

**CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA**  
**LICENCIATURA INTERCULTURAL INDÍGENA DO SUL DA MATA**  
**ATLÂNTICA**  
*(Humanidade)*

**O DIREITO A SAÚDE PÚBLICA PARA OS GUARANI:**  
**O CASO DA COMUNIDADE DE MYMBA ROKA**

Acadêmico: **Jose Benites**

Orientador: Prof. Dr. Aldo Litaiff

Florianópolis, 23 de fevereiro de 2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
COLEGIADO DO CURSO DE LICENCIATURA INTERCULTURAL  
INDÍGENA DO SUL DA MATA ATLÂNTICA

ATA DE DEFESA DE TCC

Aos 23 dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e quinze, às 16 horas, na Sala 309 do Centro de Filosofia e Ciências Humanas – Universidade Federal de Santa Catarina, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelo professor **Aldo Litaiff**, Orientador e Presidente, Professora **Helena Alpini Rosa**, Titular da Banca, e Professor, **João Rivelino Rezende Barreto**, Suplente, designados pela Portaria nº 38/HST/2015 do Senhor Chefe do Departamento de História, a fim de argüirem o Trabalho de Conclusão de Curso do acadêmico **José Benites**, subordinado ao título: "Educação e saúde tradicional Guarani". Aberta a Sessão pelo Senhor Presidente, o acadêmico expôs o seu trabalho. Terminada a exposição dentro do tempo regulamentar, o mesmo foi argüido pelos membros da Banca Examinadora e, em seguida, prestou os esclarecimentos necessários. Após, foram atribuídas notas, tendo o candidato recebido do Professor **Aldo Litaiff**, a nota final 8,5, da Professora **Helena Alpini Rosa**, a nota final 8,5, e do Professor **João Rivelino Rezende Barreto**, a nota final 8,5; sendo aprovado com a nota final 8,5. O acadêmico deverá entregar o Trabalho de Conclusão de Curso em sua forma definitiva, em versão digital ao Departamento de História até o dia 01 de março de 2015. Nada mais havendo a tratar, a presente ata será assinada pelos membros da Banca Examinadora e pelo Candidato.

Florianópolis, 23 de fevereiro de 2015.

Banca Examinadora:

Prof. Aldo Litaiff

Prof. Helena Alpini Rosa

Prof. João Rivelino Rezende Barreto

Candidato José Benites



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA  
Curso Licenciatura Intercultural Indígena do Sul da Mata  
Atlântica  
Campus Universitário Trindade  
CEP 88.040-900 Florianópolis Santa Catarina  
FONE (048) 3721-9249 - FAX: (048) 3721-9359

Atesto que o acadêmico(a) José Benites, matrícula n.º 11103051, entregou a versão final de seu TCC cujo título é O DIREITO A SAÚDE PÚBLICA PARA OS GUARANI: O CASO DA COMUNIDADE DE MYMBA ROKA, com as devidas correções sugeridas pela banca de defesa.

Florianópolis, 19 de março de 2015.

Assinatura manuscrita em tinta preta, sobre uma linha horizontal.

Orientador(a)

**Resumo:**

O trabalho de pesquisa será feito sobre os direitos à saúde pública na Adélia Mymba roká, para apontar os problemas que estão acontecendo no atendimento pela SESAI, pois isso já vem acontecendo desde 1999, quando a Fundação Nacional do Índio passou a responsabilidade de saúde para a Fundação Nacional de Saúde, FUNASA, e agora esta na responsabilidade da SESAI, secretaria especial de saúde indígena. Esse trabalho vai mostrar que, não está sendo feito o atendimento de saúde diferenciado, porque quando foi criado o subsistema de saúde indígena, será para fazer o atendimento diferenciado nas aldeias indígenas com as populações indígenas, mas isso foi somente na teoria, até o dia de hoje, não está sendo feito, esse trabalho vai buscar o porquê de não estar sendo cumprido o que foi planejado junto com as lideranças, caciques e conselheiros do CONDISI-LI-SUL, conselho distrital de saúde indígena.

## **SUMÁRIO:**

Resumo – 2

Apresentação – 4

1. Introdução – 5

2. História da Saúde Indígena no Brasil – 7

3. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e atenção diferenciada e medicina tradicional – 11

4. O DIREITO A SAÚDE PÚBLICA PARA OS GUARANI - O CASO DA COMUNIDADE DE MYMBA ROKA - 14

5. Considerações finais – 29

6. Considerações finais – 31

Anexo - 32

## **Apresentação:**

Meu nome é Jose Benites, nasci no dia 23 de agosto de 1977, na aldeia Pinhalzinho área indígena Nonoai, Rio Grande do Sul, onde vivi até os 19 anos. Lá, em 1997, comecei a trabalhar na escola como interprete e, desde então, vim trabalhando na educação.

Comecei minha vida profissional trabalhando na educação, depois passei a acompanhar as lutas das lideranças guarani, com isso eu fui tendo experiência para lutar pelos direitos do meu povo. Em 1999 fui cacique pela primeira vez na aldeia de Santa Galo, no município de Viamão Rio Grande do Sul. Depois me mudei para aldeia de Maciambu em Santa Catarina, onde sou novamente cacique. Atualmente, moro na aldeia Mymba roká, que fica no município de Biguaçu também no Estado de Santa Catarina, onde também sou cacique, professor e coordenador geral da Comissão Guarani Yvy Rupa.

Em 2003 participei do curso de magistério guarani, que foi chamado de kua a mbo'e, que quer dizer conhecer ensina. O curso foi oferecido pelos Estados, concluído no ano de 2010. Logo após eu entrei no curso de Licenciatura Intercultural Indígena na Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC.

## **1. Introdução:**

O meu interesse nesse Trabalho de Conclusão de Curso foi apontar as graves problemas relativos à saúde, que vem acontecendo nas aldeias guarani. A instituição responsável pela saúde indígena é a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), ligada ao Ministério da Saúde, mas antes estava na responsabilidade a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). O subsistema de saúde indígena foi criado de acordo com a Lei Arouca, que fundamenta legalmente a ideia de saúde diferenciada, isto é, realizar o atendimento de acordo com a especificidade de cada povo. Nossas lideranças então solicitaram às autoridades governamentais que a medicina indígena fosse valorizada. Entretanto, essas reivindicações até hoje nunca foi atendida, nem se cumpriu todo o que foi colocado pelas nossas lideranças: o atendimento deveria ser uma vez por semana em todas as aldeias guarani aqui no litoral; más até agora nada foi feito pela equipe multidisciplinar. A mesma situação acontece na minha aldeia de Mymba roká e essa é a principal justifica desse trabalho. Esse trabalho de pesquisa ajudará na conscientização das autoridades governamentais responsáveis pela busca das soluções para estes problemas, que vêm se agravando desde 1999, quando a Fundação Nacional do Índio - FUNAI passou a responsabilidade de saúde indígena para a FUNASA.

O objetivo geral deste trabalho foi pesquisar sobre o direito à saúde pública para o povo Guarani. Os objetivos específicos foram: pesquisar como esta sendo feito o atendimento da saúde na aldeia Mymba roká, pela SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena; levantar como estão sendo aplicados os recursos, que vem para o atendimento das populações guarani, nesta comunidade; e verificar quais são os benefício reais e se esta sendo prestando serviço de acordo com o que foi planejado pela instituição responsável junto às lideranças que são representados pelos conselheiros distritais, CONDISI LISUL.

A metodologia utilizada foi a pesquisa junto às lideranças da aldeia, os mais velhos. Utilizamos entrevistas com as pessoas responsáveis por cada departamento de saúde que

atende a comunidade guarani. O trabalho conta com texto escrito em português e em guarani, e fotografias. Pretendo pesquisar sobre esse tema somente na aldeia Mymba roká, pois essa questão é muito ampla. Pesquisei os trabalhos feitos sobre os direitos à saúde pública na aldeia guarani, como os TCC, livros que tratam da saúde diferenciado.



## **2. História da Saúde Indígena no Brasil:**

A população indígena no Brasil é estimada em aproximadamente 411 mil pessoas, muito aquém da cerca de cinco milhões no início do século XVI, cujo principal fator de dizimação foi epidemias por doenças infecciosas decorrentes das mudanças no seu modo de vida imposto pela colonização e cristianização (FUNASA, 2002). A complexidade e a diversidade cultural deste grupo populacional ficam evidentes já na sua composição, que em nível nacional agrega 210 povos e mais de 170 línguas identificadas. Estes grupos diferem nos aspectos de concepção e organização social, política, econômica, de relação com o meio ambiente e ocupação do território. Diferem ainda quanto à temporalidade e experiência na relação com as frentes de colonização e expansão da sociedade nacional. Segundo a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA (2002) há indícios da existência de 55 grupos que permanecem isolados e destes, 12 estão sendo assistidos pela Fundação Nacional Indígena - FUNAI. Ocupando 12% do território nacional, a população indígena está presente em todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte, concentrando-se nas regiões Norte e Centro-Oeste do país onde vivem 60% dos indivíduos e se encontra 98,7% das terras indígenas. Em Santa Catarina reside uma pequena parcela da sociedade indígena brasileira, aproximadamente 8.078 pessoas em 2005, correspondendo a 1,96% do contingente nacional.

Além dos Guarani, os Kaingang e os Xokleng são os grupos indígenas do Estado de Santa Catarina. As trinta e nove aldeias indígenas catarinenses localizam-se em 16 municípios situados nas regiões Planalto Norte, Nordeste, Grande Florianópolis, Sul, Meio Oeste, Extremo Oeste e Vale do Itajaí, com maior concentração populacional nas duas últimas, que abrigam respectivamente 71,9% e 17,6% dos índios catarinenses (tabela 1). Reconhecendo as especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas o Ministério da Saúde, através da Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999, acrescentou dispositivo à Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena enquanto componente do Sistema Único de Saúde (SUS). A

organização desse Subsistema ficou sob a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). As ações e serviços voltados ao atendimento da saúde da população indígena devem obedecer aos dispositivos desta Lei, e seguir obrigatoriamente os princípios de descentralização, hierarquização e regionalização preconizados pelo SUS, considerando a realidade local e as especificidades culturais dos povos indígenas. Preconiza ainda que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena terá como base os trinta e quatro Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), cuja delimitação geográfica deve contemplar aspectos demográficos, étnicos e culturais. Em seu artigo 19-G parágrafo segundo, recomenda adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para garantir o atendimento necessário e sem discriminação em todos os níveis da atenção.

A população indígena catarinense pertence a dois Distritos Sanitários Especiais Indígenas: o Interior Sul e o Litoral Sul, que envolvem os estados da Região Sul, São Paulo e Rio de Janeiro. Santa Catarina possui quatro Pólos-Base sendo os localizados em Araquari e Florianópolis pertencentes ao DSEI Litoral Sul e os de Chapecó e José Boiteux pertencentes ao DSEI Interior Sul. Dificuldades operacionais impossibilitaram a vinculação direta do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena ao SUS. A alternativa adotada pela FUNASA em Santa Catarina foi a contratação de serviços, através de convênio com uma Organização Não Governamental que se responsabilizou pela maioria da oferta de serviços de atenção à saúde indígena, exceto nos municípios de Entre Rios, Chapecó e Ipuacú onde municípios e associações indígenas se responsabilizaram por assegurar a atenção em suas áreas de abrangência. O presente documento analisa a condição de saúde da população indígena em Santa Catarina, os serviços ofertados atualmente e apresenta uma proposta piloto de integração da população indígena ao SUS, obedecendo ao fluxo de atendimento disponível à população catarinense na atenção básica, na média e alta complexidade ambulatorial e na assistência hospitalar.

A distribuição da população indígena no Estado de Santa Catarina segundo o Pólo-Base (2006) é a seguinte: Araquari 151; Pindoty Yvaporu 36; Tarumã 6; Jaboticabeira 19; Tiaraju 23; São Francisco do Sul 95; Morro Alto Reta do Iperoba 78; Barra do Sul 25;

Conquista 25; Araquari 292; Nordeste Garuva 21; Yankamporã 21; José Boiteux 720; Sede 219; D. Caxias 64; Rio do Toldo 136; Pavão Palmeira 301; Victor Meireles 308; Figueira 142; Coqueiro 166; José Boiteux 1.426); Dr. Pedrinho 398; Bugio 398; Biguaçu 117. Na Grande Florianópolis: Palhoça 175; Massiambu 61; Morro dos Cavalos 114. Em Imaruí 122. Planalto Norte: Porto União 31; Kupri 31. No Meio Oeste Seara: Toldo Pinhal 105; Abelardo Luz/ Toldo Imbú 91; Chapecó 836; Toldo Chimbanguê I 77; Toldo Chimbanguê II 411; Kondá 348; Entre Rios 989; Linha Limeira 207; João Veloso 134; Linha Manduri 80; Linha Matão Paiol de Barros 160; Chapecó 1491. Extremo Oeste Ipuacu 3.914; Sede Pinhalzinho Olaria Faz 1140; São José 338; Água Branca 110; Serrano 305; Serro Doce 81; 94; Baixo Samburá 335.

Desde a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena, o Ministério da Saúde vem se esforçando para estruturar um subsistema de saúde indígena diferenciada, porém integrado ao SUS, e guiado pelos princípios de acesso universal, equidade, controle social, participação comunitária é, particularmente no caso dos índios, respeito e articulação com as especificidades étnicas dos grupos atendidos. O documento “Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas” reconhece que todas as sociedades indígenas”. Dispõem de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e de tratamento das doenças” (Brasil 2002b:17).

A antropóloga Langdon fala da importância da medicina tradicional para atenção à saúde das comunidades e recomenda a articulação com os saberes tradicionais” inserindo-os sempre que possível, nas rotinas dos trabalhos em saúde” (Brasil 2002b:18). Este documento também que atenção básica oferecida pelas unidades de saúde deve ser vista como complemento e não como subsistema das práticas tradicionais (Brasil, 2002b:15), ou seja, na legislação brasileira e no documento da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), uma preocupação explícita com a necessidade de articular as práticas sanitárias oficiais às diversas formas indígenas de autoatenção, tal como definidas por Menendez (2003).

Porem, é necessário problematizar o conceito de atenção diferenciada e suas implicações para a incorporação ou articulação de praticas de medicina tradicional. O conceito de atenção diferenciada poderia ser interpretado de varias maneiras e não esta claro como os profissionais de saúde compreendem suficientemente as implicações deste conceito para coloca-los em pratica nas suas intervenções com as comunidades indígenas. Ainda mais, as mesmas observações podem ser feitas sobre a compreensão de medicina tradicional indígena. Para todos, é obvio que a legislação demanda respeito para indígenas, seus conhecimentos e sua praticas de saúde. “Porem, “o exercício de respeito com o índio nas intervenções em saúde não implica simplesmente” tolerância” com o outro, más exige o estabelecimento um dialogo verdadeiro entre a equipe multidisciplinar de saúde (EMSI), os pacientes e a comunidade indígena como um todo. O dialogo é difícil porque não acontece em situações caracterizadas por desigualdades ou hierarquias econômicas e sociais. Quando debatemos projetos que visam à integração das praticas de medicinas tradicional em serviço de saúde, a possibilidade de dialogo se torna ainda mais comprida. Tal integração exige um dialogo entre epistemologias diferentes, ou seja, entre os saberes tradicionais e o da ciência hegemônica. Este exigiria que os profissionais de saúde e cientistas tomasse o ponto de vista do outro para perceber há varias maneiras de perceber a natureza do mundo (Garnelo e Mendes dos Santos, 2009).

### **3. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e atenção diferenciada e medicina tradicional:**

Segundo Alice Moura (estudante de Ciências Sociais pela Universidade Federal de Pernambuco), a responsabilidade pela gestão e direção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas cabe ao Ministério da Saúde. Até o ano de 2010, o órgão responsável pela execução das ações relacionadas à saúde indígena era a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), por intermédio do Departamento de Saúde Indígena (DESAI), e pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). A FUNASA tinha como atribuições e se estruturava da seguinte forma:

- estabelecer diretrizes e normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;
- promover a articulação intersetorial e intrasetorial com as outras instâncias do Sistema Único de Saúde;
- coordenar a execução das ações de saúde e exercer a responsabilidade sanitária sobre todas as terras indígenas do país;
- implantar e coordenar o sistema de informações sobre a saúde indígena no país.

Porém, houve mudanças em relação à saúde indígena em 2010 e o órgão responsável pelas ações deixou de ser a FUNASA. Foi criada uma secretaria dentro do Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI, que passa agora a coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde no âmbito do Subsistema de Saúde Indígena. De acordo com a Portaria MS nº 2607, de 10 de dezembro de 2004, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs são um modelo de organização de serviços, que contemplam 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.

Ainda no ano de 2009, os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) passaram a ter autonomia administrativa. Os DSEIs passaram a funcionar como unidades gestoras descentralizadas, responsáveis pelo atendimento e pelo saneamento básico em cada região. A autonomia dos distritos desburocratiza a atenção à saúde indígena, que passa a estar integrada e articulada com todo o Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta enviada pela Fundação ao governo gerou o Decreto nº 6.878, assinado em 18 de junho de 2009, pelo presidente da República, Luís Inácio Lula da Silva. A autonomia dos Distritos foi pleiteada pelas lideranças na IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2006. Pelo Decreto, o Ministério da Saúde, juntamente com a FUNASA, deverá adotar as providências necessárias para que os 34 DSEIs estejam em plena capacidade operacional até 31 de dezembro de 2010. Enquanto isso as Coordenações Regionais da FUNASA darão suporte administrativo até que os Distritos tenham unidades próprias instaladas.

Em outubro de 2010, o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva assinou os decretos presidenciais que permitem a criação da Secretária Especial de Saúde indígena. Os decretos nº 7335 e 7336 modificam, respectivamente, as estruturas da FUNASA e do Ministério da Saúde. O primeiro documento redefine as atribuições e a organização da Fundação Nacional de Saúde, enquanto o segundo oficializa a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, dentro da estrutura do Ministério da Saúde, garantindo os cargos e insumos necessários ao funcionamento da secretaria.

A criação da SESAI constituía uma antiga reivindicação dos povos indígenas. A SESAI foi criada para coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo Território Nacional. Cabe a SESAI coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde no âmbito do Subsistema de Saúde Indígena; promoção, articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena. É responsabilidade da Secretaria também identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena e estabelecer diretrizes e critérios para o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de saneamento ambiental e de edificações nos Distritos Sanitários

Especiais Indígenas. Em sua estrutura administrativa a Secretaria conta com dois departamentos: Departamento de Gestão da Saúde Indígena e Departamento de Atenção à Saúde Indígena.

O Departamento de Gestão da Saúde Indígena tem a responsabilidade de garantir as condições necessárias à gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; promover o fortalecimento da gestão nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas; propor mecanismos para organização gerencial e operacional da atenção à saúde indígena; programar a aquisição e a distribuição de insumos, em articulação com as unidades competentes; coordenar as atividades relacionadas à análise e à disponibilização de informações de saúde indígena e promover e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde indígena. O Departamento de Atenção à Saúde Indígena tem a missão de planejar, coordenar e supervisionar as atividades de atenção integral à saúde dos povos indígenas; orientar e apoiar a implementação de programas de atenção à saúde para a população indígena, segundo diretrizes do SUS; planejar, coordenar e supervisionar as atividades de educação em saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas; coordenar a elaboração de normas e diretrizes para a operacionalização das ações de atenção à saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas; prestar assessoria técnica às equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no desenvolvimento das ações de atenção à saúde; apoiar a elaboração dos Planos Distritais de Saúde Indígena e coordenar as ações de edificações e saneamento ambiental no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

#### 4. O DIREITO A SAÚDE PÚBLICA PARA OS GUARANI - O CASO DA COMUNIDADE DE MYMBA ROKA



Primeira entrevistada:

Tereza Ortega.

Idade: 75 anos.

Local de entrevista.

Data da entrevista: 15/10/2014.

A entrevista ocorreu na casa da entrevistada:

#### **Como você vê a saúde hoje aqui na nossa aldeia?**

O que eu vejo e que nós não temos mais a saúde como antigamente, porque chegaram os não índios e tomaram conta de tudo, não estamos mais livres, antigamente nós vivíamos totalmente livres do jeito que a nossa cultura é, más hoje não qualquer coisa que agente quer temos que pedir para os não índios, isso tudo porque nós não temos mais a nossa terras, eles elaram tudo de nós, e nós estamos sem terra, como isso não temos mais a liberdade, como na saúde, quando estamos doente temos que procurar remédio de fora, por que isso, e porque não temos mais mata para irmos buscar, em



algum lugar tem muita mata, mais nós não podemos entrar para pegar, falam que já tem dono, não pode entrar, para entrar temos que pedir para o dono, más para mim ninguém e dono da terra, pois o dono da terra e Nhanderu, ele que criou a terra, ele sim que e o dono de todos nós que estamos aqui na terra, nem por isso fala que é o dono, por isso as vezes eu fico muito triste, sabendo que nós guarani não temos mais liberdade como era antigamente.

### **Como você vê o atendimento hoje pela equipe de saúde?**

O que eu vejo o atendimento da equipe e muito precário, pois eles vêm para atender, onde não tem espaço especifico para fazer o atendimento, isso e muito ruim, o Governo fala que estão fazendo o trabalho muito bom aqui na nossa aldeia, más na verdade não estão fazendo nada, os medico só vem no mínimo uma vez por mês, que isso não deveria acontecer. Já o Governo fala que esta fazendo o atendimento de qualidade, isso que eles fala, por que eles falam que a saúde dos índios esta muito bom, será que eles não sabe o que esta acontecendo nas aldeias, como a nossa aldeia, aqui não tem nada de estrutura para o atendimento, nós estamos sendo atendido no pátio casa, também onde funciona as aulas, por isso eu não estou gostando o trabalho que esta sendo feito aqui na nossa aldeia.

## Atendimento da comunidade pela equipe de saúde







Alcides Benites e sua esposa Florentina Pereira Morinico.

Segundo entrevistado:

Alcides Bentes.

Idade: 78 anos.

Local da entrevista: casa de reza.

Data da entrevista: 16/10/2014.

**Para o senhor o que é saúde?**

A saúde para mim é, viver bem, o viver bem para nós é, quando nós tínhamos muita mata, rios, peixes, pássaros, os animais e espaço para plantar milho, feijão, melancia e aipim, se nós tivermos tudo isso para mim e saúde, e também não esquecendo de nossa cassa de reza( opy) ela esta a nossa saúde, estou falando isso por que onde eu nasci e onde fui criado, tinha muita mata, quando as pessoas fica doente, o xeramoí e xejaryi, buscavam os remédios na mata, eles mesmo curava a doenças, hoje não temos mais isso, por isso maioria dos guarani sempre ficam doente, muita vezes doente espiritualmente, porque hoje não temos mais a natureza, para nós guarani, a natureza e tudo, sem a natureza não pode viver, o nhanderu fez a natureza para todos nós vivermos, más antigamente. hoje nós vemos a natureza se acabando, eu fico muito triste quando penso nessas coisa, o nós temos hoje, e espaço muito pequenos, não temos mais a liberdade para vivermos livre como

**(Entrevista na língua guarani) Ndevype mba'eixa gua pe tu texãí e'i?**

Texãí ma xevype, jaiko porã'i a, a'egui jareko ramo ka'aguy, yakã, mymba a'e guyra'y, kova'e jareko ramo ma xevype jareko rã texãí, any ramo ma mba'eve ndajarekoi, va'eri angý gui teiko ndajareko veia ema texãí, mba'erepa, mba'eko, eta va'ekuery ae py a'e rami nhandereko okuapy, a'eramo ma, xevype ramo angýgui kue ndajareko vei texãí, angý eta va'e kuery ijayvu a, texãí e'i ako, Poá ndevype ome'e a periveju, va'eri Poá ome'e vy ko mba'exy onhomi juranhe água rive voi, nda'ei omongueraa guã, a'evyaema tu, Poá re'u rire are'i rire tekoteve rejerurre jevy re'u água, a'erari rivema eta va'e kuery Poá, a'erami vere ma ore kuery ma angý gui roikuaa pota va'erã e'i merami, nanhanemboekovei rei Xe vyrive, xee a'eva'e ndajou porãí, mba'eko a'e kuery meme maje oikuaa vexe okuappya'eva ma orekuery tuja kue ve'i pe nda'evei, a'erami ramo ae py angýgui kunumíngue ve naexãí vyve vyve tetãre meme ooxe, gua'y kuery ramo a'erami ae avi, a'e rami aem angýgui kue, paverai ma ndokuaa veima poã'i, ka'aguy régua, tetã guigua rerivema ojerovia, ndojeroviaveima nhandereko pyguare, etaterei va'eri ikuai nhande Poá ka'aguyre, yma ete ka'aguy vere teri orekuai javé py, ka'aguy gui rive rojou va'ekue mba'emo roikoteve vy, ndoroekai va'ekue tetã katy, poã'i rojou água ka'aguy guiae, rokaru'i aguã ka'aguy guiae, yvy tuvixa roguereko va'ekue, roma'ety'i aguã, ronhoty va'ekue, avaxi ete'i, manji'o, xanjau, komanda,

mero, andai, kuarapepe, a'eramigua' a'ejavi roguereko va'ekue ima ramo, angygui katu ndoroguereko vei, eta va'ekuery aepy ogueraa pa, nhande yvy, a'erami ramo angygui jajexavai jakuappy, apy anho'i e'y, pavê tatapy rupa re a'erami nhande kuai, a'eva rivema xee amombe'u, ko texãi reguagui ramo ndaikuaa vaipai, xee katuve ma, eta va'e reko kuery ndaikuaai, mba'eixa pa ipy'a okuappy nhandervixa kuery, a'eramo ma korupi rive'i ko anhemboayvu ainy, há'evete.

**Como o senhor vê hoje o que os Brancos eles chamam de a saúde indígena, que na verdade é saúde dos não índios?**

Para mim a saúde dos não índios não é saúde, porque eles só dão remédio quando nós sentimos dor, mas que na verdade nem é remédio, e somente para esconder a doenças, por isso que quando termina o remédio tem que pedir de novo, assim sempre fica doente, por isso que para mim não é saúde, mas hoje maioria dos guaranis procuram mais remédio de fora, às vezes por necessidade, mas muitas vezes porque o remédio de fora é mais fácil de pegar ou compra na farmácia, assim as pessoas já estão esquecendo do próprio remédio que tem na mata, antigamente não era assim, até mesmo as mulheres já procura ganhar os bebês no hospital, isso não é a nossa cultura, por isso que estamos deixando de lado o nosso conhecimento que o mais importantes, eu fico muito triste por isso, que os não índios entraram para acabar com a nossa cultura, fala muito que está ajudando nós, mas isso não é verdade, quando nós precisamos ser bem atendido, eles não querem fazer isso, eles mesmo falam que teria que ser atendido por eles e quando nós queremos ser bem atendido, ficam falando não dá, porque que eles falam muito que tem dinheiro para fazer o atendimento na nossa aldeia e até agora não fizeram nada, aqui não temos posto de saúde, não temos nem espaço para o atendimento, quando a equipe vem, as pessoas são atendidas no pátio da casa.

**Como o senhor gostaria que fosse a saúde aqui na nossa aldeia?**

Gostaria que fosse trabalhado junto com os conhecimentos dos mais velhos, pois os mais velhos também os seus conhecimentos tradicionais, que hoje não e respeitado, até mesmo para fazer a cerimônia, o pessoal da saúde falam que não tem recurso para isso, por que eles falam que trabalha com a saúde indígena, isso que eu não entendo, falam muito que estão fazendo o trabalho na saúde, más na verdade estamos abandonado, aqui não temos nada, não tem posto, não temos água tratada, nós aqui bebemos água das nascentes mesmo, isso e muito ruim, que isso não deveria acontece, já eles trabalha na saúde, podia fazer pelo menos o básico nem isso faz, eu lembro da época da FUNASA, não fazia o atendimento como deveria, más trabalhava melhor, que hoje mudou para SESAI, ficou muito pior na verdade não sendo feito nada, isso que eu vejo hoje sobre a saúde.



Aldeia de Mymba Roka (foto de Irineu Ortega Mariano)



Aldeia de Mymba Roka (Irineu Ortega Mariano)



Aldeia de Mymba Roka (Irineu Ortega Mariano)





Adolescentes e crianças da aldeia (Irineu Ortega Mariano)





Dona Alícia Ortega, Tchejaryi, minha avó





Márcia Mariano, minha irmã (Irineu Ortega Mariano)



Opy - Casa de Reza (Irineu Ortega Mariano)



Entrada da Aldeia mymba roká - Amaral (Claudio Ortega Mariano)



(foto de Irineu Ortega Mariano)

Terceiro entrevistado: Jorge Ortega Mariano.

Função: Agente indígena de saúde.

Idade: 32 anos.

Local da entrevista: na casa do entrevistado.

Data da entrevista: 18/10/2014.

**Há quanto tempo você trabalha como agente de saúde?**

Eu comecei a trabalhar no ano de 2007, quando nós mudamos para essa terra indígena Mymba roka.

### **Qual e a dificuldade você teve quando começou?**

A dificuldade que tive quando comecei foi, de não saber o que fazer, pois na época eu fui contratado pelo RONDON BRASIL que era conveniada da FUNASA, fui contrato sem nem uma preparação para trabalhar como agente de saúde indígena, na verdade até hoje não tive nem um curso de capacitação, por isso tinha muita dificuldade para trabalhar.

### **Como você vê as políticas de saúde para os povos indígenas?**

Bom, eu não sei muito bem, mas pelo que vejo como esta a saúde hoje, esta muito precária, um exemplo que vou falar, aqui em nossa aldeia, estamos praticamente esquecido, tanto é que, aqui não tem nada, não temos mínimos de estrutura para sermos atendidos, só como isso já esta bem claro que as políticas esta muito ruim, aqui não temos nem água tratada, as pessoas e atendido no pátio da casa, e outra coisa, os medico também passa aqui no mínimo uma vez por mês ou uma vez em dois meses, assim por diante, como isso eu fico sem poder fazer nada, e a comunidade ficam me cobrando, para fazer o trabalho melhor, mas como vou fazer, sem ter mínimas condições para trabalhar, por exemplo, o agente indígena de saneamento, não tem nada para fazer, pois aqui não tem nem se quer uma caixa d'água para cuidar, não tem mangueira nem ferramentas para fazer alguma coisa sobre a água.

### **Como você vê o conselho distrital de saúde indígena, CONDISI?**

Para mim o conselho não esta fazendo nada, isso estou falando porque eu vejo muitas reuniões do conselho e até hoje não resolveu nada sobre a saúde, más até onde eu entendo, o conselho era para resolver ou melhorar a nossa saúde, más eu não vejo isso acontecer, às vezes eu vou participar na reunião do conselho, os conselheiros levam muitos documentos das reivindicações de suas comunidades, entregam para os chefes do DSEI, más até hoje ninguém resolver nada, eu acho que os documento estão engavetado, e assim que eu vejo o trabalho da SESAI hoje, pois na época da FUNASA, não foi feito 100% más o atendimento em era muito melhor comparando hoje, e a

SESAI tirou tudo o que tinha de recurso na FUNASA, como isso nós estamos aqui sem saber mais o que fazer, porque o pessoal que trabalha na instituição nem se lembra mais de nós isso que eu vejo.

## 5. Considerações finais:

Este trabalho pretendeu mostrar um pouco da situação do atendimento à saúde do índio, nas aldeias Guarani do Estado de Santa Catarina, especificamente na comunidade da terra indígena Mymba Roká, no Município de Biguaçu. Constatamos que na teoria o atendimento em nossas comunidades está seguindo o princípio do respeito à diversidade étnica. Entretanto, na realidade o atendimento está sendo negligenciado, esquecido. Através deste TCC pude apontar algumas deficiências no atendimento à saúde da população indígena, especificamente, que a comunidade vem sofrendo desde a mudança do órgão que era o responsável de prestação de serviço, a FUNASA. Isto acontece devido às constantes mudanças de rotina da equipe que atende as nossas comunidades, cujo atendimento tem ocorrido apenas uma vez por mês ou em cada dois meses. Para fazer uma consulta demoram no mínimo seis meses; entretanto, na época da FUNASA, o atendimento era bem mais frequente (pelo menos uma vez por semana), sendo que as consultas demoravam bem menos que hoje. Nossa comunidade está cansada de tantas promessas que o Governo faz, até agora nenhuma está sendo cumprida por eles, por isso esse trabalho vai ser muito importante para a comunidade. Assim, percebemos que esta pesquisa registra um pouco sobre a nossa realidade, a partir do exemplo de nossa aldeia Mymba Roká. Só assim podemos mostrar ao Governo que estamos sofrendo, sem posto de saúde, sem remédio, sem médicos ou enfermeiras, ou seja, quase sem o atendimento. Percebemos também que no papel existem muitos projetos para a saúde indígena, entretanto eles nunca chegam até nós. Vivemos então somente da promessa e dos interesses dos Brancos e na realidade as nossas crianças, nossos jovens, os xeramoí (velhos) e xejaryi (velhas senhoras), continuam adoecendo e, muitas vezes, morrendo. Isso é muito triste.

(Conclusão original em língua guarani) Kova'e rivema amombe'u xeruvixa kuery, ko xemba'eapo gui, are raxama uvixa eta va'e kuery orembotavy pa rive ma okuapy, a'eramo ma xee ajepy'apy arupi kova'e nhemba'eapo areko, aexauka Xe mboapy'i tei,



mba'eixa pa eta va'e kuery orereko okuapy, tujakue ve'i katuve ma ijavaete kova'e nhemba'eapo régua, eta va'e kuery reko katuve ma, axy reika e'y jaeko upity água, teia ema, nhande kuery ae e'y vy ma ndaxy kuei va'erã mbegue rupi jepe nhamboa'e veve'i jepe água, a'e ramo ma, xee avei zaiko kova'e rupi, aipytyvo xe'i avi aikovy, ko texãi régua, a'e kuery aema korami rivema nhanderereko okuapy, a'ekuery aema merami ore kuery ma angygui rokuapota ta texãi reguare, ore keury ma roguereko mba'emo jepe romboepy água e'i ramo nhandere tara kuery tenonde ve'i rupi ikuai va'ekuey onhembo tavy uka'i nho rupi ma peixa nhanderereko okuapy nhande ruvixa eta va'e kuery, nanha nemboekorã vei okuapy, a'eva'e rive'i ma areko kova'e mba'eapo ajapo va'e py aexauka Xe aikovy, tove katu eta va'e kuery toma'eve'i nho nhanderetarã'i kuery ikuai va'ere, apy anho'i e'y, opaete tataypy rupa re, ha'evete ko xeretarã kuery.

## 6. BIBLIOGRAFIA:

CADOGAN, León. « Las Tradiciones Religiosas de los Mbya-guarani del Guaira », in *Revista de la Sociedad Científica del Paraguay*. VII – 1, Assunção, Paraguai, 1946.

\_\_\_\_\_. « Ayvy-Rapyta (fundamentos da linguagem humana) ». In: *Revista do Museu Antropológico*. Vol. 1 e vol. 2. São Paulo, Brasil, 1953.

CLASTRES, Hélène. *La terre sans mal, le prophetisme tupi-guarani*. Éditions du Seuil, Paris, 1975.

HAVERRITH, Moacir. *Etnobiologia e Saúde dos Povos Indígenas*. Editora UPEEA, Recife, 2013.

LADEIRA, Maria I. M. *Mbya Tekoa, o nosso lugar*. Editora Perspectiva. São Paulo, 1989.

\_\_\_\_\_. *O Caminhar Sob a Luz. O Território Mbya e a beira do oceano*. Programa de Pós-graduação em Antropologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1992.

LITAIFF, Aldo. *Representações Étnicas dos Mbya-guarani do Rio de Janeiro*. Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.

\_\_\_\_\_. « O sistema médico Mbya-guarani ». In: *Revistas do Centro de Filosofia e Ciências Humanas*. Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

MELIÀ, Bartomeu. « O Guarani reduzido ». In: *Das reduções latino-americanas às lutas atuais*. Edições Paulinas, São Paulo, 1982.

\_\_\_\_\_. *O Guarani, uma bibliografia etnográfica*. FUNDAMES - FISA, Santo Ângelo, 1987.

SCHADEN, Egon. « Características específicas da cultura Mbya-guarani ». In: *Revista de Antropologia*. vol. XI, São Paulo, 1963.

\_\_\_\_\_. *Aspectos Fundamentais da Cultura Guarani*. Editora da Universidade de São Paulo, 1988.

## **ANEXO:**

### **Diagnósticos sobre a saúde indígena no Estado de Santa Catarina:**

Condição de saúde da população indígena A comunidade indígena em Santa Catarina corresponde a 0,13% do total de catarinenses. Os agravos e eventos mais prevalentes na população indígena no período 2002 e 2003 foram doenças do aparelho respiratório, verminoses, doenças diarreicas e dermatológicas respectivamente. No período 2004 e 2005 as doenças respiratórias permanecem com o maior número de registros, seguidas em ordem decrescente por doenças de pele, verminoses e hipertensão. A desnutrição e as verminoses foram os agravos que sofreram maior percentual de redução no quadriênio (64,3% e 26,5%). No entanto é preocupante o crescimento dos registros de alcoolismo (1010,0%) e das doenças respiratórias, com destaque para as pneumonias que cresceram 212,0% no período analisado (tabela 02). Tabela 02: Agravos e eventos registrados no atendimento à da população indígena nos anos 2002, 2003, 2004 E 2005 em Santa Catarina (casos/mil habitantes). CAUSAS 2002 (N=7.979) 2003 (N=8.156) 2004 (N=7.435) 2005 (N=8.078) Comportamento no período Doenças do Ap. Respiratório 283,5 209,0 514,0 453,2 96,4% Doenças Diarréicas 87,7 56,0 35,9 39,7 -47,4% Pediculose 47,7 54,1 79,1 31,8 8,9% Verminose 148,4 89,0 104,8 69,7 -26,5% Doenças Dermatológicas 34,1 96,5 98,2 93,0 46,4% Hipertensão 31,2 57,9 74,4 43,2 32,0% Pneumonia 5,5 7,0 19,2 19,8 212,0% DST (Tricomoníase) 11,1 9,2 10,7 4,4 -25,6% Neoplasias 0,6 1,3 0,5 1,8 21,1% Desnutrição 49,1 44,4 23,0 10,4 -64,3% Alcoolismo 0 1,0 9,9 1,2 1010,0% Anemia 15,7 41,9 31,9 15,1 -18,4% Fonte: FUNASA, 2006 Os dados de morbidade por pólo-base, apresentados na tabela 03, permitem identificar diferenças regionais no perfil epidemiológico da população indígena em 2004. A taxa das Infecções Respiratórias Agudas registradas em Florianópolis, por exemplo, correspondem a 4,2 vezes a de José Boiteux, quatro vezes a de Chapecó e o dobro da taxa em Araquari. As doenças crônicas degenerativas apresentaram destaque no pólo-base de José Boiteux, cuja taxa corresponde a 8,4 vezes a taxa de Florianópolis, o quádruplo de Araquari e 3,5 vezes a de Chapecó. As doenças diarreicas foram a terceira causa de procura aos serviços de saúde, com predomínio no pólo de Araquari cuja taxa foi 15,7 vezes a de José Boiteux e o triplo de Chapecó.

Araquari e José Boiteux se destacaram também no registro de desnutridos que corresponde aproximadamente ao dobro dos registros da média estadual. Apesar das discrepâncias regionais e do quadro evolutivo no período analisado, todos os agravos registrados caracterizam-se como de baixa complexidade no atendimento, a maioria destes passíveis de resolução pela qualificação da atenção básica. Tabela 03: Morbidade da população indígena segundo Pólo-Base em Santa Catarina em 2004 (casos/mil habitantes). CAUSAS Chapecó (N=5.201) Florianópolis (N=404) Araquari (N=259) José Boiteux (N=1.571) Geral (N=7.435) Desnutridos 9,0 - 15,4 12,7 9,5 Diarréias - consultas 60,0 - 169,9 10,8 50,2 Doenças Crônicas Degenerativas 48,1 19,8 38,6 167,4 71,5 DST 26,0 9,6 7,7 6,4 20,3 IRAS-consultas 374,2 1477,7 702,7 348,2 440,1 Tuberculose - 2,5 15,4 - 0,7 Alcoolismo - - 61,8 2,5 2,7 Fonte: FUNASA, 2004

A tabela 4 apresenta dados de mortalidade da população indígena catarinense no quadriênio 2002-2005. A taxa de mortalidade geral da população indígena em 2005 foi de 3,3 óbitos/mil habitantes, abaixo da mortalidade geral catarinense não indígena, sendo as causas externas responsáveis por 20,7% dos óbitos, seguido por doenças do aparelho circulatório (13,8%) e doenças do aparelho respiratório, especificamente pneumonia (10,3%). No biênio 2002-2003 a mortalidade infantil dos índios catarinenses se assemelhava à mortalidade da população de alguns estados nordestinos como Sergipe (40,6/mil), Maranhão (40,9/mil) e Alagoas (52,6/mil), ficando muito superior à média dos estados para o mesmo período e idade (DATASUS, 2005). Chama atenção a importante redução do coeficiente de mortalidade infantil no quadriênio 2002-2005, passando de 58,2 óbitos a cada mil nascidos vivos para 8,7 óbitos (tabela 04). No período 2002- 2005 observa-se aumento das taxas de mortalidade devido a septicemia (108,0%), cirrose hepática (100,0%) e pneumonia (73,0%). Óbitos por doenças do aparelho circulatório sofreram redução de 60,5% no quadriênio analisado, comportamento semelhante nos óbitos devido a causas externas (29,2%). Houve registro de óbito por meningite, traumatismo, desidratação, choque séptico e hipovolêmico, no último ano do período, com causas não registradas nos anos anteriores. No primeiro biênio analisado, as principais causas de óbito na população indígena foram respectivamente causas externas, doenças do aparelho circulatório e desnutrição. No segundo biênio permaneceram em primeiro lugar as causas externas, seguidas por pneumonia e doenças do aparelho circulatório. Tabela 04: Coeficiente de mortalidade geral da população indígena, segundo causa nos anos 2002, 2003, 2004 e 2005 em Santa Catarina (óbitos/10mil habitantes). CAUSA DO ÓBITO 2002

	(N=7.979) 2003	(N=8.156) 2004	(N=7.435) 2005	(N=8.078) 2006
Causas externas	6,3	9,8	4,0	7,4
Desnutrição	6,3	1,2	-	-
Pneumonia	2,5	1,2	2,7	3,7
Neoplasias	2,5	-	-	2,5
Meningite Meningocócica	-	-	1,2	-
Cirrose hepática	1,2	-	1,2	1,2
Aparelho Circulatório	6,3	6,1	-	4,9
Prematuridade	2,5	1,2	-	-
Septicemia	2,5	-	2,7	2,5
Insuficiência renal crônica	1,2	-	-	-
Causa Mal definida	6,3	3,7	6,7	3,7
Demais Causas	-	-	-	7,4
MORTALIDADE GERAL (/1000)	5,1	4,2	1,8	3,34
MORTALIDADE INFANTIL (/1000)	58,2	42,2	20,9	8,7

Fonte: FUNASA, 2006 Segundo a FUNASA os principais fatores de risco para a população indígena são: carência alimentar, aumento do consumo de bebidas alcoólicas, vulnerabilidade as DST/AIDS, precariedade de moradias em algumas aldeias e deficiência de saneamento básico, com destaque para inadequação do destino dos dejetos sólidos e líquidos. Tais aspectos ficaram evidentes na análise acima descrita e ratificam a afirmação de que os problemas da população indígena são passíveis de resolução majoritariamente no primeiro nível de atenção, colocando a questão da saúde indígena na mesma situação de saúde da população geral. Portanto, considera-se que os parâmetros de cobertura e de atenção adotados pelo SUS são aplicáveis à população indígena, resguardando-se as peculiaridades culturais desta população.