

SAÚDE INDÍGENA EM TEMPOS DE PANDEMIA: RELAÇÕES DE RESPEITO ÀS ESPECIFICIDADES CULTURAIS DOS INDÍGENAS KAINGANG NO CAMPO DA SAÚDE

Bruna Fonseca Assmann¹, Luís Fernando da Silva Laroque²,
Magna Lima Magalhães³

Resumo: O presente artigo aborda a temática da saúde indígena, buscando trazer a luz o modo como são, e foram, acessados os direitos relativos à saúde, durante o período pandêmico de Covid-19, selecionando como estudo de caso uma terra indígena em contexto urbano no Vale do Taquari/RS. A metodologia empregada foi qualitativa, de carácter descritivo, utilizando-se da revisão bibliográfica construída a partir de fontes documentais e orais sobre e com os Kaingang. Recorreu-se ainda o uso de diários de campo do acervo de Projeto de Pesquisa e Extensão da Univates. Os principais resultados evidenciaram que, apesar da legislação brasileira garantir aos Kaingang e outros povos indígenas o atendimento diferenciado, com respeito à diversidade cultural, o acolhimento às demandas dos indígenas é pouco efetivo, uma vez que os profissionais de saúde tendem a não compreender a perspectiva indígena na relação saúde-doença, situação ainda mais complexa em tempos de pandemia. A conclusão reitera que políticas públicas de saúde não contemplam adequadamente os aspectos cosmológicos dos povos indígenas brasileiros, que são múltiplos, distanciando ambas as culturas.

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde indígena. Pandemia Covid-19. Kaingang. Terra indígena *Foxá*. Saúde indígena.

-
- 1 Graduada em História pela Univates. Voluntária nos Projeto de Pesquisa “Identidades étnicas e desdobramentos sociambientais e áreas de bacias hidrográficas” e Projeto de Extensão “História e Cultura Kaingang”.
 - 2 Doutor em História. Professor e pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Desenvolvimento e do Curso de História da Univates.
 - 3 Doutorado em História pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos, professora da Universidade Feevale, no PPG em Processos e Manifestações Culturais e do Curso de História.

Introdução

Os povos indígenas no Brasil compõem 305 etnias e 274 línguas, totalizando 897 mil indígenas (IBGE, 2012). Cada etnia indígena é portadora de uma cultura singular com conhecimentos específicos do local onde vivem e viveram seus antepassados. No Estado do Rio Grande do Sul, o último censo realizado, considerou a existência de aproximadamente 34.000 indígenas, divididos entre as etnias Guarani, Kaingang, Xokleng/Laklãnõ e Charrua (BRASIL, IBGE, 2012). A Constituição Brasileira reconhece que esses povos também formam o povo brasileiro, assumindo o índio brasileiro como cidadão portador de direitos e deveres previstos em lei (BRASIL, 1988).

Ao mesmo tempo, a Constituição Federal admite que os indígenas possuem direitos específicos que dizem respeito à organização social, costumes, crenças e tradições indígenas. A terra que ocupam lhes é um direito originário da Carta Magna do país, cabendo à União demarcá-la e protegê-la, sendo a saúde outro direito universal, devendo ao Estado Nacional manter as comunidades indígenas saudáveis e seguras, respeitando suas práticas e crenças (BRASIL, 1988). Destaca-se que antes do artigo 196 da Constituição Brasileira ser aprovado, a situação de saúde dos cidadãos brasileiros era precária porque apenas trabalhadores com carteira assinada podiam fazer uso do serviço público de saúde por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Desta forma, compreende-se a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal de 1988, como um divisor de águas na história da saúde brasileira, sendo garantido a todos, tornando-se um direito dos cidadãos e um dever do Estado.

O povo Kaingang é um grupo étnico de número expressivo na sociedade brasileira, fazendo uso das políticas de saúde oferecidas pelo governo federal. As bibliografias que fazem referência à saúde Kaingang, políticas de saúde e a compreensão desse processo de adaptação dos indígenas em relação à saúde não-indígena, historicamente, faz uso de registros documentais do Estado brasileiro no intuito de reconhecer e reparar a falta de assistência aos “outros” cidadãos mencionados na Constituição do Brasil (BRASIL, 1988), criando-se políticas especiais de saúde indígena. Esse conjunto de referências contribuem para uma interpretação à realidade dos Kaingang da Aldeia *Foxá*, em Lajeado, Rio Grande do Sul, sanando questões que podem surgir acerca da cosmologia, costumes, saberes tradicionais e cotidiano dos indígenas que vivem naquela comunidade.

Os Kaingang são um grupo étnico expressivo no Brasil meridional pertencente ao tronco linguístico Jê, da família linguística Macro Jê. Este povo é composto por aproximadamente 39.000 indivíduos, sendo oficialmente, de acordo com o último censo estatístico divulgado, e já desatualizado, 37.470 indígenas espalhados pelo Brasil meridional. Ainda de acordo com o censo de 2012, seriam 31.814 indígenas vivendo em terras indígenas e 5.656 vivendo fora

de terras indígenas (IBGE, 2012). Este grupo étnico está presente nos estados brasileiros: São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

No Estado do Rio Grande do Sul, os Kaingang ocupam áreas localizadas às margens das bacias hidrográficas do Rio Jacuí até as margens do Rio Uruguai (LAROQUE, 2009). A denominação Kaingang foi referida pela primeira vez nos manuscritos de Franz Keller, em 1867 e, mais tarde, em 1882, pelo indianista Telêmaco Borba (MOTA, 2004). Os Kaingang são conhecidos na arqueologia por ocuparem extensões de planalto e por ser descendentes de grupos pré-históricos de Tradição Taquara e/o Proto-Jê (SILVEIRA; OLIVEIRA; 2005). De acordo com Tommasino (2000), o etnônimo *Kaingang* significa “povo do mato” e é uma identificação que remete a noção de meio ambiente que constitui a identidade desse grupo étnico. Logo, acredita-se que este povo possui uma ligação forte com a natureza e o local onde vivem. Pontua-se, também, que para os Kaingang, o território tem grande importância devido às suas práticas socioculturais. Atribui-se ligação afetiva e familiar à terra e a natureza, sendo esta a “Grande mãe” de todos, aquela que fornece os elementos necessários para a vida e a harmonia do grupo (TOMMASINO, 2000).

Conforme Seeger e Castro (1979), a terra, para as sociedades indígenas, não é um objeto ou *coisa* alienável de transações individuais. A noção de propriedade era do grupo local e os direitos individuais e familiares seriam exercidos sobre o trabalho na terra e os frutos deste esforço. Assim sendo, a terra não poderia ser definida como espaço homogêneo e neutro, mas como um conglomerado de recursos desigualmente distribuídos por uma superfície sem existência conceitual nítida. Em Lajeado, a Terra Indígena *Foxá* se formou há aproximados 20 anos, quando as primeiras famílias oriundas de áreas da Bacia Hidrográfica do Rio Uruguai, tais como a Terra Indígena Nonoai, Serrinha, Votoro e Guarita, se estabeleceram às margens da rodovia estadual RS-130, à aproximados 600 metros do trevo de acesso a BR-386, região periférica da cidade de Lajeado (FIGURA 1). Os indígenas passaram a viver às margens da cidade em locais que proporcionavam mais possibilidades, como a venda de artesanatos, soluções de problemas de saúde, educação, entre outros (LAPPE, 2015).

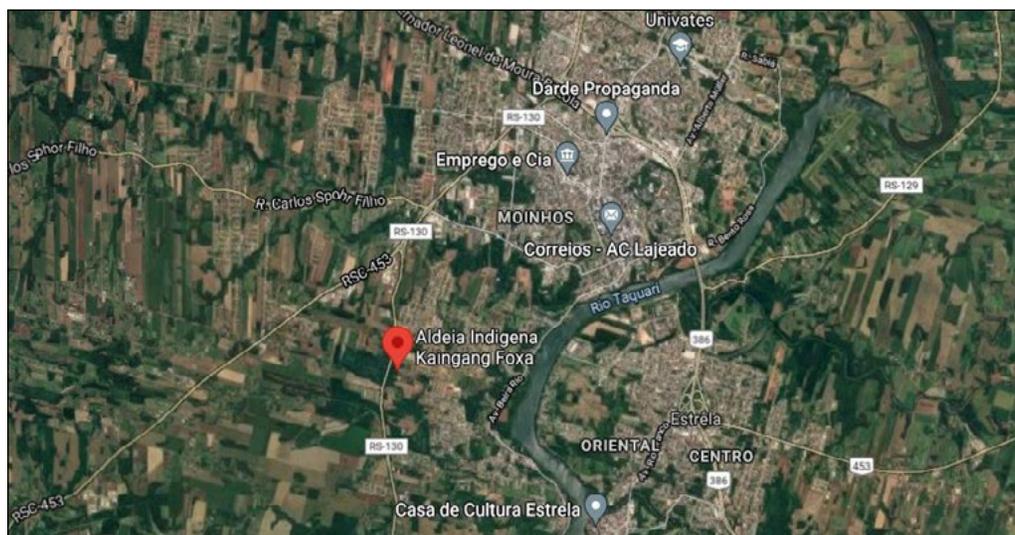
Figura 1. Acampamento indígena às margens da RS-130 (futura TI Foxá)



Fonte: Acervo Projeto de Pesquisa “Identidades étnicas e desdobramentos socioambientais em espaços de bacias hidrográficas” e Projeto de Extensão “História e Cultura Kaingang” da Univates (2021)

Conforme Lappe e Laroque (2018), aproximadamente 15 pessoas teriam se instalado à beira da RS-130, entre elas, jovens, adultos e crianças. O principal objetivo seria o comércio de artesanatos para a aquisição de alimentos, roupas, materiais escolares e melhores condições de vida (LAPPE; LAROQUE, 2018). Os indígenas mencionados teriam ficado no local, de meados de 2000 até 2005, quando, depois de muita negociação entre a Prefeitura de Lajeado e de representantes do poder público, chegou-se a um acordo que ocasionou a cessão das terras no Bairro Jardim do Cedro, atual localização da Terra indígena *Foxá* (FIGURA 2).

Figura 2. Localização da TI *Foxá* na contemporaneidade



Fonte: Adaptação do autor do Google Maps (2021).

Atualmente, vivem na Terra indígena *Foxá*, aproximadamente, 30 famílias, totalizando cerca de 120 pessoas. A liderança é protagonizada pelo Cacique Luís Alan Vaz e o Vice cacique Ronaldo Vaz. A comunidade tem no artesanato seu principal sustento, sendo que algumas famílias possuem integrantes trabalhando em fábricas da região. A comunidade apresenta uma estrutura organizada da seguinte forma: espaço de venda de artesanatos, na entrada da comunidade, onde são expostos seus produtos; um centro cultural, onde são realizadas as reuniões da comunidade e eventos; a Escola Estadual Indígena de Ensino Fundamental *Gatén* que oferece aulas do 1º ao 5º ano de ensino; e um posto de saúde, onde são realizados os atendimentos da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), durante as visitas periódicas que este órgão federal realiza na referida aldeia.

Sobre a Terra Indígena *Foxá*, cabe dizer que há visitas periódicas da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) ainda que essas visitas não possuam data fixa para acontecer. São realizados atendimentos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) que executa ações de promoção à saúde indígena na aldeia. Os atendimentos ocorrem de acordo com a demanda da comunidade, ou seja, de acordo com as necessidades dos indivíduos que são assistidos pela Agente de Saúde Indígena, podendo contar também com as cestas básicas do Departamento Nacional de Infraestrutura de Trânsito (DNIT), resultado de medidas compensatórias pela duplicação da BR-386 nos territórios tradicionais Kaingang. Frente ao exposto, o objetivo do estudo consiste em abordar a temática da saúde indígena buscando trazer a luz o modo como são, e foram acessados os direitos relativos à saúde, durante o período pandêmico de Covid-

19⁴ selecionando como estudo de caso uma terra indígena em contexto urbano no Vale do Taquari/RS.

Metodologia

Este estudo faz uso da abordagem qualitativa, não podendo, assim, traduzir em números seus resultados, obtendo-se mais de uma múltipla interpretação da realidade analisada pelo pesquisador (DALFOLVO; LANA; SILVEIRA, 2008). O carácter descritivo da pesquisa se dá pelo fato de haver um levantamento de dados em que o pesquisador se preocupa em descrever o estudo de caso de uma dada realidade. Assim, esta pesquisa é caracterizada como descritiva, adotando-se técnicas qualitativas. Utilizou-se, como técnica, a pesquisa bibliográfica que é uma das formas de se averiguar alguns tipos de dados, e indispensável, no caso de serem dados de difícil acesso. Neste caso, o recomendado é que seja averiguada uma ampla bibliografia e que o material investigado seja pertinente ao tema principal da pesquisa (MENDES, 2012).

Fez-se revisão bibliográfica acerca da legislação de saúde indígena, bem como uma breve síntese do contexto em que mudanças e leis foram incorporadas aos direitos indígenas relacionados à saúde. Uriarte (2012) recomenda o conhecimento das informações produzidas sobre a temática e grupo a ser investigado, não permitindo, assim, tendenciar informações já existentes. Utilizaram-se os dados para o estudo de caso coletados durante as saídas de campo, realizadas no Projeto de Pesquisa “Identidades étnicas e desdobramentos socioambientais em áreas de bacias hidrográficas” e Projeto de Extensão “História e Cultura Kaingang” da Universidade do Vale do Taquari – Univates e Projeto de Pesquisa interinstitucional Univates/Feevale “Tecitura Social: História, Saúde e Urbanização no Vale dos Sinos e Taquari/RS”, para compreender em que medida as políticas públicas mencionadas na legislação, alcançam os indígenas da Terra indígena *Foxá*. Com procedimentos metodológicos contou-se com o Termo de Anuência Prévia (TAP) concedido pelo Cacique da Comunidade Indígena, assim como os referidos projetos da Univates e os autores estão cadastrados no Sistema Nacional de Gestão do Patrimônio Genético e do Conhecimento Tradicional Associado (SisGen), respectivamente, com os Cadastros nº AA8F8FA e nº A83589.

4 Vírus Sars-CoV-2, causador da Pandemia, conhecida como Covid-19, foi descoberto em dezembro de 2019, na Cidade de Wuhan, na Província de Hubei, China. Possui grande potencial de contágio, condição que ocasionou a atual pandemia. De sua descoberta, até o decreto de pandemia, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), passaram-se 4 meses. Os números atualizados dão conta de que o vírus vitimou no mundo aproximadamente 4,5 milhões de pessoas. No Brasil, o número de vítimas da pandemia chega à 579 mil pessoas (JHU, 2021).

Desenvolvimento

Políticas públicas se referem às atividades dos governos que influenciam na vida dos cidadãos (PETERS, 1996), remetendo ainda às iniciativas, decisões e ações do governo frente a situações sociais problemáticas, buscando alternativas e soluções adequadas (DEUBEL, 2006). Pode ainda se dirigir aos programas de ação governamental com metas coletivas (BUCCI, 2006). Entende-se ainda por política pública toda ação do Estado em favor de demandas da sociedade que emergem de um contexto social onde ocorra a opressão de uma parte da sociedade, causada pelo conflito de interesses (STUCKY, 1997), tal como as comunidades culturais. No Brasil as políticas públicas atendem às esferas municipal, estadual e federal, atendendo determinados setores da sociedade civil. Essas políticas podem ter também parcerias com organizações não-governamentais e, em geral, possuem quatro características principais: comprometimento do governo, assimilação de um problema social, definição de objetivo(s) e formatação de um processo de ação (DEUBEL, 2006).

Uma das culturas tradicionais que as políticas públicas brasileiras atendem são as indígenas. Nesse sentido, salienta-se que a saúde indígena traz alguns marcos temporais na história das políticas públicas do Brasil onde houve progressos no campo de saúde voltados aos indígenas, e momentos em que foram contabilizadas perdas no que se refere aos direitos específicos das comunidades indígenas. Destaca-se que mesmo havendo políticas públicas voltadas aos indígenas, essas comunidades vêm sendo dizimadas desde seu primeiro contato com o não-indígena. Alguns dos momentos de avanços nos direitos indígenas se dirigem às conquistas do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), Fundação Nacional do Índio (FUNAI), Sistema Único de Saúde (SUS), Lei Arouca e a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

Na história do Brasil, a primeira política pública republicana voltada para os povos indígenas foi o Serviço de Proteção aos Índios (SPI), órgão vinculado ao Ministério da Agricultura, criado entre os anos de 1910 e 1967 (AROUCA; LIMA, 2014). Neste período, o SPI desenvolveu questões pontuais de assistência sanitária dentro de comunidades indígenas com estruturas simples de atenção à saúde, restringindo-se aos postos de saúde de atenção básica com enfermeiros e, eventualmente, visitas de assistência médica (AROUCA; LIMA, 2014). Durante seus 57 anos de atuação e, diante de problemas como a precariedade de recursos financeiros (devido ao difícil acesso às terras indígenas), os indígenas atendidos pelo SPI demonstraram estar contrários ao atendimento do referido órgão. Contudo, houve melhorias, como a criação do “Serviço Médico Sanitário do SPI”, criado em 1946, pelo médico Herbert Serpa, visando diminuir a incidência de “conflitos” entre a medicina ocidental e as práticas de cura indígenas, recomendando-se que os enfermeiros realizassem uma especialização em “antropologia cultural” (SOUZA LIMA, 1995).

A Sessão de Estudos (SE), coordenada pelo médico Herbert Serpa, constatou que à medida que os atendimentos eram realizados, novas

especificidades surgiam, trazendo a demanda de compreensão sobre a “Saúde Indígena” enquanto objeto de estudo. Foi a partir da SE que o sociólogo, na época recém-formado, Darcy Ribeiro, desenvolveu suas primeiras pesquisas voltadas à temática indígena (RIBEIRO, 1970). Percorrendo o território maranhense, Ribeiro desenvolveu diários de campo de um estudo etnológico entre os indígenas *Urubu-Kaapor*, em meados de 1947. Em seu relato, Darcy revelou estar auxiliando os enfermeiros em meio a uma epidemia de sarampo que estava dizimando os indígenas. Com medo de levar a doença aos seus pacientes indígenas ainda não-contaminados, acabou se dedicando ao trabalho de auxiliá-los de maneira mais ampla, compreendendo as necessidades reais da comunidade. Nesse caso, foi cozinhando alimentos aos doentes que sem poder fazer as tarefas básicas (como alimentar-se), definhariam de fome (RIBEIRO, 1970).

Na obra “Os índios e a civilização” (1970), Darcy Ribeiro fez uma reflexão sobre os danos resultantes do crescente aumento do contato entre indígenas e não-indígenas, ressaltando, principalmente, a transmissão de doenças. Na análise do sociólogo e antropólogo, os surtos de doenças entre os indígenas seriam resultado do desequilíbrio da influência do não-indígena na sociedade indígena, resultando em desestruturas sociais, carências nutricionais e dificuldades de manutenção de práticas culturais. Os boletins internos do SPI retrataram que os surtos de doenças entre os indígenas ocorreriam devido as longas distâncias entre as aldeias e os centros urbanos, falta de material médico e mão de obra adequada, contato entre indígenas e “brancos” e a não aderência aos tratamentos propostos pela medicina ocidental (AROUCA; LIMA, 2014).

A não-observância das necessidades específicas dos povos indígenas se deu pela perspectiva integracionista do SPI que percebia as questões ligadas à saúde indígena como transitórias, pois entendia-se que ao serem integrados à “sociedade nacional”, os indígenas adotavam práticas sanitárias dos não-indígenas (AROUCA; LIMA, 2014). A falta de organização administrativa do SPI tornou a situação dos indígenas ainda mais calamitosa, revelando a parcial inobservância de questões etnológicas, tornando necessário o emprego de ações de aperfeiçoamento no campo antropológico (AROUCA; LIMA, 2014). Com o fim das atividades do SPI, criou-se a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), em 1967, baseada nos modelos de atenção do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), vinculado ao Ministério da Saúde que levava ações básicas de saúde às populações indígenas e rurais de difícil acesso, na década de 1950 (BRASIL, 2002). Ao ser de responsabilidade de um novo órgão governamental, a FUNAI, a saúde do indígena continuava sendo um “problema” sem solução para o Estado Nacional. A criação de Equipes Volantes de Saúde (EVS), na década de 1970, representou avanço em termos de acesso ao atendimento médico de saúde. As equipes realizavam os atendimentos esporádicos, prestando assistência médica e orientando o serviço de saúde local (em casos em que esse recurso estava disponível). No entanto, a crise financeira do Estado

brasileiro na década de 1970 contribuiu para que os serviços de atenção à saúde fossem precarizados, não tendo investimento adequado e não contemplando a diversidade étnica, nem suprindo a necessidade de suprimentos alimentícios dessa comunidade cultural (BRASIL, 2002).

O trabalho realizado pelas EVS foi sendo cada vez mais esporádico em terras indígenas, sendo fixado em sedes de administrações regionais em centros urbanos. Como o atendimento não possuía mão de obra qualificada para continuar, acabou abandonado pelas autoridades responsáveis (BRASIL, 2002). A falta de treinamentos para qualificação da equipe de saúde gerou ações que não contemplavam as representações dos povos indígenas, não contribuindo para que, em caso de doenças, a comunidade viesse a buscar atendimento nos postos de saúde. Isso reforçou a ligação entre os indígenas e suas práticas curativas (BRASIL, 2002). Conforme Arouca e Lima, (2014), “A saúde indígena faz fronteiras perigosas com outras demandas de ordem política, social e econômica e, por isso, ainda hoje enfrenta desafios estruturais, especialmente, relacionados com a posse e gestão de terras” (AROUCA; LIMA, 2014, p. 71).

Nas décadas de 1970 e 1980 os assuntos relativos à saúde e cultura indígenas começaram a ganhar lugar nas pautas das políticas públicas, aproximando o debate entre pesquisadores, movimentos sociais organizados e intelectuais de diferentes áreas, formulando e sistematizando uma política de assistência efetiva aos povos indígenas do Brasil (AROUCA; LIMA, 2014). Instituições, como o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) e a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) contavam, em seus quadros de participantes, com médicos sanitaristas e cientistas sociais. Assim, surgiu a primeira entidade indígena criada por lideranças das comunidades indígenas para defender seus interesses em âmbito nacional: a União das Nações Indígenas (UNI).

A política de saúde, tal como outras políticas públicas, é produto da junção de forças díspares, sendo, muitas vezes, conflituosa e geradora de novos processos de poder, nem sempre coincidentes com os processos que lhe deram origem (GARNELO, 2003). Desta forma, depreende-se que ainda que política de saúde tenha relação com a organização e execução dos não-indígenas, sendo oriunda de uma série de tentativas, erros e acertos, contribuiu para que movimentações, como a UNI surgissem dando protagonismo e voz aos indígenas. Ao final da década de 1980, com a nova Constituição Federal do Brasil, estipulando o reconhecimento e respeito às organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando a plena capacidade civil (BRASIL, 1988), definiu-se também princípios gerais para um Sistema de Saúde que contemplasse a população de uma maneira geral. Anos mais tarde, na década de 1990, foi regulamentada a gestão federal de um Sistema de Saúde pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Lei N. 8.080 (BRASIL, 1990), criando, assim, a possibilidade de implementação de um Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme o artigo 4º da referida lei, previu-se um “[...] conjunto

de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde - SUS" (BRASIL, 1990, texto digital).

A Constituição Federal do Brasil de 1988 se baseou também no reconhecimento dos direitos e deveres de povos indígenas ao passo que estabeleceu a criação de um Sistema de Saúde unificado respeitasse as diferenças socioculturais, tendo em vista que o Brasil é um país de proporções continentais. Assim, foram realizadas, em 1986 e 1993, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1986) e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (1993). Baseando-se em estruturar um projeto de saúde indígena que atendesse as demandas nacionais e reformasse as políticas sanitárias em relação à autodeterminação dos povos quanto à tutela pelo Estado (AROUCA; LIMA, 2014). Esta junção de fatores desenhou a Lei Arouca⁵ (Lei N. 9.836/1999) que institui no Brasil um Subsistema de Saúde Indígena, sendo este, parte do SUS (BRASIL, 1999). Em uma breve análise histórica, pode-se afirmar que a Lei Arouca, vem ao encontro das propostas do médico Herbert Serpa do SPI, em 1947, que idealizava a construção de um serviço médico sanitário que atendesse as especificidades culturais dos indígenas, porém, que fosse atrelado ao Estado.

As últimas grandes conquistas nas políticas públicas de saúde indígena ocorreram entre 1999 e 2010 com a leis que promulgaram o Subsistema de Saúde Indígena (SASI) e com a Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, executada pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). A primeira, instituída pela Lei N. 9.836/1999, visava garantir o respeito à cultura indígena, encaminhando demandas de saúde aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas que consistem em um modelo de organização de serviços técnicos voltados para a saúde indígena, levando em conta questões etnoculturais, geográficas, populacionais e administrativas, racionalizando os atendimentos e qualificando a atenção à saúde. A segunda, é responsável por coordenar e executar as condutas organizadas pelas diretrizes de Saúde indígena, como a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

No ano de 2019, Jair Messias Bolsonaro, foi eleito Presidente do Brasil, com 55,13% dos votos válidos na unidade federal. O atual presidente da República é conhecido, internacionalmente, por expressar intencionalidade em promover a desconstitucionalização dos direitos indígenas e das políticas

5 Lei que estabelece a criação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, criado em 1999, por meio da Lei nº 9.836/99. Composto por Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DESEIs), que configuram uma rede de serviços dentro das terras indígenas, para atender essa população, a partir de critérios geográficos, demográficos e culturais. Seguindo os princípios do SUS, esse subsistema considerou a participação indígena como uma premissa fundamental para o melhor controle e planejamento dos serviços, reforçando a autodeterminação desses povos.

públicas. Conforme Rangel e Liebgott (2020), Bolsonaro já demonstrava, enquanto deputado federal, propostas de “revisão” de direitos indígenas, já homologados. Como exemplo, cita-se a apresentação do Projeto de Decreto Legislativo (PDC) N. 170, que pretendia revogar a demarcação da Terra Indígena Yanomami, no Estado de Roraima, homologada no mesmo ano (RANGEL; LIEBGOTT, 2020). Em 1998, ainda no cargo de deputado federal, Jair Bolsonaro – que teve sete mandatos como deputado federal - teria declarado que “[...] competente, sim, foi a cavalaria norte-americana, que dizimou seus índios no passado e hoje em dia não tem problemas” (RANGEL; LIEBGOTT, 2020, p. 15). Essa declaração à imprensa nacional gerou na época um pedido de cassação de seu mandato pelo Conselho de Articulação dos Povos indígenas no mesmo ano.

Ainda de acordo com Rangel e Liebgott (2020), o atual Chefe de Estado, representaria uma lógica com três graves características, onde são fomentadas a desqualificação dos povos indígenas enquanto sujeitos de direitos, desvalorização das formas e dos processos de produção dos povos indígenas e a desumanização da pessoa indígena. Esta postura seria adotada como base de um pensamento que passa a ser reproduzido em formas de agressões, racismo, omissão e negligência estatal (RANGEL; LIEBGOTT, 2020). A concretude dos apontamentos observados por Rangel e Liebgott (2020), dá-se na leitura de dados da política de atenção à saúde referente ao primeiro ano de governo Bolsonaro que desrespeitou especificidades estabelecidas na Lei Arouca, extinguindo a Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI). Esta seria uma ruptura de aproximadamente 30 anos de lutas e mobilizações pela política de autonomia administrativa e financeira dos Distritos Sanitários Especiais Indígena (DSEIs). Este projeto de desmantelamento, segundo Rangel e Liebgott (2020), seria a ponta do “iceberg”. No dia 24 de agosto de 2020, o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) emitiu uma nota, denunciando que os povos indígenas enfrentavam duas pandemias “a política e o COVID-19”. Ainda de acordo com a nota, tem-se:

[...] a pandemia na política de saúde tem sido devastadora. Se impôs, nas relações, o fundamentalismo religioso e o extremismo político, desrespeitando as culturas indígenas e seus saberes. E, mais grave, abandonaram-se as práticas do respeito aos indígenas e da presença das equipes de saúde em área, transformando-as em equipes volantes e emergenciais. O coronavírus chega ao Brasil e logo contamina as aldeias. Lá o vírus encontrou um ambiente propício para se alastrar e fazer vítimas. O governo, assim como fez com os pobres em todo o país, lançou os indígenas à própria sorte. Sem planejamento e com poucos profissionais preparados para enfrentar a pandemia, a contaminação chegou nas aldeias, vitimando os sábios, os anciãos, deixando sequelas que serão sentidas por muitos anos (CIMI, 2020, texto digital).

Na Terra Indígena *Foxá*, durante as incursões realizadas com os integrantes dos Projetos de Pesquisa e Extensão da Univates, foi possível presenciar inúmeras narrativas dos indígenas mais velhos, os *Kofás*, confirmando estas lutas pela permanência de direitos adquiridos e constantemente relativizados pelos não-indígenas. Nos diários de campo redigidos pelos pesquisadores, há narrativas dos Kaingang a respeito das ações provenientes destas políticas de saúde indígena, que muitas vezes, são realizadas à “toque de caixa”, reconhecendo, sim, a diferenciação entre culturas (cultura indígena/não-indígena). Entretanto, não levando em conta a diferenciação entre culturas indígenas (indígena/indígena), generalizando o termo, e negligenciando as particularidades que existem dentro de cada povo indígena. Faz-se necessário ressaltar que o respeito à cultura indígena, para além de uma lei de políticas afirmativas, é um importante aliado para que a conduta médica do não-indígena seja bem aceita pelo paciente indígena.

De acordo com o relato dos interlocutores indígenas (DIÁRIO de campo, 31/05/2021), a não observação da percepção diferenciada que os indígenas Kaingang possuem sobre saúde, muitas vezes, acabam por “minar” campanhas de saúde oferecidas pelo governo federal, como foi o caso da vacinação contra o Covid-19, onde alguns indígenas foram resistentes à vacinação, em um primeiro momento, devido a falta de informação. E em um segundo momento, por pressão das autoridades de saúde e lideranças internas da comunidade indígena, foram vacinados.

Conclusão

Este estudo buscou oferecer, por intermédio revisão da bibliografia e análise dos diários de campo dos Projetos de Pesquisa e Extensão sobre os Kaingang, uma breve apresentação das movimentações ocorridas no campo da saúde indígena brasileira. Provocando a reflexão sobre a luta e o respeito às especificidades de cada povo indígena, sobretudo no que diz respeito à saúde pública vigente no Brasil. É necessário lembrar que o sistema público de saúde brasileiro e as políticas públicas de saúde indígena no Brasil são relativamente novos, trazendo ainda muitas falhas de efetividade e nem sempre respeitando a cultura dos povos indígenas, como prevê as leis brasileiras.

Assim, em um primeiro momento, buscou-se apresentar a história dos indígenas brasileiros e da etnia Kaingang, presentes em Lajeado/ RS, no Vale do Taquari, observando suas origens, onde teriam se alocado. Em um segundo momento, analisou-se em que medida essas especificidades são reconhecidas nas políticas públicas de saúde indígena e se a bibliografia específica (URIARTE, 2012) contempla esses diferenciais étnicos, observando também como os Kaingang da Terra indígena *Foxá* perceberam as ações advindas do governo federal, por intermédio da leitura de diários de campo. Identificou-se que há fragilidades nos métodos de acolhimento do sistema público de saúde, já conhecidos no sistema público de saúde de acesso universal, e percebidos,

também, no Sistema Especial de Saúde Indígena. Essas fragilidades, como é o caso da percepção de mundo do paciente indígena, juntamente com outras lacunas encontradas, geraram conflitos durante a vacinação contra a Covid-19 na aldeia dos Kaingang, em Lajeado, vacinados no dia 28/01/2021 pela equipe da SESAI (INDEPENDENTE, 2021).

Os resultados encontrados revelaram que a narrativa trazida pelo povo indígena Kaingang da Terra indígena *Foxá*, registrada no Diários de Campo de 31/05/2021, e as informações trazidas na bibliografia disponível são compatíveis, sendo uma a complementação da outra. As leituras deram conta de trazer a compreensão das funções dos órgãos de proteção dos indígenas, bem como das instituições de saúde indígena. E na mesma medida, permitiu identificar que a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), durante a Pandemia, não estaria executando adequadamente suas funções de maneira efetiva. Neste sentido, não foi observado a existência de alguma ação que viesse a promover a defesa e proteção dos direitos constitucionais dos povos indígenas. À vista do exposto, esse órgão federal não estaria operando em favor de interesses das demandas indígenas, o que é um problema sério para essa comunidade.

A SESAI estaria cumprindo suas funções, ainda que precariamente, atendendo à comunidade de acordo com suas demandas, dentro das limitações impostas, buscando respeitar as especificidades culturais da etnia Kaingang, conforme relato da Liderança Kaingang. A agente de Saúde Indígena faz a intermediação entre indígenas e agentes da SESAI (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), notificando-os sobre o estado de saúde dos indígenas da comunidade, bem como os que não fazem uso do atendimento da SESAI e optam pelo uso da medicina tradicional indígena. Os indígenas recorrem, primeiramente, às suas práticas de cura pela natureza com o uso de “remédios do mato” e benzeduras da liderança espiritual, acionando os dispositivos governamentais de saúde, SESAI, UBS e UPA, apenas em casos em que não há melhora do quadro clínico ou sejam necessárias ações de emergência (como em casos de acidentes com ferimentos).

Identificou-se que o uso de aparatos do Estado, de maneira geral, é acionado mediante a necessidade e impossibilidade de resolução do impasse por vias tradicionais da cultura Kaingang. A motivação advém da burocracia do não-índio ser distante da lógica Kaingang, trazendo desconforto e desconfiança aos indígenas. A diferença entre as culturas (indígena e não-indígena) seria um problema que ainda afasta os indígenas do sistema de saúde, já que mesmo sendo respeitados pelos profissionais da saúde, como indivíduos, têm suas práticas curativas e tradicionais de suas culturas, relativizadas e reprovadas pelos “brancos”. Isso não afasta os indígenas da Terra indígena *Foxá* de sua cultura tradicional, mas impede, em alguma medida, que os indígenas doentes busquem atendimento médico nos postos de saúde ou atendimentos da SESAI, ou fazendo com que os indígenas realizem suas práticas tradicionais de cura “escondidos”, omitindo a informação dos médicos. Como, exemplo, cita-se o

ocorrido durante a pandemia vigente em que os indígenas, à contragosto, foram obrigados a receber as duas doses da vacina contra o Covid-19 e continuaram fazendo uso de um chá medicinal que, segundo aquela cultura, preveniria o contágio dele (DIÁRIO de campo, 31/05/2021).

Entende-se assim, que as políticas públicas que visam respeitar a cultura indígena e suas especificidades, ainda que garantidas em lei, não são plenamente atendidas quando o serviço de atendimento público é buscado pelos indígenas e, muitas vezes, pela própria SESAI, já que o uso de medicações “do mato” é omitido dos profissionais de saúde do referido órgão federal. Resistir ao uso de recursos não-indígenas é uma das maneiras que o povo Kaingang encontrou de manter sua cultura em meio a uma sociedade excludente e hegemônica que idolatra outras culturas estrangeiras e condena as culturas nativas (CLASTRES, 2004). Nega-se, assim, o acesso aos recursos públicos, ainda que indiretamente, previstos na Constituição do Brasil.

Referências

ACERVO fotográfico e documental dos Projeto “Identidades étnicas e desdobramentos socioambientais e espaços de bacias hidrográficas” (2021-2024) e Projeto de Extensão “História e Cultura Kaingang” da Universidade do Vale do Taquari – Univates.

AROUCA, Carolina; LIMA, Nísia Trindade. Antropologia e Medicina: a saúde no serviço de proteção aos índios (1942:1956). In: TEIXEIRA, Carla Costa; GARNELO, Luiza. **Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, Cap. 2. p. 59-83, 2014. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4q4z4/pdf/teixeira-9788575415825-04.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2021.

BOEIRA, Nelson; GOLIN, Tau (org.). **História do Rio Grande do Sul: povos indígenas**. Passo Fundo: Méritos, 2009.

BRAND, Antônio. História Oral: perspectivas, questionamentos e sua aplicabilidade em culturas orais. In: Revista do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade do Vale dos Sinos. **História Unisinos**, vol. 4., n. 2, 2000, p.195-226.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasil. [s.n.], 2016. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 2 ago. 2019.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena** / Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2009. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf. Acesso em: 19 jul. 2021.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

BRASIL. **Lei N° 8.080/1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm; Acesso em: 17 jun. 2021.

BRASIL. **Lei N° 9.836/1999**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm. Acesso em: 17 jun. 2021.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Características gerais dos indígenas: resultados universais**. Censo Demográfico 2010, Rio de Janeiro, p. 1 - 245, 2012. CD-ROM.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde (Org.). **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/23/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19-de-2021>. Acesso em: 17 mar. 2021.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Direito Administrativo e Políticas Públicas**. São Paulo: Saraiva, 2006.

CEPAL. Comissão econômica para a América Latina e o Caribe. **Os Povos Indígenas na América Latina: avanços na última década e desafios pendentes para a garantia de seus direitos**. Chile: Nações Unidas, 2015. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37773/1/S1420764_pt.pdf. Acesso em: 14 abr. 2021.

CLASTRES, Pierre. **Arqueologia da violência: pesquisas de antropologia política**. [S. l.]: Cosac & Naify, 2004.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**. Blumenau, vol. 2, n. 4, p. 1- 13, sem II., 2008.

DEUBEL, Andre-Noel Roth. **Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación**. Bogotá, Colômbia: Ediciones Aurora, 2006.

DIÁRIO DE CAMPO, 09/06/2021. Pesquisa de Campo na Terra Indígena *Foxá*. **Projeto de Extensão História e Cultura Kaingang e Projeto de Pesquisa Identidades étnicas e desdobramentos socioambientais em espaços de bacias hidrográficas**. Lajeado. Univates. 09 jun. 2021. 4 p.

DIÁRIO DE CAMPO, 31/05/2021. Pesquisa de Campo na Terra Indígena *Foxá*. **Projeto de Extensão História e Cultura Kaingang e Projeto de Pesquisa Identidades étnicas e desdobramentos socioambientais em espaços de bacias hidrográficas**. Lajeado. Univates. 31 mai. 2021. 3 p.

DIEHL, Eliana E.; LANGDON, Esther Jean. Transformações na Atenção à Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um Contexto Indígena Brasileiro. **Universitas humanística**, Bogotá - Colômbia, n. 80, p. 213-236, jul.-dez., 2013.

GARNELO, Luiza. O SUS e a saúde Indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena In: TEIXEIRA, Carla Costa; GARNELO, Luiza. **Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Cap. 4. p. 107-142, 2014.

GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: Problemas e questões na Região Norte do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 19, n. 01, p. 311-317, 2003.

INDEPENDENTE, Grupo. **Indígenas recebem vacina contra a Covid-19 em Lajeado**. 28/01/2021. Disponível em: <https://independente.com.br/indigenas-recebem-vacina-contra-covid-19-em-lajeado/>. Acesso em: 20 jun. 2021.

JHU. **Covid-19 Dashboard da Johns Hopkins University**. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acesso em: 28 ago. 2021, às 8h30.

LAJEADO. **Lei N° 7.495**. Lajeado, 28 dezembro 2005. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a2/rs/l/lajeado/lei-ordinaria/2005/750/7495/lei-ordinaria-n-7495-2005-autoriza-o-poder-executivo-a-conceder-cessao-de-uso-de-uma-area-de-terras-a-secretaria-do-trabalho-cidadania-e-assistencia-social?q=7495>. Acesso em: 17 jun. 2021.

LAPPE, Emelí. **Espacialidades sociais e territoriais Kaingang: terras indígenas Foxá e Por Fi Gâ em contextos urbanos dos Rios Taquari-Antas e Sinos**. 2015. Dissertação (Mestrado) – Curso de Ambiente e Desenvolvimento, Universidade do Vale do Taquari - Univates, Lajeado, 18 dez. 2015.

LAPPE, Emelli; LAROQUE, Luís Fernando da Silva. Terra indígena Foxá “aqui no cedro”: passado e presente Kaingang na sociedade do Vale do Taquari-RS-BR. **Geosp - Espaço e Tempo (Online)**, vol. 22, n. 1, p. 25-042, 2018.

LAROQUE, Luís Fernando da Silva. Os Kaingangues; Momentos de historicidades indígenas. In: BOEIRA, Nelson; GOLIN, Tau (Coord.). **História Geral do Rio Grande do Sul: Povos Indígenas**. Passo Fundo: Méritos, vol. 5, p. 81-108, 2009.

MENDES, Fábio Ribeiro. **Iniciação científica para jovens pesquisadores**. Porto Alegre: Autonomia, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MOTA, Lúcio Tadeu. A denominação Kaingang na literatura antropológica, histórica e linguística. In: TOMMASINO, Kimiye; MOTA, Lucio Tadeu; NOELLI, Francisco Silva. **Novas contribuições aos estudos interdisciplinares dos Kaingang**. Londrina: Eduel, 2004, p.1-16.

PETERS, B. G. **American Public Policy**. Chatham, EUA: Chatham House, 1996.

RANGEL, Lucia Helena; LIEBGOTT, Roberto Antonio. Bolsonaro estruturou um governo de depredadores e destruidores de vidas. In: MISSIONÁRIO, Conselho Indigenista. **RELATÓRIO Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil: dados de 2019**. Brasil: CIMI, Cap. 1. p. 14-18, 2020.

RIBEIRO, Darcy. **Os índios e a civilização**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1970.

SEEGER, Anthony; CASTRO; Eduardo B. Viveiros de. Terras e territórios indígenas do Brasil. **Encontros com a Civilização Brasileira**. Rio de Janeiro, n. 12, p.101-113, 1979.

SILVEIRA, Eliane da; OLIVEIRA, Lizete Dias de (Org.). **Etnoconhecimento e saúde dos povos indígenas do RS**. 1. ed. Canoas: Editora da ULBRA, 2005.

SOUZA LIMA, A. C. **Um grande cerco de paz: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

STUCKY, Rosane M. Michel. As Políticas Públicas e a Exclusão na Conquista do Direito Universal à Saúde. In: BONETI, Lindomar Wessler (coord.). Educação, Exclusão e cidadania. Ijuí. Editora Unijuí. 1997.

TOMMASINO, Kimiye. Território e Territorialidade Kaingang. Resistência cultural e historicidade de um grupo Jê. In: MOTA, Lúcio Tadeu; TOMMASINO, Kimiye (Org.). **Uri e Wáxi – Estudos interdisciplinares dos Kaingang**. Londrina: Ed. UEL, p. 191-226, 2000.

URIARTE, Urpi Montoya. O que é fazer Etnografia para os Antropólogos. **Ponto Urbe**, n. 11, p. 1-11, 2012.