



LITERATURE INTEGRATIVE REVIEW ARTICLE

A BRIEF HISTORY OF INDIGENOUS HEALTH IN BRAZIL
UM BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL
UNA BREVE HISTORIA DE LA SALUD INDÍGENA EN BRASIL

Maria Neyrian de Fátima Fernandes¹, Arieli Rodrigues Nóbrega², Rosinaldo Santos Marques³, Ana Michele de Farias Cabral⁴, Clélia Albino Simpson⁵

ABSTRACT

Objective: to provide a brief history context on the indigenous struggle for rights. It was at its peak in the 1970s, until the Indigenous Health Subsystem implementation in 1999. **Method:** it is a bibliographic review research made through BIREME and Scielo databases, including documents and publications of FUNASA, FUNAI, and the Brazilian legislation on indigenous, from 1970s to 2000s using the term: *indigenous health*. **Results:** after a myriad of movements that fought for indigenous rights recognition, the Indian Statute was sanctioned in 1973 regulating the indigenous issues in Brazil. Thereafter the Brazilian Constitution of 1988 it took a new direction, recognizing the right for cultural and social diversity, among others. **Conclusion:** the indigenous people integration to the health systems happened, and is still happening, according to the SUS purpose of reduce health inequalities among the whole population. **Descriptors:** nursing; indigenous health; Brazil.

RESUMO

Objetivo: traçar um breve histórico das lutas pelos direitos indígenas, cujo ápice foi nos anos 1970, até o estabelecimento do Subsistema de Atenção aos Povos Indígenas em 1999. **Método:** revisão a partir de levantamento bibliográfico nos bancos de dados, BIREME e Scielo, em documentos e publicações da FUNASA e da FUNAI, e na legislação brasileira indigenista, dos anos 1970 até 2000 com a utilização do descritor: *saúde indígena*. **Resultados:** após uma série de movimentos que lutavam pelo reconhecimento dos direitos indígenas, foi sancionado o Estatuto do Índio em 1973 que regulamentava a questão indígena no Brasil. Após Constituição do Brasil de 1988 houve um novo redirecionamento, reconhecendo o direito à diversidade cultural e social, entre outros. **Conclusão:** a integração dos povos indígenas aos sistemas de saúde aconteceu e está acontecendo conforme o propósito do SUS de redução das desigualdades em saúde na população como um todo. **Descritores:** enfermagem; saúde indígena; Brasil.

RESUMEN

Objetivo: hacer un breve histórico de la lucha por los derechos indígenas que alcanzó su máximo en la década de 1970, hasta la creación de lo Subsistema de Atención a los Pueblos Indígenas en 1999. **Método:** revisión desde las búsquedas bibliográficas en bases de datos, BIREME y SciELO, en los documentos y publicaciones de la FUNASA, FUNAI y en la legislación indígena brasileña, desde los años 1970 hasta 2000 usando el descriptor: *salud indígena*. **Resultados:** después de una serie de movimientos que luchaban por el reconocimiento de los derechos indígenas, se promulgó el Estatuto de lo Indio en 1973, que regulaba la cuestión indígena en Brasil. Posteriormente a la Constitución brasileña de 1988 ocurrió una nueva dirección, reconociendo el derecho a la diversidad cultural y social, entre otros. **Conclusión:** la integración de los sistemas de salud indígenas ocurrió y está ocurriendo según el propósito del SUS de reducir las desigualdades en salud en toda la población. **Descritores:** enfermería; salud indígena; Brasil.

¹Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: neyrian@yahoo.com.br; ²Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN. Especialista em Terapia Intensiva pela Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas (FACISA). Enfermeira Assistencial do SAMU-Sousa/PB. Sousa, Paraíba, Brasil. E-mail: arieli.nobrega@hotmail.com; ³Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: rosinaldomarques@hotmail.com; ⁴Enfermeira. Secretária Municipal do Meio Ambiente e Desenvolvimento Urbano de Parnamirim, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: ana.michele@parnamirim.rn.gov.br; ⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: clieliasimpson@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A população indígena no Brasil é estimada em aproximadamente 490 mil pessoas, distribuídas em 220 sociedades indígenas. Constituinte uma acentuada sociodiversidade que equivale a 0,25% do total de habitantes brasileiros de acordo com a Fundação Nacional do Índio.¹

Essa imensa diversidade étnica e lingüística coloca o Brasil entre as maiores do mundo, com aproximadamente 60 grupos indígenas isolados dos quais ainda não existe informações; 180 línguas faladas por esses grupos, as quais compõem mais de 30 lingüísticas diferentes.¹

Trata-se de uma sociedade que percorreu uma longa jornada de luta pelo reconhecimento dos seus direitos, pelo respeito as suas peculiaridades e diversidade cultural e a busca constante de usufruir um sistema de saúde que respeitasse as suas diversidades.

Finalmente, em 23 de setembro de 1999, a Lei nº 9.836 estabeleceu o Subsistema de Atenção aos Povos Indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde, exatamente nove anos após a criação do SUS e cinco anos após a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (CNSPI). Posteriormente, a Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002 regulamentou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), integrante da Política Nacional de Saúde.²

Conhecer o percurso histórico ajudar a entender o contexto atual das políticas de saúde indígena e o funcionamento do Subsistema de Saúde de Atenção aos povos Indígenas.

O presente estudo tem o objetivo de traçar um breve histórico das lutas pelos direitos indígenas, cujo ápice foi nos anos 1970, até o estabelecimento do Subsistema de Atenção aos Povos Indígenas e PNASPI em 1999.

MÉTODO

Atendendo ao objetivo proposto, optou-se por desenvolver uma pesquisa bibliográfica que é adequada para analisar publicações e identificar, entre outros aspectos, a frequência, regularidade, tipos, assuntos examinados, e métodos empregados com a finalidade de colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto.³

Foi realizado um levantamento bibliográfico nos bancos de dados online, BIREME e Scielo, em documentos e publicações da FUNASA e da FUNAI, e na legislação brasileira indigenista, compreendendo as décadas de 1970 até 2000 com a utilização do seguinte descritor: saúde indígena.

Adotaram-se como critérios de inclusão textos disponíveis na íntegra, publicados nos últimos 40 anos, nos idiomas de português, inglês e espanhol. Por fim, foram excluídos os trabalhos não condizentes com o objetivo proposto, e os textos que não estavam disponíveis na forma completa.

Inicialmente, os documentos foram analisados seguindo a ordem cronológica de publicação. Nos estudos, procurava-se temas que abordassem a legislação indígena e fatos que reconstituíssem a trajetória histórica de formação da atual política nacional de saúde indígena. Após a leitura, os artigos foram categorizados de acordo com a cronologia dos fatos abordados nos documentos, os quais se deram entre os anos de 1910 até 1999.

RESULTADOS

No início dos anos 1970, houve profundas reformulações em diversos setores governamentais,⁴ ocorreu um movimento encabeçado por antropólogos, de âmbito internacional, constituído por organizações (Cultural Survival, Survival International e o International Work Group for Indigenous

Fernandes MNF, Nóbrega AR, Marques RS et al.

Affairs). Havia uma forte preocupação política e ética em relação aos direitos humanos e culturais dos povos indígenas.⁴ Essas organizações foram importantes na sensibilização de órgãos como as Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT).⁵

Após uma série de movimentos que lutavam pelo reconhecimento dos direitos indígenas, foi sancionado o Estatuto do Índio, Lei 6.001, de 19 de dezembro de 1973, que regulamenta a questão indígena no Brasil. Essa Lei foi uma tentativa de reverter a imagem do país na esfera internacional, firmando-o como protetor dos povos indígenas e cumpridor das convenções em que era signatário.⁶

O Estatuto do Índio foi concebido em um período que os indígenas eram entendidos como obstáculos ao desenvolvimento do país,⁷ trazendo como propósito a preservação da cultura, a integração progressiva e harmônica dos mesmos à comunhão nacional, embora muito criticada devido à ênfase dada à necessidade de integração dos índios à nação.

Quanto ao índio, o Estatuto no caput do seu art 1º manifesta o propósito de integrá-los, progressiva e harmoniosamente, à comunhão nacional. Nessa perspectiva:

*[...] índio ou silvícola é todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional [...] Comunidade indígena é um conjunto de famílias ou comunidades índias, quer vivendo em estado de completo isolamento em relação aos outros setores da comunhão nacional, quer em contatos intermitentes ou permanentes, sem, contudo estarem neles integrados.*⁸

Uma abordagem revisional sobre o Artigo 4º do Estatuto do Índio promulgado em 1973 discute o paradigma da integração, a partir da classificação dos índios em isolados, em vias de integração e integrados.⁹ A classificação fundamenta-se em estágios de evolução

A brief history of indigenous health in Brazil

cultural, na medida em que os índios eram diferenciados numa escala hierárquica de maior ou menor inferioridade. Estes precisavam ser integrados à comunhão nacional para eliminar a condição de inferioridade.⁹

A Constituição do Brasil de 1988 dá um novo redirecionamento às questões indígena ao desviar o foco da integração à sociedade nacional para o reconhecimento do estado de direito à diversidade cultural e social, além de e outros direitos, inclusive o direito de reconhecer publicamente as Organizações Indígenas inseridas na sociedade civil e política, assim como o direito ao acesso e posse da terra.⁶

O Estatuto das Sociedades Indígenas (ESI), Projeto de lei nº 2.057 de 1991, que se arrasta em sua tramitação no Congresso Nacional esboça uma mudança de foco como reflexo da Constituição de 1988. Trata os índios a partir da perspectiva da diversidade, introduzindo dispositivos para o estabelecimento de relações mais justas com as sociedades indígenas, respeitando-as como sujeitos políticos. O índio, definido no art. 92 do ESI como “todo indivíduo que se identifica como pertencente a uma sociedade indígena e é por ela reconhecido como tal”. O critério determinante seria a consciência de pertencimento a alguma etnia (auto-identificação) e de reconhecimento pela sua própria comunidade como tal (hetero-identificação).⁹

Retrospectivamente, no início da colonização portuguesa, a assistência a saúde dos povos indígenas foi realizada por missões religiosas, posteriormente, pelo Serviço de Proteção aos Índios (SPI) em 1910 que assumiu a responsabilidade pela assistência a saúde. No entanto, a assistência continuou desorganizada e esporádica. As ações do novo órgão resumiam-se a prestação de serviços emergenciais ou inseridos em processos de pacificação.¹⁰

Fernandes MNF, Nóbrega AR, Marques RS et al.

Na década de 1950 foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), vinculado ao Ministério da Saúde, com o propósito de oferecer ações básicas de saúde a populações indígenas e rurais em locais de difícil acesso. As ações eram basicamente voltadas para a imunização, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis.¹¹

Em 1967 foi estabelecida a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), em substituição a SPI. Com base no modelo de atenção do SUSA, realizou a primeira tentativa de sistematização da assistência a saúde, implantando as Equipes Volantes de Saúde (EVSs) que realizavam assistência de forma esporádica através de atendimentos médicos, vacinação e supervisão do trabalho do pessoal de saúde local, que na época eram exercidos por auxiliares ou atendentes de enfermagem.¹¹

Esse modelo, pouco eficaz, deparou-se com inúmeras dificuldades, tais como: a falta de planejamento e da integralidade das ações; política de remuneração não contempladora de tempo integral; carência de infra-estrutura e recursos; falta de articulação com outros níveis de ação; ausência de um sistema de informação em saúde e a falta de preparo de recursos humanos.¹¹

Com o passar do tempo as EVSs fixaram-se em centros urbanos tornando-se esporádica sua atuação nas aldeias até chegar ao ponto de não trabalhar mais nas comunidades indígenas. Profissionais não-qualificados passaram a assumir os postos indígenas prestando serviços emergenciais e curativos sem qualquer acompanhamento técnico, ignorando os especialistas nativos, não valorizando os sistemas de representações de valores locais e crenças relacionadas ao processo de adoecimento.¹¹

Nesse contexto, muitos nativos começaram a mobilizar-se no sentido de adquirir conhecimento para buscar alternativas para o

A brief history of indigenous health in Brazil

controle sobre os agravos de maior impacto sobre a saúde dos próprios indígenas, assim, surgiu o movimento que deu origem a processos de capacitação dos agentes indígenas de saúde (AIS) e de valorização da medicina tradicional indígena. Em algumas comunidades de difícil acesso o AIS é o único recurso diante da doença.

Na década de 1980 ocorreram inúmeras e significativas transformações na sociedade brasileira, especialmente o fim da ditadura militar e a promulgação da nova Constituição com importantes repercussões sobre a política nacional de saúde e sobre a política indigenista.¹³

• As contribuições e garantias das conferências nacionais de Proteção a Saúde do Índio

A I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (I CNPSI) aconteceu em 1986 com a presença de lideranças de várias comunidades indígenas, órgãos públicos e organizações da sociedade civil para discutir uma proposta de Diretrizes relativas à Saúde do Índio. O objetivo da Conferência era avaliar a situação de saúde e criar uma política efetiva para os povos indígenas.¹⁴ Naquele momento, o gerenciamento das ações e serviços de saúde direcionados às nações indígenas tornou-se responsabilidade do Ministério da Saúde, integrado aos demais níveis de atenção do SUS. O evento foi uma expressão inicial do princípio de atenção diferenciada pela situação multicultural de ações e serviços de saúde.¹⁵

Em 1988 a Constituição Brasileira definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, expressou a democratização dos serviços de saúde, e estabeleceu que a gestão fosse do Ministério da Saúde. Definiu o papel central do usuário e descentraliza o poder das macroestruturas para níveis locais e regionais possibilitando ampla participação de todos os setores que compõem o cenário da saúde.¹⁴

Fernandes MNF, Nóbrega AR, Marques RS et al.

Assegurou que a prestação de assistência à saúde indígena é dever do Estado e tem como objetivos a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde.¹⁶

O Decreto nº 23 da Presidência da República de 1991 transferiu as responsabilidades pela coordenação das ações de saúde voltadas a comunidades indígenas para o Ministério da Saúde por meio da Fundação Nacional de Saúde. Estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base de organização dos serviços de saúde e criação da Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações da FUNASA.¹³

A II CNSPI e o I Fórum Nacional de Saúde Indígena (I FNSI) realizados em 1993 deram continuidade ao debate da saúde indígena. A Conferência reafirmou as propostas da I CNSPI e propôs:

[...] a estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações (FUNASA) 10:8.

Com base nas diretrizes da II CNSPI foi encaminhado um documento para o Deputado Federal Sergio Arouca que versava sobre implantação de um modelo de saúde adequado às necessidades dos povos indígenas e solicitava a elaboração de um projeto de lei para a criação do Subsistema Diferenciado de Saúde Indígena.¹⁶

Relembra-se que o I FNSI propunha constituir-se em um espaço de discussões democráticas para diagnosticar e solucionar os principais problemas da saúde indígena e superar as disputas entre FUNAI e FUNASA.^{13:14} O grupo de representantes eleitos no Fórum desempenhou um papel fundamental, acompanhando as negociações entre a FUNAI

A brief history of indigenous health in Brazil e a FUNASA.¹³

O Decreto n.º 1.141, de 19 de maio de 1994, revogou o Decreto n.º 23, indo de encontro aos princípios e diretrizes de construção da política de atenção à saúde que previa a criação de um subsistema de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS. O ato presidencial constituiu uma Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI) com a participação de vários ministérios relacionados com a questão indígena sob a coordenação da FUNAI. Assim, as ações de saúde indígena ficaram divididas entre FUNAI e FUNASA, criando um jogo de empurra.¹⁸ A primeira ficou com a função de recuperar a saúde dos enfermos, e a segunda, com a responsabilidade de desenvolver estratégias de prevenção de doenças. A divisão de atribuições na assistência a saúde persistiu durante a década de 1990 de forma fragmentada e conflituosa. No final da década as condições da saúde indígena eram extremamente precárias.¹¹

Em 1997, o Ministério Público através de pareceres, alega a inconstitucionalidade da coordenação da saúde indígena pelo Ministério da Justiça/FUNAI. Ao mesmo tempo defendia que a responsabilidade sobre as questões de saúde dos povos indígenas deveria ser do Ministério da Saúde.¹⁸ A Lei n.º 9.649, promulgada em 1998 declara que saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios passa a ser de responsabilidade do Ministério da Saúde.¹⁹ O retorno oficial da FUNASA como responsável pela saúde dos povos indígenas ocorreu com a publicação da Medida Provisória n.º 1.911-8 de 29 de julho de 1999.¹³

Compatibilizando as leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais, o Ministério da Saúde

Fernandes MNF, Nóbrega AR, Marques RS et al.

criou a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas.¹⁰⁻¹¹ Proposta regulamentada em 28 de agosto de 1999 através do Decreto nº 3.156 da Presidência da República que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e, criação e inserção dos distritos sanitários especiais indígenas (DSEI) no âmbito das Coordenações Regionais da FUNASA.¹³

No mês seguinte, 23 de setembro de 1999, a Lei nº 9.836 estabeleceu o Subsistema de Atenção aos Povos Indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Fato ocorrido nove anos após a criação do SUS e cinco anos após a II CNSPI. Posteriormente, a Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002 regulamentou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), integrando-a a Política Nacional de Saúde.¹⁰

O Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI), criado no ano 2000 como parte da Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas, implantado em 2001 e gerenciado pela FUNASA, possui o cadastro da população indígena residente nas aldeias. É a principal ferramenta de monitoramento da saúde.¹⁶ Sendo responsável pela coleta, processamento e análise de informações para acompanhamento da saúde das comunidades e contempla óbitos, nascimentos, morbidade, imunização, produção de serviços, recursos humanos e infra-estrutura.²⁰

A III Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, em 2001, avaliou a implantação dos DSEI, discutiu o modelo de gestão e organização dos serviços, parcerias e articulações com o SUS; controle social; formação, reconhecimento e inserção social dos agentes indígenas de saúde; desenvolvimento de recursos humanos para a atuação junto a populações culturalmente diferenciadas; dentre outros assuntos.²¹

A IV CNSPI aconteceu em 2006, com a finalidade de avaliar a situação de saúde nos DSEI e do Subsistema Indígena no âmbito do

A brief history of indigenous health in Brazil

Sistema Único de Saúde, além de propor diretrizes e ações para promover a saúde dos povos indígenas, e do controle social. Aprovou-se na plenária final a permanência da FUNASA como órgão gestor da saúde indígena.²²

O distrito DSEI diz respeito a uma unidade organizacional da FUNASA que corresponde a terras indígenas e possui autonomia administrativa.

[...] um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social (FUNASA).^{10:1}.

Os Distritos foram implantados de modo a dispor de uma rede de serviços de assistência básica hierarquizada e integrada com a rede de complexidade crescente do SUS. São 34 Distritos Especiais Indígenas, em todo o território nacional com subordinação técnica ao Departamento de Saúde Indígena da FUNASA, em Brasília e às Coordenações Regionais da FUNASA nos estados.¹¹

Os DSEIs são compostos por unidades de saúde dentro das Terras Indígenas, que contam com o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e dos Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN); pelos pólos-base, que incluem as Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI); e pelas Casas do Índio (CASAI), que apóiam os serviços de média e alta complexidade referenciados na rede do SUS.²⁴

Em algumas realidades, há postos de saúde nas aldeias que incluem permanentemente a EMSI. A FUNASA é o órgão encarregado pela coordenação, normatização e execução das ações de atenção à saúde indígena. Ressalta-

Fernandes MNF, Nóbrega AR, Marques RS et al.

se que os estados, municípios, organizações governamentais e não-governamentais (ONGs) podem atuar complementarmente na execução das ações.¹¹

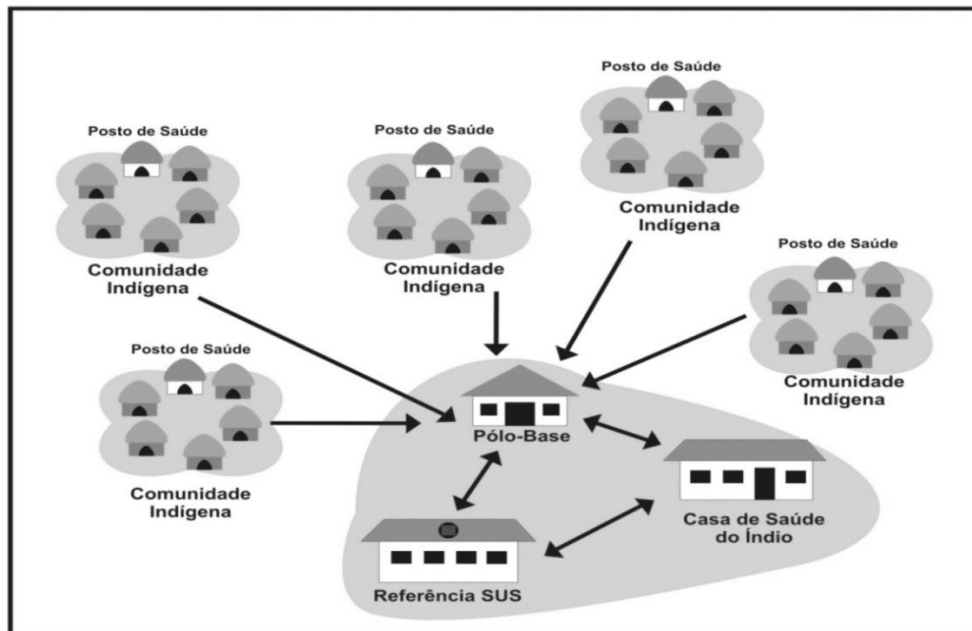
Praticamente todos os postos de nível elementar e fundamental são ocupados por indígenas, por exemplo, o agente indígena de saúde deve ser um nativo que reside na aldeia, o agente indígena microscopista, é um indígena que é responsável pelo diagnóstico e tratamento da malária. Tais medidas visam garantir a continuidade da assistência à comunidade.²²

A estruturação dos espaços físicos nos quais se desenvolvem as ações de atenção básica a saúde indígena, segue as diretrizes da Fundação Nacional de Saúde. Esta define

A brief history of indigenous health in Brazil

cinco tipos de estabelecimentos. A saber: posto de saúde indígena, tipos I, e II; pólo base, tipos I e II e; casa do índio (CASAI). Esclarece-se que o AIS está presente em todos os tipos de unidades, enquanto o auxiliar/técnico de enfermagem atua a partir do posto de saúde do tipo II e a equipe multidisciplinar nos pólos bases.^{10;23}

A atenção básica nas aldeias deve ser realizada por intermédio dos AIS lotados nos postos de saúde tipos I e II, e, periodicamente pelas EMSI. O pólo-base do tipo I (localizado em terras indígenas) ou II (localizado em um município de referência) é a unidade de referência dos AIS das aldeias onde deverá ser resolvida a maior parte dos agravos.^{10;23}



Fonte: FUNASA, 2009. Figura 1. Organização do Dsei e Modelo Assistencial.

Os agravos, quando não resolvidos são referenciados para a rede de serviços do SUS. Nesses casos, os pacientes são encaminhados para a CASAI, localizada no município de referência, onde o indígena recebe assistência contínua de enfermagem, agendamento de consultas, exames complementares, informações sobre o agravo e providência do seu retorno à comunidade.¹⁰ A figura 1 mostra como se organiza o DSEI.

Após uma lacuna de mais de 400 anos, o Estado brasileiro passou a assumir a política de assistência a saúde indígena no início do século XX. No entanto, era uma política baseada no método curativista que não contemplava as necessidades culturais destes povos.

O Estatuto do Índio evidencia a necessidade de integrar esses povos a cultura nacional, ignorando, a diversidade cultural indígena.

Fernandes MNF, Nóbrega AR, Marques RS et al.

Pensamento que refletia nas ações de saúde que continuaram pontuais e esporádicas por décadas.

Interessante perceber a mobilização dos povos indígenas, principalmente durante o período em que a assistência a saúde era precária, buscando conhecimento para prevenir e controlar os agravos a saúde da população de suas comunidades. Reflexo de um povo que percebia a escassez do serviço de saúde e entendia a necessidade urgente de atenção.

Apenas nos anos de 1980 com a mobilização social relacionada à luta pelo SUS, iniciou-se a grande transformação no tratamento destinado aos índios brasileiros. O ponto decisivo foi a promulgação da Constituição de 1988 que reforçou a responsabilidade do Estado na prestação da assistência a saúde indígena.

Assim, iniciou-se um processo que culminou com a Lei nº 9.836/99 que estabeleceu o Subsistema de Atenção aos Povos Indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Assegurando uma atenção a saúde em consonância com a diversidade e especificidades culturais desses povos.

CONCLUSÃO

Os estudos citados contribuíram para o entendimento de como se deu o percurso histórico tomado pelos povos indígenas e por vários segmentos da sociedade na conquista do direito a saúde e ao respeito à diversidade cultural indígena.

A Saúde Indígena constitui-se uma temática complexa. Ao pensar nela, de imediato nos remetemos a tradições, línguas, costumes, rituais de cura, pajés, lendas, mitos, plantas medicinais, entre outros elementos sociais que pertencem exclusivamente aos povos indígenas. Os estudos selecionados retrataram um pouco o processo de conquista dos direitos a saúde. Fazendo-nos perceber o quanto é complexa a assistência a saúde a esses povos

A brief history of indigenous health in Brazil

e o quanto ainda é necessário fazer para cumprir o que está escrito.

Finalmente, pode-se considerar que a integração dos povos indígenas aos sistemas de saúde aconteceu e está acontecendo de um modo diferenciado. Consoante com o propósito do SUS de redução das desigualdades à saúde prestadas a população como um todo.

REFERÊNCIAS

1. Fundação Nacional do Índio (Brasil). Os índios do Brasil. [Internet]. 2009 [Acesso em 2009 nov 06]; Disponível em: <http://funasa.gov.br>.
2. Brasil. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Dispõe de uma política de atenção à saúde dos povos indígenas [internet]. 2002 [acesso em 2009 set 10]; Disponível em: http://www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/LeGIS/pdfs/portarias_m/pm_254_2002.pdf.
3. Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. 6 ed. São Paulo: Markron Books, 2007.
4. Mendonça ET de, Amorim WM de. Tecendo as circunstâncias de reformulação e operacionalização do sistema nacional de saúde de 1973 a 1979. Rev Enferm UFPE Online [periódico na internet]. 2009 [acesso em 2010 ago 08];3(2):133-140. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/301/297>.
5. Davis SH. Diversidade cultural e direitos dos povos indígenas. Mana, 2008; 14(2): 571-585.
6. Evangelista CAV. Direitos indígenas: o debate na Constituinte de 1988. [Dissertação de mestrado]. [Rio de Janeiro]: Curso de Pós-graduação em História Social, Departamento de Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004. 76 p.
7. Costa DC. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. Cad de Saúde Pública

Fernandes MNF, Nóbrega AR, Marques RS et al.

[periódico na internet] 1987 dez [acesso em 2009 set 04]; 3(4):308-401. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1987000400003&lng=en&nrm=iso.

8. Brasil. Lei nº 6.001 - de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. [internet], 1973 dez [acesso em 2009 ago 07]. Disponível em: http://www.funai.gov.br/quem/legislacao/estatuto_indio.html.

9. Barreto HG. As disputas sobre os direitos indígenas. R Cej. 2003 set;22:63-9.

10. Fundação Nacional de Saúde (Brasil). Política nacional de atenção aos povos indígenas. [internet]. 2002 [acesso em 2009 ago 16]; Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saude_indigena.php.

11. Fundação Nacional de Saúde (Brasil). Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

12. Confalonieri UEC. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. Cad. de Saúde Pública 1989 out;5(4):441-50.

13. Varga IVD, Adorno RCF. Terceirizando a indianidade? Sobre a política nacional de saúde para os povos indígenas aos "500 anos". Revi Direito Sanit. 2001 mar; 2(1):9-26.

14. Ministério da Saúde (Brasil). Relatório final da Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Tema específico da 8ª Conferência Nacional de Saúde. [internet] 1986 [acesso em ago 2008]; Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/1cnsi.pdf>

15. Langdon EJ, Diehl EE. Participação e Autonomia nos Espaços Interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. Saude soc. 2007;16(2):19-36.

16. Fundação Nacional de Saúde (Brasil). Sistema de informações da atenção à saúde

A brief history of indigenous health in Brazil

indígena (SIASI): demografia dos povos indígenas. [internet] 2009 [acesso em 09 ago 2009]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/sistemaSiasiDemografialIndigena.asp>.

17. Chaves MBG, Cardoso AM, Almeida C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. Cad. de Saúde Pública 2006 fev;22(2):295-305.

18. Moreira UP. A FUNASA e a implementação de distritos sanitários especiais indígenas. In: Lima, Antonio Carlos de Souza & BARROSO-HOFFMANN, Maria (Orgs). Estados e Povos Indígenas: bases para uma nova política indigenista II. Rio de Janeiro; Contra Capa/Laced, 2002.

19. Brasil. Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. [internet]. 1998 mai [acesso em 2009 set 09]; Disponível em: <http://www.aneel.gov.br/cedoc/lei19989649.pdf>.

20. Sousa MC, Scatena JHG, Santos RV. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. Cad. de Saúde Pública 2007 abr;23(4):853-61.

21. Fundação Nacional de Saúde (Brasil). 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

22. Fundação Nacional de Saúde (Brasil). 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

23. Fundação Nacional de Saúde (Brasil). Diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde, água, esgotamento sanitário e melhorias sanitárias em áreas indígenas. [internet]. 2002 [acesso em 2009 set 15]; Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/f>

Fernandes MNF, Nóbrega AR, Marques RS et al.

A brief history of indigenous health in Brazil

[unasa/diretrizes_indigenas.pdf](#).

24. Brasil. Portaria nº 70/GM de 20 de janeiro de 2004. [Internet]. 2004 [acesso em 2009 ago 26]; Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria70_20_01_04.pdf.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2000/10/10

Last received: 2010/11/13

Accepted: 2010/11/13

Publishing: 2010/11/15

Address for correspondence

Maria Neyrian de Fátima Fernandes

Rua Minas Novas, 225, Bl. 201

CEP: 59088-725 – Neópolis, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil