundada na Holanda em 1921 que trabalham em busca da transformação do mundo em uma comunidade de justiça e paz.

campanhas de vacinação. O trabalho era realizado em uma Kombi e como abrangia todo o município, o governo municipal começou apoiar essas ações fornecendo equipamentos, (no caso, um reboque) e contratando alguns desses profissionais, além de pagar outros por prestação de serviços realizados.

D. Alice formou 200 agentes comunitários, a pedido do prefeito Toscano de Brito, para trabalharem nos postos de saúde que pretendia construir. Em setembro de 1975 foi inaugurado, em Mambucaba^{ggg}, o primeiro posto de saúde oficial do município, onde D. Estér Gomes e D. Cirene de Almeida França, entre os agentes comunitários de saúde formados, foram chamados para trabalhar.

A Pastoral da Saúde criada no município de Angra dos Reis no final da década de 70, trouxe uma contribuição expressiva no sentido da discussão sobre o direito à saúde e da importância das pessoas se organizarem para reivindicar maior qualidade na assistência^{hhhh}. A partir daí, foram formados alguns conselhos comunitários, que se reuniam para discutirem sobre os “problemas de saúde”. Dentre outros funcionários do Posto Estadual de Saúde que também atuavam em conjunto com a Pastoral estavam a Dra. Úrsula Azajenski e o Dr. Luís Paes Selles, chefe da Epidemiologia que veio atuar neste Posto, em 1978, e também passou a integrar a equipe volante da saúde pelo município, além de trabalhar, mais tarde, com os casos de hanseníase, na Ilha Grande.

Em 1980, foi criada a Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social (SMSBES), no governo do prefeito Roberto Carlos do Vale Ferreira⁹⁰. A primeira secretária de saúde foi a dentista Dra. Maria José Rabha e a subsecretária, a médica Dra. Catarina Salgueiro Nascimento. Em conjunto com Dr. Luís Paes Selles, que na época também já trabalhava na Prefeitura, elaboraram o 1º Estatuto da Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis. Além de dar continuidade aos volantes da saúde, fizeram um planejamento de metas que incluía a construção de postos de saúde na periferia da cidade, bem como a lotação de profissionais nestes postos e nos já construídos, uma vez que tinham funcionamento precário por falta de recursos humanos.

Na gestão do prefeito João Luis Gibrail Rocha (1983-1985) foi assinado o Termo de Adesão às Ações Integradas de Saúde (AIS)ⁱⁱⁱⁱ. Seu governo caracterizou-se

^{ggg}Após a construção da Usina Nuclear, essa região passou a ser denominada de Vila Histórica de Mambucaba, uma vez que a Vila Residencial dos funcionários desse empreendimento recebeu a denominação de Mambucaba. A partir de 1990, com a criação dos Distritos Sanitários, essas localidades passaram a fazer parte do 4º Distrito Sanitário da Secretaria Municipal de Saúde.

^{hhhh}José Marcos Castilho, entrevista em 10/03/03, em Angra dos Reis.

ⁱⁱⁱⁱ Em 1982, foi criado o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) que teve um papel estratégico no processo de descentralização da saúde. As AIS tinham entre, outras características, a descentralização dos serviços de saúde, privilegiando o financiamento do setor público dando prioridade à assistência

por apoiar os movimentos sociais e a conseqüente formação dos primeiros conselhos comunitários. No campo da saúde, o convênio com as AIS favoreceu a criação da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), composta pelo Secretário Municipal de Saúde, pelo Chefe de Medicina Social do INAMPS e pelo Chefe do Posto Estadual de Saúde. Esta Comissão também contava com a participação, como convidada, da Diretora do Departamento de Saúde do Município, de um representante da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, que respondia pelo Hospital e Maternidade Codrato de Vilhena, e membros da diretoria da Divisão de Saúde de Furnas responsável pelo Hospital da Praia Brava. Ambos os Hospitais haviam assinado o convênio com as AIS. A primeira reunião dessa Comissão foi realizada no dia 25 de janeiro de 1984, com a presença de diversas autoridades de Angra dos Reis, representantes de classe e de Associações de Moradores⁹⁰.

Em 1984, com a assinatura do convênio com os AIS, o hospital de Praia Brava passou a atender também no ambulatório a comunidade adjacente, além das emergências e internações⁹⁰. Alguns profissionais do hospital, em caráter voluntário, como o Dr. Marcos Bogado e o Dr. Pedro Ernesto de O. Costa começaram um trabalho comunitário na área de saúde envolvendo as parteiras e as gestantes da região^{ljjj}.

No final dos anos 80, a rede de assistência à saúde no município de Angra dos Reis encontrava-se da seguinte maneira: havia atendimento à população como um todo nas Unidades Municipais existentes, no Posto Estadual de Saúde e no Serviço de Pronto Atendimento do INAMPS; e no Posto Ambulatorial do INAMPS o atendimento era apenas para os contribuintes da Previdência Social. Em relação aos Conselhos Comunitários, havia 3 Conselhos de Saúde dos Postos de Saúde, 2 Conselhos Comunitários de Saúde e o Conselho Comunitário de Saúde da Previdência Social, que não tinha atuação⁹⁰.

Em agosto de 1988, no governo de José Luiz Ribeiro Reseck (1986-1988) foi elaborado pela assessoria do Secretário Municipal de Saúde e Bem-Estar Social, Pedro Abílio Ribeiro Reseck, o Projeto de Municipalização da Saúde do município de Angra dos Reis⁹⁰.

ambulatorial; maior cobertura e qualidade da assistência à população excluída do sistema médico-assistencial privatista, principalmente a rural e a das periferias das cidades; revisão da relação público-privado no setor saúde e proposta de participação popular no planejamento das ações de saúde^{63,91}.

^{ljjj} Luis Paes Selles, entrevista em 10/04/2003, Niterói, Rio de Janeiro.

5.1. A Implantação da política de saúde no município de Angra dos Reis: 1989-1999

O ano de 1989 foi um marco político importante para a construção da cidadania angrése. Pela segunda vez, em 1988, a população elegeu o seu prefeito, desta vez pertencente ao Partido dos Trabalhadores, Este, ao assumir o poder, em janeiro de 1989 se comprometeu com algumas metas prioritárias, entre elas a de legitimar a participação popular na vida pública de Angra dos Reis e garantir a transparência administrativa.

Em relação especificamente à política de saúde, o governo municipal estabeleceu como objetivo fundamental implantar o sistema de saúde local, com base nas diretrizes da 8ª. Conferência Nacional de Saúde (1986) e na Constituição Federal de 1988. Antes desse período, a gestão da rede de serviços de saúde não era realizada a partir de planejamento definido, nem havia um diagnóstico de saúde atualizado⁷⁸.

Nessa época, o sistema de serviços era composto por 14 unidades básicas municipais e 1 Pronto Socorro com pouca infra-estrutura; 1 Centro de Saúde estadual que era responsável pela vigilância epidemiológica e fiscalização sanitária, além de dar consultas médicas e desenvolver o Programa de Complementação Alimentar; 1 serviço de pronto atendimento, que funcionava 12 horas por dia, e um ambulatório também com infra-estrutura precária, ambos do INAMPS. Além destas unidades de saúde fazia parte do sistema local o Hospital de Praia Brava da Usina Nuclear e o Hospital Maternidade Codrato de Vilhena da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Angra dos Reis, ambos conveniados com o setor público. A integração do trabalho entre as unidades das diferentes esferas de governo deveria ser feita pela Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), que efetivamente não funcionava⁷⁸.

Em março de 1989 foi assinado o Convênio de Municipalização da Saúde cuja discussão já vinha ocorrendo há 3 anos⁹⁰, vinculado ao Sistema Unificado Descentralizado de Saúde – SUDS^{kkkk}, representando o alicerce para a futura estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), no município, na década de 90⁷⁸. As unidades de saúde do estado e a do INAMPS foram incorporadas pela Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social (SMSBES) o que representou um importante

^{kkkk} O SUDS foi criado em 1987 “com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS”⁹¹ (p. 87). Este sistema incorporou as diretrizes básicas do movimento sanitário como: a universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; regionalização e hierarquização das ações de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização do processo decisório; gestor único para cada nível de governo (municipal, estadual, federal); implementação dos distritos sanitários; participação popular no planejamento das ações de saúde; implantação de uma política de recursos humanos. O SUDS teve como objetivo central a reformulação do INAMPS⁹¹ (p. 89).

momento institucional para posterior implantação do SUS ^{lIII}. As maiores dificuldades encontradas para viabilizá-lo foram: a falta de estrutura da SMSBES e insuficiência de recursos humanos em nível local, além da carência de recursos orçamentários para a saúde. O primeiro passo, então, foi elaborar um diagnóstico epidemiológico do município de Angra dos Reis para auxiliar na priorização das atividades. O diagnóstico mostrou que as principais causas da mortalidade, em ordem crescente, eram: afecções do período perinatal e doenças do aparelho respiratório; causas externas; doenças do aparelho cardiovascular ⁷⁸.

A importância deste primeiro diagnóstico na área de saúde foi abrir uma discussão interna no governo sobre a necessidade de aumentar os recursos orçamentários para o setor que, até então, dispunha de 5% do orçamento municipal, bem como mostrar a necessidade de aumentar o quadro de servidores municipais, o que foi concretizado com a realização do primeiro concurso público em 1990 com salário acima do mercado, na época ^{mmmm}. Em 1996, os recursos destinados à saúde totalizaram 17% do orçamento municipal. A complexidade do município de Angra dos Reis, tanto geográfica quanto demograficamente, e a vontade política de reorganizar o sistema de saúde local levaram a equipe de saúde da SMSBES a pensar a descentralização das ações básicas de saúde por meio do processo de distritalização, sendo criado 5 Distritos Sanitários baseados nos distritos administrativos já existentes ^{78,92 nnnn}. O conhecimento dessa realidade sanitária era o ponto de partida para o planejamento, execução, acompanhamento, supervisão e avaliação das ações, na medida em que se esperava que esses distritos se transformassem em verdadeiros sistemas locais de saúde com autonomia e resolutividade para as necessidades de cada espaço geográfico definido.

Os 5 Distritos Sanitários foram implantados em 1991 e são os seguintes:

- 1º Distrito Sanitário – centro da cidade.
- 2º Distrito Sanitário – a área da grande Japuiba saindo do Trevo de Angra dos Reis em direção à cidade de Parati.
- 3º Distrito Sanitário – saída de Angra dos Reis em direção ao Rio de Janeiro fazendo divisa com o município de Mangaratiba. O antigo Estaleiro Verolme e a Petrobrás estão localizados neste distrito.

^{lIII} Ilson Peixoto Medeiros da Silva, sanitarista, Secretário Municipal de Saúde na gestão do PT de 1991-1994, entrevista concedida em 25/03/03, em Angra dos Reis.

^{mmmm} Em 1989 havia 80 funcionários e em 1999 a Secretaria de Saúde, por meio de dois outros concursos, chegou a ter em seu quadro 800 funcionários.

ⁿⁿⁿⁿ A concepção de distrito sanitário que orientou a secretaria foi a de que se caracteriza por uma área geográfica definida, com uma população e uma realidade epidemiológica semelhantes, segundo definido por Mendes ⁶³.

4º Distrito Sanitário – divisa do 2º Distrito até a divisa de Parati, compreendendo a Usina Nuclear e a Aldeia Indígena Guarani.

5º Distrito Sanitário – Ilha Grande.

A proposta era que a implementação do SUS, numa perspectiva de descentralização das ações de saúde, comportasse também o aumento da capacidade instalada com a criação de novos postos de saúde e aumento de recursos humanos contratados por concurso, além de autonomia gerencial e da participação das comunidades, que deveriam ser os atores mais importantes desse processo de construção de uma política de saúde mais eficiente e efetiva. Daí a necessidade e relevância da criação dos Conselhos Distritais de Saúde e dos Conselhos Gestores nas unidades de saúde, com participação paritária de gestores e dos usuários. O gestor, no que se refere ao Conselho Distrital, era o Coordenador do Distrito indicado pela Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social (SMSBES) e no caso do Conselho Gestor, o diretor da unidade. Ambos estavam subordinados ao nível central.

A SMSBES estabeleceu uma ampla discussão com a comunidade sobre o que vinha a ser o SUS nos fóruns populares, culminando com a realização da I Conferência Municipal de Saúde, no primeiro semestre de 1991⁹³. A Conferência teve como objetivo principal discutir os princípios básicos e diretrizes do SUS, recém-criado no país (descentralização, hierarquização, universalidade, integralidade, equidade e controle social), bem como recomendar e respaldar a criação dos Distritos Sanitários; traçar diretrizes para uma nova Política de Recursos Humanos na área da saúde municipal; deliberar sobre a criação do Fundo Municipal de Saúde (FMS); do Conselho Municipal de Saúde (CMS); dos Conselhos Distritais de Saúde (CDS) em cada Distrito Sanitário, assim como a Coordenação deste e dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde (CGUS), cabendo a estes Conselhos “*o acompanhamento, a avaliação e a indicação de prioridades nas ações de saúde, bem como elaborar, controlar e avaliar a política de saúde local*”⁹⁴ (p. 58). Angra dos Reis realizou, posteriormente, mais 3 Conferências Municipais de Saúde (1993, 1995, 1998) precedidas de Pré-Conferências Distritais, com o objetivo de facilitar a mobilização da comunidade e trabalhadores de saúde em relação às questões específicas dos seus distritos sanitários e posterior encaminhamento das demandas e reivindicações à Conferência Municipal.

O Conselho Municipal de Saúde do município de Angra dos Reis foi criado em 24 de Janeiro de 1992⁰⁰⁰⁰. A formação do Conselho foi composta pelo Conselho

⁰⁰⁰⁰ Lei Municipal Nº 176/1992

Municipal de Associações de Moradores (COMAM); associações profissionais, associações patronais; sindicatos; prestadores de serviços e usuários representantes dos Distritos Sanitários indicados pela Conferência Municipal de Saúde. Com isto, o Conselho Municipal de Saúde conseguiu aglutinar os conselhos populares de saúde que haviam surgido no final da década de 70. Este Conselho foi instituído no dia 29 de janeiro de 1992 durante a I Plenária Municipal de Saúde convocada pela SMSBES e realizada na Câmara Municipal de Angra dos Reis, com a finalidade de discutir as deliberações da Conferência Municipal de Saúde⁹⁴.

A incorporação das unidades de saúde do estado e do INAMPS, a partir de 1989, assim como seus funcionários, constituiu-se num momento difícil e delicado para o município, pois cada serviço possuía direção administrativa e plano de cargos e salários diferentes da Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social (SMSBES). Em 1991, a SMSBES começou a complementar o salário dos servidores do estado, já que estes ganhavam menos que os servidores municipais. Para que esta equiparação salarial pudesse ser viabilizada, uma vez que os recursos financeiros repassados ao município não podiam pagar profissionais de saúde e sim ações de serviço de saúde, foi preciso uma ampla discussão e negociação, aproveitando os espaços políticos das Conferências Municipais de Saúde, Estadual e Nacional (esta última realizada em 1992) e envolvendo também o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Assim, em 1992, o Conselho Municipal de Angra dos Reis respaldou esta equiparação^{PPPP}.

Com o intuito de aumentar a oferta de serviços de saúde com qualidade e a integralidade nas ações, centrou-se esforços na prática sanitária de se trabalhar com planejamento voltado para Programas de Saúde. Os principais Programas de Saúde foram: Saúde do Adulto (hipertensão; tuberculose; Diabetes Mellitus; Aids; Hanseníase; Saúde do Trabalhador); Saúde da Criança e do Adolescente; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Saúde Oral; Vigilância Nutricional; Vigilância Epidemiológica e Fiscalização Sanitária⁷⁸. Em 1991, foram implantados estes programas e, um ano depois estruturada a Coordenação de Ações Programáticas, além de realizada a primeira capacitação dos profissionais da rede de saúde, voltada para a prevenção e promoção da saúde.

Em 1992, foram criados também os núcleos de epidemiologia distritais com a incorporação dos guardas sanitários que realizavam atividades de educação em saúde, vigilância epidemiológica e sanitária. A descentralização por meio dos Distritos Sanitários, a implantação dos Programas de Saúde e a criação dos núcleos de

^{PPPP} Ison Peixoto, entrevista em 25/03/03.

epidemiologia distritais reforçaram a consolidação do SUS no município de Angra dos Reis⁹².

Na área da assistência à saúde da criança e da mulher, Angra dos Reis já vinha atingindo alguns avanços desde 1990, quando passou a oferecer gratuitamente o Teste do Pezinho para as crianças recém-nascidas, com uma cobertura de 70%. As imunizações tinham uma cobertura de 80% (média maior do que a cobertura alcançada pelo estado do Rio de Janeiro). Em 1991, começou o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento do peso das crianças menores de 5 anos e foi instituído o Cartão da Criança. A partir de 1992, os recém-nascidos e as parturientes passaram a sair da maternidade com a primeira consulta agendada nas unidades de saúde de referência. Desde essa época, a SMSBES passou a oferecer vacinação de BCG na maternidade (cobertura de 100%) e exame preventivo do câncer de colo de útero e mama, através do convênio com o Laboratório do Ministério da Saúde, garantindo o encaminhamento das pacientes ao serviço especializado. O Comitê de Mortalidade Materno-Infantil foi criado nesse mesmo ano, com o objetivo de analisar os óbitos e qualificar a assistência materno-infantil em conjunto com técnicos e representantes da comunidade. No período de 1993-1994 foi criada a Licença Amamentação, por 6 meses, sem redução do salário, para as servidoras do município⁹².

Para atender às crianças com problemas de aprendizagem foi criado, em 1990, o ambulatório infantil no antigo Posto de Atendimento Ambulatorial (PAM), do INAMPS, no centro da cidade. A partir desse trabalho foram realizados levantamentos estatísticos constatando que grande parte das crianças atendidas com dificuldades escolares, na realidade, já apresentavam dificuldades de desenvolvimento ao nascer com identificação tardia do problema. Assim, em agosto de 1993, foi implantado o ambulatório de *Follow-up* (estimulação precoce), para o acompanhamento das crianças de risco. Desde então, foram feitos mais de 1000 acompanhamentos, do nascimento até a idade escolar. O trabalho do ambulatório de acompanhamento de risco se iniciou devido a um levantamento realizado no município, que evidenciou grande número de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, atribuídos à má assistência materno-infantil. Durante a implantação do ambulatório foi realizada uma capacitação com os pediatras, psicólogos e fonoaudiólogos dos Distritos Sanitários, com o objetivo de identificar precocemente este atraso no desenvolvimento infantil⁹⁵ qqqq.

^{99qq}Inês da Cunha Seppi, neurologista infantil, Coordenadora do Projeto Saúde Escolar de 1990-1998, entrevista concedida em 13/03/03, Angra dos Reis.

Em relação à saúde do adulto, foram ampliadas, a partir de 1992, as ações coletivas em atenção primária à saúde do trabalhador, por meio de um convênio pioneiro com o Sindicato dos Metalúrgicos de Angra dos Reis, Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e o Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH) da FIOCRUZ, com o objetivo de detectar precocemente as contaminações por metal pesado e posterior acompanhamento das mesmas. Este trabalho resultou na criação de um ambulatório especializado para atendimento dos casos de doenças ocupacionais e realização de mapeamentos de risco. Ainda em 1992, o município de Angra dos Reis, após capacitar profissionais de saúde em DST/Aids pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), propiciou a criação do Ambulatório de Aids e disponibilização de leitos no Hospital e Maternidade Codrato de Vilhena da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia para esses atendimentos⁹².

Visando suprir a carência de profissionais qualificados, Angra dos Reis foi o segundo município do estado do Rio de Janeiro a implantar o Núcleo Descentralizado da Escola de Formação de Auxiliares de Enfermagem, em 1990, além de estabelecer convênio com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da FIOCRUZ, para formação de pessoal de nível médio e capacitação gerencial pelo Projeto de Gerenciamento de Unidades de Saúde (GERUS), da FIOCRUZ⁹².

Com a assinatura do Convênio de Municipalização em 1989 a responsabilidade sobre a Supervisão Técnica do Hospital e Maternidade Codrato de Vilhena da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia que, anteriormente era do INAMPS passou a ser da SMSBES. A partir disso, os relatórios realizados pela supervisão passaram a sinalizar prestações de contas incorretas⁹³. Detectou-se, também, que a maioria dos profissionais de saúde de nível superior não possuía vínculo empregatício com o hospital, e, inclusive, não havia plantão de obstetrícia e nem de pediatria, embora essa instituição realizasse 20 partos por dia e fosse à única referência de assistência hospitalar do município. Como hospital filantrópico, a maior parte de seu orçamento provinha de recursos públicos repassados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), entretanto, apresentava resistência em prestar contas desses recursos, além de, muitas vezes, a partir de emendas dos vereadores, o recurso ir diretamente para o hospital sem passar pela fiscalização do gestor municipal. Mesmo sendo hospital conveniado ao SUS discriminava alguns pacientes não realizando o atendimento, tais como casos de tuberculose, hanseníase, acidente vascular cerebral, AIDS etc.. Essa situação foi

⁹³ Ilson Peixoto, entrevista em 25/03/03, Angra dos Reis.

discutida em sucessivas reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS) propondo-se negociações com a Provedoria da Santa Casa de Misericórdia com o intuito de melhorar a assistência à população, que contudo não foram efetivadas^{96 ssss}.

Assim, no início da segunda gestão do Partido dos Trabalhadores (1993-1996), em maio de 1993, a Prefeitura Municipal de Angra dos Reis (PMAR) junto com o CMS optaram por uma intervenção no hospital. Embora num primeiro momento esse ato tenha sido suspenso por uma liminar judicial, com o apoio do movimento popular essa intervenção foi concretizada num processo de Co-gestão pelo qual a prefeitura não herdaria o passivo trabalhista da instituição que seria administrada por um Conselho Gestor composto por um representante da PMAR, pelo Provedor da Irmandade da Santa Casa, por um representante do Conselho Municipal de Associação de Moradores, pelo representante dos trabalhadores de saúde desse hospital e, mais tarde, 1998, pelos representantes dos Conselhos Distritais de Saúde^{92,96 tttt}. O Conselho Gestor de Saúde da Santa Casa (CGSSC) foi nomeado pelo Conselho Municipal de Saúde com a finalidade de “*executar o acompanhamento e fiscalização dos recursos da instituição e sua aplicação; elaborar políticas de recursos humanos em conjunto com os funcionários e discutir o plano de aplicação de investimentos do hospital*”⁹² (p. 8). Com a intenção de promover uma assistência hospitalar de qualidade, a diretora técnica do hospital foi indicada para o Curso de Gestão Hospitalar promovido pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da FIOCRUZ.

Essa co-gestão resultou tanto numa gestão mais eficiente dos recursos financeiros quanto numa melhor assistência à população promovida a partir: da contratação de funcionários; implantação de plantão de obstetrícia e pediatria, com obrigatoriedade de presença do pediatra na sala de parto; funcionamento do alojamento conjunto na Maternidade; leitos para pacientes de AIDS e doentes mentais; realização do exame de Cardiotocografia, possibilitando um exame mais detalhado da criança ainda antes de nascer; implantação do ambulatório de Cirurgia Ginecológica; aquisição de Esteira Ergométrica, para detectar problemas cardíacos, e equipamento para realizar exames de endoscopia; inauguração do Centro de Terapia Intensiva Público (CTI), do Pronto Socorro Infantil e convênio com a iniciativa privada em 1995 para uso do tomógrafo, bem como com o Hemonúcleo, em 1999^{92,95}.

^{sss} Ilson Peixoto, entrevista em 25/03/03, Angra dos Reis.

^{ttt} Ilson Peixoto, entrevista em 25/03/2003, Angra dos Reis.

Ainda no início da segunda gestão do PT (1993-1996), a Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social passou por uma reformulação político-administrativa e, após inúmeras discussões e reflexões internas no Colegiado de Governo, foi criada a Secretaria Municipal de Habitação e Desenvolvimento Social, ficando aquela apenas como Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis (SMS). Seguindo as recomendações da Conferência Sobre Reestruturação da Atenção Psicossocial, realizada em Caracas em 1990, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) se inseriu no movimento pela Reforma Psiquiátrica, respaldado pela Reforma Sanitária. O município priorizou a Saúde Mental como um dos programas a ser implementado, contratando, em 1991, por concurso público, realizado em 1990, a primeira equipe de saúde mental composta por psicólogos, assistentes sociais, e psiquiatras. Os Psicólogos e assistentes sociais foram inseridos nos Distritos Sanitários (exceto no 5º Distrito) atendendo às especificidades epidemiológicas de cada região, formando, assim, a primeira equipe mínima de saúde mental descentralizada. No nível Central, no PAM, ficaram os psiquiatras, além do psicólogo e do assistente social do 1º Distrito⁹⁷.

Angra dos Reis não era diferente de nenhuma outra cidade do país. Não sabia lidar com os sofrimentos psíquicos. Portanto a palavra de ordem era internação fora do município para aquele que entrasse em crise. Foi preciso, então, fazer uma intervenção radical. A Equipe de Saúde Mental, com o aval e apoio integral do então Secretário Municipal de Saúde, Dr. Ilson Peixoto, planejou as primeiras e eficazes estratégias de ação: capacitação da Equipe de Emergência do Pronto Socorro Geral e sua reestruturação para receber o usuário com acometimento psíquico, criando um espaço para o seu atendimento chamado “*A Casa da Dinda*”; organização do ambulatório do PAM e dos distritos sanitários e posterior capacitação em saúde mental dos demais profissionais das unidades de saúde desses distritos; estruturação das visitas domiciliares que seriam feitas pela equipe mediante a solicitação da família do usuário em crise; participação nos Conselhos de Saúde com o objetivo de sensibilizar a população para apoiar a luta antimanicomial, bem como a criação de um espaço de convivência digno para esses usuários⁹⁷.

A eficácia da implantação desse Programa conferiu-lhe legitimidade política, no governo e na comunidade, a ponto de nos dias 28, 29 e 30 de agosto de 1992 ser realizado o I Fórum Municipal de Saúde Mental de Angra dos Reis, com ampla participação dos usuários, trabalhadores de saúde mental, poder público municipal, prestadores de serviços e demais organizações da sociedade civil atingindo 215

participantes. O objetivo primordial desse Fórum foi discutir, pela primeira vez no município, a reestruturação da atenção em Saúde Mental, norteado por três temas principais: Avaliação da Assistência em Saúde Mental de Angra dos Reis, Direitos de Cidadania e Tendência da Legislação Psiquiátrica no Brasil e Reforma Psiquiátrica no Brasil. As propostas aprovadas foram encaminhadas para as Conferências Estadual e Nacional de Saúde Mental, acompanhadas pelo documento “*O Vento não pode parar ou a favor de Angra*”; e pela moção de apoio ao pedido de *impeachment* do Presidente da República Fernando Collor de Melo e ao Projeto de Lei Paulo Delgado⁷⁸, que “*dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*”, mais tarde, materializado na Lei Federal 10.216/2001⁹⁸.

Esse Fórum trouxe resultados altamente positivos no sentido de preparar o município para criar, no ano seguinte, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do estado do Rio de Janeiro. Assim, em agosto de 1993, foi inaugurado o Centro de Atividades Integradas de Saúde Mental - CAIS - com sede própria localizada em um dos bairros mais tradicionais, no centro da cidade. O nome CAIS nasceu com dois significados: primeiro por Angra dos Reis ser uma cidade portuária e ter como cartão postal os barcos atracados em seu cais; e, outro, por ser o cais um porto seguro para os seus usuários. O CAIS, enfim, representaria para os usuários um local seguro para a expressão de suas existências com dignidade, e fora dos espaços asilares. Isto significou a redução de 90% das internações dos pacientes de Angra dos Reis em hospitais psiquiátricos nos anos seguintes⁹⁷.

Com a finalidade de resgatar a auto-estima e cidadania dos usuários do CAIS foram estabelecidas várias parcerias com secretarias da Prefeitura Municipal de Angra dos Reis (PMAR) e outras instituições como, por exemplo: Secretaria Municipal de Agricultura e a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado do Rio de Janeiro (EMATER), para viabilizar as oficinas de horta comunitária; padaria e confecção de redes para a pesca e Secretaria Municipal de Educação, para alfabetização dos usuários pelo Projeto MOVA (Movimento de Alfabetização de Adultos dentro da metodologia de Paulo Freire). Paralelamente a estas atividades, o CAIS passou a oferecer esporte, oficinas de expressão corporal e literária; aulas de música; de confecção de cerâmica; tapeçaria; crochê; silk-screen; pintura livre e em tecido. Parte do dinheiro arrecadado com a venda dos artesanatos era destinado à cooperativa, criada com o objetivo de garantir a compra de matéria-prima para a continuidade dos

trabalhos. Como resultado da organização do movimento de reabilitação psicossocial, foi criada a primeira Associação de Familiares, Amigos e Usuários do CAIS (AFAUC) que, como organização sem fins lucrativos passou a receber subvenção da PMAR⁹⁷.

Em 1995, vinculado ao Programa de Saúde Mental, foi criado o Projeto “De Volta Para Casa”, que tinha como objetivo trazer de volta para o município pacientes psiquiátricos internados há vários anos em outras cidades. Este projeto consiste em sensibilizar tanto familiares como a comunidade da necessidade e importância de resgatar a identidade destes pacientes, com o seu retorno para casa e o convívio familiar. A parceria entre Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Habitação e Desenvolvimento Social garantiu cestas básicas de material de construção às famílias dos usuários com a finalidade de auxiliá-las na construção de um quarto para os pacientes. Estes passaram também a receber um salário mínimo pelo direito adquirido com a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Em 23 de abril de 1996, este Projeto foi premiado pela Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial em Rotterdam, Holanda⁹².

Ainda em 1996, o CAIS recebeu da PMAR um Box no Mercado Municipal de Angra dos Reis, denominado “*Inspirados do CAIS*”, para a venda de seus artesanatos.

Em 28 de outubro de 1998, antecedendo à Lei Federal Paulo Delgado⁹⁸, foi promulgada a Lei Municipal nº 763, de autoria da vereadora petista Maria do Carmo Aguiar, que “*dispõe sobre a consolidação da Política de Saúde Mental e Garantia da Cidadania, dos Direitos Cívicos e Trabalhistas das Pessoas que padecem de sofrimento psíquico do Município de Angra dos Reis*”⁹⁹.

No período 1997-1999, a relação da SMS com o Hospital de Praia Brava, da Central Nuclear Almirante Álvaro Alberto (CNAAA) foi bastante conflituosa, principalmente no que se refere à assistência à saúde da população residente na área adjacente à Usina, no caso, o 4º Distrito Sanitário de Angra dos Reis¹⁰⁰.

Em 1º de agosto de 1997, a CNAAA foi desmembrada de Furnas Centrais Elétricas e vinculada a Nuclen Engenharia e Serviços S. A, originando a Eletrobrás Termonuclear S/A – Eletronuclear⁸⁹. A Divisão de Saúde da Central Nuclear, que antes era subordinada técnica e administrativamente ao Departamento de Saúde de Furnas Centrais Elétricas desde 1976, passou a ser subordinada administrativamente à Diretoria de Operação e Comercialização. A partir desta mudança os dirigentes da Empresa decidiram que a obrigação da Usina Nuclear era “gerar energia”, não tendo nada a ver com saúde. Isso causou revolta na comunidade de Angra dos Reis, principalmente na do

4º Distrito Sanitário, pois um dos maiores impactos da construção das Usinas Nucleares de Angra (I e II) na região foi exatamente sobre saúde¹⁰¹. A extensão do atendimento do hospital de Praia Brava aos munícipes era uma contrapartida do empreendimento ao município. Esta questão foi amplamente discutida em vários fóruns de saúde, como o Conselho Municipal de Saúde, a pré-Conferência Municipal de Saúde do 4º Distrito, a Conferência Municipal de Saúde de 1998^{102,103,104}. Entre 1998-1999, Audiências Públicas foram realizadas no município em função dos estudos sobre os impactos sócio-ambientais ocasionados pela construção da Usina (1998-1999). Nesse momento, o poder público, representado pela Prefeitura Municipal de Angra dos Reis, a população organizada e o Ministério Público Federal se uniram na defesa da permanência da utilização do Hospital de Praia Brava pela comunidade.

Em 1º de fevereiro de 1999, a referida Divisão de Saúde da CNAAA foi extinta, e o Hospital de Praia Brava passou a ser administrado pela Fundação Eletronuclear de Assistência Médica (FEAM), uma instituição de caráter privado e sem fins lucrativos tendo como mantenedora a Eletronuclear⁸⁹. Mesmo tendo sido privatizado, devido a pressões sociais e políticas, o hospital manteve o convênio com o SUS tanto no ambulatório como na internação.

Em julho de 1998, o município de Angra dos Reis aderiu ao Programa Nacional da Saúde da Família implantando o primeiro Módulo de Saúde da Família, quando da reinauguração do Posto de Saúde da Vila Histórica de Mambucaba, 4º Distrito Sanitário, resgatando, assim, a história dessa localidade como região de experiências com a atuação de parteiras e o uso de plantas medicinais¹⁰².

No final de 1999, a Secretaria Municipal de Angra dos Reis contava com 1 Pronto Socorro; 1 Unidade de Referência para Especialidades; 3 Unidades Mistas (ambulatório e pronto atendimento 24 horas); 1 Centro de Atividade Psicossocial; 6 Módulos de Saúde da Família; 16 unidades básicas de saúde; 1 Hemonúcleo; 1 Unidade Móvel fluvial; 1 Farmácia Central e 4 Instituições conveniadas no município (Unidade Médica de Praia Brava; H. B. Vieira Laboratório São Dimas; Hospital e Maternidade Codrato de Vilhena; Pestalozzi¹⁰⁵ ^{uuuu}).

Em consequência do alto investimento realizado pelo município na área da saúde e do processo de descentralização administrativa e financeira da Secretaria Municipal de Saúde, o município de Angra dos Reis, no final da década de 90, encontrava-se na

^{uuuu} Instituição sem fins lucrativos, conveniada ao Sus, atendendo crianças com atraso em seu desenvolvimento.

gestão plena do sistema de saúde, estando habilitado a receber o repasse financeiro global do nível federal, direto e automático, exercendo, assim, as suas responsabilidades tanto da capacidade gerencial quanto do reordenamento do modelo assistencial^{92,105}.

Ainda nesse final de século, a fim de melhorar a assistência à saúde da região da Baía da Ilha Grande, os municípios de Angra dos Reis e Parati assinaram um consórcio intermunicipal para desenvolver em conjunto as ações de saúde que lhes correspondem, respaldados pela Lei Federal 8.080/1991¹⁰⁵.

CAPÍTULO IV - DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO MUNICÍPIO DE ANGRA DOS REIS NO PERÍODO 1989-1999

1. O Processo de Formulação e Institucionalização da Política de Saúde Indígena no Município de Angra dos Reis

Como mencionado anteriormente, a Política Nacional de Saúde Indígena foi aprovada e começou sua implementação, juntamente com o Subsistema de Atenção Indígena, em nível nacional, em 1999. Entretanto, o processo de formulação e implementação dessa política em Angra dos Reis remonta historicamente aos anos 80 e o percurso para sua institucionalização durou cerca de dez anos, tendo antecedentes na década de 70 e iniciando-se mesmo antes da criação da Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis, em 1980. Esse longo percurso contribuiu para viabilizar, no final da década de 90, a formalização, em nível local, segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Indígena, de uma “Política Municipal de Saúde Indígena” que embora não seja legalmente assim denominada é identificada como tal no sistema de saúde municipal.

Essa história é sinuosa e enredada, envolvendo distintos atores, em permanente negociação, mas evidencia, de forma contundente, a importância da construção coletiva e da vontade política do poder público para enfrentar questões complexas no campo social em geral e da saúde em particular.

Quando da chegada e fixação dos Guarani no município, o atendimento de saúde prestado a esta população era extremamente precário. Nos anos 70, profissionais do Posto de Saúde Estadual Lauro Travassos e voluntários que criaram o serviço volante de atendimento médico-odontológico passaram a atender também os Guarani que moravam no Sertão do Bracuí, provendo ações de saúde, como por exemplo, vacinação. O médico especialista em doenças infecciosas Luís Paes Selles, integrante da equipe, começou a interessar-se, particularmente, pelos problemas de saúde dos Guarani, tais como desnutrição e alcoolismo, assistindo-os mais diretamente. Às vezes, os atendia dentro da própria aldeia, numa construção de alvenaria lá existente; às vezes no Posto de Saúde do Bracuí, criado no final da década de 70, ou mesmo, no próprio Posto de Saúde Estadual, quando os índios iam ao centro da cidade^{90 vvvv}.

^{vvv} Luiz Paes Selles, médico da secretaria Estadual de Saúde e deputado estadual pelo PT de 1987 a 1990. Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em 10/04/03; José Marcos Castilho, foi da Pastoral da Terra e do Grupo Revolucionária e da Organização não-governamental Sapé e prefeito de Angra dos Reis pelo PT no período de 1997 a 2000. Entrevista concedida em Angra dos Reis, em 10/03/03.

Com a criação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em 1980, Luís Paes Selles continuou prestando atendimento à população indígena, embora fosse o chefe do Serviço Médico-Odontológico dessa secretaria^{www}.

A morte do Cacique da Aldeia de Bracuí, Argemiro da Silva, em 1984, que, alcoolizado, foi atropelado na rodovia, levou seu filho Aparício a reivindicar, de forma mais efetiva, melhor assistência à saúde para sua comunidade^{xxxx}. A mãe de Aparício, D. Teresa, que também fazia uso de bebidas alcoólicas, abalada com a morte do marido, fugiu para dentro da mata por uma semana. Como Luís Paes Selles já atendia os índios, Aparício foi procurá-lo para tratar sua mãe, que havia ficado doente. A doença que D. Teresa havia contraído era tuberculose e, com o consentimento do filho, Luís Paes Selles conseguiu levá-la para o hospital e tratá-la. Esse foi o primeiro caso de tuberculose diagnosticado na Área Indígena de Bracuí^{yyyy}.

No final da década de 80, chegou na aldeia o grupo Guarani liderado pelo Cacique Vera Mirĩ, *acompanhado por uma auxiliar de enfermagem da FUNAI*. A situação de saúde do grupo era preocupante, com muitas crianças doentes, desidratadas, com verminose e alguns casos de pneumonia. A auxiliar de enfermagem contatou então o Posto de Saúde do Bracuí, a Prefeitura Municipal de Angra dos Reis e o Hospital Maternidade Codrato de Vilhena da Santa Casa de Misericórdia, que, naquela época, era o único hospital que os Guarani podiam utilizar, uma vez que o Hospital da Usina Nuclear, embora mais próximo da reserva, ainda não era acessível a eles² (p. 41-46), tendo sido disponibilizado o atendimento a essa população apenas a partir dos anos 90.

A chegada desses Guarani à Aldeia de Bracuí, mobilizou a Diretora do Departamento de Saúde Comunitária da Secretaria Municipal de Saúde, Gilza Betzler de Oliveira Machado (médica do INAMPS e do estado, cedida para o município de Angra dos Reis) que, sensibilizada com a situação, passou a ir à Aldeia esporadicamente para vacinar as pessoas da comunidade, principalmente as crianças. Nessa época, entre 1986-1988, Gilza participava da elaboração do Projeto de Municipalização da Saúde de Angra dos Reis, como membro da Equipe Técnica daquela Secretaria⁹⁰.

Quando o dentista e ecologista Neirobis Nagaie do Partido dos Trabalhadores, assumiu a prefeitura de Angra dos Reis, em 1989, convidou para compor sua equipe pessoas ligadas ao movimento popular (cultural, ecológico, luta pela terra, pastoral da

^{www} Luiz Paes Selles, entrevista em 10/04/03, Niterói, Rio de Janeiro.

^{xxxx} José Marcos Castilho, entrevista em 10/03/03; Luís Paes Selles, entrevista em 10/04/03.

^{yyyy} Luiz Paes Selles, entrevista em 10/04/2003; Aparício da Silva, entrevista em 19/04/2003; Joana Azevedo, entrevista em 23/01/2003.

terra e da saúde), como por exemplo, o professor Zequinha Miguel e José Marcos Castilho que assumiram, respectivamente, a Secretaria Municipal de Cultura e Esportes e a Secretaria Municipal de Agricultura e Pesca.

Com a saída de Aparício da Aldeia de Bracuí (1987), as novas lideranças do grupo Guarani foram buscar o apoio do então Secretário de Cultura, Zequinha Miguel, que, anteriormente, já vinha ajudando a comunidade^{zzzz}. Para auxiliá-lo no trabalho de apoio aos índios, o secretário contratou a indigenista Marisa Ricardo Sestine, que havia trabalhado com os Guarani do estado do Rio de Janeiro numa organização não governamental (Centro de Trabalho Indigenista- CTI). A Secretaria de Cultura passou, então, a ser um órgão de referência para a população indígena no governo municipal. Foi a partir dessa secretaria que os primeiros açudes da aldeia foram construídos. Partiu também daí a iniciativa de apoiar o projeto de escolarização que a comunidade indígena vinha solicitando, bem como a articulação com a Secretaria de Educação para que a aldeia pudesse receber a merenda escolar. Posteriormente, as Secretarias de Educação e de Agricultura e Pesca começaram a atuar de modo mais sistemático no local^{aaaaa}.

Nos dois primeiros anos desse governo (1990 e 1991), a Secretaria Municipal de Saúde não previu no seu planejamento uma assistência diferenciada para a reserva indígena, por avaliar que os Guarani deveriam ser atendidos no Posto de Saúde do Bracuí. Zequinha Miguel, por conhecer mais de perto a realidade indígena e a distância da aldeia até o posto, e por não ter conseguido discutir e negociar essa questão no Colegiado de Governo, resolveu contratar o médico angrense Uedson Barbosa Meira para prestar atendimento na área, embora tivesse sido contratado como “professor de um curso de conscientização corporal”. Esse artifício foi necessário porque, obviamente, a Secretaria Municipal de Cultura e Esportes não podia contratar profissionais para prestar atendimento de saúde no município^{bbbbb}.

Uedson havia sido do grupo de teatro Revolucionária e estava trabalhando como médico do exército no Rio de Janeiro quando foi chamado por Zequinha para atender, aos sábados, na aldeia indígena. Para acompanhá-lo nos atendimentos, que ocorreram de junho de 1990 a agosto de 1991, o médico contou com o apoio do motorista Carlos, da Secretaria de Agricultura e Pesca, da técnica de enfermagem da FUNAI, Carla de Oliveira, que estava sendo transferida de Ubatuba, São Paulo, para a localidade, e do

^{zzzz} Como mencionado anteriormente, antes de ser secretário de cultura, Zequinha Miguel era do grupo de teatro Revolucionária e da Organização Não-governamental Sapé.

^{aaaaa} José Miguel Filho (Zequinha Miguel), 14/01/2003.

^{bbbbb} José Miguel Filho, Zequinha Miguel, entrevista em 14/01/2003.

Guarani Domingos Venite, posteriormente, presidente da Associação Comunitária Indígena de Bracuí (ACIBRA).

Como resultado desse trabalho identificaram-se as principais doenças encontradas entre os índios nessa época – verminoses, infecções respiratórias e de pele, diarreias, alcoolismo – além de serem detectados casos mais graves, como o de uma garota de 14 anos com síndrome nefrótica e que necessitava internação hospitalar^{cccc}. Considerando a forma “alternativa” de contratação desse médico, não foi possível, nesse período, realizar registros formais dos atendimentos e contabilizar os dados epidemiológicos sobre a saúde indígena no sistema de informação da Secretaria de Saúde.

No período de 11 de junho a 07 de julho de 1990 estava sendo realizado, no Rio de Janeiro, no Núcleo de Estudos em Saúde de Populações Indígenas (NESPI), da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o Curso Introdutório de Formação de Agentes Indígenas de Saúde para os índios do Alto Xingu, Tikúna e Kaxinawá. Como Domingos Venite pretendia continuar viabilizando o atendimento aos pacientes da aldeia, Marisa Sestine, indigenista da Secretaria de Cultura, contactou o NESPI, formalizando a matrícula do líder Guarani. Entretanto, Domingos só conseguiu chegar no final do curso em decorrência do atraso da secretaria na liberação das passagens e diárias. Embora não tenha recebido o diploma, os professores, sensibilizados, organizaram para ele um programa condensado para que pudesse ser capacitado^{dddd}.

Em 1991, foi realizada a I Conferência Municipal de Saúde de Angra dos Reis (I CMS), como parte do processo de organização da 9ª Conferência Nacional de Saúde (9ª CNS), realizada em 1992, em Brasília. Essa CMS, respaldada pela Lei Orgânica do município (1990), contou com delegados indígenas e da FUNAI^{ceccc}, apontou a necessidade de organização da assistência diferenciada à saúde desse grupo populacional, residente no município, recomendando que a atenção fosse, de alguma forma, realizada dentro da aldeia, dada a sua localização ser distante da Unidade de Saúde Bracuí, serviço de referência para os índios, viabilizando a inserção de seus representantes nos conselhos participativos do sistema, tais como Conselho Municipal

^{cccc} Uedson Barbosa Meira, médico. Participou do grupo de teatro Revolucionária, entrevista por meio telefônico, concedida em 27/06/2004.

^{dddd} Verani, entrevista em 20/03/03.

^{ceccc} Como relatado anteriormente, nessa ocasião a FUNAI já contava com uma representação no município subordinada à Administração Regional de Bauru, São Paulo.

de Saúde, Conselho Gestor da Unidade Municipal de Saúde do Bracuí e no Conselho Municipal de Orçamento Participativo⁹³ fffff.

A partir daí, a Secretaria Municipal de Saúde passou a responder pela atenção à saúde dos Guarani, antecipando-se ao movimento nacional de responsabilização do Ministério da Saúde pela saúde indígena.

Nesse mesmo ano (1991), os Conselhos Gestores de Saúde (CGS) foram formados nos 5 Distritos Sanitários do município. Seguindo a recomendação da I CMS, o Conselho Gestor da Unidade de Saúde do Bracuí^{egggg}, localizada no 4º Distrito Sanitário, agregou, desde sua criação, lideranças locais mais antigas do movimento de luta pela terra, da pastoral da terra e da saúde, incluindo também os índios Assim, fizeram-se representar os remanescentes do quilombo, os caiçaras e os Guarani. Entre os conselheiros estavam: o presidente da Associação de Moradores do Bracuí, Sr. Manoel Moraes, a parteira D. Joana, o Cacique Vera Mirĩ, o Sr. João da Silva e seu filho Algemiro da Silva^{hhhhh}. Pela sua rica experiência em participar de movimentos sociais, Sr. Manoel Moraes foi escolhido para ser o presidente do Conselho e, por ser analfabeto, convidou Algemiro para ser o secretário, surpreendendo alguns participantes que achavam que ninguém da Aldeia de Sapukai de Bracuí soubesse ler e escrever¹⁰⁶.

Como a Unidade de Saúde do Bracuí era referência também para outras áreas populacionais, as reuniões do Conselho Gestor da unidade, inicialmente, passou a ser itinerante, realizando reuniões mensais em distintas localidades, visando conhecer a realidade sanitária local, bem como esclarecer a importância da participação de cada conselheiro nas discussões para conseguir melhorar a assistência à saúde das populações. A ida dos conselheiros à Aldeia Sapukai foi muito importante para fortalecer a integração entre as comunidades, dando oportunidade aos representantes não-indígenas de compreender melhor o modo de vida dos Guarani, identificando suas dificuldades e, conseqüentemente, passaram a respeitar mais a cultura indígena.

Nessa reunião, as lideranças indígenas explicaram que os Guarani ainda não aceitavam facilmente as práticas da medicina alopática e, mesmo usando os “remédios

^{ffff} Mais tarde, em 1997, os representantes indígenas obtiveram assento também no Conselho Gestor do Hospital e Maternidade Codrato de Vilhena da Santa Casa de Misericórdia.

^{eggg} A partir de 1991, a unidade de saúde do Bracuí passou a dispor de ambulatório de clínica geral, pediatria, gineco-obstetrícia, odontologia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, além dos serviços de enfermagem e, coleta de material para exames clínicos.

^{hhhh} Algemiro da Silva, filho do Cacique Vera Mirĩ, da Aldeia Sapukai, a partir da década de 90 começou a se destacar como uma liderança voltada para a educação indígena, se tornando professor indígena e diretor da Escola Guarani de Sapukai. Entrevistado em 1995, na Aldeia Sapukai, Bracuí, Angra dos Reis.

do branco” (Juruá) eles tinham, também, sua própria medicina tradicional e sua religião. Os partos na comunidade, salvo alguns casos excepcionais, eram realizados com as parteiras da aldeia e as mulheres evitavam filhos com “remédio do mato”. Comentaram ainda que as mães indígenas tinham muito receio de internar seus filhos no hospital, com medo de que, caso viessem a morrer, fossem enterrados na cidade, como aconteceu no passado. Por fim, disseram que, pelo fato da maioria dos Guarani não dominarem a língua portuguesa, sentiam-se discriminados no hospital e nas unidades de saúde, inclusive na do Bracuí.

O que pôde ser constatado em relação aos funcionários da Unidade de Saúde do Bracuí era que alguns tinham, realmente, dificuldade em atender bem a comunidade indígena, alegando que quando os Guarani vinham à unidade “cheiravam mal”, com cheiro de fumaça, e estavam sempre sujos. Isso fazia com que os índios que estivessem precisando de algum tipo de atendimento de saúde se afastassem da unidade, ou quando iam, ficavam receosos de se aproximar da sala de espera, permanecendo do lado de fora, além de que, quando eram chamados, por não entenderem direito o português, não se identificavam e perdiam a consulta. A comunicação médico-paciente era prejudicada pelo não entendimento da língua, pois os índios respondiam as perguntas dos profissionais apenas por monossílabos (sim ou não).

Sendo o Conselho Gestor paritário e contando com a representação dos trabalhadores de saúde, essa questão foi discutida e, com o apoio da Secretaria de Saúde, começou-se a debater estratégias para que os Guarani pudessem ser melhor atendidos. Decidiu-se que todos os Guarani que viessem a unidade seriam acompanhados por um “interprete indígena”ⁱⁱⁱⁱ para auxiliar durante as consultas.

Os assuntos referentes ao atendimento hospitalar e aos enterros foram levados ao Conselho Municipal de Saúde. A decisão foi que deveria ser realizado um trabalho de sensibilização com os profissionais do Pronto Socorro Municipal, do Hospital e Maternidade Codrato de Vilhena e do Hospital da Usina Nuclear, todos com representação nesse Conselho. Foi ainda assegurado o direito dos índios de enterrarem seus mortos na aldeia, quando viessem a falecer no hospital.

A realização de concurso para a área da saúde, em 1990, havia propiciado a implantação do Programa de Saúde Mental no município pela Secretaria de Saúde, que contratou psicólogos e assistentes sociais para trabalhar nos distritos sanitários, a partir de 1991. Por solicitação do então chefe de Posto da FUNAI no município, Rômulo

ⁱⁱⁱⁱ Esse “interprete indígena”, mais tarde, veio a ser oficialmente o agente indígena de saúde.

Siqueira de Sá, preocupado com o problema do alcoolismo na área indígena, o Secretário de Saúde, na época, o médico sanitarista Ilson Peixoto, que também já se mostrara sensibilizado com a situação dos Guarani, liberou parte da carga horária da psicóloga lotada no 4º Distrito Sanitário para trabalhar na aldeia, já que havia trabalhado anteriormente com populações indígenas. Essa profissional passou também a integrar o Conselho Gestor de Saúde do Bracuí, procurando aproximar os representantes da Secretaria de Saúde com os da comunidade não-indígena e os dos Guarani.

Desde então, foram iniciados, de forma mais sistemática, os trabalhos de saúde com a comunidade Guarani, desenvolvendo-se atividades de cunho preventivo, enfocando-se, entre outros, o problema do alcoolismo na área indígena, a partir da conscientização da população indígena e não indígena residente próxima à reserva, sobre os riscos do consumo de bebidas alcoólicas. A FUNAI, com seu “poder de polícia”, atuava proibindo a venda de bebidas alcoólicas aos índios nas imediações da aldeia, bem como colocando cartazes sobre essa proibição. Pode-se, entretanto, afirmar que essas medidas, por si só, não resolveram a questão do alcoolismo na comunidade.

Em síntese, as precárias condições de saúde dessa população, incluindo problemas advindos de seu contato com os grupos não-indígenas, como o alcoolismo e aquisição de outros hábitos vetados na sua cultura, e as dificuldades para que os índios fossem atendidos nas unidades de saúde tradicionais, sobretudo pela discriminação, desconhecimento e desrespeito aos seus hábitos, tradições e modo de vida, levou os Guarani a se organizarem, com o apoio dos não-índios simpáticos à sua causa, para reivindicar assistência à saúde na aldeia e mudanças significativas no *modus operandi* do sistema de saúde. Essa reivindicação foi levada ao Conselho Municipal de Saúde e, em 1992, uma médica da Unidade de Saúde Bracuí passou a prestar atendimento semanal nessa área. Posteriormente, com a formalização desse atendimento, uma vez por mês era feita também a imunização, principalmente, das crianças. Mesmo assim, esta produção de serviços não era contabilizada como sendo realizada na aldeia indígena, entrando na produção geral do posto do Bracuí. No decorrer dos trabalhos dessa profissional, os casos que necessitavam de assistência especializada eram referenciados para a rede municipal de serviços de saúde, cujos profissionais aindaⁱⁱⁱⁱ não se encontravam sensibilizados em relação à especificidade dessa população.

ⁱⁱⁱⁱ Posteriormente, a partir de 1994, a Secretaria Municipal de Saúde investiu na capacitação antropológica dos profissionais de saúde em parceria com a FIOCRUZ.

Como as condições de acesso à aldeia dificultavam, em alguns momentos, tanto a vinda dos índios à unidade quanto a ida da médica à aldeia, a solução foi utilizar a viatura e motorista da então recém-criada Fundação Nacional de Saúde (FNS), responsável pelo monitoramento das endemias no município. Na realidade, a FNS era a única instituição federal com representação no município que possuía veículo apropriado para estradas de difícil acesso, o que levou o secretário de saúde a solicitar formalmente a utilização desse transporte.

Um problema freqüente detectado durante esses atendimentos na aldeia foi a ausência de certidão de nascimento, principalmente, das crianças, uma vez que os indígenas apenas contavam com a certidão da FUNAI, que ficava no escritório regional da Instituição em Bauru, São Paulo. Segundo a lei, os índios tutelados por essa instituição não precisavam ser registrados no cartório da cidade.

No ano de 1993, uma criança recém-nascida foi levada ao Hospital e Maternidade Codrato de Vilhena e veio a falecer. Como não tinha certidão de nascimento para fazer o atestado de óbito, a criança não podia ser levada para a aldeia. Esse fato gerou um enorme transtorno, pois a mãe, por não entender exatamente o que estava acontecendo e para cumprir a tradição, não queria deixar o filho morto no hospital. O problema foi contornado solicitando à FUNAI que enviasse, por fax, a certidão da criança (que se encontrava em Bauru). Esse episódio fez com que a Secretaria de Saúde passasse a utilizar um registro dos nascimentos indígenas na Unidade de Saúde do Bracuí, a partir da Declaração de Nascidos Vivos (DNV), implantadas no município no final de 1991, que eram regularmente preenchidas após os partos domiciliares na aldeia e enviadas para o setor de epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde. No início, como era um documento oficial do Ministério da Saúde, não vinha discriminado o campo “indígena”, o que era feito a mão e a lápis. A partir daí esse setor pode ter um registro de nascidos vivos da aldeia e as crianças, com esta declaração, passaram a ser, aos poucos, registradas no cartório de Angra dos Reis¹⁰⁷.

Com a transferência da responsabilidade da saúde indígena para a FUNASA, (Decreto 23/1991), as coordenações regionais dessa Fundação passaram a contactar os governos municipais e estaduais, além de instituições de pesquisa, universidades, órgãos públicos ambientais e unidades hospitalares, para estabelecer parcerias com o objetivo de viabilizar a execução de ações de saúde nas áreas onde havia populações indígenas. Essa articulação seria fundamental para a implantação, recomendada pela I Conferência

Nacional de Proteção à Saúde do Índio (I CNSPI), dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Inicialmente, foi proposta a criação de um único Distrito Sanitário Especial Indígena para São Paulo e Rio de Janeiro, abrangendo as etnias Guarani, Kaingang, Terena e Krenak, sendo estas três últimas localizadas no interior de São Paulo, perto do município de Bauru¹⁰⁸.

Em junho de 1992 foi realizado em São Paulo, o Encontro Interinstitucional de Saúde Indígena Guarani, com a participação da FUNAI e FUNASA e de várias outras instituições^{kkkkk}. Este encontro teve como objetivo aprofundar e consolidar a reflexão e o empenho dessas instituições para a criação do Distrito Sanitário Especial Indígena de São Paulo-Rio de Janeiro. O encontro apontou para a necessidade de incluir todas as áreas indígenas desses estados, mesmo abrangendo outras etnias, para justificar a criação de um Distrito Sanitário Indígena, o que requeria um número mínimo de 1.500 índios, devido às normas estabelecidas para constituição das Equipes de Saúde Indígena no Distrito¹⁰⁸.

A partir dessa reunião, foi formado um grupo de trabalho multiprofissional para auxiliar na implantação desse Distrito^{lllll}. Essa equipe realizou um diagnóstico preliminar da situação de saúde dos indígenas nesses estados, no período 1992-1993. Para isso, percorreu todas as áreas indígenas no eixo São Paulo Rio de Janeiro com a finalidade de atualizar os dados sobre a saúde dessas populações, fazer inventários, colher depoimentos, críticas e sugestões de cada comunidade, bem como buscar apoio dos municípios para a organização da atenção à saúde. Entretanto, não foi possível levantar dados sobre prevalência das doenças mais comuns em cada aldeia, devido a ausência de um sistema de informação de saúde indígena integrado ao SUS. Os dados disponíveis, bastante incompletos, foram obtidos com a FUNAI. Mesmo assim, os perfis epidemiológicos analisados acusaram predominância das doenças infecto-

^{kkkkk} Participaram também desse encontro representantes das seguintes instituições: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Secretaria de Estado de Meio Ambiente e de Saúde de São Paulo, FUNAI (representação da Administração Regional de Bauru e da sede em Brasília), Escola Paulista de Medicina, Casa do Índio de São Paulo, Conselho Indigenista Missionário (CIMI), Secretaria Municipal de Saúde de São Sebastião, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Coordenação Regional da FUNASA de São Paulo, Coordenação da Saúde do Índio (COSAI) de Brasília.

^{lllll} O grupo de trabalho era formado por uma médica sanitária da Coordenação Regional da FUNASA/SP, por uma pesquisadora da FUNASA/SP, por um técnico em educação e saúde da FUNASA/SP, por uma arte-educadora da Associação de Arte Educadores de SP, por um odontólogo da FUNAI, por uma enfermeira da FUNAI (ADR de Bauru), por um médico sanitário da Secretaria Estadual de Saúde de SP, por um indigenista da FUNAI (SP), por um agente administrativo da FUNASA/SP, por uma técnica em informática da FUNASA/SP, por uma antropóloga da FUNAI (de São Paulo), por uma enfermeira da Secretaria de Saúde Pública de São Paulo.

contagiosas e grande incidência de doenças diarréicas, indicando a falta de saneamento básico. Além disso, em decorrência da queixa dos índios em relação à precariedade do atendimento de saúde prestado, a equipe detectou a necessidade de priorizar intervenções de caráter multidisciplinar junto à rede do SUS e propôs um programa de educação em saúde para o distrito, visando incentivar e apoiar o processo de organização e representação desses grupos junto aos não-índigenas¹⁰⁸.

Foi consenso entre a coordenação regional da FUNASA de São Paulo e a do Rio de Janeiro que a primeira ficasse com a coordenação dos trabalhos pelos seguintes motivos: a atuação da Equipe de Saúde Indígena de São Paulo (ESAI-SP) nas áreas indígenas estava mais capacitada do que a da Equipe do Rio de Janeiro; as populações indígenas fluminenses (Angra dos Reis e Parati) eram menores do que as paulistas; e ambas aldeias estavam na área de jurisdição da FUNAI, em Bauru (São Paulo).

Quando, em 1992, a ESAI-SP visitou o município de Angra dos Reis, constatou que o município já prestava assistência básica de saúde à população indígena, com a unidade de saúde de referência do Bracuí, e atendimento hospitalar no Hospital e Maternidade Codrato de Vilhena e no Hospital da Usina Nuclear. Antes dessa visita, o coordenador do Núcleo de Estudos em Saúde de Populações Indígenas (NESPI), da FIOCRUZ, Ulisses Confalonieri, que era, na época, coordenador da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) já havia contactado tanto o representante da FUNAI quanto a Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis. A equipe da ESAI-SP observou, também, que a FUNAI já vinha atuando em conjunto com o município. Esse cenário foi favorável à futura parceria interinstitucional que seria articulada, apesar dos conflitos existentes em nível nacional, entre FUNAI e FUNASA^{mmmmm}.

No que se refere à aldeia Sapukai de Bracuí, o diagnóstico da situação de saúde realizado por essa equipe apresentou o seguinte quadro: enfermidades diarréicas, doenças respiratórias, verminoses, alcoolismo, dermatites, doenças reumáticas, diabetes mellitus com seqüela oftálmica, entre outras. Quanto ao saneamento básico, foi constatado que não havia sistema de escoamento e coleta de dejetos. Em relação ao Plano de Emergência da Usina Nuclear foi observado também que embora a aldeia estivesse situada próxima ao empreendimento não era incluída nesse plano¹⁰⁸.

^{mmmmm} Além destas instituições foram formadas parcerias com NESPI-ENSP/FIOCRUZ, Associação do Arte-Educadores do Estado de SP, Associações Indígenas, FURNAS Centrais Elétricas (Hospital da Usina Nuclear de Angra dos Reis), Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente do Rio de Janeiro (FEEMA).

Em relação ao incentivo à valorização das práticas tradicionais da medicina indígena, preconizado pela I CNSPI, o que chamou a atenção da equipe da FUNASA foi encontrar, na Unidade de Saúde Bracuí, a construção de uma horta medicinal pela comunidade local, incluindo os Guarani, com o apoio das Secretarias Municipais de Saúde, Agricultura, Obras, Meio Ambiente e Educação¹⁰⁸. Havia um grande número de plantas medicinais comumente utilizadas na região, entretanto foram selecionadas, para serem cultivadas na horta, apenas duas espécies de plantas que já eram validadas cientificamente: o guaco, para as infecções respiratórias e o hortelã, no combate às verminosesⁿⁿⁿⁿⁿ.

A partir desse levantamento, as coordenações da FUNASA do Rio de Janeiro e de São Paulo e o NESPI/FIOCRUZ começaram a ir ao município de Angra dos Reis com maior frequência, constituindo um grupo de trabalho, j com os profissionais de saúde local que prestavam assistência na aldeia e as lideranças indígenas^{108ooooo}. Este núcleo passou a ser um elo importante de articulação entre a comunidade indígena e os profissionais da Unidade de Saúde Bracuí, no que diz respeito à sensibilização dos profissionais em relação à especificidade cultural dos índios. Possibilitou também a capacitação desses profissionais nos cursos realizados pela FIOCRUZ (Curso de Atualização em Saúde de Populações Indígenas, do NESPI-ENSP/FIOCRUZ).

A FUNASA também procurou, em 1993, a parceria do município para viabilizar a execução das ações de saneamento na Aldeia de Sapukai, já que essa instituição é responsável pelas melhorias em saneamento básico em áreas indígenas. Foi proposto a construção de módulos sanitários^{ppppp} ao verificar a falta de condições adequadas de saneamento básico no local e após plena concordância dos Guarani para a realização de tais obras. Entretanto, esse contato foi interrompido até 1995, em função da polêmica levantada por uma Organização não-Governamental que atuava nessa comunidade sobre a inadequação de construções sanitárias em áreas indígenas.

ⁿⁿⁿⁿⁿ Com a realização da II Conferência Municipal de Saúde de Angra dos Reis (1993) foi enfatizada a importância da implantação de um programa de uso de plantas medicinais no município, devido à especificidade das populações indígena, quilombola e caiçara do local. Como na Unidade de Saúde do Bracuí já existia uma horta, este local foi selecionado como projeto piloto, escolhendo-se plantas baseadas em critérios de uso popular, conhecimento científico e capacidade de atender problemas de saúde mais frequentes.

^{ooooo} Esse grupo de trabalho, incluiu também representantes das aldeias e da Secretaria Municipal de Parati e formou posteriormente o Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena do Estado do Rio de Janeiro (NISI), uma vez que os NISIs foram criados no âmbito dos estados com a finalidade, entre outras, de auxiliar na implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

^{ppppp} Um módulo sanitário é composto por um banheiro com privada e pia, um chuveiro e um tanque para lavar roupa, contendo as instalações necessárias de fossa e sumidouro para esgotamento dos efluentes.

Em 1993, as Coordenações Regionais da FUNASA do Rio de Janeiro e de São Paulo realizaram no município de Angra dos Reis, a I Conferência Municipal de Saúde Indígena, reunindo, pela primeira vez, as comunidades indígenas e os representantes das Secretarias de Saúde desse município e de Parati, com o objetivo de viabilizar estratégias de implantação da política de saúde indígena nessas localidades¹⁰⁹.

Após essa Conferência foi realizada a I Conferência Estadual de Saúde Indígena na cidade do Rio de Janeiro, em 1993, que contou com a participação de representantes indígenas, das secretarias de saúde de Angra dos Reis e Parati, do Conselho Indigenista Missionário (CIMI), do Museu do Índio, da Casa do Índio, do NESPI/FIOCRUZ, das Coordenações Regionais da FUNASA de Rio de Janeiro e São Paulo e da Administração Regional da FUNAI de Bauru e do Posto Indígena da FUNAI de Angra dos Reis e Parati. A partir daí, foi realizada, em São Paulo, a I Conferência Macro-Regional de Saúde Indígena SP-RJ, com a finalidade de discutir a implantação do Distrito Sanitário Indígena SP-RJ para ser levado à II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (II CNSPI) que foi organizada naquele ano^{3,110}.

A participação dos Guarani de Angra dos Reis como delegados na II CNSPI foi facilitada pela experiência anterior de sua participação nos vários fóruns sociais (Conselho Municipal de Saúde, Conselho Gestor, Orçamento Participativo).

Embora em nível nacional, a partir de 1994, a Coordenação de Saúde Indígena tivesse retornado para a FUNAI, no âmbito do município de Angra dos Reis as alterações das atribuições entre os órgãos federais responsáveis pela saúde indígena não causaram grande impacto, pois o município continuou executando as ações de saúde na área indígena e mantendo as reuniões rotineiras com os parceiros institucionais.

Nesta mesma época, a médica da Unidade de Saúde do Bracuí que atendia também a população indígena se ausentou tendo sido substituída por outro profissional contratado por tempo determinado por um período de dois anos. Com o término desse contrato, ambas as comunidades – indígenas e não indígenas - ficaram desassistidas e o município solicitou as instituições parceiras que apoiassem a contratação de um médico para a Aldeia. Diante dessa solicitação, houve um impasse, pois a FUNAI, embora fosse responsável pela assistência, não tinha o recurso financeiro necessário para tal; e a FUNASA, por sua vez, estava impossibilitada de formalizar tal contratação, pois estava fora do âmbito de sua competência. Provisoriamente, o que se conseguiu foi contar com um profissional colaborador eventual, pago pela FUNASA, até que o município viabilizasse a contratação de outro médico¹¹¹.

Nesse ínterim, a discussão sobre o Distrito Sanitário dos Povos Indígenas de São Paulo-Rio de Janeiro se arrefeceu e a Coordenação Regional da FUNASA no Rio de Janeiro, estando agora mais estruturada, passou a assumir as aldeias do seu estado, ficando as aldeias paulistas sob a responsabilidade da Coordenação Regional de São Paulo.

Entretanto, em nível local, o município continuava realizando o planejamento dos distritos sanitários do sistema de saúde, fazendo investimentos na rede na perspectiva de melhorar o acesso da população aos serviços de saúde. Aproveitando o momento em que as comunidades indígenas e não-indígenas estavam pleiteando a criação de unidades de saúde nas suas localidades, os representantes indígenas reivindicaram no Conselho Gestor, no Conselho Municipal de Saúde e no Conselho de Orçamento Participativo, a instalação de uma unidade dentro da Aldeia¹¹².

Assim, enquanto se observavam conflitos institucionais no âmbito federal, relativos à responsabilidade da gestão da saúde indígena, o município inaugurou em 1995, como resultado das reivindicações dos Guarani, a primeira unidade municipal de saúde do país em área indígena, na aldeia Sapukai de Bracuí - Unidade Básica de Saúde Indígena - conveniada com o SUS e em parceria com a FUNASA e FUNAI⁹². Finalmente, com essa unidade, os dados de informação da população da Aldeia passaram a ser computados, uma vez que os formulários foram adequados para tal¹¹³.

Essa Unidade foi cadastrada no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) sob o número 0052434, com o nome escolhido pelos Guarani “Oonhamemo Maendua Hagwa Poarei” que significa Casa de Tratamento e Remédios Caseiros, mostrando a que se propunha a unidade para essa comunidade, que desejava construir uma horta medicinal, tal como havia sido feito na Unidade de Saúde Bracuí. Enquanto a população não-indígena costuma inaugurar serviços públicos homenageando pessoas já falecidas, os Guarani não têm a prática de homenagear pessoas que morreram, sendo por esta razão escolhido o nome funcional da Unidade de Saúde da Aldeia.

A gestão dessa unidade passou a se dar pela interlocução das esferas federal e municipal de Governo, em conjunto com o Conselho Gestor da Unidade de Saúde da Aldeia e, como o cacique é a autoridade máxima da Aldeia, ele também passou a representar a maior autoridade no Posto de Saúde, devendo ser ouvido e consultado em todas as decisões que forem tomadas em relação às ações de saúde. Sendo assim, não há um diretor de unidade como nas outras mas sim um coordenador de equipe, uma vez que a “figura de diretor” está vinculada à pessoa do Cacique Vera Mirĩ.

Além de seu próprio Conselho Gestor, os representantes indígenas continuaram a participar no Conselho Gestor da Unidade de Saúde do Bracuí. O Conselho Gestor da Unidade de Saúde da Aldeia foi composto por uma representação da FUNASA e da FUNAI, além das representações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), dos servidores de saúde que trabalhavam na unidade, dos agentes indígenas de saúde e da comunidade Guarani.

Nesse momento, após solicitações dos Guarani no Conselho Gestor e negociações da FUNASA com a SMS, o odontólogo de uma Unidade de Saúde do 4º Distrito Sanitário passou a dividir sua carga horária entre esta Unidade e a Unidade de Saúde da Aldeia.

Visando dar continuidade ao processo de treinamento de recursos humanos, a Secretaria Municipal de Saúde, a partir da Coordenação de Saúde desse distrito solicitou ao odontólogo da FUNAI, Eduardo Matos Biral, que pudesse capacitar esse profissional que, posteriormente fez também o Curso de Atualização em Saúde das Populações Indígenas oferecido pelo NESPI/FIOCRUZ.

Entretanto, apesar desses avanços, diversas dificuldades permaneceram, principalmente as relacionadas com a necessidade de compatibilizar as tradições indígenas com as práticas de saúde do SUS, uma vez que, por um lado, a Secretaria Municipal de Saúde tentava realizar as ações de saúde segundo suas rotinas padronizadas, e por outro lado esbarrava sempre na resistência dos índios em aceitá-las, por causa de suas tradições e hábitos culturais, tais como a não permissão de contato com o recém-nascido antes de uma semana de vida, a não aceitação dos exames preventivos nas mulheres, a não realização de pré-natal e a impossibilidade da transfusão de sangue não-guarani. Vale mencionar o episódio em que os Guarani encaminharam, por meio do Conselho Gestor da Aldeia, um documento, ao secretário de saúde, solicitando que o médico pudesse usar mais práticas medicinais deles, pois estavam preocupados com a notícia, que acompanharam pela televisão, sobre falsificação dos medicamentos. Outro caso esclarecedor foi o de um jovem Guarani que foi internado, na época, no Hospital e Maternidade Codrato de Vilhena e precisou ser transfundido. Isto gerou um enorme problema na Aldeia, pois os Guarani não aceitavam tal procedimento. As negociações no Conselho Gestor da Unidade da Aldeia pôde-se chegar a uma solução. O representante do hospital explicou às lideranças que na cultura não-indígena, quando há a necessidade de fazer a transfusão de sangue, e a pessoa está internada, não há como não fazê-la, pois isto significaria omissão de socorro, além de

que o paciente poderia vir a morrer. Para evitar que os Guarani pudessem ter resistência à internação, com receio de que tal procedimento viesse acontecer, foi proposto que o hospital viabilizasse um banco de sangue Guarani, para ser utilizado quando fosse necessário. Os representantes indígenas aceitaram também que este banco pudesse servir a outros pacientes não indígenas, justificando que “*não queremos é sangue de Juruá no nosso corpo, mas se Juruá não se incomoda tudo bem pra nós*”¹¹⁴.

Procurando minimizar as dificuldades encontradas na realização dos procedimentos padronizados, a Secretaria de Saúde solicitou à FUNASA e ao NESPI/FIOCRUZ uma capacitação antropológica para os profissionais de saúde que direta e indiretamente trabalhavam na Unidade de Saúde da Aldeia. Essa capacitação também foi estendida à Secretaria Municipal de Educação, à Coordenadoria de Saneamento, à Usina Nuclear, à Defesa Civil e ao Corpo de Bombeiros.

É importante mencionar que o 10º Grupamento de Bombeiro Militar do Estado do Rio de Janeiro foi inaugurado no Município de Angra dos Reis, em 1994, com a finalidade de otimizar as ações de resposta ao Plano de Emergência da Usina Nuclear. Nesse mesmo ano, na região do Frade, localidade do 4º Distrito Sanitário, próxima à aldeia indígena foi inaugurado um Destacamento desse Grupamento. Nesse período, o 4º Distrito Sanitário era totalmente desprovido de telefone ou outros meios de comunicação. As unidades de saúde possuíam apenas Rádio PX, mesmo para chamadas de emergência. Como esse Destacamento dos Bombeiros também possuía Rádio e telefone, foi ele que intermediava o contato dessas unidades (incluindo a da aldeia, a partir de 1995) com o nível central e o Hospital de Praia Brava (Usina Nuclear). De 1994 a 1998 foram os bombeiros que assistiram a comunidade indígena no que se refere ao transporte da equipe de saúde até a unidade, ou de indígenas para o hospital. Em 1998, o 4º Distrito recebeu um veículo Toyota como parte do Convênio com a Usina Nuclear, aprovado no Conselho de Orçamento Participativo. Daí a participação dos Bombeiros nos eventos relativos aos indígenas promovidos tanto pela Secretaria de Saúde como pela FUNASA. A Defesa Civil de Angra dos Reis, também, foi uma parceria importante no que diz respeito ao transporte, quando a única viatura da FUNASA cedida à SMS quebrava.

A inauguração da Unidade de Saúde na aldeia, em 1995, propiciou a retomada das negociações da FUNASA com a Prefeitura Municipal de Angra dos Reis, em

relação ao saneamento básico na aldeia a partir da Coordenadoria de Saneamento^{qqqq}, interrompidas, anteriormente. Com mais essa parceria institucional, a Aldeia foi contemplada, em 1996, pela implantação do 1º módulo Sanitário (composto por dois banheiros, com vasos sanitários, pias, chuveiros, tanques externo, fossa, filtro e sumidouro). Posteriormente, em 1998, mais dois módulos foram construídos próximos à unidade de saúde e à casa do Vice-Cacique. Foram implantados também, baias para separação do lixo inorgânico e sistema de abastecimento de água que substituiu as mangueiras de borracha por tubulação de PVC, e construiu um sistema que levou água da barragem até um pequeno reservatório situado junto à unidade de saúde, onde se fazia a simples desinfecção com cloro líquido, e deste ponto a água foi levada para a praça central (local reservado para lavar roupas e onde estavam os banheiros), a escola e a unidade de saúde.

Essas intervenções representaram um desafio para a Coordenadoria, que, até então, não tinha tido nenhum contato com a comunidade indígena. A equipe técnica deparou-se com dificuldades logísticas para o transporte de materiais, por conta do acesso desfavorável ao local, principalmente em épocas de chuvas fortes, bem como em relação à especificação diferenciada de materiais devido à cultura local, tais como a não permissão de utilização de basculantes de vidro e a inexistência de energia elétrica no local^{115 rrrr}.

2. A Implementação da Política de Saúde Indígena no Município de Angra dos Reis

Com base nas determinações referentes à atenção à saúde indígena, contidas na Norma Operacional Básica de 1996, houve um salto qualitativo nas ações básicas de saúde desenvolvidas na Unidade de Saúde da Aldeia, tais como a inclusão de rotinas de pré-natal, puericultura, exames clínicos, imunizações, Teste do Pezinho, entre outras, implantou-se também do Cartão da Criança e o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)^{95 sssss}. Como a aldeia indígena está localizada dentro de um

^{qqqq} A Coordenadoria de Saneamento era uma estrutura da Prefeitura Municipal de Angra dos Reis responsável pelas ações municipais de abastecimento de água, coleta e tratamento de esgotos sanitários e coleta e destino final de resíduos sólidos. Tinha o status de secretaria municipal, tendo funcionado de 1994 a 2002, quando foi substituída pelo Serviço Autônomo de Água e Esgoto (SAAE).

^{rrrr} Simone Gleizer, engenheira sanitária, atuou na Coordenadoria de Saneamento de 1994 a 2001 e concedeu entrevista em 12/04/2004, realizada no Rio de Janeiro.

^{ssss} No caso da vacina de BCG aplicada no recém-nascido, ainda na maternidade, foi disponibilizada na Aldeia, uma vez que a maioria dos partos são domiciliares.

distrito sanitário, ela passou a contar com a atuação do núcleo de epidemiologia local atuando no controle e vigilância das doenças transmissíveis.

Nesse mesmo ano, foi realizado concurso público para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), propiciando a contratação de profissionais, com cargas horárias definidas por critério populacional, para essa unidade - clínico, pediatra, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, além de psicólogo, zelador, motorista e dentista, selecionados em concurso anterior.

Nessa mesma época a Escola de Formação Técnica em Saúde da SMS estava disponibilizando vagas para o 3º Curso de Auxiliares de Enfermagem e, como Domingos Venite vinha atuando como agente indígena de saúde interessou-se pelo curso. Isto representou um desafio tanto para a Escola quanto para Domingos. Por parte dos professores houve automaticamente uma aceitação, até porque conheciam o trabalho e dedicação do agente, que levava os pacientes indígenas ao hospital ou ao ambulatório de especialidades nos serviços de referência. Como o curso era noturno, devido à distância da Aldeia, Domingos muitas vezes não conseguia voltar para casa, o que levou a secretaria a buscar apoio de outras secretarias para viabilizar a estadia dele na cidade. Para ajudá-lo, a FUNASA passou a colaborar com uma ajuda de custo que complementava a bolsa que ele recebia da escola. Foi o primeiro Guarani dos estados do Rio de Janeiro e São Paulo a fazer um curso técnico na área de saúde¹¹⁶.

O ambulatório de *Follow-up* de risco da neurologia infantil (estimulação precoce) implantado, em 1992, no município de Angra dos Reis foi, também, estendido às crianças da Aldeia Indígena em 1999. Esse trabalho sofreu adaptações visto que a cultura e os parâmetros de desenvolvimento da criança indígena diferem dos padrões dos não-indígenas, impossibilitando a aplicação das tabelas normalmente usadas no ambulatório tradicional, que são a escala de Denver, a escala de Reflexos e outras avaliações. Nesse sentido, buscou-se observar os hábitos e a maneira de se lidar com as crianças dentro da cultura guarani, visando estabelecer referências específicas. Inicialmente, houve resistência ao trabalho de estimulação com as crianças por parte das famílias indígenas, o que foi contornado por orientações e conversas dentro da aldeia explicando a importância desses procedimentos. Pelo fato das mães indígenas não dominarem a língua portuguesa, a abordagem pela neurologista teve que ser feita pela interação inicial com a criança e, depois, com a mãe. As consultas eram realizadas com grupos de crianças, mas, devido à especificidade cultural, foi constituído um grupo

formado apenas por crianças indígenas, atendidas em dias distintos das demais crianças não-indígenas^{tttt}.

No campo da Saúde Mental, um episódio que mobilizou os profissionais de saúde tanto da Unidade de Saúde da Aldeia como a do Bracuí foi o encaminhamento de um paciente da Aldeia à equipe de saúde mental pelo então chefe de Posto da FUNAI, em 1993. Pela dificuldade de aceitá-lo, a comunidade indígena queria enviá-lo para a Casa do Índio no Rio de Janeiro. Como, nesse momento, essa equipe vinha promovendo debates junto à sociedade na defesa da luta antimanicomial, essas discussões também foram levadas para a Aldeia. Esse paciente, inicialmente, passou a ser atendido no ambulatório de saúde mental e, posteriormente, foi encaminhado ao Centro de Atividades Integradas de Saúde Mental (CAIS). Entretanto, foi avaliado pelos profissionais desse Centro de Atividades que, devido à especificidade cultural, seria muito importante que o paciente não deixasse de participar da rotina da Aldeia. Assim, para assegurar seu tratamento ele foi cadastrado no CAIS, mas em vez de ir todos os dias, passou a ir uma vez por mês para avaliação no ambulatório de psiquiatria dessa unidade. A psicóloga da Unidade de Saúde da Aldeia passou a acompanhá-lo e aos poucos ele foi voltando para suas atividades usuais como fazer artesanato, trabalhar na roça, ir à Casa de Reza e ao pajé. Paralelamente, a profissional promovia conversas informais nos terreiros das casas ou no centro da Aldeia sobre o que viria a ser os transtornos psíquicos e a importância do paciente de saúde mental permanecer junto de seus familiares para sua recuperação. Com o objetivo de facilitar um intercâmbio entre a Aldeia e o CAIS, bem como interligar esses espaços de convivência foi realizada uma visita de técnicos e usuários do CAIS ao local, que facilitou posteriormente a continuidade do trabalho de saúde mental na área indígena integrado à rede.

Outro fato que sensibilizou os profissionais do CAIS foi quando um Guarani alcoolizado veio buscar ajuda. Embora os casos de alcoolismo não fossem referenciados para lá, a equipe o assistiu, pois segundo seu relato, “conhecia o lugar” por causa do outro Guarani que se tratava ali. A partir daí foi implantado um ambulatório no CAIS específico para os índios, que passaram a ser atendidos em grupo, não importando se os casos fossem de alcoolismo ou de outros acometimentos psíquicos.

Atendendo às propostas tiradas no I Fórum Macro Regional Sul e Sudeste de DST/Aids para populações indígenas, em Londrina em 1997, a FUNASA solicitou à Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro a realização de um trabalho em conjunto

^{tttt} Inês da Cunha Seppi, entrevista em 13/03/2003, Angra dos Reis.

na área de prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (DST/Aids) das populações indígenas do estado do Rio de Janeiro. A partir daí foi possível viabilizar o I Seminário de Prevenção de DST/Aids em populações indígenas no Rio de Janeiro, em 1999, contando também com a participação das Secretarias Municipais de Saúde de Angra do Reis e Parati; da FIOCRUZ, da Coordenação Nacional DST/Aids, da Casa do Índio (RJ); do Museu do Índio, do Corpo de Bombeiros e de Lideranças Indígenas. Estas identificaram o consumo de bebida alcoólica como “a grande armadilha”^{uuuuu} para a transmissão das DST/Aids, já que, alcoolizadas, as pessoas podem se descuidar e terem relações sexuais sem usar preservativos, propiciando a transmissão dessas doenças.

O consumo de álcool entre os Guarani tornou-se um fator de vulnerabilidade para a comunidade, conforme o relato dos próprios índios, suscitando programação das ações direcionadas à prevenção do alcoolismo. Diante da resistência da comunidade em aceitar esse trabalho, alternativamente, a profissional de saúde mental da equipe de saúde da Aldeia buscou disseminar informações educativas para o grupo, por meio de encontros informais com o pajé, o Vice-cacique, o Cacique e os Agentes de Saúde, além de levar a discussão ao Conselho Gestor local.

No período 1998-1999, as ações de saúde que vinham sendo desenvolvidas na área indígena contribuíram para que a Aldeia Sapukai fosse contemplada com o Projeto de Auto-Sustentação Indígena, financiado pelo Ministério da Agricultura em parceria com a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado do Rio de Janeiro (EMATER), Secretaria Municipal de Agricultura e Pesca e FUNAI. A relevância do Projeto de Auto-Sustentação Indígena na área da saúde é que uma vez melhoradas as condições de vida e trabalho na comunidade indígena consegue-se diminuir a desnutrição e outros agravos à saúde, como, por exemplo, o alcoolismo¹¹⁷.

Nesse período também havia uma grande mobilização por parte da sociedade organizada e do poder público em relação às questões referentes à Usina Nuclear, tais como: a elaboração de um plano de emergência de evacuação, exigência do Executivo Municipal como contrapartida dos impactos sócio-ambientais causados pelo empreendimento. Como os representantes indígenas faziam parte dos diversos fóruns sociais, também, participaram, pela primeira vez, em 1998, do exercício simulado de operação do Plano de Emergência da Usina Nuclear, despertando atenção da mídia e das autoridades federais. A partir de então, e como resultado da Audiência Pública realizada

^{uuuuu} O termo “ grande armadilha” foi construído pelo Cacique Vera Miri quando se deu conta dessa consequência do consumo da bebida alcoólica.

em Angra dos Reis, no final de 1998, para apresentação do Relatório dos Estudos dos impactos sócio-ambientais, a Usina Nuclear disponibilizou, um recurso financeiro destinado ao Programa de auto-sustentação indígena do estado do Rio de Janeiro, por meio de convênio realizado com a FUNAI. É relevante ressaltar que durante todo esse processo, a atuação do Ministério Público Federal foi, mais uma vez, fundamental para assegurar os direitos indígenas até então conquistados¹¹⁸.

Ainda em 1998, a Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis, ao implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), contratou também um agente indígena de saúde para trabalhar oficialmente no programa, uma vez que este já vinha trabalhando na área sem que houvesse, até então, mecanismos legais para sua contratação.

Anteriormente à implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) no município de Angra dos Reis, em 1999, a Coordenação Regional da FUNASA/RJ promoveu uma reunião no Rio de Janeiro com as instituições parceiras^{vvvv} e os representantes indígenas dos municípios de Angra dos Reis e Parati para avaliar a “Proposta do Ministério da Saúde para a Reorganização da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas”, identificando os recursos materiais e humanos disponíveis nesses municípios, bem como a rede física instalada e apontando as principais necessidades do futuro Pólo-base de Angra dos Reis. Nesse mesmo momento foi discutido com os representantes indígenas a formação do Distrito Sanitário Especial Indígena, se este abrangeria apenas as populações de São Paulo e Rio de Janeiro como, anteriormente, planejado ou toda a população Guarani do Litoral Sul do país, englobando, além dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, os estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul¹¹⁹.

Com base na experiência da formação de distritos sanitários em Angra dos Reis, os técnicos presentes acharam que o mais viável seria um distrito menor para conseguir efetivar melhor o planejamento e a execução das ações de saúde indígena. Já os Guarani, por conta de seus constantes deslocamentos, queriam que todos os Guarani do litoral fizessem parte de um mesmo Distrito Sanitário¹¹⁹. Essa questão foi encaminhada para as discussões em nível nacional, tendo prevalecido a composição do distrito sanitário incluindo os Guarani do litoral dos 5 estados, mesmo sendo uma área de abrangência extensa com uma população de aproximadamente 4.900 pessoas⁴.

^{vvvv} FUNAI, FIOCRUZ, Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Secretarias Municipais de Angra dos Reis e Parati, Casa do Índio.

No final de 1999, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) foi finalmente implantado em nível nacional, mas ainda num contexto institucional bastante conflituoso. Coube a cada Coordenação Regional da FUNASA a função de viabilizar, junto aos municípios a implantação desse novo modelo de assistência à saúde das populações indígenas. O município de Angra dos Reis, que já havia implantado o PACS, em 1998, aderiu ao Programa de Saúde da Família (PSF) no mesmo ano, firmando um Termo de Adesão com a FUNASA para transformar parte da equipe concursada, que já trabalhava na aldeia, em Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), nos moldes do PSF. Isto foi facilitado pelo fato de que Angra dos Reis já vinha oferecendo assistência à saúde na aldeia desde 1991. Por outro lado, pelas normas de implantação do Programa de Saúde da Família, era necessária uma população de 1.500 pessoas para a implantação de uma equipe do PSF e a população indígena local contava, na época, com aproximadamente, apenas, 400 pessoas. Sendo assim, outro elemento facilitador foi a minuta do convênio para criação do Consórcio Intermunicipal de Saúde entre Angra dos Reis e Parati, que favoreceu a inclusão das aldeias deste município no PSF de Angra dos Reis. Isso permitiu a aprovação do repasse de recursos financeiros no montante mensal de R\$12.950,00, para o Município de Angra dos Reis, enquanto o valor por módulo de um Programa de Saúde da Família para o município era em torno de R\$ 6.000,00¹⁰⁰.

Em síntese, a existência e funcionamento prévios de uma unidade pública de saúde na aldeia indígena de Bracuí e a cooperação com Parati possibilitaram que se criasse o Pólo-base Angra dos Reis, que integra o Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul¹⁰⁵ (Figura 4).

FIGURA 4 – Mapa do Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul.



Fonte: Funasa, 2001.
 Concomitantemente ao processo de implantação do SASI no município, a Câmara Municipal de Angra dos Reis reconheceu, ainda em 1999, por lei, a inserção dos Guarani na comunidade angrense, isto é, como cidadãos com direitos iguais aos “juruá” nascidos no município, configurando uma situação particular na história das conquistas Guarani e garantindo os mesmos direitos de cidadão aos indivíduos indígenas¹²⁰.

3. O Pólo-base Angra dos Reis: Entraves e Perspectivas

O Pólo-base Angra dos Reis é um dos 11 Pólos-base do DSEI Litoral Sul, que inclui o litoral dos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, e agrupa quatro aldeias^{www} com uma população de aproximadamente 555 indivíduos de etnia Guarani⁴. Sua sede, situada em Angra dos Reis, funciona como base administrativa para a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI). O Pólo-base passou a ter como sistema de referência e contra-referência as redes municipal e estadual de saúde. As Santas Casas de Misericórdia de Angra dos Reis e Parati, que já se constituíam como referências hospitalares para o atendimento indígena nos respectivos municípios, passaram a receber o Incentivo Hospitalar.

A EMSI, constituída por médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e sete Agentes Indígenas de Saúde, passou a atuar com carga horária e remuneração diferenciadas, trabalhando em conjunto com profissionais da FUNASA (dois auxiliares de enfermagem originários da FUNAI, um motorista e um agente administrativo terceirizado), e aqueles lotados apenas na Unidade de Saúde da Aldeia.

O histórico da política de saúde indígena local se configurou como uma perspectiva favorável à organização do Pólo-base, visto que o município havia estruturado uma rede física de atenção à saúde indígena, incluindo unidades de

^{www} Aldeia Sapukai em Angra dos Reis e Sítio Rio Pequeno, Parati-Mirim e Araponga em Parati.

referência e contra-referência, e vinha construindo uma política de recursos humanos, com quadro de profissionais permanente, proveniente de concursos públicos, contrapondo-se à instabilidade advinda da terceirização em curso na saúde indígena em outras localidades. Ainda que a execução das ações seja desenvolvida pelos municípios (Angra dos Reis e Parati), é responsabilidade do governo federal a regulação do Subsistema de Saúde Indígena (normatização, acompanhamento e avaliação dos serviços prestados)⁴⁴. O não cumprimento dessa responsabilidade contribuiu, posteriormente, para maior exposição da organização pré-existente às variações e ingerências da política local, resultando, entre outras coisas, em problemas relacionados à articulação interinstitucional, aos recursos humanos e ao controle social.

Embora, o período proposto de análise da Implantação da Política de Saúde Indígena no Município de Angra dos Reis seja 1989-1999, para melhor compreensão dos problemas relacionados à articulação interinstitucional, aos recursos humanos e ao controle social no Pólo-base Angra dos Reis, foram analisados dados até 2001.

Articulações Interinstitucionais

Segundo a formulação original da Reforma Sanitária, as ações de saúde no SUS devem ser desenvolvidas de forma integrada e com a participação dos diferentes atores, para que se atinja maior efetividade e impacto sobre a saúde de determinado grupo populacional. Esse conceito aplicado à gestão da saúde indígena se reveste de maior importância, na medida em que os povos indígenas apresentam especificidades culturais, são tutelados pela FUNAI, têm a gestão da saúde sob responsabilidade da FUNASA e vivem em estados e municípios que devem atuar de forma complementar na execução das ações de saúde. Em Angra dos Reis, a organização da atenção à saúde indígena cumpriu com esses pré-requisitos, sendo resultante da parceria, construída ao longo dos anos, entre a FUNAI, a FUNASA, a esfera municipal e a participação do movimento indígena.

Dois fatores podem ser considerados facilitadores, ou mesmo decisivos, para que o município se consolidasse como executor das ações no Pólo-base: já executar as ações de saúde indígena no espaço de seu território, em parceria com as instituições co-responsáveis, e estar habilitado na gestão plena do sistema municipal de saúde, desde 1996, possibilitando a transferência automática e direta de recursos do nível federal ao fundo municipal de saúde para pagamento da Equipe Multidisciplinar. Portanto, ao contrário do que Garnelo *et al*⁴³ citam como um dos desafios para o funcionamento do

subsistema do ponto de vista dos dirigentes da FUNASA, a baixa capacidade resolutiva, a morosidade e a insuficiência de estrutura das Secretarias Municipais de Saúde para execução das ações não se configuraram como dificuldades durante o período inicial de implantação do subsistema no município de Angra dos Reis.

Entretanto, a implementação da Política Nacional de Saúde Indígena, a partir de 1999, deflagrou uma série de medidas, incluindo a publicação de portarias, a celebração de convênios e/ou assinatura de termos de adesão para a execução das ações de saúde. Apesar da elaboração de instrumentos de definição de repasse de recursos e de compromissos para execução dessas ações, se observou em Angra dos Reis o que se repetiu nacionalmente - a não definição clara dos papéis e responsabilidades das instituições envolvidas na prestação dos serviços. Da mesma forma, não houve definição por parte da FUNASA, de mecanismos regulatórios para aplicação de recursos financeiros, acompanhamento e avaliação das ações a serem executadas. Isso contribuiu para uma maior autonomia da esfera municipal na condução desse processo, o que resultou em entraves subsequentes em relação à utilização adequada dos recursos repassados e à execução satisfatória das ações de saúde, com reflexos deletérios nas relações interinstitucionais. Explicando melhor, a não definição de um processo de fiscalização sistemática pela FUNASA do uso dos recursos repassados pela Secretaria de Assistência à Saúde, do MS, para serem aplicados na saúde indígena levou à sua subutilização, com subsequente estremecimento das relações entre as duas instituições. Outro aspecto importante nas relações interinstitucionais ligado à organização do subsistema, se refere à coleta, fluxo e análise das informações. Como a Unidade de Saúde da Aldeia era, desde 1995, uma unidade cadastrada no SUS, a criação do Pólo-base não significou a eliminação da necessidade de registro e envio dos dados para os sistemas nacionais de informação. Por outro lado a implantação do Subsistema de Saúde Indígena (SASI) deu origem ao Sistema de Informação de Saúde Indígena (SIASI), organizado na perspectiva da Vigilância em Saúde. Desde então, o fluxo de informações deveria ser pactuado pela FUNASA com os municípios e/ou estados, a fim garantir a alimentação contínua dos bancos de dados nacionais ¹. No caso de Angra dos Reis, isso não aconteceu, acarretando multiplicidade de fluxos de informações e sobrecarga de trabalho para a Equipe Multidisciplinar (EMSI), agravadas pela diversidade de formulários do SIASI, frequentemente modificados.

Observou-se também a exigência, por parte do município, de execução no Pólo-base, de algumas ações de programas verticais implementados pelo Ministério da Saúde

(por exemplo, pré-natal e prevenção de câncer de colo uterino) tal qual eram executadas nas outras unidades municipais de saúde, resultando em entraves para adequação do modelo de atenção às especificidades culturais da população indígena, principal característica que se preconiza para o subsistema⁴³, e evidenciando conflitos entre normatizações emanadas da instituição executora e as diretrizes da Política de Saúde Indígena.

Portanto, os diversos pontos de vista institucionais, graus de responsabilidade e níveis de interseção de esferas de atuação resultaram numa complexa relação entre os atores envolvidos na saúde indígena, bem ilustrada no texto de Garnelo et al:

“...não se evidenciam,..estratégias de interação com os sistemas tradicionais de cura e cuidados e/ou com outras manifestações culturais dos grupos assistidos. Tampouco as formas de articulação com outros níveis do SUS, particularmente com os sistemas municipais de saúde, são claramente explicitadas – quer nos documentos oficiais da FUNASA, quer nos planos distritais -, obstaculizando o adequado fluxo de informações epidemiológicas e da movimentação de pacientes e gerando conflitos de atribuições entre gestores distritais e municipais de saúde”⁴³ (p. 52).

Essas limitações nas articulações interinstitucionais resultaram, no Pólo-base Angra dos Reis, na indefinição de fluxos político e administrativo, ocasionando pontos de tensão com repercussões na assistência à saúde prestada à população indígena.

Recursos Humanos

Entre os critérios definidos pela FUNASA como necessários para a organização dos distritos sanitários encontram-se a disponibilidade, qualificação e perfil de recursos humanos para trabalhar com a saúde indígena. A Política Nacional de Saúde Indígena define que “a capacitação de recursos humanos para a saúde indígena deverá ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização de serviços”¹ (p. 15). Essas condições, vinculadas à alocação suficiente de pessoal qualificado para a execução de ações de saúde efetivas, são apontadas por Garnelo et al³⁵ como um dos principais desafios do Subsistema.

Esse desafio já vinha sendo enfrentado pelo Pólo-base Angra dos Reis, pois os profissionais que integraram a Equipe Multidisciplinar^{xxxxx} haviam sido capacitados em

^{xxxxx} Quando foi implantado o Pólo-Base Angra dos Reis, o médico da equipe estava concluindo o mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/FIOCRUZ com a dissertação

aspectos antropológicos pelo Núcleo de Estudos em Saúde de Populações Indígenas da FIOCRUZ anteriormente à implantação do Subsistema, por já trabalharem na Unidade de Saúde da Aldeia. Outros profissionais ligados à atenção à saúde indígena nos municípios de Angra dos Reis e de Parati, incluindo os funcionários das unidades básicas de saúde e dos hospitais de referência desses municípios, também haviam recebido capacitação específica.

Uma vez que o Pólo-base de Angra dos Reis já contava com uma equipe estruturada, foi possível incluí-la também na capacitação de Instrutores/Supervisores no Módulo Introdutório de Saúde Indígena promovido pela FUNASA, ainda em dezembro de 1999. Porém, esses profissionais participaram apenas da parte teórica do módulo, não havendo continuidade da formação até 2001. Entretanto, a maioria dos técnicos do Pólo-base possuía capacitação na área de saúde pública, o que propiciou alguma adequação da organização de serviços de saúde no subsistema ao modelo proposto, contrapondo-se à experiência de outras regiões do país. Já para os profissionais de nível médio de enfermagem originários da FUNAI, a FUNASA não previu capacitação, mas eles foram inseridos nas atividades de formação promovidas pelo município.

A Política Nacional de Saúde Indígena explicita a importância do Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde como ação estruturante dos Distritos Sanitários¹. Mas, como inicialmente não havia previsão de capacitação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) do Pólo-base Angra dos Reis, estes foram capacitados junto aos agentes do PACS do município. Entretanto, devido à inadequação da metodologia, ao grau de instrução insuficiente dos agentes oriundos da população Guarani e a divergências em relação às competências e responsabilidades dos AIS e dos agentes comunitários de saúde, essa capacitação não foi adequada às especificidades das populações indígenas. Ainda que, posteriormente, tenham ocorrido investimentos da FUNASA para formação de AIS no Pólo-base Angra dos Reis, os agentes de saneamento e de saúde bucal não foram incluídos nessa programação no período estudado.

Outra dificuldade significativa para a execução das ações de saúde nas aldeias, referida pelos autores, se refere à rotatividade de profissionais de saúde nos serviços, provocada não somente pela inadequação entre a formação profissional e as necessidades dos serviços, mas também pela ausência de mecanismos legais que

sobre “Prevalência de Doenças Crônico-Degenerativas na População Guarani-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro”⁵⁹.

garantam estabilidade nos contratos de trabalho, como ressaltado por Garnelo et al⁴³, ao abordarem o tema dos recursos humanos vinculados à execução de ações de saúde pelas organizações não governamentais. Esses problemas repercutem, em última análise, na impossibilidade de progressão na formação de competências técnicas, na ruptura dos vínculos entre profissionais e comunidades e na sub-utilização de investimentos em capacitação de recursos humanos. Vale ressaltar que esta problemática não se restringe à saúde indígena, configurando-se como uma questão mais geral, inserida nas discussões atuais sobre a implementação de uma Política de Recursos Humanos mais condizente com as necessidades de atenção à saúde das populações e que propicie melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde no Brasil¹²¹.

Nessa perspectiva, um dos pontos favoráveis à execução das ações de saúde indígena no município de Angra dos Reis no Pólo-base foi exatamente a forma de vínculo empregatício da maioria dos profissionais da EMSI, que eram concursados e contratados sob o regime estatutário, possibilitando continuidade das ações. Entretanto como o profissional de enfermagem de nível superior e os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) eram contratados sob o regime da Consolidação de Leis do Trabalho, e considerando esses vínculos como temporários, foram previstos mecanismos locais de recontração desses profissionais com base em convênio específico entre a Prefeitura e o Conselho Municipal de Associações de Moradores (COMAM), pagos com repasse de recursos do Ministério da Saúde, a fim de prevenir entraves burocráticos para a manutenção desse quadro técnico.

Por outro lado, os profissionais de nível médio de enfermagem da FUNASA, por determinação federal, não puderam compor a EMSI, acarretando diversidade de vínculos empregatícios e discrepâncias salariais entre profissionais dessa categoria, gerando constrangimentos. Essas divergências e problemas gerados pelas distintas vinculações profissionais e diferentes níveis salariais também ocorreram entre a EMSI e as equipes de PSF.

Portanto, apesar da relativa estabilidade das equipes e das tentativas de minimização das implicações advindas da rotatividade de profissionais da EMSI observou-se, também em Angra dos Reis, dificuldades importantes no que concerne aos investimentos em capacitação técnica pela FUNASA e ao “mosaico” de situações de vínculos empregatícios, tornando-se com o passar dos anos, um desafio permanente a ser enfrentado pelo nível local.

Controle Social

Conforme assinalam Garnelo et al⁴³ (p. 80) “... o controle social em saúde indígena enfrenta singulares desafios para sua efetivação, tanto por razões ligadas às formas próprias do exercício do poder político no mundo indígena quanto pela dificuldade de apropriação pelos indígenas da lógica de funcionamento das instituições de saúde...”.

Esses autores também apontam que a legitimidade da representação indígena é pautada nas relações de parentesco, e limitadas a elas, e que habitualmente se observa, em diversas culturas, que as representações nos espaços de controle social se concretizam com a participação daqueles indivíduos que possuem maior habilidade na comunicação com os não-índios, geralmente os mais novos; entretanto, o poder de decisão na estrutura social da aldeia encontra-se efetivamente na mão dos mais velhos, resultando que a participação dos mais novos nessas instâncias não os habilita a tomarem decisões nos processos de negociação.

No caso de Angra dos Reis, no período que antecede à implantação do Subsistema de Saúde Indígena (SASI), os Guarani já se faziam representar, desde 1991, em diversas instâncias de controle social, tais como nos Conselhos Municipais de Saúde e no Orçamento Participativo, nos Conselhos Gestores do Hospital e Maternidade Codrato de Vilhena e das Unidades Municipais de Saúde Bracuí e Aldeia, bem como nos fóruns do Conselho Municipal de Associações de Moradores e nas Conferências Municipais de Saúde realizadas até então¹⁰⁵.

A participação dos Guarani nas instâncias referidas seguiu o modelo de representação por laços de parentesco. Entretanto, parece haver alguma diferença em relação ao que refere Garnelo et al⁴³, na medida em que a representação dos Guarani ocorreu exatamente com a participação de indígenas mais velhos que conquistaram espaço de destaque nessas instâncias, contribuindo para suas conquistas. Os mais jovens, com maior domínio da língua portuguesa acompanhavam as lideranças sem participarem explicitamente das discussões. Mas, posteriormente, a partir de 1999, os mais jovens foram substituindo os mais velhos nos encontros. Isto também foi acontecendo nos demais grupos comunitários do município.

Na realidade, a participação dos Guarani nos fóruns sociais do Município de Angra dos Reis tornou-se um desafio para eles. Por não dominarem o português e a

dinâmica das reuniões, sentiam-se confusos e muitas vezes permaneciam calados durante as discussões. Entretanto, essas dificuldades não os impediram de garantir seus direitos como a construção da Unidade de Saúde da Aldeia; luz elétrica nesta unidade e na Escola Comunitária Indígena, apoio ao projeto de auto-sustentação¹²².

A experiência do controle social acumulada pelos Guarani nesses oito anos seria, a princípio, um facilitador para a participação indígena nas instâncias de controle social do Subsistema. Contudo, a peculiaridade de já existir uma unidade do SUS na aldeia determinava a existência prévia de um Conselho Gestor dessa Unidade, paritário, que funcionaria como instância de controle social local, concomitante ao recém-criado Conselho Local de Saúde Indígena.

Dessa forma, o espaço de uma mesma aldeia comportava duas instâncias de controle social local, onde os representantes indígenas eram praticamente os mesmos, havendo confusão dos papéis a serem assumidos em cada um desses diferentes fóruns. As funções e atribuições desses dois conselhos não eram claras e, na prática, se sobrepunham. Apesar das reuniões indígenas para discussão de questões de interesse comunitário ligadas ao cotidiano constituírem-se em prática regular no espaço da aldeia, a convocação de reuniões pelo Conselho Local de Saúde Indígena para avaliar e acompanhar as ações de saúde mostrou-se incipiente no período de implantação do Subsistema..

Concretamente, o controle social no Pólo-base Angra dos Reis se resumiu, na fase inicial de implantação do subsistema, à participação dos indígenas em um único fórum - o Conselho Gestor da Unidade da Aldeia - a partir de convocação pelos não-indígenas. As atividades de controle social local no subsistema ficaram restritas à avaliação das ações e serviços de saúde oferecidos à comunidade nessa unidade. Mas, efetivamente, as questões da organização da atenção básica no Pólo-base não pareciam integrar o rol de preocupações da comunidade indígena no espaço de negociação dentro da aldeia, naquele momento, o que limitou de forma importante a sua participação nessa instância.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar uma política nacional de saúde para populações indígenas não é tarefa fácil. A especificidade desse povo exige que, para que possam ser atendidos no sistema de saúde, seja considerado seu “modo de vida” tradicional, isto é, sua cosmovisão e forma de organização social, política e cultural, o que pressupõe conhecer como pensam e vivem o processo saúde-doença, que na grande maioria das vezes difere completamente da percepção dos não índios.

Obviamente, essa constatação coloca desafios formidáveis para a implantação do Subsistema de Saúde Indígena preconizado pela Política Nacional de Saúde Indígena. Mas, apesar das dificuldades inerentes, não é impossível.

São extremamente necessárias a organização da comunidade, indígena e não-indígena, além de decisão política e capacitação de profissionais, seja para se relacionarem de forma adequada com os índios, seja para reorganizar os serviços de saúde para poder atendê-los de forma efetiva.

A pesquisa aqui realizada indicou que muito antes da promulgação da lei que institucionalizou essa política em nível nacional, o Município de Angra dos Reis já estabelecia relações com os indígenas e prestava algum tipo de atendimento de saúde, num primeiro momento de forma alternativa, mas paulatinamente foi institucionalizando uma forma de atenção que, posteriormente, permitiu a implantação do SASI em nível local e possibilitou a criação do Pólo-base de Angra dos Reis.

Esse percurso, cheio de estórias que viraram história, foi bastante sinuoso e com avanços e recuos, mas bastante exitoso na sua origem, com conquistas e ganhos inegáveis, que persistem até hoje, como por exemplo, a participação do cacique na direção da Unidade de Saúde da aldeia, numa convivência bastante pacífica entre os profissionais de saúde que lá trabalham e os índios; a horta comunitária com plantas medicinais utilizadas pelos indígenas e também assumidas pelos médicos; o reconhecimento das tradições indígenas no manejo dos mortos, dos partos domiciliares

e das internações hospitalares; e, finalmente, o reconhecimento legal, pelo município, dos índios como cidadãos angrenses. Tudo isso exigiu esforço, negociações e adaptações durante mais de uma década, seja dos profissionais, seja dos índios, num processo contínuo e permanente.

Assim, no período 1989-1999 o município de Angra dos Reis conseguiu formular e implementar uma política de saúde indígena cujos antecedentes foram prévios à dinâmica nacional, conduzida pelo nível federal.

Nesse período Angra dos Reis conseguiu cumprir o compromisso de estar atenta à população indígena residente no município, na Aldeia Sapukai, no Bracuí. Anteriormente à implantação do SASI no município, como já havia uma equipe de funcionários públicos municipais trabalhando com os índios, a relação entre os “dois mundos”, o dos não-índios e o dos índios, foi possível ser administrada na área de saúde, de forma quase satisfatória.

A I Conferência Municipal de Saúde viabilizou a inserção da comunidade Guarani em todos os espaços políticos referentes ou não à política de saúde. Representantes da Aldeia passaram a compor o Conselho Municipal de Saúde, o Conselho Gestor de Saúde e o Conselho Municipal de Orçamento Participativo, onde puderam levar e debater suas reivindicações. Os Guarani passaram a ser atendidos numa unidade de saúde construída na própria Aldeia, contando ainda com serviços outrora oferecidos somente aos não-índigenas, que exigiu, entretanto, negociações que compatibilizassem a tradição indígena com as normas de atenção oficiais, tais como, a realização do “Teste do Pezinho”, o acompanhamento das gestantes no pré-natal, a realização de exames preventivos ginecológicos, o acompanhamento neurológico do desenvolvimento das crianças recém nascidas e o atendimento no Centro de Atividades Integradas de Saúde Mental. (CAIS). Aos poucos foram feitas adaptações às rotinas padronizadas pela secretaria de saúde de modo a atender às exigências da cultura Guarani.

Além disto, ficou demonstrado que no período 1989-1999, embora em nível nacional houvesse conflitos interinstitucionais, por exemplo entre FUNAI e FUNASA, isto não inviabilizou a implementação da política de saúde indígena no município, que pôde contar com a contribuição dessas instituições e ainda da FIOCRUZ e outras organizações na assistência à saúde em âmbito local.

Entretanto, houve, e continua havendo, muita dificuldade para adequar o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, assim como de outros órgãos

envolvidos com a questão indígena em níveis local e federal, à especificidade dessa população, devidas tanto à inexperiência dos técnicos locais, cuja rotatividade é inerente às mudanças políticas e institucionais no município, em termos gerais e na área de saúde em particular; quanto à persistente resistência dos índios às rotinas padronizadas pelos programas e ações de saúde oficiais, além dos problemas resultantes de sua inserção na sociedade, como o alcoolismo e aquisição de outros hábitos vetados na cultura tradicional.

Assim, quando da implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em Angra dos Reis, em 1999, começaram a aparecer os entraves, conseqüentes, por um lado, à falta de definição de papéis claros das instituições responsáveis pela condução da saúde em área indígena, principalmente, em nível federal; e, por outro, a problemas referentes à própria implementação do SUS em nível local, subordinada a normas e determinações emanadas do nível central e que exigiram adequação da Secretaria Municipal de Saúde, além das vicissitudes do poder político em nível municipal.

Ainda que essas exigências, emanadas do nível federal e vinculadas à descentralização do SUS, tenham sido apropriadas de forma favorável aos índios no município, como por exemplo no período da adesão aos programas prioritários PACS e PSF, possibilitando a criação do Pólo-base de Angra dos Reis, essa dinâmica colocou novos problemas. A ausência de mecanismos e instrumentos específicos que regulamentassem de forma clara, seja o repasse de recursos financeiros, seja a organização dos serviços ou capacitação de recursos humanos, fez com que a atenção diferenciada aos povos indígenas estivesse submetida às vicissitudes ou virtudes da política local, como também às vontades particulares de cada dirigente setorial nesse nível de atenção.

A análise apresentada evidencia as dificuldades de implementação de uma política dessa natureza no âmbito do SUS. Apesar de instituída legalmente, a sua operacionalização é extremamente dificultada, pois ainda que o SUS esteja completamente descentralizado, a Política de Saúde Indígena segue coordenada pelo nível central, mas operacionalizada pelo nível local, por meio de parcerias interinstitucionais. Isso requer um esforço importante de adaptação e adequação em nível local, dependendo, em grande medida, das pessoas que ocupam os cargos de governo, em momentos conjunturais específicos e, portanto, de sua habilidade de negociação e capacidade institucional de implementação.

No caso específico do município de Angra dos Reis, historicamente houve um esforço importante de estruturação desse Subsistema, mas que não escapou aos problemas mencionados acima, corroborando a hipótese inicial de trabalho.

Essa constatação remete à reflexão de que a estruturação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deve necessariamente estar vinculada às diretrizes do SUS, conforme preconiza a Política Nacional de Saúde Indígena, que faz parte de uma história política e social sólida de construção da atenção à saúde pautada nas necessidades locais e especificidade dessas populações. Entretanto, deve ser construída no cotidiano da provisão de serviços em nível local, fazendo uso da experiência histórica acumulada e lidando com a realidade concreta em cada momento. Isso requer capacitação, monitoramento e avaliação permanentes, vale dizer, recursos específicos, materiais e humanos, além de suporte técnico adequado.

Sendo assim, numa política de responsabilidade da esfera federal, no SUS descentralizado, a atuação das instituições desse âmbito deveria ser pautada por uma regulação específica que estabelecesse não apenas as diretrizes de implementação, mas também proporcionasse apoio técnico para o desenvolvimento de capacidade de implementação em nível local, considerando-se a particularidade e diversidade de cada realidade. Isto pressupõe definição de fluxos de recursos (humanos, financeiros e materiais) e regras para sua utilização, além de mecanismos de supervisão e monitoramento de resultados, numa perspectiva de apoio à construção paulatina de autonomia para uma gestão descentralizada mais efetiva na área da Saúde Indígena.

Portanto, apesar dos avanços conseguidos em Angra dos Reis, esforços devem ser empreendidos em diversos âmbitos, tais como: 1) estabelecimento de uma política de Recursos Humanos que permita dirimir conflitos e garantir estabilidade do vínculo profissional, minimizando a rotatividade dos profissionais e potencializando a “atratividade” para o trabalho nessa área, além de preservar os resultados positivos já conseguidos; 2) definição de regulamentação específica que normatize o repasse de recursos financeiros, a sua utilização e avaliação de resultados, no âmbito mais amplo do processo de descentralização do SUS; e 3) definição clara de responsabilidades e mecanismos de sanção para o gestor local no que se refere à implementação da Política de Saúde Indígena, segundo as diretrizes definidas pelo nível central.

Para tal, será necessária uma atuação coordenada de todas as instituições envolvidas com a questão indígena no Brasil, não apenas aquelas setoriais na

perspectiva de construção de uma “coalizão” política que possibilite maior poder de enforcement e apoio para a implementação da política de saúde indígena.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Departamento de Saúde Indígena, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 2000.
2. Litaiff A. As divinas palavras: identidade étnica dos Guarani-Mbyá. Florianópolis: Editora da UFSC; 1996.
3. Rondinelli RC. Inventário analítico do arquivo permanente do Museu do Índio documentos textuais: 1950-1994. Rio de Janeiro: Museu do Índio; 1997.
4. Fundação Nacional de Saúde. Sistema de informação da atenção à saúde Indígena: SIASI. Brasília: Departamento de Saúde Indígena, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 2005.
5. Guimarães G. Uma cidade para todos: o plano diretor do município de Angra dos Reis. Rio de Janeiro: Editora Forense; 1997.
6. Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.
7. Pêgo RA, Almeida C. Teoría y práctica de las reformas de los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. Cad Saúde Pública 2002; 18: 971-89.
8. Verani CBL. A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi 1999; 15: 171-92.
9. Müller Neto JS. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. Saúde Debate 1991; (31): 54-67.
10. Confalonieri UEC. A assistência médico-sanitária. In: Confalonieri UEC, Verani CBL, Marinho DP, Rigonatto DDL, organizadores. Saúde de populações indígenas: uma introdução para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1993. p.35-43.

11. Santos RV, Pereira NOM. Os indígenas nos censos nacionais no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21: 1626-1627.
12. Coimbra Jr CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência. Saúde Coletiva* 2000; 5: 125-132.
13. Mello DA. Malária entre populações indígenas no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1985; 1: 25-34.
14. Garnelo L., Brandão LC, Levino A. Dimensões e potencialidades dos sistemas de informação geográfica na saúde indígena. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39: 634-640.
15. Hökerberg YHM, Duchiate, MP, Barcelos C. Organização e qualidade da assistência à saúde dos índios Kaingang do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2001; 17: 261- 272.
16. Basta PC, Coimbra Jr. CEA, Escobar AL, Santos RV. Aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena Suruí, Amazônia, Brasil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2004; 37: 338-342.
17. Baruzzi RG, Barros VL, Rodrigues D, Souza ALM, Pagliaro H. Saúde e doença em índios Panará (Kreen-Akarôre) após vinte e cinco anos de contato com o nosso mundo, com ênfase na ocorrência de tuberculose (Brasil Central). *Cad. Saúde Pública* 2001; 17: 407- 412.
18. Marques AMC, Cunha RV. A medicação assistida e os índices de cura da tuberculose e de abandono de tratamento na população indígena Guarani-Kaiowá no Município de Dourados. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19: 1405-1411.
19. Viera AA, Braga JU, Moraes CL Condições de saúde e nutrição de crianças indígenas e não indígenas que vivem às margens do rio Solimões, Estado do Amazonas, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2000; 16: 873-873.
20. Pícoli RP, Carandina L, Ribas DLB. Saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guarani, Área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22: 223-227.
21. Serafim MG. Hábitos alimentares e nível de hemoglobina em crianças indígenas Guarani, menores de 5 anos, dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1997.
22. Coimbra Jr. CEA, Santos RV. Parasitismo intestinal entre o grupo indígena Zoró, Estado de Mato Grosso (Brasil). *Cad. Saúde Pública* 1991; 7: 100-103.

23. Santos RV, Escobar AL. Saúde dos povos indígenas no Brasil: perspectivas atuais. *Cad. Saúde Pública*. 2001; 17: 258-259.
24. Cardoso AM, Mattos IE, Koifman RJ. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população Guarani-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro. *Cad. de Saúde Pública* 2001; 17: 345-354.
25. Lima MG, Koifman S, Scapulatempo IL, Peixoto M, Naomi S, Amaral MC. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres indígenas Teréna de área rural, Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17: 1537-1544.
26. Souza JA, Oliveira M, Kohatsu M. O uso de bebidas alcoólicas nas sociedades indígenas: algumas reflexões sobre os Kaingáng da Bacia do Rio Tibagi, Paraná. In: Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Abrasco; 2003. p.235-57.
27. Ferreira LO. 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 EJ, Garnelo L, organizadores. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*, Rio de Janeiro: Contra Capa/ABA; 2004. p. 89-110.
28. Ferreira LO. MBA'E ACHY. Concepção cosmológica da doença entre os Mbyá-Guarani num contexto de relações interétnicas-RS [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Instituto de filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.
29. Souza MLP. Alcoolização e violência no Alto Rio Negro [Dissertação de Mestrado]. Manaus: Instituto de Ciências Humanas e Letras. Universidade Federal do Amazonas; 2004.
30. Erthal RMO. O suicídio Tikúna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos. *Cad. De Saúde Pública* 2001; 17: 299-311.
31. Morgado AF. Epidemia de suicídio entre os Guarani-Kaiowá: Indagando suas causas e avançando a hipótese do recuo impossível. *Cad. Saúde Pública* 1991; 7: 585-597.
32. Bom Meihy JCS. A morte como apelo para a vida: o suicídio Kaiowá. In: Santos RV, Coimbra Jr. CEA, organizadores. *Saúde e populações indígenas*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994. p.243-251.

33. Levcovitz S. Kandire: o paraíso terreal – o suicídio entre os índios guarani do Brasil. Rio de Janeiro: Editora Te Cora; 1998.
34. Grubits S, Darrault-Harris I. Ambiente, identidade e cultura: reflexões sobre comunidades Guarani/ Kaiowá e Kadiweu de Mato Grosso do Sul. *Psicol. Soc.* 2003; 15: 182-200.
35. Follér M. Social determinants of health and disease: the role of small-scale projects illustrated by Koster health project in Sweden and Ametra in Peru. *Cad. Saúde Pública* 1992; 8: 121- 128.
36. Farias LS, Verani CBL. Componente antropológico. In: Confalonieri UEC, Marinho DP, organizadores. Projeto de antropologia e saúde para a etnia Guarani de Parati, Rio de Janeiro: relatório final. Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos em Populações Indígenas, Fundação Oswaldo Cruz; 1997.
37. Garnelo L, Wright R, Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. 2001; 17: 258-259.
38. Grupioni LDB. De alternativo a oficial: sobre a (im)possibilidade da educação escolar indígena no Brasil. In: D`Angelis W, Veiga J, organizadores. *Leitura e escrita em escolas indígenas*, Campinas: ABL/Mercado de Letras; 1997, v., p.184-201.
39. Grupioni LDB. A política de educação escolar indígena. <http://www.socioambiental.org> (acessado em 09/ago/2006 Povos indígenas); 2000.
40. Grupioni LDB. Os povos indígenas e a escola diferenciada: comentários sobre alguns instrumentos jurídicos internacionais. In: Grupioni LDB, Vidal LB, Fischmann, organizadores. *Povos indígenas e tolerância – construindo práticas de respeito e de solidariedade*, São Paulo: Edusp e Unesco; 2001, v., p. 85-94.
41. Monte NL. Os outros, quem somos? Formação de professores indígenas e identidades interculturais. *Cad. Pesqui.* 2000; 111: 7-29.
42. Muñoz Cruz H. Política pública y educación indígena escolarizada en México. *Cad. CEBES* 1999; 19: 39-61.
43. Garnelo L, Macedo G, Brandão LC. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde indígena no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
44. Garnelo L, Brandão LC. Avaliação preliminar no processo de distritalização sanitária indígena no Estado do Amazonas. In: Coimbra Jr. CEA, Santos RV,

- Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Abrasco; 2003. p. 235-57.
45. Garnelo L, Sampaio S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21: 1217-1223.
 46. Garnelo L, Sampaio S. Bases sócio-culturais de controle social em saúde indígena: problemas e questões na Região Norte do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19: 311- 317.
 47. Athias R, Machado M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17: 425- 431.
 48. Buchillet D. Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*, Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/ABA; 2004. p.53-65.
 49. Marques IMSF. A política de atenção à saúde indígena: Implementação do distrito sanitário especial indígena de Cuiabá – Mato Grosso [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
 50. Diehl EE, Drachler ML, Menegolla I, Rodrigues I. Financiamento e atenção à saúde no distrito sanitário especial indígena interior sul. In: Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Abrasco, 2003; p.235-57.
 51. Paz MC. Noel Nutels, a política indigenista e a assistência à saúde no Brasil Central (1943-1973) [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1994.
 52. Costa DC. Política indigenista e assistência à saúde: Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. *Cad. Saúde Pública* 1987; 3: 388-401.
 53. Confalonieri UEC. O sistema único de saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. *Cad. Saúde Publica* 1989; 5: 441-450.
 54. Coimbra Jr CEA. O sarampo entre sociedades indígenas brasileiras e algumas considerações sobre a prática da saúde pública entre estas populações. *Cad. Saúde Pública* 1987; 3: 22-37.
 55. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Editora Atlas: 1999.

56. Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS, organizadores. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes; 2001.
57. Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Editora Tomo; 2000.
58. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
59. Cardoso AM. Prevalência de doenças crônico-degenerativas na população Guarani-Mbyá do estado do Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.
60. Ribeiro D. Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno. Petrópolis: Editora Vozes; 1986.
61. Lima ACS. Um grande cerco da paz: poder tutelar, indianidade e formação do estado no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes; 1995.
62. Ministério da Saúde. Relatório final da I conferência nacional de proteção à saúde do índio. Brasília; 1986.
63. Mendes EV (org). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. In: MENDES EV, organizador. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec- Abrasco; 1993.
64. Brasil. Constituição: Republica Federativa do Brasil. Senado Federal. Brasília: Centro Gráfico; 1988.
65. Senado Federal. Decreto Presidencial nº100. <http://www.senado.gov.br> (acessado em 10/ jun /2003).
66. Ministério da Saúde. Relatório Final da 9ª conferência nacional de saúde. Brasília; 1992.
67. Fundação Nacional de Saúde. I Fórum nacional de saúde indígena. Brasília: Departamento de Saúde Indígena, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 1993.
68. Ministério da Saúde. Relatório final da II conferência nacional de saúde para as populações indígenas. Brasília; 1993.
69. Brasil. Norma operacional básica do sistema único de saúde. In: Gestão Municipal da Saúde, Leis, Normas, Portarias e Editais. Brasília; 1996.
70. Ministério da Saúde. Relatório final da 10ª conferência nacional de saúde. Brasília; 1996.

71. Ladeira MI. “O caminhar sob a luz” – o território Mbyá a beira do oceano [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1992.
72. Verani CBL Estudo sobre a caracterização cultural e a organização social dos Guarani da Aldeia Sapukai de Bracuí. In: Silva HP, Ribeiro RJ, organizadores. Diagnóstico de gestão ambiental Aldeia Sapukai, Angra dos Reis. Rio de Janeiro: Emater-Rio, Fundo Nacional de Meio Ambiente; 2002.
73. Litaiff A. Antropologia e linguagem: uma abordagem neo-pragmatista: linguagem em Discurso. <http://www.unizul.br> (acessado em 02/ nov / 2005); 2002.
74. Ministério da Cultura. Projeto artesanato Guarani Mbyá do estado do Rio de Janeiro: Arte Guarani Mbyá. Rio de Janeiro: Funarte, CNFCP; 2002.
75. Gomes MP, Oliveira NV. Os Guarani do litoral sul fluminense diante da usina nuclear de Angra dos Reis. In: Eia/Rima da Usina Nuclear de Angra 2: Estudo complementar – A questão Indígena. Rio de Janeiro -. Rio de Janeiro: Eletronuclear; 1998: p. 1-13.
76. Cariry E. Pharã kaxtirore darashé: pelos mutirões da vida. Aparecida: Editora Santuário; 1991.
77. Mendes A. Angra dos Reis: da criação da vila até sua transferência para o local da atual cidade (1502-1524). Rio de Janeiro: Gráfica Angra dos Reis; 1995.
78. Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social de Angra dos Reis. Relatório de Gestão 1989-1992. Caderno de Saúde I, II, III e IV. Angra dos Reis: Prefeitura Municipal de Angra dos Reis; 1992.
79. Municípios do Brasil. Origem e crescimento de Angra dos Reis. In: A Revista dos municípios. Angra dos Reis: um paraíso tropical com 365 ilhas. Rio de Janeiro; 1991: p. 9-10.
80. Secretaria Municipal de Educação de Angra dos Reis. Bracuí: sua luta, sua história. Angra dos Reis: Secretaria Municipal de Educação de Angra dos Reis; 1998.
81. Prefeitura Municipal de Angra dos Reis. Relatório da lei orgânica do município de Angra dos Reis. Angra dos Reis: Prefeitura Municipal de Angra dos Reis; 1990.
82. Prefeitura Municipal de Angra dos Reis. Relatório do plano diretor do município de Angra dos Reis. Angra dos Reis: Prefeitura Municipal de Angra dos Reis; 1992.

83. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico. Invest Angra: perfil sócio-econômico do município de Angra dos Reis. Angra dos Reis: Secretaria Municipal de Desenvolvimento econômico de Angra dos Reis; 1999.
84. Associação Comunitária Indígena de Bracuí. Ata de reunião. Angra dos Reis; 1991.
85. Associação Comunitária Indígena de Bracuí. Ata de reunião. Angra dos Reis; 1992.
86. Associação Comunitária Indígena de Bracuí. Ata de reunião. Angra dos Reis; 1993.
87. Associação Comunitária Indígena de Bracuí. Ata de reunião. Angra dos Reis; 1994.
88. Prefeitura Municipal de Angra dos Reis. O histórico da saúde no município de Angra dos Reis. Angra dos Reis: Prefeitura Municipal de Angra dos Reis; 1991.
89. Eletronuclear. Fundação Eletronuclear de assistência médica: histórico. <http://www.eletronuclear.gov.br> (Acessado em 20/ maio /2003).
90. Prefeitura Municipal de Angra dos Reis. Projeto de municipalização da saúde no município de Angra dos Reis. Angra dos Reis: Prefeitura Municipal de Angra dos Reis; 1988.
91. Guimarães R, Tavares R. Saúde e sociedade no Brasil: anos 80. In: Guimarães R, Tavares R, organizadores. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará; 1994.
92. Fernandes VR. A implantação do sistema único de saúde em Angra dos Reis – a saúde vista como produção de vida. In: As políticas públicas no município de Angra dos Reis. Cadernos IPUB 4. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 1996: 2-25.
93. Secretaria Municipal de Angra dos Reis. Relatório final da I conferência municipal de saúde de Angra dos Reis. Angra dos Reis; 1991.
94. Pinheiro R, Jardineiro J. Participação social e planejamento em saúde: reflexões a partir da experiência do conselho municipal de saúde de Angra dos Reis. In: as políticas públicas no município de Angra dos Reis. Cadernos IPUB 4. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 1996: p.54-63.
95. Leite TCSB, Martins MC, Seppi IC. Programar para mudar. In: as políticas Públicas no município de Angra dos Reis. Cadernos IPUB 4. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 1996: 26-35.

96. Souza SPS. Assistência hospitalar. In: as políticas públicas no município de Angra dos Reis. Cadernos IPUB 4. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 1996: p.44-52.
97. Ferreira G. Programa de saúde mental. In: as políticas públicas no município de Angra dos Reis. Cadernos IPUB 4. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 1996: p.76-89.
98. Brasil. Legislação em saúde mental: 1990-2002. Senado Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
99. Câmara Municipal de Angra dos Reis. Relatório da Lei de Diretrizes Orçamentária ano 1998. Angra dos Reis: Câmara Municipal de Angra dos Reis; 1998.
100. Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis. Relatório de gestão 1998-1999. Angra dos Reis: Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis; 1999.
101. Secretaria Municipal de Planejamento de Angra dos Reis. Relatório de gestão 1996-1997. Angra dos Reis: Secretaria Municipal de Planejamento de Angra dos Reis; 1997.
102. Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis. Relatório de gestão 1997-1998. Angra dos Reis: Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis; 1998.
103. Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis. Relatório da IV Pré-Conferência de Saúde do 4º Distrito Sanitário de Angra dos Reis. Angra dos Reis; 1998.
104. Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis. Relatório da IV Conferência Municipal de Saúde de Angra dos Reis. Angra dos Reis; 1998.
105. Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis. Relatório de gestão 1999-2000. Angra dos Reis: Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis; 2000.
106. Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis. Ata da 1ª reunião do conselho gestor da unidade de saúde do Bracuí. Angra dos Reis: Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis; 1991.
107. Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis. Relatório de gestão 1992-1993. Angra dos Reis: Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis; 1993.
108. Fundação Nacional de Saúde. Distrito sanitário dos povos indígenas de São Paulo e Rio de Janeiro. São Paulo: Coordenação Regional, Fundação Nacional de Saúde; 1993.
109. Fundação Nacional de Saúde. Relatório da I conferência municipal de saúde indígena do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 1993.

- 110.Fundação Nacional de Saúde. Relatório da I conferência estadual de saúde indígena do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 1993.
- 111.Fundação Nacional de Saúde. Relatório de atividades no período janeiro-abril de 1994 na área de saúde das populações indígenas do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Coordenação Regional, Fundação Nacional de Saúde; 1994.
- 112.Prefeitura Municipal de Angra dos Reis. Relatório de gestão 1993-1994 do conselho de orçamento participativo de Angra dos Reis. Angra dos Reis: Prefeitura Municipal de Angra dos Reis; 1994.
- 113.Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis. Relatório de gestão 1994-1995. Angra dos Reis: Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis; 1995.
- 114.Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis. Ata da reunião do conselho gestor da unidade de saúde da Aldeia. Angra dos Reis, Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis; 1998.
- 115.Coordenadoria de Saneamento Básico da Prefeitura Municipal de Angra dos Reis. Sistema de saneamento básico da aldeia indígena sapukai de Bracuí. Angra dos Reis: Coordenadoria de Saneamento básico da Prefeitura Municipal de Angra dos Reis; 1999.
- 116.Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de gestão 1996-1997. Angra dos Reis: Secretaria Municipal de Saúde de Angra dos Reis; 1997.
- 117.Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado do Rio de Janeiro,. Programa de apoio às atividades agropecuárias em terras indígenas de Angra dos Reis: plano de trabalho ano 1998. Rio de Janeiro; 1998.
- 118.Eletronuclear. Estudo de impacto ambiental/relatório de impacto ambiental da usina nuclear de Angra II de Angra dos Reis. Rio de Janeiro: Eletronuclear; 1998.
- 119.Fundação Nacional de Saúde. Ata da reunião “proposta do Ministério da Saúde para a reorganização da atenção à saúde dos povos indígenas”. Rio de Janeiro: Coordenação Regional, Fundação Nacional de Saúde; 1999.
- 120.Câmara Municipal de Angra dos Reis. Relatório da Lei de Diretrizes Orçamentária. Angra dos Reis: Câmara Municipal de Angra dos Reis; 2000.
- 121.Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/ Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Relatório final do Seminário Política de Recursos Humanos para a Saúde: questões na área da gestão e regulação do trabalho. Brasília: Ministério da

Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; 1999.

122. Prefeitura Municipal de Angra dos Reis. Relatório de gestão 1998-1999 do conselho de orçamento participativo de Angra dos Reis. Angra dos Reis: Prefeitura Municipal de Angra dos Reis; 1999.

ANEXO

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP
Mestrado em Saúde Pública – Sub-Área de Políticas Públicas

**A POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA NO MUNICÍPIO DE ANGRA DOS REIS:
 UM ESTUDO DE CASO**

Roteiro para entrevista com informantes-chave^{yyyyy}

I. Dados Pessoais dos Entrevistados:

1. Nome:
2. Endereço:
3. Cidade: CEP:
4. Tel. Fax: E-mail:
5. Sexo: M F
6. Idade:
7. Profissão:

II. Pergunta Norteadora: Como foi a implementação da Política de Saúde Indígena no Município de Angra dos Reis no período 1989-1999?

- a) Para os não-indígenas:
 - . Como foi o seu contato com os Guarani de Angra dos Reis?
 - . Fale o que você sabe sobre o município de Angra dos Reis: sua historia, a implantação da política de saúde no período 1989-1999.
 - . Qual foi sua participação nesse processo?
 - . Especificamente na área da saúde indígena, como foi a implantação da política de saúde indígena no município de Angra dos Reis no período 1989-1999?
 - . Quais os aspectos positivos e negativos dessa implementação?
 - . Houve problemas e dificuldades?

- b) Para os indígenas:
 - . Como, quando e por que vocês vieram para o Sertão do Bracuí, em Angra Reis?
 - . Como foi o contato de vocês com as pessoas de Angra dos Reis?
 - . Conte a historia dos Guarani de Bracuí em relação à sua luta pela terra e pela saúde desde que chegaram nesse local.
 - . Como conseguiram levar a saúde para dentro da aldeia.
 - . Como foi a participação dos Guarani nos Conselhos do sistema de saúde de Angra dos Reis?

^{yyyyy} As entrevistas foram gravadas, transcritas e mantidas sobre a guarda da pesquisadora.